

**Fra vedtak til tjeneste -
Om utformingen av nødvendig helsehjelp
i hjemmebaserte tjenester**

Jörg W. Kirchhoff

**Høgskolen i Østfold
Rapport 2013:1**

Online-versjon (pdf)

Utgivelsessted: Halden

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Høgskolen i Østfold har en godkjenningsordning for publikasjoner som skal gis ut i Høgskolens Rapport- og Arbeidsrapportserier.

Rapporten kan bestilles ved henvendelse til Høgskolen i Østfold.
(E-post: postmottak@hiof.no)

Høgskolen i Østfold. Rapport 2013:1
© Forfatteren/Høgskolen i Østfold
ISBN: 978-82-7825-406-6
ISSN: 1503-2612

Forord

Nødvendig helsehjelp er en lovpålagt tjeneste, der loven forplikter norske kommuner å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen. Variasjonene i omfang og innhold av denne tjenesten på tvers av norske kommuner vitner imidlertid om at loven ikke klarer å sikre at søkere med samme behov får den samme tjenesten. Og det er det som var hovedmotivet for å gjennomføre prosjektet, å finne frem til faktorer som kan forklare variasjonen på innholdet i nødvendig helsehjelp.

En av årsakene til at nødvendig helsehjelp varierer skyldes at det er en «betinget» tjeneste, dvs. at tildelingen er avhengig av profesjonelle aktørers vurdering av behovet for helsehjelp. I denne sammenhengen er det kommunenes saksbehandlere og ansatte som utøver helsehjelpen som er de profesjonelle aktørene. Det er deres arbeid og de faktorer som påvirker deres arbeid i hjemmebaserte tjenester rapporten retter søkelyset på.

Jeg har av den grunn vært avhengig av at aktørene har latt meg få se over skuldrene deres når jobben ble gjort, samt at de har delt tanker og svart på mine spørsmål underveis. Av den grunn rettes det stor takk til alle ansatte som har deltatt i studien, samt deres ledelse som har lagt forholdene til rette. I tillegg skylder jeg å takke brukerne og deres pårørende som var velvillig til å la meg observere de ansattes arbeid i deres hjem. Takk skal dere ha!

En annen viktig forutsetning for å komme i mål er finansiell støtte. Prosjektet har vært finansiert av Høgskolen i Østfold og regional finansieringsstøtte fra Oslofjordfondet, og dermed bidratt med de nødvendige ressurser for å komme i mål.

Jörg W. Kirchhoff

Fredrikstad – 11. januar 2013

Sammendrag

Temaet i denne rapporten er nødvendig helsehjelp i hjemmebaserte tjenester og har til hensikt å finne frem til og beskrive faktorene som er med på å påvirke saksbehandlingen og utøvelsen av denne helsetjenesten.

Hovedproblemstillingen har av den grunn vært å finne de faktorer som påvirker sykepleiere under saksbehandlingen av brukeres behov for nødvendig helsehjelp, samt hvilke faktorer som var av betydning for sykepleiernes utøvelse av nødvendig helsehjelp. I tillegg ønsket man å gi svar på hvilken betydning brukeren og dens sosiale nettverk har på innholdet i nødvendig helsehjelp.

Svarene på problemstillingene bygger på en sammenlignende case studie av to norske kommuner, der både saksbehandlere og sykepleiere som utøver nødvendig helsehjelp deltok. Datasamlingen foregikk ved hjelp av deltakende observasjon under de ulike arbeidsprosessene fra vedtak til tjeneste, samt fokusgruppeintervjuer av saksbehandlere og sykepleiere som utøvet helsehjelpen.

Hovedfunnene knyttet til saksbehandlingen av behovet for helsehjelp var at saksbehandlernes tjenesteideologi, som omfattet saksbehandlerens profesjonsbakgrunn og juridiske utdanning, samt kommunal kontekst hadde størst betydning for utformingen av vedtaket.

Under utøvelsen av helsehjelpen var følgende faktorer av størst betydning; sykepleiernes profesjonelle perspektiv, samt pårørendes og søkerens perspektiv på behovet for helsehjelp.

Rapporten konkluderer med at kommunal kontekst, som etableres av politiske aktører, og sykepleierens tjenesteideologi synes å ha størst påvirkningskraft på innholdet og omfanget i nødvendig helsehjelp. Brukeren derimot antas å være den svakeste part og er avhengig av at andre aktører ivaretar dens interesser. I tillegg konkluderes det med at det ikke ser ut til å være noen sammenheng mellom uformell omsorg gitt fra brukerens nettverk og formell helsehjelp.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	7
1.1 Hva er nødvendig helsehjelp?	7
1.2 Formålet med rapporten	8
1.3 Problemstillingene for studien	8
1.3 Rapportens oppbygning og struktur	9
2 Teoretiske perspektiver på nødvendig helsehjelp	11
2.1 Politiske aktører og nødvendig helsehjelp	12
2.1.1 Velferdspolitiske idealer	12
2.1.2 Den juridiske rammen for nødvendig helsehjelp	13
2.1.3 Det økonomiske aspektet ved nødvendig helsehjelp	14
2.1.4 Forvaltningen og nødvendig helsehjelp	15
2.2 De profesjonelle og nødvendig helsehjelp	17
2.2.1 Nødvendig helsehjelp – et profesjonelt arbeid	17
2.2.2 Organiseringen av den profesjonelle arbeidsprosessen	18
2.2.3 Profesjonelle normer og nødvendig helsehjelp	20
2.3 Et nettverksperspektiv på nødvendig helsehjelp	21
2.3.1 Sosiale nettverk og uformell helsehjelp	21
2.3.2 Forholdet mellom formell og uformell omsorg	22
2.3.3 Forholdet mellom helsepersonell og aktørene i brukerens nettverk	23
2.3.4 Nettverksorientert sykepleie i hjemmebaserte tjenester	24
2.4 Sammendrag	24
3 Design og metode	27
3.1 Valg av case og respondenter	27
3.2 Datasamlingen	28
3.2.1 Observasjonsfasen	28

3.2.2 Fokusgruppeintervjuene	29
3.2.3 Intervjuguiden	30
3.3 Analyse av data	31
3.3.1 Den innledende analysen	31
3.3.2 Analysen av fokusgruppeintervjuene	31
3.4 Studien i et etisk perspektiv	32
3.4.1 Informert samtykke	33
3.4.2 Krav til privatliv	33
3.4.3 Krav på å bli korrekt gjengitt	33
3.5 Studiens validitet	34
3.5.1 Utvalget i studien	34
3.5.2 Metodene for datasamling	34
3.5.3 Metodene for lagring og analyse av data	35
4 Kommunen som kontekst for nødvendig helsehjelp	37
4.1 Organiseringen av veien fra vedtak til tjeneste	38
4.2 Kommunene som kontekst – et kort sammendrag	40
5 Funn knyttet til saksbehandlingen av søkerens hjelpebehov	41
5.1 Presentasjon av utvalget	41
5.2 Faktorene i forhold til fasene under saksbehandlingen	41
5.2.1 Saksbehandlerens tjenesteideologi	42
5.2.2 Faktorene knyttet til den innledende fasen	45
5.2.3 Faktorene knyttet til kartleggingsbesøket	47
5.2.4 Faktorene knyttet til beslutningsfasen	53
5.3 Sammendrag av faktorene som påvirket saksbehandlingen	57
5.3.1 Faktorenes betydning på tvers av kommunene i studien	58
6 Funn knyttet til utøvelsen av nødvendig helsehjelp	61
6.1 Presentasjon av utvalget	61

6.2 Faktorer av betydning for utøvelsen av nødvendig helsehjelp	62
6.2.1 Faktorene knyttet til utøvelsen av «akutt» nødvendig helsehjelp	62
6.2.2 Faktorer knyttet til nødvendig helsehjelp basert på vedtak	70
6.2.3 Faktorene knyttet til brukerens sosiale nettverk	74
6.3 Sammendrag	79
6.2.1 Faktorenes betydning på tvers av kommunene i studien	81
7 Diskusjon	83
7.1 Arbeidsprosesser og faktorer ved nødvendig helsehjelp	83
7.2 Overgripende faktorer under utformingen av nødvendig helsehjelp	85
7.2.1 Sykepleieperspektivet	85
7.2.2 Brukerens perspektiv	86
7.2.3 Pårørendes perspektiv	87
7.2.4 Brukerens sosiale nettverk	89
7.2.5 Kommunal kontekst	90
7.3 Temporære faktorer under utformingen av nødvendig helsehjelp	90
7.3.1 Spesialisthelsetjenesten	90
7.3.2 Det juridiske perspektiv	91
7.3.3 Det administrative vedtak	91
8 Fra vedtak til tjeneste – Oppsummering og konklusjon	93
Referanser	99
Vedlegg	105
V.1. – Intervjuguide – Saksbehandlere	105
V.2. – Intervjuguide – Sykepleiere i hjemmesykepleien	106
V.3. – Samtykkeerklæring – Bruker	107
V.4. – Samtykkeerklæring – Saksbehandler / Sykepleier	108

1 Innledning

De kommunale pleie- og omsorgstjenestene utgjør den største utgiftsposten i den norske kommunesektoren. Og selv om utgiftene kan variere mellom 17 og 49 prosent i enkelte kommuner utgjør pleie- og omsorgstjenestene mellom 22 og 32 prosent av de totale utgiftene i de fleste kommuner i Norge. I tillegg har det skjedd en stadig større vridning fra institusjonsbaserte tjenester mot tjenester til hjemmeboende brukere, noe som resulterte i at 35 av de 75 milliarder kronene som ble tildelt pleie- og omsorgstjenestene i 2009 tilfalt hjemmebaserte tjenester (Kjelvik 2011). De hjemmebaserte tjenestene er med dette blitt den største kommunale pleie- og omsorgstjeneste.

1.1 Hva er nødvendig helsehjelp?

Denne rapporten bygger på en studie som hadde fokus på nødvendig helsehjelp, som er en av kjerneoppgavene i kommuners hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester¹.

Nødvendig helsehjelp er en offentlig lovpålagt tjeneste og hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven § 2 – 1a, der det står at: «*Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen.*», samt at: «*Kommunen skal gi den som søker eller trenger helse- og omsorgstjenester, de helse- og behandlingmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.*» (Lov om pasient- og brukerrettigheter 2012).

Hva som ligger i begrepet «nødvendig helsehjelp» er imidlertid ikke opplagt siden det ikke er spesifisert i loven eller i forskrifter (Molven 2012:131) Dermed gis det rom for at aktørene som vurderer, tildeler og utøver helsehjelpen kan utøve et skjønn. I de fleste tilfeller utøves skjønnen av sykepleiere, enten når de som saksbehandlere gjør en skjønnsmessig vurdering av brukerens behov og ressurser, eller når de utøver helsehjelpen med bakgrunn i en skjønnsmessig

¹ En annen viktig del av tjenestetilbudet til hjemmeboende brukere er praktisk bistand og som i mange tilfeller gis i tillegg til nødvendig helsehjelp. Rapporten omfatter imidlertid kun nødvendig helsehjelp, som utgjør den største andelen av hjemmebaserte tjenester og som ofte også omtales som hjemmesykepleie.

vurdering av brukerens aktuelle tilstand. Hovedhensikten med denne rapporten er å vise hvilke faktorer som påvirker deres skjønnsutøvelse, og dermed innholdet og omfanget av «nødvendig helsehjelp».

1.2 Formålet med rapporten

Ved å beskrive og diskutere hvordan juridiske, faglige og andre faktorer er med på å påvirke omfanget og innholdet i nødvendig helsehjelp, dvs. hva som skjer på veien fra vedtak til tjeneste, ønsker denne rapporten å bidra med kunnskap på tre områder.

1. Kunnskap om saksbehandlingen av denne tjenesten, dvs. hvordan ansatte kartlegger og vurderer ulike typer av informasjon for å fatte vedtak om nødvendig helsehjelp.
2. Kunnskap om prosessene rundt utformingen av innholdet i helsehjelpen mens den blir uøvet i det daglige arbeid av sykepleiere i kommunen.
3. Kunnskap om forholdet mellom offentlige pleie- og omsorgstjenester og det uformelle omsorgsarbeid som ytes av nære pårørende og andre aktører i brukerens sosiale nettverk.

Behovet for slik kunnskap begrunnes med at det fortsatt er lite kunnskap om prosessene på grasrotnivå som påvirker tjenesteinnholdet i de hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester (Vabø 2005).

1.3 Problemstillingene for studien

Med utgangspunkt i de ovennevnte formål reises følgende problemstillinger som denne rapporten søker å gi svar på:

1. Hvilke faktorer påvirker sykepleiere under saksbehandlingen av brukers behov for nødvendig helsehjelp?
2. Hvilke faktorer er av betydningen for sykepleiernes utøvelse av nødvendig helsehjelp i hjemmebaserte tjenester?
3. Hvilken betydning har brukeren og dens sosiale nettverk for omfanget og innholdet i nødvendig helsehjelp?

Problemstillingene 1. og 2. utgjør hovedproblemstillingene der hensikten er å fange variasjonsbredden i faktorer som har betydning på veien fra vedtak til tjeneste. Samtidig er det, pga. det gjensidige forhold mellom formelle og uformelle omsorgstjenester, relevant å se på brukeren og dens sosiale nettverk.

1.3 Rapportens oppbygning og struktur

Etter dette innledende kapittel presenteres det teoretiske grunnlag og eksisterende forskning på faktorer som påvirker aktørene i hjemmebaserte tjenester, dvs. politiske aktører, de profesjonelle og brukeren med dens sosiale nettverk.

Deretter presenteres både design og metodologiske valg under studien, samt en presentasjon av casene, dvs. kommunene som inngår i studien. Presentasjonen av casene tar utgangspunkt i data fra Statistisk Sentralbyrå for å tegne et bilde av den kommunale konteksten som de ansatte måtte forholde seg til under arbeidet.

Funnene vil bli fremstilt ved å presentere faktorene som påvirket saksbehandlere og sykepleiere under kartleggingen, vurderingen og utøvelsen av nødvendig helsehjelp. Presentasjonen av funnene oppsummeres avslutningsvis ved hjelp av en sammenligning av casene, dvs. kommunene som inngår i studien.

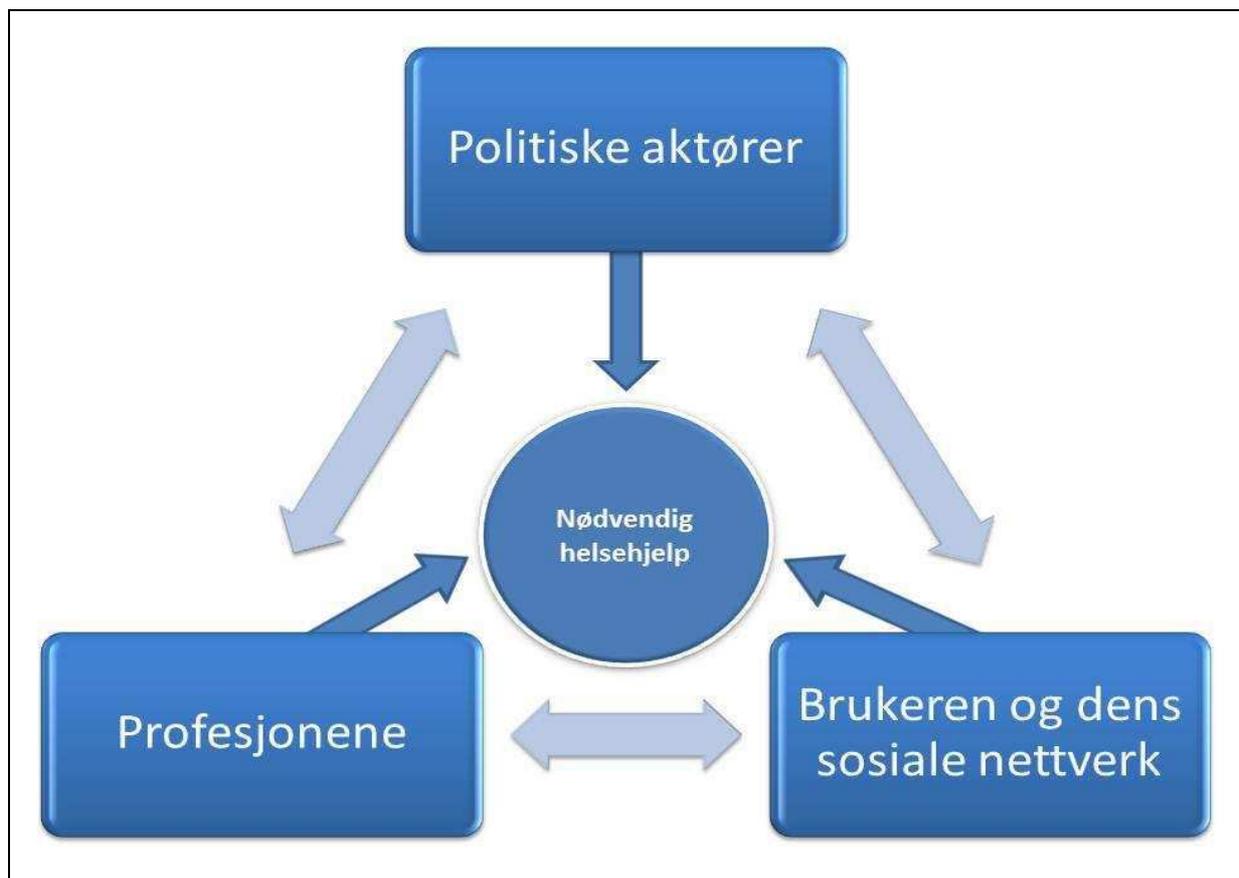
I diskusjonen oppsummeres og diskuteres studiens funn, der jeg blant annet knytter funnene til tidligere presentert teori.

Sluttkapittelet oppsummerer hovedfunnene i studien og knytter faktorene til aktørene som påvirker utformingen og utøvelsen av nødvendig helsehjelp. I tillegg presenteres det en teoretisk modell som kan anvendes ved fremtidige studier av nødvendig helsehjelp i hjemmebaserte tjenester.

2 Teoretiske perspektiver på nødvendig helsehjelp

Tidligere forskning har fremhevet flere betydningsfulle faktorer som kan knyttes til tre sentrale hovedaktører. For det første finnes det politiske aktører, dvs. politiske organer og deres forvaltning, som setter de overordnede rammene for nødvendig helsehjelp gjennom bl.a. finansieringsordninger, lovverk og administrative standarder. Den andre hovedaktøren er helseprofesjonene, deriblant sykepleiere som forvalter denne tjenesten, siden deres faglige skjønn påvirker både kartleggingen og vurderingen av behovet for nødvendig helsehjelp. Til slutt er brukeren og dens sosiale nettverk viktige aktører. De både fremmer og presenterer ulike behov for å påvirke innholdet i helsehjelpen, men kan også være i besittelse av ressurser som vil kunne modifisere tjenestens omfang og innhold.

Figur 2:1 illustrerer hvordan aktørene står i et gjensidig forhold til og påvirker hverandre, samt at de tilstreber å påvirke rammene og innholdet i nødvendig helsehjelp.



Figur 2:1 Sentrale aktører og nødvendig helsehjelp

Aktørene ivaretar ulike perspektiver på blant annet formålet med og innholdet i nødvendig helsehjelp. Av den grunn er det relevant å presentere aktørene og deres virkemidler for å påvirke tjenesten, samt deres relasjon til de andre aktørene og relevant forskning på aktørenes rolle på veien fra vedtak til tjeneste.

2.1 Politiske aktører og nødvendig helsehjelp

Det som i denne rapporten omtales som politiske aktører utgjør i denne sammenhengen politiske organer og forvaltningen². Selv om aktørene opererer på ulike nivåer i det norske samfunn, f. eks. finnes oppdelingen nasjonal, fylkeskommunal og kommunal nivå, presenteres de her mer ut fra hvordan de opptrer i sin rolle uavhengig av hvilket nivå de opererer på.

Den politiske styringen kan skje både indirekte, ved hjelp av politiske signaler og idealer for påvirke den helsepolitiske debatten, og gjennom en mer direkte styring, deriblant gjennom utforming av lover / forskrifter og økonomiske incitamenter.

2.1.1 Velferdspolitiske idealer

Nødvendig helsehjelp er kjerneoppgaven til hjemmesykepleien og har i sin opprinnelse i menighetspleien til diakonisseanstaltene fra 1870 tallet som omfattet både sosiale tjenester og helsetjenester (Fjørtoft 2006:149). Denne tjenesten har etter hvert blitt et offentlig ansvar og er siden 1984 en lovpålagt tjeneste for kommunene og hjemlet i Helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet 2011)³. Som følge av å være et offentlig ansvar og en del av det offentlige velferdstilbudet omfattes denne tjenesten av en rekke velferdsideal som formidles av politiske aktører i blant annet Stortingsmeldinger og andre fora for den politiske diskursen.

Til velferdsidealene hører blant annet likhet, rettferdighet, sosial og økonomisk trygghet og sosial integrasjon som, til tross for å være vage og delvis motstri-

² Selv om forvaltningen ikke er et politisk organ kategoriseres den som sådan i denne rapporten siden den er satt til å ivareta politiske interesser.

³ Denne loven erstattet og samlet tidligere lovverk knyttet til kommunenes ansvar for kommunale helsetjenester, men har ikke medført substansiell endring i kommunenes ansvar for å sørge for nødvendig helsehjelp.

dende, er faktorer som påvirker målene for helsepolitikken (Halvorsen 2010:206).

I Stortingsmelding nr. 45 «*Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene*» signaliserer politiske aktører at helsehjelpen skal være av samme kvalitet uavhengig av brukerens alder, sosiale status eller økonomi (Stortingsmelding 45, 2002-2003). På den måten kommer velferdspolitiske idealer til uttrykk og danner en referanse for både de profesjonelle aktørene, samt brukeren og dens sosiale nettverk, når innholdet i helsehjelpen skal utformes. I tillegg skaper idealene forventninger om et tjenestetilbud med visse kvaliteter hos både brukeren og dens sosiale nettverk, og som de profesjonelle må forholde seg til under tjenesteutøvelsen. Dette samsvarer med blant annet funn i studier der ansatte må utøve skjønn for å balansere misforholdet mellom forventninger og ressurser (Hofseth og Norvoll 2003:62, Næss 2005:73, Næss og Wærness 1994, Vabø 1998:41).

Velferdsidealene knyttet til nødvendig helsehjelp er dermed politiske signaler som både de profesjonelle og brukerne og dens sosiale nettverk forholder seg til under utformingen av helsehjelpen. Velferdsidealene utgjør imidlertid en indirekte politisk påvirkning på helsetjenestetilbudet, mens utformingen av juridiske regler og økonomisk finansiering av helsesektoren utgjør en mer direkte politisk styring av tilbudet.

2.1.2 Den juridiske rammen for nødvendig helsehjelp

Den juridiske rammen omfatter både lover og forskrifter, og definerer grensene for innholdet i helsehjelpen, dvs. minimumskravene som kommune og helsepersonell er forpliktet til å oppfylle. I paragraf § 2-1a. Rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste fastslår det at: «*Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen*». Dette ansvar oppfylles blant annet ved at kommunen skal tilby helsetjenester i hjemmet.

Til tross for at loven fastslår en rett til helsehjelp gir den imidlertid ingen beskrivelse av innholdet eller omfanget i denne tjenesten. Derimot gir forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene noen retningslinjer for hvilke kvaliteter innholdet skal være kjennetegnet av.

I § 1. formålsparagrafen for Forskrift om Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene gis det blant uttrykk for at brukens selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel skal ivaretas under utøvelsen av pleie- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet 2003). Videre pålegges kommunene, jf. § 3. Oppgave og innhold, å etablere prosedyrer som bl.a. søker å sikre helhetlige, samordnede og fleksible tjenester, samt prosedyrer som sikre at grunnleggende behov blir tilfredsstilt. Dermed tegner forskriften et bilde av at nødvendig helsehjelp kan omfatte et relativt mangfoldig tjenestetilbud.

Dette bilde må imidlertid justeres med at tjenesten kategoriseres som nødvendig for brukeren. Halvorsen (2004) diskuterer blant annet nødvendighetsbegrepet og fremhever tre ulike spekter ved begrepet, dvs. et individuelt, et kollektivt og et relativt aspekt. Det individuelle aspektet omfatter pasienten og dens behov, mens det kollektive vedrører samfunnet og hvilke tjenester Norge bør forplikte seg til. Det relative aspektet relaterer de ulike brukerne i forhold til hverandre og sikter mot at fordelingen av ressursene til helsehjelp skal fordeles rettferdig mellom brukere. Ved en vurdering av om helsehjelpen er nødvendig skjer det dermed en avveining mellom enkeltpersoner og fellesskapet basert på normer og verdier som ikke er en del av rettssystemet (Halvorsen 2004). Denne avveiningen skjer derfor i møte mellom de profesjonelle og brukere som fremmer sitt behov for helsehjelp. Derfor, og selv om de juridiske rammene tilkjenner retten til helsehjelp og at den bør ha viss kvalitet, spiller de profesjonelle en vesentlig rolle når innholdet i helsehjelpen skal utformes.

2.1.3 Det økonomiske aspektet ved nødvendig helsehjelp

Til tross for at nødvendig helsehjelp er en rettighet er den begrenset av hensynet til økonomi, samt tilgang på helsepersonell og utstyr (Fossestøl 2005:20, Halvorsen 2004, Molven 2012:131). Fusa dommen gir dessuten en pekepinn på i hvilken grad økonomi har betydning for tildeling av helsehjelp.

Dommen påpeker at det går en nedre grense for kommunehelsetjenestens standard på tilbud om omsorg og pleie (Halvorsen 2004). Dermed gir dommen kommunene ingen rett til å fritta brukere fra retten på helsehjelp av økonomiske årsaker, men at økonomien kan ha betydning for omfanget og innholdet i tilbudet. Minstestandarden som loven gir rett til er derimot knyttet til faglig forsvar-

lighet, som i likhet med skjønnsutøvelsen ved vurderingen av brukerens behov, må vurderes ut fra rådende profesjonelle normer for tjenestetilbudet.

Det finnes med andre ord en nedre grense for hva kommunene er pliktig til å tilby sine innbyggere, og der grensen defineres av kommunens økonomiske ressurser og profesjonenes grense for faglig forsvarlighet. En kan av den grunn slutte at innbyggerne er sikret et minstekrav uavhengig av kommunetilhørighet, men at variasjoner i kommunenes økonomiske tilstand vil medføre variasjoner i omfanget og innholdet av nødvendig helsehjelp.

2.1.4 Forvaltningen og nødvendig helsehjelp

I tillegg til å definere en juridisk ramme sørger de politiske aktørene for at dette rammeverket blir etterfulgt. Dette skjer blant annet ved hjelp av forvaltningsorganer som fører tilsyn med tjenestene, samt utarbeider standarder for helsetjenesten som har sitt utgangspunkt i det juridiske rammeverk (Hanssen, Helgesen og Vabo 2005:127). En viktig standard for vurderingen av behovet for nødvendig helsehjelp er innføringen av IPLOS (Individbasert Statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene), som ble innført i 2006 og der Helsedirektoratet er forvaltningsorganet med ansvar for å følge opp standarden (Andersen 2012:3).

«IPLOS er et nasjonalt register som beskriver ressurser og bistandsbehov til dem som søker om eller mottar nærmere definerte kommunale helse- og sosialtjenester, og hvilke tjenester som ytes.» (Helsedirektoratet 2009:6) Opprettelsen av registeret er begrunnet med politikeres behov for informasjon som grunnlag for politisk styring, samt for å sammenligne og videreutvikle tjenesten (Andersen 2012:3, Hallandvik 2010:147).

Som følge av forvaltningens føringer tjener IPLOS dermed som et viktig utgangspunkt for kartleggingen av brukeres bistandsbehov, ved at saksbehandler vurderer brukerens behov og ressurser ved hjelp av et sett av standardiserte variabler / spørsmål. I alt fem variabelgrupper inngår i kartleggingen, dvs. sosial fungering, kognitiv svikt, ivareta egen helsetilstand, husholds funksjoner og egenomsorg (Gabrielsen 2011:13). Under kartlegging skal kommunenes saksbehandlere vurdere om brukeren har et behov for bistand på hver variabel, ved å

score brukerens evne til å ivareta behovet på egen hånd. Den samlede scoren er i neste omgang et viktig grunnlag for om det fattes et vedtak om nødvendig helsehjelp.

Innføringen av IPLOS førte i sin tid til kritikk fra både brukerorganisasjonene og fagorganisasjoner, og var rettet mot at det er vanskelig å kategorisere brukernes behov (Andersen 2012:5). Helsedirektoratet på sin side imøtegikk denne kritikken ved å påpeke at IPLOS betraktes som en del av kommunenes kartleggingsverktøy og at kommunene ble oppfordret til å utvikle egne kartleggings skjema for å innhente ytterligere informasjon (Helsedirektoratet 2009:8-9).

I en studie om bruk av IPLOS i norske kommuner fant man forskjeller i bruken av IPLOS ut fra hvordan kommuner er organisert og ut fra rollen til den som kartlegger (Andersen 2012). Et av hovedfunnene var at kommuner som var organisert etter bestiller- / utførermodellen lettere hadde implementert IPLOS enn andre kommuner⁴. Denne modellen og IPLOS matcher hverandre siden markedstenkningen i bestiller- / utførermodellen har behov for den informasjonen som IPLOS genererer, dvs. en «nøytral» kartlegging og å tallfeste brukerens behov (Andersen 2012:13). I tillegg viser studien at de som utøver tjenestene, f. eks. yter nødvendig helsehjelp, er mindre positive til IPLOS enn saksbehandlere. Forklaringen ligger ifølge Andersen (2012) at IPLOS utfordrer tillitsrelasjonen mellom behandler og bruker, samt ansees som verdiløs (Andersen 2012:9-10). I en annen studie fant man dessuten at saksbehandlere og de som utøvet helsehjelpen hadde ulik forståelse av variablene og dermed gav ulik score av brukernes behov (Hallem, Bjerkan og Brataas 2012). Dette innebærer at IPLOS ikke nødvendigvis fører til en kartlegging som samsvarer med idealet om en «nøytral standard registrering» som gjør det mulig å sammenligne helsetjenestetilbudet på tvers av kommunene i Norge.

⁴ Bestiller- / utførermodellen innebærer at saksbehandlingen av behovet for helsehjelp utføres i egne enheter, som organisatorisk er adskilt fra de som yter helsehjelpen.

2.2 De profesjonelle og nødvendig helsehjelp

Til tross for at politiske aktører gjennom lovverk og forskrifter tildeler brukeren rettigheter, samt forsøker å standardisere noen av prosessene på veien fra vedtak til tjeneste, må det utøves et faglig skjønn når rettigheten skal operasjonaliseres. I Norge som i en reke andre velferdsstater utføres dette av de profesjonelle, dvs. arbeidstakere med en særskilt akademisk kompetanse, som har fått delegert ansvar og myndighet fra politiske organer (Halvorsen 2010:113).

Dette innebærer at det er de profesjonelle som blir beslutningstakere og at deres tekniske fagkompetanse er med på å gi lovfestede rettigheter et innhold, ved å definere omfang og innhold i nødvendig helsehjelp (Fossestøl 2005:13). På veien fra vedtak til tjeneste er det i all hovedsak sykepleiere som har blitt tildelt myndigheten til å kartlegge og vurdere behovet for helsehjelp, samt utforme, utføre og evaluere helsehjelpen. Sykepleierne tilhører dermed, både i rollen som saksbehandler og utøvende tjenesteutøver, de profesjonelle aktører under utformingen av nødvendig helsehjelp.

2.2.1 Nødvendig helsehjelp – et profesjonelt arbeid

Profesjonelt arbeid inneholder ifølge Abbott (1988) tre kategorier av handlinger, dvs. diagnostisering, behandling og vurdering (Abbott 1988:40-52). Handlingene utgjør ulike deler av arbeidsprosessen som til sammen utgjør det profesjonelle arbeid. Samtidig er det ikke handlingene i seg selv som gjør arbeidet profesjonelt, men den kunnskapen som ligger til grunn for de ulike handlingene. Profesjonelt arbeid har sitt utgangspunkt i en type kunnskap som de profesjonelle er alene om å besitte og har kontroll over. Kunnskapen bidrar dermed både til at man kan utføre arbeidet, samt at den legitimerer den profesjonelles autoritet over arbeidsprosessen (Abbott 1988:54).

Arbeidsprosessen innledes med diagnostiseringen der den profesjonelle innhenter informasjon om den aktuelle situasjonen og en kategorisering av problemet, dvs. en diagnose der man fastslår hva som er problemområdet og dermed også utelukker andre problemer som irrelevante. I forhold til nødvendig helsehjelp samsvarer kartleggingsfasen, dvs. registreringen av brukerens behov og ressurser, på mange måter med diagnostiseringen.

I neste omgang vil man med utgangspunkt i den aktuelle problemstillingen sette i verk tiltak som svar på problemet man har identifisert, dvs. behandlingen. Behandlingsfasen innebærer at de profesjonelle utfører tiltak som anses som relevante og best egnet i henhold til den diagnostiserte problemstillingen. Utøvelsen av helsehjelpen, dvs. at man gir brukeren den relevante pleien og utfører medisinske prosedyrer, faller med dette inn under behandlingsfasen hos Abbott (1988).

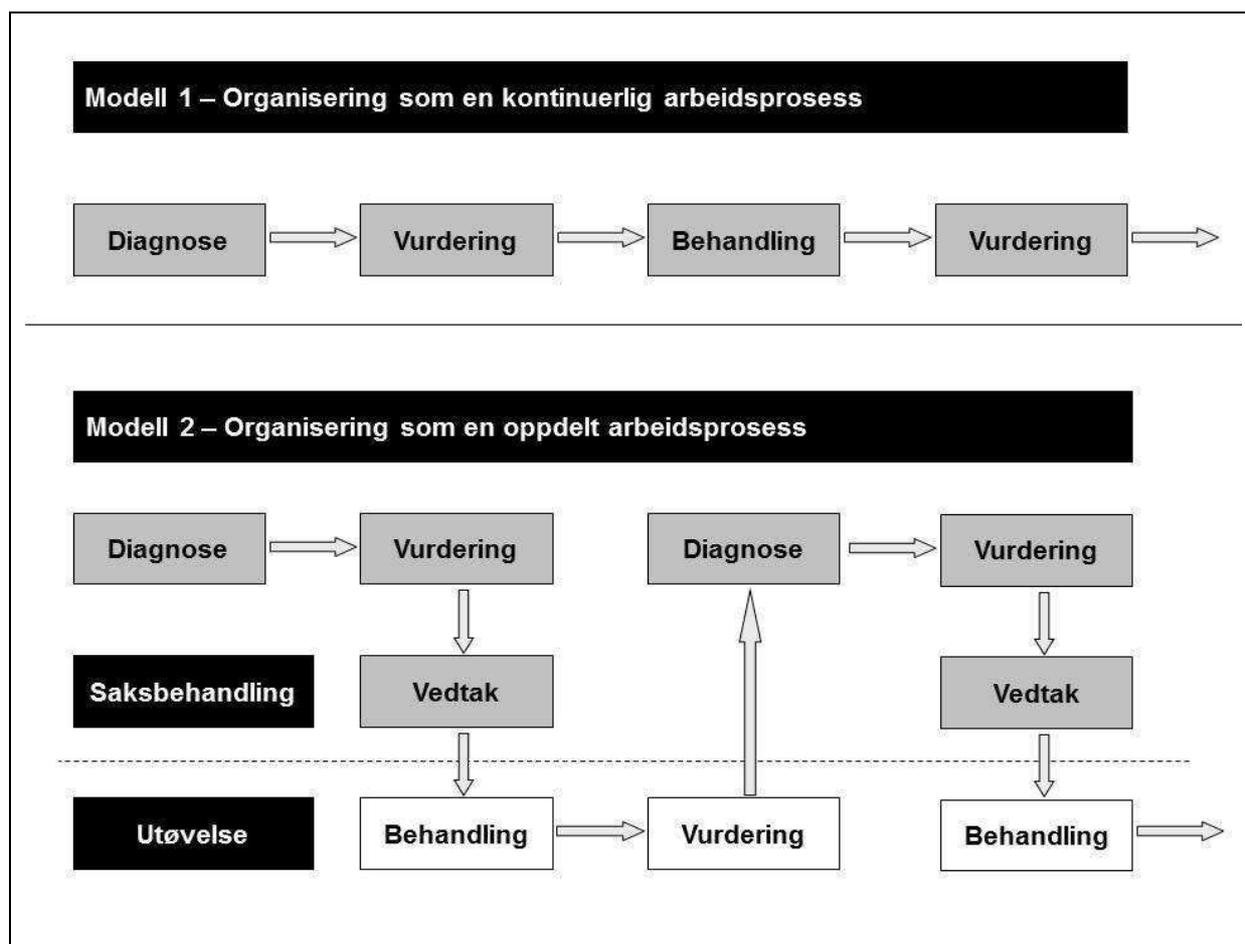
Den siste handlingskategorien er vurderingen, og utgjør selve kjernen i arbeidsprosessen. Under vurderingen skapes det en logisk forbindelse mellom diagnose og behandling ved hjelp av profesjonell kunnskap, der informasjonen fra diagnosefasen kobles til relevante handlingsalternativer. Den fortløpende evalueringen av nødvendig helsehjelp i lys av behovene og ressursene som er kartlagt, og problemstillingene i behandlingsplanen samsvarer dermed med vurderingen hos Abbott (1988).

2.2.2 Organiseringen av den profesjonelle arbeidsprosessen

Den profesjonelle arbeidsprosessen er en fortløpende sirkulær prosess, der evalueringen av behandlingen inngår i en ny kartleggingsfase og vurdering av relevante tiltak for behandling. Denne kan imidlertid tid organiseres på ulike måter. Man kan blant annet skille mellom en organisering der alle handlingene i prosessen utføres innenfor en og samme organisatoriske enhet, eller at prosessen fordeles mellom ulike organisatoriske enheter.

Figur 2:2 illustrerer hvordan ulike modeller for organisering av profesjonelt arbeid kan påvirke arbeidsprosessen. Modell 1 i figuren gjenspeiler organiseringen av sykepleiernes arbeid som en kontinuerlig prosess, der alle fasene i det profesjonelle arbeid foregår i en og samme organisatoriske enhet.

Modell 2 i figuren derimot viser hvordan de ulike fasene i den profesjonelle arbeidsprosessen kan være fordelt mellom ulike organisatoriske enheter, og illustrerer et skille mellom saksbehandling og utøvelse. Den ene enheten i modellen gjennomfører saksbehandlingen, dvs. kartleggingen, vurderingen og formuleringen av et tiltak, for eksempel et vedtak om nødvendig helsehjelp. I den andre enheten derimot utføres og vurderes effektene av vedtaket, dvs. helsehjelpen.



Figur 2:2 Ulike organiseringsformer av den profesjonelle arbeidsprosessen i hjemmebaserte tjenester

Skillet mellom saksbehandling og utøvelse slik det er fremstilt i Modell 2 forekommer blant annet i bestiller- / utfører modellen som har hatt stor betydning for organiseringen av nødvendig helsehjelp i mange norske kommuner. Studier har blant annet vist at et sterkt organisatorisk skille og lite kommunikasjon og samhandling mellom bestiller- og utførerenhetene, kan føre til ulik forståelse av innhold og omfang i helsehjelpen og konflikter mellom enhetene (Kirchhoff 2010, Ramsdal og Hansen 2005). Av den grunn vil ulik organisering av arbeidsprosessen kunne føre til variasjoner i omfang og innhold av tjenestetilbudet.

For å avslutte presentasjonen av faktorer knyttet til de profesjonelles rolle på veien fra vedtak til tjeneste rettes søkelyset mot betydningen av de normative prinsippene for profesjonen. Til sammen utgjør de profesjonenes normsett som er med på å regulere den profesjonelle arbeidsprosessen.

2.2.3 Profesjonelle normer og nødvendig helsehjelp

Profesjonelle normer er handlingsregler som den profesjonelle sosialiseres inn i løpet av utdanningen, og danner grunnlaget for hvordan man skal utføre den profesjonelle arbeidsprosessen. Dermed utgjør profesjonelle normer handlingsregler som avklarer etiske problemstillinger som oppstår under arbeidet, samt handlingsregler som definerer utførelsen av arbeidsprosessen basert på profesjonelt kunnskap (Freidson 2001:214, Mintzberg 1995:354-355).

I tillegg har profesjonelle normer betydning for fortolkningen av juridiske regler, siden profesjoners standarder for arbeidet inngår i fortolkningen av juridisk regelverk, eks. vurderinger om faglig forsvarlighet ved en tjeneste. På den måten styrker juridiske regler betydningen av profesjonelle normer (Jayaratne, Croxton and Mattison 1997).

Ved en tidligere studie fant man at sykepleiere legitimerte utøvelsen av helsehjelpen med utgangspunkt i tre normative prinsipper (Kirchhoff 2010:156-162). For det første refererte sykepleierne til et selvstendig profesjonelt ansvar for arbeidet, som innebar at det var en selvstendig faglig vurdering av brukerens behov som skulle danne grunnlag for helsehjelpen. Et annet normativt prinsipp var at helsehjelpen skulle ha et helhetlig perspektiv. Dette prinsipp innebærer at helsehjelpen skulle omfatte alle menneskelige behov hos brukeren, og er et prinsipp som blant annet samsvarer med et av forsvarlighetskravene til Tønnessen og Nortvedt (2012). Det siste perspektivet var omsorgsperspektivet og omfattet sykepleiernes vektlegging av medmenneskelighet, empati og omtanke under utøvelsen av arbeidet (Kirchhoff 2010:161).

Det er dermed rimelig å anta at det finnes profesjonelle normer som kan ha betydning for utøvelsen av helsehjelp, siden de setter en rekke premisser for arbeidet og er anerkjent som standarder ved juridiske vurderinger. Av den grunn vil de profesjonelle strebe etter å påvirke regelverket i en organisasjon slik at de i størst mulig grad samsvarer med den profesjonelle standarden (Mintzberg 1983:197).

2.3 Et nettverksperspektiv på nødvendig helsehjelp

Brukeren, dvs. mottakeren av helsetjenestetilbudet, vil i kraft av sitt hjelpebehov legge viktige føringer på omfang og innhold i nødvendig helsehjelp. Samtidig vil andre faktorer bidra til å modifisere brukerens hjelpebehov, deriblant omfanget og kvaliteten på den uformelle omsorgen brukeren mottar fra sitt sosiale nettverk. Med utgangspunkt i at studien også ønsker å få innsikt i nettverkets betydning for innholdet og omfanget i nødvendig helsehjelp avsluttes derfor denne teorijennomgangen med hvilke konsekvenser brukerens sosiale nettverk kan ha på helsetjenestetilbudet.

2.3.1 Sosiale nettverk og uformell helsehjelp

Sosiale nettverk kan defineres som sett av relativt varige relasjoner mellom mennesker som bygger på gjensidighet, ved at aktørene som inngår i relasjonen tilpasser seg til hverandres atferd, interesser og verdier (Fyrand 2005:31). Nettverkets betydning er dokumentert i flere studier og viser at nettverket påvirker både livskvalitet, samt mestringsevnen til pasienter og dermed også har en forebyggende effekt (Dale, Dale og Lorensen 2001; Fyrand et al 2003; Sjölander og Berterö 2008).

Familien utgjør en betydningsfull del av dette nettverk, og det er anslått at nær halvparten av den omsorgen eldre mottar ytes av familien (Rønning 2010). I tillegg viser «Levekårsundersøkelsen 2008» at også naboer og venner bidrar med uformell omsorg (Rønning 2010).

I sin gjennomgang av studier på forholdet mellom formell og uformell omsorg i Norden viser Kröger (2005) at ektefellen som nærmeste pårørende er en signifikant faktor for omfanget av uformelle helsetjenester (Kröger 2005:253). 70 prosent av eldre over 75 år med et bistandsbehov får denne hjelpen fra ektefelle / samboer og reduserer dermed sannsynligheten for behov for nødvendig helsehjelp. I tillegg til ektefellen /samboeren er det barna, og da ofte døtrene i familien, som yter uformell omsorg. Barnas uformelle helsehjelp øker med alderen, og blant 60-66 åringene i «Levekårsundersøkelsen 2008» svarer nær halvparten at de yter ulønnet omsorgsarbeid (Rønning 2010).

I tillegg til familien som den største bidragsyter på uformell omsorg bidrar både venner, naboer og medlemmer fra interesseorganisasjoner med ulike former for bistand som er av betydning for Eldres helse (Cox, Spiro og Sullivan 1988; Dale, Sævareid, Kirkevold og Söderhamn 2010; Skaar, Fensli og Söderhamn 2010).

Sammenligner man tjenesteinnholdet mellom den formelle og uformelle omsorg finner man et distinkt skille. Innholdet i de formelle helsetjenester omfatter i tillegg til de medisinske orienterte oppgavene først og fremst «intime» oppgaver, som for eksempel personlig hygiene. De uformelle omsorgsoppgavene som ytes av brukerens sosiale nettverk derimot er i større grad rettet mot praktisk bistand, som for eksempel måke snø, hente post, handle, med mer (Kröger 2005:259-261; Skaar, Fensli og Söderhamn 2010). I tillegg er kontakt mellom brukeren og et sosialt nettverk med på å styrke brukerens identitet og tilhørighet, og dermed redusere behovet for sosial kontakt fra ansatte som yter formelle helsetjenester (Dale, Sævareid, Kirkevold og Söderhamn 2010).

2.3.2 Forholdet mellom formell og uformell omsorg

Det er fremmet ulike teorier om forholdet mellom formell og uformell omsorg. Det er blant annet fremmet en hypotese om at utviklingen av offentlige helsetjenester har ført til en reduksjon i den uformelle omsorgen, og er i ferd med å erstatte den (Kröger 2005:245). Denne teorien finner man imidlertid liten støtte for i eksisterende studier. Empirien sammenfaller derimot i større grad med teorien om komplementære tjenester, dvs. at brukere mottar både formell og uformell omsorg og at omfanget av uformell omsorg ikke avtar selv om brukere får økt andelen av formelle tjenester (Kröger 2005:255). For eksempel viser sammenlignende studier at selv om Norge har en større andel eldre som mottar offentlig helsehjelp enn eldre i andre land, er Norge også blant landene med en stor andel uformell omsorg (ibid.).

Samtidig har man i Sverige observert en reverseringseffekt i forholdet mellom formell og uformell omsorg, dvs. at en reduksjon i den formelle omsorgen øker omfanget av uformell omsorg (Kröger 2005:250). Man fant blant annet at en sterk prioriteringspolitikk i hvem som kunne få formelle tjenester, dvs. svært skrøpelige eldre, førte til at nettverket måtte bidra med tjenester til de som ikke ble prioritert av det offentlige. Lignende funn er imidlertid ikke gjort i de andre

nordiske land, men man kan stille spørsmål om økt press på den formelle helsehjelpen, som følge av reduserte ressurser og økte behov i befolkningen, vil kunne føre til lignende effekter i Norge.

Uformell omsorg ytes imidlertid ikke bare av aktører i brukerens sosiale nettverk. Det er blant annet vist at offentlige ansatte i mange tilfeller bistår med både formelle og uformelle tjenester (Kirchhoff 2010, Næss 2003, Strandquist og Fosaas 2005). Næss (2003:46) rapporterer blant annet om at mer enn 95 prosent av alle ansatte i hjemmebaserte tjenester yter tilleggstjenester, og at omfanget av tjenester som det ikke er fattet vedtak om anslås til å oppta ca. 15 prosent av de ansattes arbeidstid (Strandquist og Fosaas 2005:7). Ansatte i offentlig sektor yter dermed både formelle og uformelle omsorgstjenester, og der omfanget av uformell omsorg ser ut til å øke når brukeren har lite støtte i sitt sosiale nettverk (Kirchhoff 2012:127). På den måten har brukerens sosiale nettverk også betydning for den uformelle omsorgen som ytes av offentlig ansatte.

2.3.3 Forholdet mellom helsepersonell og aktørene i brukerens nettverk

I sin gjennomgang av studier knyttet til forholdet mellom uformelle omsorgspersoner og offentlige ansatte viser Kröger (2005) at uformelle omsorgspersoner kan oppleves både som en «ressurs» og som en «byrde» under utøvelsen av helsehjelpen (Kröger 2005:264-266). Opplevelsen av uformelle omsorgspersoner som en «ressurs» er som regel knyttet til den uformelle omsorgen som ytes av nettverket (se ovenfor), samt at nære pårørende ofte var kontaktpersoner og bidro med koordineringen av ulike tjenestetilbud (Ekwall, Sivberg og Hallberg 2004).

De ganger helsepersonell opplever uformelle omsorgspersoner som «byrde» er blant annet knyttet til situasjoner der ansatte opplever at de anses som «tjenere», eller når omsorgspersoner gjør krav på tjenester det ikke er fattet vedtak om (Kröger 2005:265, Tønnessen, Førde og Nortvedt 2009). Tønnessen et al (2009) fant blant annet at «sterke» pasienter og familiemedlemmer gjennom sin kunnskap om «systemet» og deres rettigheter jobbet med å påvirke administrative vedtak for å få økt tilgang på ressurser, og at dette gikk på bekostning av tilbudet til mindre ressurssterke pasienter.

2.3.4 Nettverksorientert sykepleie i hjemmebaserte tjenester

I sykepleielitteraturen skiller man mellom indirekte og direkte nettverksintervensjoner, der den indirekte blant annet omfatter kartlegging, analyse og bevisstgjøring av brukerens sosiale nettverk (Smebye og Helgesen 2011:57). En direkte nettverksintervensjon derimot omfatter ulike tiltak for å mobilisere brukerens sosiale nettverk gjennom blant annet nettverksmøter eller andre former for kontakt med det sosiale nettverk (Smebye og Helgesen 2011:65). Litteraturen skiller dermed mellom ulike grader av involvering av brukerens sosiale nettverk under utformingen av sykepleie.

Til tross for at sykepleielitteraturen påpeker betydningen av nettverksorientering under utøvelsen av sykepleie, samt at et stort omfang av studier viser betydningen av sosiale nettverk for både helse og sykdom, er det få studier der man aktivt har involvert brukerens sosiale nettverk under kartleggingen, planleggingen og organiseringen av helsehjelp⁵. I studier der man imidlertid har studert intervensjoner gjennom sosiale nettverk fant man at involvering av det sosiale nettverk har en signifikant positiv effekt på brukeren (Andersson 1998, Fyrand et al 2003). Det vil av den grunn være interessant å studere nettverkets rolle under utformingen av nødvendig helsehjelp og hvordan saksbehandlere og sykepleiere forholder seg til de ulike aktørene i brukerens sosiale nettverk.

2.4 Sammendrag

Gjennomgangen av teori og tidligere forskning viser at ulike aktører på ulike måter er med på å påvirke omfanget og innholdet i nødvendig helsehjelp. For det første finnes det politiske aktører som ved hjelp av juridiske normer, økonomiske rammer og administrative standarder, påvirker og definerer handlingsrommet for helsehjelpen. Dette skjer ved at politiske aktører legitimerer brukerens rett til nødvendig helsehjelp gjennom lovverk, setter av økonomiske midler til å kunne yte tjenesten, samt utarbeider standarder for å tilstrebe et likeverdig tilbud på tvers av norske kommuner.

⁵ For eksempel førte et søk i EBSCO databasene på søkeordene «Nursing» og «Sosial Network» i sammendrag til 347 treff, men som ble redusert til 47 treff når begrepet «Intervention» ble inkludert i søket.

I neste omgang spiller de profesjonelle, dvs. sykepleierne som kartlegger, vurderer og utøver helsehjelpen, en viktig rolle. I kraft av sitt kunnskapsgrunnlag og profesjonens normative prinsipper, fyller de handlingsrommet med et faglig innhold. Dette foregår både under saksbehandlingen når man skal vurdere om brukerens behov legitimerer brukerens rett til nødvendig helsehjelp, og under den fortløpende vurderingen av nødvendig helsehjelp når tjenesten ytes. Sykepleierne forvalter dermed de politiske aktørers handlingsrom ved hjelp av sitt profesjonelle skjønn.

Den siste gruppen aktører er brukeren og dens sosiale nettverk og deres forståelse av formålet og innholdet i nødvendig helsehjelp. Av den grunn vil møtet mellom bruker og den profesjonelle ikke bare være en vurdering av brukerens behov for helsehjelp, men også et møte mellom profesjonens forståelse og brukerens og nettverkets forståelse av de politiske løftene om helsehjelp. I tillegg vil omfanget og innholdet av uformell helsehjelp fra aktørene i brukerens sosiale nettverk kunne påvirke sykepleiernes vurderinger.

Det er av den grunn interessant å studere om og hvordan politiske aktører, profesjonene, samt brukeren og dens sosiale nettverk ved hjelp av ulike faktorer kan påvirke omfanget og innholdet i nødvendig helsehjelp.

3 Design og metode

Svarene på problemstillingene i denne rapporten bygger på funn fra en intensiv sammenlignende case studie av to kommuner i Østfold, dvs. å få frem mye informasjon fra et avgrenset antall respondenter⁶ om prosessen fra vedtak til tjeneste i to sammenlignbare kontekster.

Valget av en intensiv tilnærming begrunnes ut fra målsetningen om å beskrive og forstå faktorene som påvirker utformingen av innholdet i nødvendig helsehjelp, dvs. å fange kompleksiteten i prosessene. Av den grunn ble sykepleiere som jobbet som saksbehandlere og sykepleiere som utøvet helsehjelpen observert under arbeidet, samt intervjuet i etterkant av observasjonsperioden, noe som førte til et rikt omfang av kvalitative data.

Dessuten var det en målsetning å finne frem til generelle faktorer som påvirket veien fra vedtak til tjeneste (Danermark et al. 2003:205, Miles og Huberman 1994:26). Av den grunn er studien utformet som en komparativ case studie, dvs. en sammenligning av de ansattes utøvelse av arbeidet på tvers av casene som inngikk i studien⁷. På den måten økes sannsynligheten for å finne frem til faktorer som går utover lokale variasjoner i den enkelte virksomhet, dvs. muligheten for teoretisk generaliserbarhet.

3.1 Valg av case og respondenter

Utvelgelsen av casene ble foretatt med utgangspunkt i etablerte samarbeidspartnere mellom Høgskolen i Østfold og kommuner i regionen. I tillegg var det ønskelig at ble det valgt to forskjellige kommuner for å vurdere om og i hvilken grad egenskaper ved kommunen og dens sammensetning hadde betydning for prosessene fra vedtak til tjenestene. Av den grunn inngår to kommuner i denne

⁶ Litteraturen skiller mellom respondenter og informanter (Grønmo 1996:76), der respondenter gir data om seg selv og informanten gir data om andre. Jeg velger begrepet respondent selv om respondenter vil kunne opptre som både respondent og informant.

⁷ Siden begrepet case ikke har noen entydig betydning (Jacobsen 2005:90) ønsker jeg å presisere at jeg i denne rapporten definerer case som en kollektiv enhet bestående av aktører, dvs. enhetene for saksbehandling og utøvelse av nødvendig helsehjelp i de to kommunene.

studien, der den ene er en by- og den andre en landkommune. Casene presenteres nærmere i kapittel 4.

Veien fra vedtak til tjeneste omfatter ulike arbeidsoppgaver. Av den grunn ble, etter kommunenes tilsagn om deltakelse i studien, både saksbehandlere og sykepleiere i de utøvende enhetene informert og invitert til å delta i studien. Dermed omfatter studien respondenter med ulike arbeidsoppgaver, dvs. sykepleiere som utførte kartleggingen og saksbehandlingen knyttet til vedtaket om nødvendig helsehjelp, og sykepleiere som utøvet nødvendig helsehjelp. I alt deltok 11 sykepleiere som respondenter i denne studien, hvorav fem sykepleierne var saksbehandlere og seks sykepleiere utøvet nødvendig helsehjelp. Utvalget presenteres nærmere innledningsvis under presentasjonen av studiens funn, dvs. kapittel 5 og 6.

3.2 Datasamlingen

Datasamlingen ble utført i løpet av oktober 2011 – januar 2012, og omfattet både observasjon av arbeidet til saksbehandlere og sykepleiere som utøvet nødvendig helsehjelp og fokusgruppeintervjuer av respondentene i etterkant av observasjonen. Kombinasjonen av ulike metoder for innsamlingen av kvalitative data, dvs. observasjon og intervjuer, medfører en triangulering under datasamlingen. Dette er valgt for å få et helhetlig bilde av arbeidsprosessene, samt å kunne koble, vurdere og vekte det observerte mot det uttalte. (Jacobsen 2005:135-136; Miles og Huberman 1994:266-267). Sammenfall av data som følge av ulike metoder ble i neste omgang tatt til inntekt for en større pålitelighet i datamaterialet.

3.2.1 Observasjonsfasen

I begge kommuner ble datasamlingen innledet med en observasjonsperiode som omfattet saksbehandlere og sykepleiere som utførte tjenesten. Observasjonen av saksbehandlerne foregikk under kartleggingsbesøk hos brukere, der saksbehandleren i forkant av kartleggingsbesøket hadde innhentet brukerens samtykke til observasjonen. I tillegg innebar observasjonen at saksbehandler og jeg hadde uformelle samtaler i etterkant av kartleggingsbesøkene.

Observasjonen av sykepleierne som utøvet nødvendig helsehjelp innebar at jeg fikk være med og observere sykepleiernes arbeid hos brukeren, dvs. utøvelsen av nødvendig helsehjelp. Siden også denne observasjonen av respondentene foregikk hos brukere ble brukerne informert og forespurt av sykepleiere i hjemmebaserte tjenester om deres samtykke i forkant av observasjonen (se vedlegg – V 3 – Samtykkeerklæring – Bruker). Dessuten fikk jeg observere under rapporter og uformelle samtaler mellom kolleger i virksomheten.

Under observasjonsfasen ble det utarbeidet feltnotater basert på observasjonene og de uformelle samtalene med respondentene under observasjonene. Observasjonen omfattet totalt åtte respondenter, dvs. to saksbehandlere og to sykepleiere som utøvet nødvendig helsehjelp fra hver kommune, og førte dermed til åtte feltnotater som inngår i datamaterialet for studien.

Formålet med observasjonen var todelt. For det første ønsket jeg å få kjennskap til arbeidsoppgavene som inngikk i saksbehandlernes og de utøvende sykepleieres arbeidshverdag. Dette innebar at observasjonen hadde en induktiv tilnærming til det empiriske felt, for å være åpen og tilegne meg mest mulig kunnskap om sykepleiernes arbeid (Jacobsen 2005:29). Det andre formål var å få tilgang på handlingsdata, dvs. hva de ansatte faktisk gjorde når de var på jobb. Handlingsdataene ble i neste omgang anvendt under forberedelsen og utformingen av intervjuguiden, samt gjennomføringen og analysen av intervjuene. Dessuten bidro informasjonen fra observasjonene til at det som ble fortalt under intervjuene kunne vurderes mot det observerte, og dermed til en vurdering av påliteligheten i respondentenes utsagn (Fangen 2004:141).

3.2.2 Fokusgruppeintervjuene

Etter observasjonsfasen ble både respondentene som ble observert, samt kolleger til respondentene intervjuet i gruppe, dvs. i et fokusgruppeintervju. Intervjuene foregikk på respondentenes arbeidsplass og hadde en varighet på ca. en og en halv time pr. intervju. Til sammen ble det utført fire fokusgruppeintervjuer, dvs. to fokusgruppeintervjuer av saksbehandlere og to fokusgruppeintervjuer av sykepleiere som utøvet nødvendig helsehjelp. Alle respondenter som deltok under intervjuene samtykket til bruk av diktafon for å registrere informasjonen (se vedlegg – V 4 – Samtykkeerklæring – Saksbehandler / Sykepleier).

Bruken av fokusgrupper kan skrives tilbake til tidlige markedsundersøkelser på 1920 tallet og studier av propaganda under og etter andre verdenskrig (Berg 1998:101, Kitzinger 1994, Merton og Kendall 1946). Metoden kan defineres som organiserte kollektive diskusjoner rundt konkrete tema for å få frem folks meninger og erfaringer. Den skiller seg fra andre gruppeintervjuer ved at man eksplisitt anvender interaksjonen i gruppen for å frembringe data (Kitzinger 1994).

Styrken i fokusgruppeintervjuet som metode er at den er egnet til å kartlegge gruppens normer, dvs. handlingsregler, for arbeidet og prosessene mellom aktørene som danner normene (Bloor et. al 2001:90, Kitzinger 1994). Normene omfatter både formelle og uformelle handlingsregler for arbeidet, dvs. hvordan man i et fellesskap forholder seg til eksisterende regler og hvordan fellesskapet etablerer egne regler.

Siden studien har som formål å kartlegge faktorene som påvirker innholdet og omfanget av nødvendig helsehjelp ansees denne intervjuformen som hensiktsmessig for å finne frem til hvordan saksbehandlere og sykepleiere forholdt seg til eksisterende normer, eks. IPLOS og brukernes enkeltvedtak, samt om det ble utarbeidet andre formelle eller uformelle standarder for arbeidsprosessene.

3.2.3 Intervjuguiden

Grunnet forskjellene i arbeidet mellom saksbehandlere som sto for kartleggingen og vurderingen av behovet for nødvendig helsehjelp og sykepleierne som utøvet helsehjelpen ble det utarbeidet to intervjuguiden (se vedleggene V.1 og V.2). Felles for begge er at de tok utgangspunkt i problemstillingene for denne studien, samt at relevante aspekter fra observasjonene bidro til en strukturering av intervjuene.

Resultatet ble to semi-strukturerte intervjuguiden som innholdsmessig hadde noen likheter ved at begge omfattet respondentenes yrkesbakgrunn og erfaring, samt forholdet til og involveringen av brukerens sosiale nettverk i arbeidet.

Forskjellen mellom intervjuguidene var knyttet til ulikheten i respondentenes arbeid. Intervjuguidene til saksbehandlere var av den grunn rettet mot selve kartleggingsprosessen, og omfattet spørsmål knyttet til forberedelsene i forkant

av kartleggingsbesøket, selve kartleggingen av behov og ressurser, og beslutningsprosessene knyttet til utformingen av vedtak om nødvendig helsehjelp. Intervjuguiden til sykepleierne fokuserte derimot mer på utformingen av tjenesten utfra to ulike aspekter, dvs. iverksetting av nødvendig helsehjelp før et vedtak var fattet og utformingen av tjenesten med utgangspunkt i et vedtak fra saksbehandler.

3.3 Analyse av data

I likhet med innsamlingen av data foregikk analysen i to faser, der den første og innledende analysefasen foregikk under datasamlingen og den andre når datasamlingen og transkripsjonen av intervjuene var fullført.

3.3.1 Den innledende analysen

Den innledende analysen omfattet analysen av feltnotatene som ble utarbeidet under observasjonene, samt en fortløpende gjennomgang / gjennomlytting av intervjuene. Analysen av feltnotatene identifiserte blant annet at IPLoS var en viktig faktor for arbeidet til saksbehandlerne og at det regelmessig forekom diskusjoner rundt vurderingen av brukerens hjelpebehov ved hjelp av dette verktøy. Av den grunn ble spørsmål rundt IPLoS inkludert i intervjuguiden for å studere dette funn nærmere under intervjuene. I tillegg ble det mellom hvert intervju utført en preliminær analyse av samtalen, der intervjuet ble lyttet igjennom for å finne frem til uforutsette faktorer som kunne inkluderes ved neste intervju.

3.3.2 Analysen av fokusgruppeintervjuene

Etter endt datasamling ble intervjuene transkribert, dvs. skrevet ut ord for ord, og analysert ved hjelp av analyseprogrammet NVivo 9. Første trinn i denne analysen omfattet bruk av ulike kodingsstrategier. Forskjellen mellom strategiene kjennetegnes av i hvilken grad eksisterende teori fikk styre analysen, dvs. en teoriavhengig analyse / åpen koding og en teoristyrte analyse / pre-koding (Glaser 1978:55-82, Kvale 1996:187-201, Miles og Huberman 1994:55-72). Dette medførte at neste trinn, dvs. kategoriseringen av kodene, enten ble utført som følge av en fortløpende sammenligning av kodene eller deres tilhørighet i eksisterende teoretiske begreper.

Til tross for at begge strategier ble anvendt var hovedstrategien en teoristyrte koding og kategorisering av kodene, der følgende teorier hadde størst betydning:

- Teorier om sosiale relasjoner, eks. nettverk (Fyrand 2005, Iversen 2002)
- Profesjonsteori (Abbott 1988, Freidson 2001), og
- Byråkratiet og profesjonsbyråkratiet (Mintzberg 1983, Weber 1992)

I tillegg ble memos notert under kodingen og kategorisering av materialet. Memos kan defineres som nedtegningen av de teoretiske refleksjonene en gjør seg over kodene og deres relasjon til hverandre, og er et redskap for å løfte det empiriske materialet på et teoretisk nivå (Glaser 1978:82, Miles og Huberman 1994:74). Ved hjelp av kategoriene og deres koder, samt memos som ble utarbeidet underveis, ble materialet avslutningsvis satt i forhold til hverandre ved hjelp av display.

Display er et redskap for å kunne gi en systematisk presentasjon av informasjon ved hjelp av visuelle virkemidler som for eksempel grafer og modeller, og kan anvendes gjennom de fleste fasene i analysen (Miles og Huberman 1994:91-93). Miles og Huberman (1994) argumenterer for at display kan og bør brukes for å finne frem til både beskrivende og forklarende konklusjoner. I analysen ble display anvendt for å relatere forekomsten og styrken av de ulike faktorene på saksbehandlerne og sykepleierne som utformet omfanget og innholdet i nødvendig helsehjelp. (se sluttmodellen i kapittel 8).

3.4 Studien i et etisk perspektiv

Tre grunnleggende krav er knyttet til forholdet mellom forsker og de det forskes på: informert samtykke, krav på privatliv og krav på å bli korrekt gjengitt (Jacobsen 2005:45).

I forkant av studien ble design og en beskrivelse av fremgangsmåten for data-samlingen sendt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) for å bli registrert, samt for å vise hvordan kravene skal ivaretas. Studien er godkjent og registrert i NSD.

3.4.1 Informert samtykke

I forkant av studien ble det avholdt informasjonsmøter for de ansatte i begge kommuner. I tillegg fikk ansatte som valgte å delta i studien ytterligere informasjon i forkant av datasamlingen. Alle respondenter godkjente sin deltakelse ved hjelp av skriftlig godkjent samtykke, der det også ble forsikret om at alle opptak av intervjuene blir slettet etter at prosjektet er avsluttet (se vedlegg V.4.).

Dessuten ble brukerne informert og bedt om å gi et skriftlig samtykke til observasjonene (se vedlegg V.3.). Dette ble gjort av respondentene i forkant av observasjonen, og der brukerne ble informert om at det ikke skulle registreres informasjon knyttet til brukerens person eller sak, dvs. brukerens tilknytning til kommunehelsetjenesten.

3.4.2 Krav til privatliv

Kravet om privatliv omfatter blant annet å være varsom dersom studien samler inn sensitiv informasjon, involverer respondentens privatliv og å sikre respondenten konfidensialitet (Jacobsen 2005:47-50). I denne studien, der informasjonen i liten grad var sensitiv og fokus var på respondentenes arbeid, var dermed tiltak for å sikre konfidensialitet viktigst. Av den grunn ble respondentene «avidentifisert» under transkripsjonen av intervjuene.

Avidentifisering innebærer at opplysninger som kan identifisere respondentene fjernes når teksten skrives. Dermed kan ingen andre enn de som har deltatt i studien kjenne igjen personer og deres utsagn. På den måten sikres ingen full anonymitet, men en tilstrekkelig konfidensialitet for å ivareta kravet til privatliv.

3.4.3 Krav på å bli korrekt gjengitt

En korrekt gjengivelse omfatter ikke bare at man bruker ord og utsagn slik respondenten har formidlet de, men også at de gjengis i den sammenhengen de er gitt. (Jacobsen 2005:50-51). Av den grunn gjengis sitater i denne rapporten ikke bare ved hjelp av de ord som ble sagt av respondenten, men at spørsmålene som dannet utgangspunktet for uttalelsene er gjengitt.

3.5 Studiens validitet

Denne studien har til hensikt å finne frem til flest mulig faktorer som påvirker omfanget og innholdet i nødvendig helsehjelp. Det er med andre ord ingen ambisjon om ytre validitet, dvs. å generalisere funnene i denne studien til «alle» norske kommuner. Derimot er ambisjonen å fange «alle» mulige faktorer som kan være av betydning når denne tjenesten utformes, for å finne frem til en teoretisk modell på utformingen av nødvendig helsehjelp. I litteraturen omtales dette som teoretisk generaliserbarhet (Danermark 2003:205, Jacobsen 2005:222).

Av den grunn stilles det avslutningsvis spørsmål ved studiens validitet, dvs. om studiens konklusjoner er svekket som følge av valgene knyttet til metodene for datasamlingen og måten data er blitt lagret og analysert på (Jacobsen 2005:216-229).

3.5.1 Utvalget i studien

Til tross for at man ikke tilstreber ytre validitet ved kvalitative studier er det av betydning at utvalget samsvarer med populasjonen i problemstillingen, dvs. at man har funnet frem til gode representanter for det fenomenet som studeres. I denne sammenhengen innebærer det om respondentene i studien ansees som «typiske» saksbehandlere og sykepleiere knyttet til arbeidsprosessene for nødvendig helsehjelp.

Alle respondenter er forespurt som følge av sin stilling i kommunen, og av den grunn relevante for studien. Samtidig er deltakelsen basert på selvseleksjon, ved at respondentene etter informasjonsmøtene fikk velge selv om de ønsket å delta i studien. Det medfører at det ved den type studier alltid vil være en usikkerhet ved utvalgets representativitet. Under observasjonen ble det imidlertid ikke registrert at respondentene falt utenfor sitt arbeidsfellesskap, noe som tas til inntekt for at utvalget representerer «typiske» saksbehandlere og sykepleiere for de arbeidsplassene som inngår i studien.

3.5.2 Metodene for datasamling

Konklusjonene som presenteres i rapporten er basert på data som har blitt samlet inn ved hjelp av observasjon og fokusgruppeintervju. Et viktig aspekt ved data er graden av pålitelighet til den informasjonen data gir, eller sagt med andre ord

– I hvilken grad samsvarer data med virkeligheten som er studert? Litteraturen skiller blant annet mellom to typer faktorer ved undersøkelsen som kan påvirke datas pålitelighet, dvs. den effekten forskeren kan ha på respondentene og effekten kontekst kan ha på datasamlingen (Jacobsen 2005:225-228, Miles og Huberman 1994:278).

Under datasamlingen, dvs. observasjonen og intervjuene, kan forskerens tilstedeværelse i seg selv påvirke data på flere måter. Respondentene vil kunne holde igjen på informasjon, formidle kun utvalgte aspekter ved fenomenet eller i verste fall gi feilaktige opplysninger. En måte å redusere denne effekten på er at flere forskere samler data for å kontrollere data mot hverandre, en annen er å samle data ved hjelp av flere metoder. I denne studien er den siste valgt gjennom bruken av både observasjon og fokusgruppeintervju, dvs. en triangulering av data (Miles og Huberman 1994:266-267).

I tillegg kan konteksten, dvs. den settingen datasamlingen foregår i, påvirke omfanget og kvaliteten på data. En vesentlig faktor i denne sammenhengen er hvor naturlig eller kunstig omgivelsene oppleves for respondenten (Jacobsen 2005:227). Ved å observere respondentene i deres naturlige arbeidssituasjoner og intervju dem på deres arbeidsplass ble det tilstrebet en naturlig setting. Dette garanterer ikke at uheldige effekter av konteksten er fjernet, men at man kan anta at konteksten ikke reduserer datas pålitelighet i vesentlig grad.

3.5.3 Metodene for lagring og analyse av data

For å registrere informasjonen fra respondentene under intervjuene mest nøyaktig ble det benyttet en digital opptaker, og lydfilene ble i neste omgang ord for ord transkribert og lagret som tekstfiler. På den måten er det tilstrebet en så nøyaktig dokumentasjon av intervju data som mulig (Jacobsen 2005:228). Data fra observasjonsfasen derimot ble skrevet for hånd når det falt naturlig (f. eks. ved «pauser» i samhandlingen) og er av den grunn ikke like presise, siden notatene først og fremst registrerer ulike «sammendrag av observasjoner» underveis. Dette medfører at ikke all informasjon fra observasjonene er blitt registrert.

Datamaterialet, dvs. tekstfilene, ble i neste omgang lastet opp i NVivo 9 som er et analyseprogram til bruk ved kvalitative data. Som tidligere beskrevet omfattet analysen av teksten koding, kategorisering, memos og display, og der bruk av display var den eneste metoden der NVivo 9 ikke ble anvendt. Tidligere studier viser at bruk av den type programvare ikke nødvendigvis fører frem til bedre funn, men at man i større grad analyserer hele materialet i analysefasen.

Et siste viktig moment er bruken av teori under de ulike trinn av analysen, der en kan stille spørsmål om bruken av annen teori ville ført til andre funn. Dette kan nok aldri utelukkes, men siden valg av de teoretiske perspektivene under analysen er begrunnet i deres relevans for feltet anser jeg dette som en mer underordnet problemstilling. Samtidig er teoriene som ble brukt under analysen presentert for å sikre transparens og dermed skape en mulighet for at andre kan vurdere deres relevans for analysen av datamaterialet.

4 Kommunen som kontekst for nødvendig helsehjelp

Studien omfattet to kommuner i Østfold, dvs. en bykommune og en landkommune, som i kraft av ulike strukturelle variabler (eks. befolkningstetthet, befolkningstetthet, alderssammensetning) danner forskjellige kontekster for veien fra vedtak til tjeneste. I dette kapittel presenteres noen av variablene ved hjelp av tall fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) for observasjonsfasen, dvs. høst 2011, samt at det vil bli kort gjort rede for organiseringen av saksbehandlingen og utøvelsen av nødvendig helsehjelp i de to casene.

I tabellen nedenfor presenteres noen av de strukturelle variablene som inngår i den kommunale konteksten for arbeidet til saksbehandlere og sykepleiere som utøver nødvendig helsehjelp.

Tabell 4:1 Kommunene i studien (Kilde: SSB)

Variabel	Case A 'Land'	Case B 'By'	Differansen (Case B-A)
Andel innbyggere 0-66 år (%)	85,3	85	- 0,3
Andel innbyggere 67-79 år (%)	9,8	9,6	- 0,2
Andel innbyggere 80 år og mer (%)	4,9	5,4	0,5
<hr/>			
Andel mottakere 0-66 år (%)	50	39	- 11
Andel mottakere 67-79 år (%)	13,8	15,5	1,7
Andel mottakere 80 år og over (%)	36,2	45,5	9,3
<hr/>			
Gjennomsnittlig timer i uken til hjemmesykepleie i henhold til vedtak, direkte tid til bruker	6,9	3,6	- 3,3
<hr/>			
Netto driftsresultat (enhet 1000 kr)	8 414	-139 966	

Tabell 4:1 illustrer for det første at bykommunen, til tross for en tilnærmedesvis lik andel innbyggere innenfor de ulike alderskategoriene mellom kommunene, har en noe større gruppe eldre brukere (80 år og over) av hjemmebaserte tjenester enn landkommunen.

Et annet trekk er at landkommunen har en større andel mottakere som er i aldersgruppen 0-66 år (en differanse på 11 prosentpoeng i forhold til bykommunen). Dette kan være med på å forklare noe av forskjellen i det totale gjennomsnittet i antall timer i uken pr. bruker til hjemmesykepleie mellom kommunene, der landkommunen tilbyr tilnærmet dobbelt så mange timer til hjemmesykepleie i uken pr. bruker enn bykommunen. Gabrielsen (2011:22) viser blant annet til at yngre brukere har et større bistandsbehov, noe som kan føre til vedtak om flere timer pr. bruker i uken til denne gruppen. Dermed kan det gjennomsnittlige antall timer i uken pr. bruker øke når det skjer en økning i andelen yngre brukere med behov for hjemmebaserte tjenester.

Til slutt viser tabellen at det er en relativ stor forskjell mellom kommunene når man sammenligner kommunenes økonomiske ressurser. Bykommunen har et underskudd, mens landkommunen driver med et overskudd. Det er rimelig å anta at denne forskjellen ytterligere forklarer forskjellen i omfanget av tjenestetilbudet, målt i gjennomsnittlig antall timer i uken pr. bruker til hjemmesykepleie. Det er blant annet vist at begrensede økonomiske ressurser fører til at man i større grad opererer mot en nedre grense for kommunens tilbud om omsorgstjenester (Halvorsen 2004).

4.1 Organiseringen av veien fra vedtak til tjeneste

Begge kommuner er organisert på en slik måte at de samsvarer med ett av hovedprinsippene i en bestiller-/utfører organisering (se modell 2 i figur 2:2), dvs. et organisatorisk skille mellom de som bestiller tjenester (saksbehandlingsarbeidet) og de som yter kommunale tjenester, for eksempel utøvelsen av nødvendig helsehjelp. Det organisatoriske skillet innebærer blant annet at enhetene i kommunal virksomhet blir formelle uavhengige organisasjoner, noe som kan påvirke kommunikasjonen mellom enhetene (Brunsson og Sahlin-Andersson 2000). Eksempelvis kan det ha betydning for om saksbehandlere er i dialog med sykeplei-

ere som utøver tjenestene under saksbehandlingen eller utfører saksbehandlingen på et mer selvstendig grunnlag. Studien viser at det var en forskjell i kommunikasjonen mellom saksbehandlere og utøvere i de to kommunene.

I landkommunen var det en større forekomst av uformell dialog mellom saksbehandlere og sykepleiere enn i bykommunen, og der den uformelle dialogen under saksbehandlingen fikk betydning for utformingen av det endelige vedtaket. Dermed samsvarer organiseringen i landkommunen i større grad med en «myk» operasjonalisering av bestiller / utfører modellen, der vedtaket er et produkt av relasjonelle prosesser mellom saksbehandler og utøvende sykepleier (Greve 2000:51).

I bykommunen derimot var kontakten mellom ansatte i de to enhetene i større grad formell, dvs. at den i all hovedsak foregikk skriftlig og det var lite uformell kontakt mellom dem. Til tross for at vedtakene gav noe rom for variasjon i utøvelsen av nødvendig helsehjelp ble de i større grad opplevd som administrative beslutninger som begrenset sykepleiernes handlingsrom, og der endringer forutsatte en fornyet saksgang. Av den grunn samsvarer bykommunens organisering i større grad med en «hard» operasjonalisering av bestiller / utfører modellen, der kontakten og relasjonen mellom enhetene er formalisert og regelstyrt (Greve 2000:51).

Det er rimelig å anta at variasjonen i samhandling mellom saksbehandlere og sykepleiere i de hjemmebaserte tjenestene kan få betydning for begge parter, siden variasjoner i kommunikasjonen vil kunne føre til ulike grad av påvirkning, noe som vil bli presentert nærmere i de neste kapitlene.

4.2 Kommunene som kontekst – et kort sammendrag

Presentasjonen viser at kommunene er ulike på blant annet; *befolkningssammensetning*, ved at bykommunen har en litt større andel eldre (80 år og over); *mottakere av nødvendig helsehjelp*, der bykommunen har flere eldre mottaker; *omfang av timer*, der landkommunen tilbyr flere timer i uken pr. bruker; *økonomi*, der landkommunen har et overskudd og bykommunen et underskudd, og til sist i *graden av kontakt mellom enhetene*, ved at det foregår en større grad av uformell kontakt mellom enhetene i landkommunen enn i bykommunen.

Dermed danner kommunene ulike kontekster for de samme arbeidsprosessene knyttet til nødvendig helsehjelp, dvs. arbeidsprosessene knyttet til saksbehandlingen og utøvelsen av helsehjelpen. Av den grunn presenteres i de to neste kapitlene faktorer som påvirker arbeidsprosessene både på et generelt grunnlag, samt at funnene diskuteres i relasjon til kommunal kontekst avslutningsvis.

5 Funn knyttet til saksbehandlingen av søkerens hjelpebehov

5.1 Presentasjon av utvalget

I alt fem saksbehandlere bidro med informasjon om sitt arbeid under datasamlingen, hvorav fire ble observert under kartleggingsbesøk hos brukere i tillegg til fokusgruppeintervjuet (ett i hver kommune). Alle fem var sykepleiere og hadde tidligere yrkeserfaring fra hjemmesykepleien, dvs. som utøvere av nødvendig helsehjelp.

Tabellen nedenfor gir noe informasjon om utvalgets kjønnsfordeling, utdanningsbakgrunn og yrkeserfaring etter endt sykepleierutdanning.

Tabell 5:1 Saksbehandlerne i studien

	Case A - «Land»	Case B - «By»	Sum
Respondenter i alt (Antall)	2	3	5
Antall kvinner i utvalget	2	2	4
Bakgrunnsinformasjon			
Sykepleierutdanning (Antall)	2	3	5
Helserett (Antall)	2	2	4
Yrkeserfaring (min – maks år)	17 – 26	11 – 19	

En ser av tabellen at alle saksbehandlere hadde en relativ langvarig yrkeserfaring og at de fleste hadde fullført en formell utdanning i helserett, som ble ansett for å være en viktig forutsetning for saksbehandlingsarbeidet. Av den grunn var det få vesentlige forskjeller på disse bakgrunnsvariabler mellom respondentene i utvalget.

5.2 Faktorene i forhold til fasene under saksbehandlingen

Presentasjonen av faktorene som var med på å påvirke saksbehandlingen kan knyttes til ulike faser som inngikk i saksbehandlingsprosessen, og omfattet følgende faser:

- 1) *En innledende fase*, som startet med å motta forespørselen om nødvendig helsethjelp og innhenting av informasjon om brukeren.
- 2) *Kartleggingsbesøket*, der saksbehandler samlet informasjon om brukerens behov og ressurser, og
- 3) *En beslutningsfase*, der informasjon fra kartleggingen ble vurdert og et vedtak ble utarbeidet.

I tillegg til faktorer som kan knyttes til fasene i saksbehandlingsprosessen viste analysen at det fantes en faktor som hadde betydning under alle fasene av saksbehandlingen. Denne faktoren er kalt saksbehandlerens tjenesteideologi og omfatter saksbehandlerens forforståelse av helsetjenesten de skal fatte vedtak om og deres rolle som saksbehandler. Siden den dannet grunnlaget for arbeidet som saksbehandler presenteres den innledningsvis.

5.2.1 Saksbehandlerens tjenesteideologi

Tjenesteideologien omfatter verdier og normer knyttet til tjenesten de forvalter og har betydning for tjenestens innhold og formål. Analysen viser at denne forforståelsen var en bakenforliggende faktor av betydning for alle trinn i saksbehandlingen.

Saksbehandlerens tjenesteideologi var i stor grad et produkt av to hovedkomponenter som var knyttet til deres formelle utdanningsbakgrunn, dvs. utdanningen som sykepleier og den juridiske utdanningen. Begge typer utdanning inneholdt ulike verdier og normer som påvirket arbeidets ulike faser, og der sykepleiebakgrunnen ble oppfattet som den mest betydningsfulle hos alle fem.

Dette ble spesielt fremhevet i argumentasjonen om hvilken rolle de identifiserte seg mest med: «*Jeg ser på meg selv som en sykepleier, men bruker fagkunnskapene mine på en litt annen måte.*» (Saksbehandler - Bykommunen).

Tjenesteideologiens sykepleiefaglige komponent

Utdanningen som sykepleier omfattet både normer og deres kunnskapsgrunnlag, og der normen om et helhetlig tjenestetilbud ble fremhevet som viktig, noe som illustreres i utdraget nedenfor.

Intervjuer: *Begge dere to har nevnt det med helhetlige tjenester.*

Saksbehandler 1: *Vi mener at hjemmesykepleien også bør jobbe med oppfølging. Det er jo en del av hjelpebehovet, dvs. drive veiledning og kanskje opplæring. Få organisert hverdagen. Jobbe til ukeplan for eksempel. Hjemmesykepleien kan ha en rolle i det og. Det er vel der vi mener at vi ser helheten.*

Saksbehandler 2: *En kan fort bli for fokusert på oppdraget, men du må på en måte løfte blikket litt og se vet du: Er det noe mer her tro?*

(Saksbehandlere – Landkommunen)

En ser av utdraget at saksbehandlerne ønsket at tjenestetilbudet skulle omfatte mer enn avgrensede oppgaver, dvs. et helhetlig helsetjenestetilbud som innebar at brukeren i større grad fikk hjelp til å mestre sin livssituasjon.

I tillegg til helhetsnormen vektla saksbehandlerne betydningen av kompetanse, der man særlig fremhevet den medisinske kompetansen. En av saksbehandlerne i landkommunen uttrykte det på følgende måte: «*Jeg pleier å si at jeg har 3 års utdanning i observasjon. Altså, det er noe jeg har lært en gang. Å se, og legge merke til det du ser.*» (Saksbehandler - Landkommunen). Til tross for at man som saksbehandler ikke utførte praktiske oppgaver anså man den sykepleiefaglige kompetansen som viktig under kartleggingen av brukerens behov.

Intervjuer: *Dere har jo poengtert at dere har sykepleie som bakgrunn. Kunne andre ha gjort jobben deres?*

Saksbehandler 1: *Tror vi trenger en helsefaglig bakgrunn. Jeg opplever for eksempel at pasienten kan si at «Nei jeg har ikke noen sykdom nå liksom» og så kommer vi til medisinlista da ser vi at noen bruker medisiner for høyt blodtrykk eller blodfortynnende. Og da spør vi «Hvorfor har du fått det?». Og den kunnskapen der er naturlig for oss, så jeg vil si at du trenger helsefaglig bakgrunn.*

Saksbehandler.3: *Vi har vel landa på at sykepleiekompetansen er en grei kompetanse å ha.*

(Saksbehandlere – Bykommunen)

Kompetansen som sykepleier, slik den er illustrert i utdraget ovenfor utgjorde av den grunn en vesentlig komponent i deres tjenesteideologi.

Tjenesteideologiens juridiske komponent

I tillegg til sykepleiekompetansen ble den juridiske kompetansen fremholdt som nødvendig for å utføre saksbehandlingsarbeidet på en tilfredsstillende måte. Selv om ikke alle hadde denne formelle kompetansen var den anerkjent og akseptert av alle saksbehandlere.

Intervjuer: *Helserett. Er det veldig viktig å kunne for gjøre det dere gjør?*

Saksbehandler 1: *For min del føler jeg meg mye tryggere på å tørre å stå for avgjørelser. Og hvis jeg får noen tilbakemeldinger fra pårørende eller pasient – så tør jeg stå for det. For jeg kan loven og vet jeg hva jeg skal.*

Saksbehandler 2: *Det opplever jeg også, å ha den kunnskapen om dette er viktig. Når jeg jobbet i hjemmesykepleien så kartla sykepleierne i utetjenesten. Når jeg var ute hos pasienter og kartla var det gjerne sammen med pårørende som stilte spørsmål. Da følte jeg at jeg ofte at jeg var på tynn is i forhold til lovverket, for det hadde jeg ingen kunnskap om. Ikke annet enn det jeg hadde hatt i grunnutdanningen som sykepleier, og det var noen år siden.*

(Saksbehandlere - Bykommunen)

Kompetanse om lovverket, som den formelle utdanningen i helseregg gav dem, var viktig fordi vedtak om offentlige tjenester skal være i samsvar med det juridiske regelverk. Vedtaket både legitimerer brukernes rett til tjenesten, men setter også en grense ved at man under vurderingen forholder seg til det som blir vurdert som nødvendig. Av den grunn diskuterte jeg med en av saksbehandlerne under en av observasjonene om vektingen av det juridiske rammeverk under arbeidet medførte at man var blitt en byråkrat⁸.

«Vi sitter i bilen og saksbehandler forteller at det er lenge siden vedkommende hadde jobbet som sykepleier. Mye av tiden gikk til kartlegging og saksbehandling som i stor grad styres av juridiske regler. Spørsmålet om saksbehandleren av den grunn vil definere seg som byråkrat besvares delvis bekreftende.»

(Utdrag notat fra observasjon – Saksbehandler Bykommunen)

⁸ Byråkratbegrepet er her knyttet til Webers forståelse av byråkratiet (1992:109), dvs. at arbeidet utføres i henhold til formelle regler, som for eksempel juridiske retningslinjer.

Denne «byråkrat» observasjonen ble senere en del av intervjuet og høstet ulike reaksjoner. I bykommunen for eksempel var det noen av saksbehandlerne som delvis samtykket i dette, noe som er illustrert nedenfor.

Intervjuer: Vil dere definerer dere selv som sykepleiere eller som byråkrater?

Saksbehandler 1: *Sykepleier*

Saksbehandler.3: *Begge deler, kanskje. Så lenge byråkrat ikke er noe negativt.*

(Saksbehandlere – Bykommunen)

I landkommunen derimot var saksbehandlerne i større grad uenig når de ble møtt med påstanden om at de kunne defineres som byråkrater.

Intervjuer: *Som saksbehandlere så er dere jo byråkrater.*

Saksbehandler 1: *Det er vi jo sterkt uenige i.*

Saksbehandler 2: *Jeg tenker at jeg har utdannet meg i et yrke som er praktisk og selv om jeg ikke utfører fysisk de tjenestene så kartlegger jeg på en måte og finner hva som må gjøres. Selv om det ikke er jeg som utfører det, så er det jeg som «oppdager» at dette må gjøres for å si det på den måten. Og da tenker jeg at da er jeg ikke byråkrat da er jeg noe annet.*

(Saksbehandlere – Landkommunen)

Saksbehandlernes utsagn illustrerer hvordan deres arbeid foregår i et skjæringspunkt mellom to perspektiver på nødvendig helsehjelp. Det ene er det sykepleiefaglige perspektiv som blant annet legger vekt på brukeren som et helt menneske under utformingen av tjenestetilbudet, og dermed kan føre til et omfattende tilbud. Det andre perspektiv er det juridiske, som vektlegger det juridiske regelverk og hva som er et nødvendig og faglig forsvarlig tjenestetilbud. Til sammen utgjør disse to perspektivene saksbehandlerens tjenesteideologi som påvirket arbeidet gjennom alle fasene i saksbehandlingen.

5.2.2 Faktorene knyttet til den innledende fasen

Felles for all saksbehandling er at den forutsetter at brukeren selv, eller aktører som brukeren har gitt sitt samtykke til, har meldt et formelt behov om nødvendig helsehjelp. I begge kommuner gjøres dette i all hovedsak av brukeren og dens

nærmeste pårørende ved hjelp av standardiserte søknadskjema som fylles ut og oversendes til enheten for saksbehandling i kommunen.

I tillegg til søknadsskjemaet var det av betydning om og i hvilken grad det forelå informasjon om pasienten, siden den økte muligheten til å planlegge kartleggingsbesøket og hvilke problemstillinger man kunne møte. Informasjonen kunne enten finnes i skjemaet eller i hjemmesykepleiens dokumentasjonssystemer.

5.2.2.1 Søknaden

Utformingen av det formelle søknadsskjema dannet en ramme for arbeidet ved at kommunen i forkant hadde definert hvilke tjenester de tilbyr og brukeren kunne søke om. Begge kommuner hadde rubrikker knyttet til informasjon om brukeren og dens pårørende og en avkrysningsliste som listet opp tjenestene som inngikk i kommunens tjenesteportefølje. Med unntak av et noe mindre omfang av tjenester som fantes på listen til landkommunen enn i bykommunen var det kun en forskjell mellom skjemaene.

Landkommunen hadde et felt der brukeren ble bedt om å gi en mer spesifisert beskrivelse av hva man trengte hjelp til og en kort begrunnelse for hjelpebehovet. Til tross for denne forskjellen hadde skjemaet kun en hovedfunksjon, dvs. initieringen av et kartleggingsmøte for å vurdere søkerens hjelpebehov.

5.2.2.2 Innhenting av eksisterende informasjon

Alle saksbehandlere i studien forsøkte å skaffe seg mest mulig informasjon om søkeren i forkant av kartleggingsbesøket. Denne informasjonen fantes på søknadsskjemaet eller i kommunens dokumentasjonssystem, hvorav det siste gjaldt når søkeren allerede mottok nødvendig helsehjelp. For eksempel kunne brukeren ha startet med hjemmesykepleie etter et sykehusopphold før det var fattet et formelt vedtak av saksbehandlerne.

I de tilfeller der brukeren allerede mottok nødvendig helsehjelp hentet saksbehandleren informasjon om omfanget og innholdet i det etablerte tjenestetilbud fra kommunens dokumentasjonssystem, som bl.a. omfattet journalnotater og etablerte tiltaksplaner. I tillegg rapporterte saksbehandlere om at naboer, fastlege

eller venner kunne ha informasjon som var relevant, men at de kun unntaksvis ble kontaktet.

Dette illustrerer en viss variasjonsbredde i informasjonskilder man kunne dra nytte av, men at disse først og fremst ble vurdert ut fra relevansen til kildens informasjon og der medisinsk informasjon var viktigst.

Intervjuer: *Ved behov av nødvendig helsehjelp. Hvilken informasjon har dere behov for på forhånd?*

Saksbehandler 1: *Medisinske opplysninger, det er jo viktig informasjon. Diagnoser og den biten, det er jo alltid viktig informasjon uansett hvilken problemstilling det er.*

(Saksbehandler – Landkommune)

At medisinsk informasjon «*alltid*» ble ansett som viktig kan kobles til sykepleiekomponenten i saksbehandlerens tjenesteideologi, samt at vurderingen av behovet om nødvendig helsehjelp i stor grad omfattet medisinske problemstillinger.

Intervjuer: *Av all den informasjonen dere har tilgjengelig, hvilken anser dere som mest betydningsfull før dere går i gang med kartleggingen eller besøket?*

Saksbehandler 2: *Hvis det allerede er igangsatt nødvendige helsetjenester hos pasienten, så vil jeg jo si at et journalnotat danner et bilde av pasientens behov.*

Saksbehandler 1: *Tiltaksplan og selve journalnotatene, de sier ikke alltid så mye, men de sier da noe om diagnoser da.*

(Saksbehandler – Bykommunen)

Samlet sett illustrerer utdragene hvordan medisinsk informasjon, som for eksempel diagnoser og eventuelt iverksatte tiltak, var en faktor som inngikk i planleggingen av kartleggingsbesøket. Informasjonen dannet et første bilde av søkeren i forkant.

5.2.3 Faktorene knyttet til kartleggingsbesøket

For å kunne vurdere behovet for nødvendig helsehjelp var formålet med kartleggingsbesøket å få frem en realistisk forståelse av søkerens behov, og i hvilken grad søkeren hadde ressurser til å tilfredsstille disse. Ressurskartleggingen om-

fattet både søkerens egne ressurser og ressursene som fantes i den nære omgivelsen, som for eksempel familie og venner.

Under kartleggingen av søkerens ressurser kom det ofte frem ulike perspektiver, dvs. forståelser av brukerens behov og ressurser. Perspektivene var knyttet til ulike aktører som deltok under kartleggingsbesøket, dvs. søkeren, pårørende og saksbehandleren. Perspektivene var ikke alltid sammenfallende og kunne i noen tilfeller være konfliktskapende mellom aktørene. For å dempe mulighetene for uenighet og konflikt formulerte derfor en av saksbehandlerne følgende mål for kartleggingen. «*Det finnes ulike ønsker mellom brukere og pårørende. Mitt mål er å finne frem til en felles forståelse*» (Saksbehandler - Landkommunen).

I tillegg til de ulike perspektivene ble kartleggingsbesøket påvirket av IPLOS (se kap 2.1.4) ved å definere hvilke variabler som må vurderes for å gi en tilstrekkelig beskrivelse av funksjonsevnen. Til tross for at det var variasjoner mellom de ulike samtalene med søkerne dannet IPLOS en strukturell ramme for kartleggingsbesøket og presenteres av den grunn innledningsvis, før perspektivene til de ulike aktørene løftes frem.

5.2.3.1 Kartleggingsverktøyet som strukturerende faktor under kartleggingen

IPLOS omfatter som tidligere omtalt fem variabelgrupper for å kartlegge og vurdere søkerens behov for bistand, og er politiske aktørers redskap for å definere samfunnets rammer for nødvendig helsehjelp. Variablene utgjør det «*minst sett av opplysninger om en søker*» (Saksbehandler - Landkommunen) og danner grunnlag for vurderingen av søkerens funksjonsevne. Saksbehandleren samler av den grunn informasjon om og i hvilken grad søkeren har ressurser til å ivareta sine behov ved å skåre søkeren på en skala fra 1 til 5. 1 betyr at søkeren har ingen problemer med å dekke behovet på egen hånd og 5 betyr at søkeren ikke har noen ressurser til egen ivaretagelse av behovet.

Det viktigste skillet er imidlertid mellom en skåre på 2, dvs. søkeren «*utfører / klarer selv (eventuelt med hjelpemidler), men har utfordringer...*» og en skåre på 3, dvs. søkeren «*Utfører / klarer deler av aktiviteten selv, men trenger personbistand til andre deler av aktiviteten.*» (Helsedirektoratet 2009:27). For å utløse

en offentlig tjeneste må det derfor komme frem informasjon om at søkeren ikke lenger har ressurser til å ivareta sine behov enten delvis eller helt.

IPLOS definerer dermed ikke bare hvilke behov som skal danne grunnlag for å utløse en tjeneste, men også at søkeren må ha passert et skille dvs. at man ikke lenger har ressurser til å tilfredsstille deler av behovet på egen hånd.

5.2.3.2 Søkerens perspektiv på kartleggingsbesøket

Observasjonene viste at saksbehandlerne først og fremst henvendte seg til søkeren for å finne frem til søkerens forståelse av eget funksjonsnivå. Samtidig var søkerens helsetilstand under kartleggingen med på å påvirke søkerens presentasjon av egne behov og ressurser. For eksempel hadde halvparten av søkerne under observasjonene, dvs. i 3 av 6 kartleggingsbesøk, en eller annen form for kognitiv svikt. Dette medførte at søkeren i de tilfeller ikke helt forsto spørsmålene eller ikke klarte å gi adekvate svar, hvilket skapte en avhengighet av at andre aktører i situasjonen ivaretok deres perspektiv. I de tre observerte tilfeller ble pasientens perspektiv imidlertid ivaretatt av søkerens nærmeste pårørende, og saksbehandlerne innrømmet av den grunn de pårørende en større aktiv rolle enn de ellers ville ha gjort.

«Saksbehandleren forteller meg at søkeren nylig hadde fått en demensdiagnose. Hun var derfor oppmerksom på at «barnet» til søkeren hadde behov for å fremstille foreldrenes sak og den vanskelige situasjonen familien var kommet opp i.»

(Feltnotat – Saksbehandler – Landkommunen)

Det var av den grunn to hovedaktører som presenterte og ivaretok søkerens perspektiv. Den ene var søkeren selv og den andre var søkerens nærmeste pårørende, og der pårørendes rolle fikk større betydning når søkeren hadde en alvorlig tilstand og/eller kognitiv svikt.

Et annet moment ved søkerens presentasjon av sitt hjelpebehov var at søkerne i større grad la vekt på å definere et hjelpebehov og i mindre grad var interessert i å presentere sine ressurser. Av den grunn kunne kartleggingsbesøket resultere i en dialog der søkeren og saksbehandleren hadde ulik forståelse av kartleggingsbesøket og samtalens formål.

Intervjuer: *Hva legger dere vekt på når dere kartlegge?*

Saksbehandler 2: *Det var jo litt som jeg sa i stad at søkeren sier: «Jeg trenger hjelp til å stelle meg». Så sa jeg «OK, jaha, men hva klarer du selv». Og da ofte er det sånn som at «Jeg klarer ingenting selv». Slik er det i utgangspunktet og da må vi gå i detalj vet du: «Klarer du å vaske ansiktet selv, klarer du å vri klu-ten» – så får vi kartlagt hva dem klarer selv og kanskje de klarer det meste selv.*

(Saksbehandlere – Landkommunen)

Utdraget illustrerer hvordan søkerens perspektiv ikke alltid samsvarer med saksbehandlerens målsetning for kartleggingsbesøket, dvs. en reell beskrivelse av søkerens funksjonsnivå. Dermed ble ansvaret for kartleggingen forskjøvet til saksbehandleren som måtte stille utforskende spørsmål for å finne frem til søkerens funksjonsnivå. Søkerens mangelfulle forståelse av formålet med kartleggingsbesøket kunne derfor føre til at ivaretagelsen av søkerens perspektiv ble avhengig av saksbehandleren, og dens arbeid med å få frem tilstrekkelig og relevant informasjon.

5.2.3.3 Pårørendes perspektiv på kartleggingsbesøket

I tillegg til å spille en komplementerende rolle for å ivareta søkerens perspektiv og interesser når søkeren grunnet sin helsetilstand ikke var i stand til å bidra med relevante opplysninger, kunne pårørende ta en selvstendig aktiv rolle under kartleggingen. Denne rollen kunne ha ulike utfall.

For det første kunne pårørende forsterke søkerens forventninger om kommunale tjenester, ved å bifalle og støtte søkerens behov for nødvendig helsehjelp. Eksempelvis sa et av de voksne barna under et kartleggingsbesøk, «*Nå må du ta all den hjelpen du kan få mor. Det er på tide at du får litt igjen*» (Feltnotat - Kartleggingsbesøk landkommunen). Dette ble ytterligere bekreftet under et av intervjuene, «*Så klart de pårørende er med å påvirke vedtakene. Fordi de er med på å be om tjenestene.*» (Intervju – Saksbehandlere Landkommunen)

For det andre kunne pårørende fremme krav om tjenester som gikk imot søkerens egen interesse, dvs. at pårørende har sendt søknad om nødvendig helsehjelp uten å ha forsikret seg om at den søknaden gjelder for er enig i det. I slike tilfeller må saksbehandlerne bruke tid på å klargjøre for pårørende at det er søkerens

perspektiv og behov som er utgangspunkt for saksbehandlingen og ikke de pårørendes.

Intervjuer: *Nettverket til den som vedtaket gjelder for, har de noen mulighet til å påvirke vedtakene?*

Saksbehandler 1: *Vi går ikke inn i konflikter i hvert fall. Men vi blir jo mange ganger dratt inn i det allikevel, hvor pårørende er frustrerte og tar kontakt med oss. Og de kan jo bli kjempesinte på oss for at ikke vi bare kan gjøre det. [å fatte vedtak om tjenester mot søkerens vilje] Men det er ikke så lett for oss bare å gå inn å gjøre noe som brukeren ikke ønsker.*

Saksbehandler 2: *Nei da har vi jo samtale rundt det at de [søkeren] faktisk må bestemme over egne liv og hvordan de vil ha det. Og har de samtykkekompetanse så er det ikke så mye vi får gjort.*

(Intervju – Saksbehandlere Landkommunen)

Utdraget illustrerer saksbehandlernes arbeid med å løse motstridende forventninger mellom søker og pårørende, og hvordan juridiske rammer, dvs. søkerens samtykkekompetanse, bidrar til å ivareta søkerens perspektiv.

Til slutt kunne pårørende inngå som ressurs for å ivareta søkerens behov ved å tilby uformell omsorg. Dette innebar for eksempel at selv om en søker kvalifisert for en score på 3 på en variabel, kunne pårørende bidra med tjenester slik at behovet ble ivaretatt. Dette var først og fremst praktiske tjenester og ikke nødvendig helsehjelp, som for eksempel å handle inn varer, renhold med mer.

Intervjuer: *Hvordan kartlegger dere nettverket?*

Saksbehandler 1: *Det er jo egne spørsmål på kartleggeren som omhandler det sosiale liv. Og der prøver vi å få fram om de har familie og pårørende, og litt om hvor ofte dem bistår og hvor ofte dem er på besøk.*

Saksbehandler 2: *Og det er jo ofte av familien da. Da kartlegger vi hvor mange timer det er snakk om i uka.*

Intervjuer: *Har dere selv opplevd at man bruker nettverket i et vedtak, altså at det har blitt implementert?*

Saksbehandler 1: *I IPLOS skjemaet så er det punkter for det. Og så skriver vi jo ofte i vedtaket, i hvert fall så gjør jeg det – at «du mottar bistand fra din datter,*

der du oppgir at din datter handler for deg og» for eksempel. Det har jeg skrevet i vedtaket i hvert fall, sånn at man ser hvem som gjør det – hvis de ikke greier å gjøre det selv.. Det er jo ikke alltid man søker om tjenester, eller bistand til det. Det blir dekket av familie.

(Intervju – Saksbehandlere Landkommunen)

Kort sammenfattet kunne pårørende inneha ulike roller under kartleggingsbesøket, ved at pårørende kunne presentere eller forsterke søkerens perspektiv, fremme et behov om helsehjelp på egne vegne eller tilby uformell omsorg, og dermed redusere behovet for et offentlig tjenestetilbud.

5.2.3.4 Saksbehandlerens perspektiv på kartleggingsbesøket

Under kartleggingsbesøket anvendte saksbehandlerne sin kunnskap som sykepleier innenfor et juridisk og administrativt rammeverk som besto av blant annet lovverk, forskrifter og IPLOS, og der IPLOS var den administrative operasjonaliseringen av intensjonene i lovverket. For eksempel omfatter IPLOS mange ulike behov hos søkeren og bidrar dermed til å fokusere på helheten i tjenestetilbudet.

Siden saksbehandlerne var pålagt å følge IPLOS dannet dette kartleggingsverktøyet et handlingsrom for den sykepleiefaglige komponenten under arbeidet, og saksbehandlerne i begge kommuner fulgte IPLOS. Samtidig hadde bykommunen videreutviklet og utvidet kartleggingsverktøyet ved å føye til utdypende eller supplerende spørsmål i kartleggingsskjemaet. På den måten dannet kartleggingsverktøyet til saksbehandlerne i bykommunen en enda tydeligere administrativ ramme for arbeidet enn i landkommunen.

Saksbehandlerne i landkommunen derimot hadde en større handlingsfrihet i hvilke spørsmål en ønsket å supplere kartleggingen med, siden man ikke hadde utarbeidet standardiserte, supplerende spørsmål i et felles kartleggingsskjema. På den måten fikk den sykepleiefaglige kompetansen hos saksbehandlerne i landkommunen et større handlingsrom.

Saksbehandler 1: *Og det er jo tydelig at IPLOS kartlegginga, er det minste sett av opplysninger som vi trenger i kartleggingen og så må vi jo bare bygge videre selv. Vi har jo det gamle kartleggingsskjemaet, det har jo mange av de elementene som er i IPLOS registreringen, pluss litte granne til.*

Intervjuer: *Har dere et eget kartleggingsverktøy som er vedtatt i kommunen?*

Saksbehandler 2: *Nei, ikke vedtatt i kommunen. Ikke på den måten.*

(Intervju – Saksbehandlere Landkommunen)

Saksbehandlerne uttaler at man til tross for IPLOS som minste sett av opplysninger man skulle kartlegge også hadde et handlingsrom som man, «*bygger videre selv*». Av den grunn opplevde saksbehandlerne i landkommunen større autonomi i jobben, «*vi styrer oss egentlig selv*» (Saksbehandler - Landkommunen) og hadde større rom for skjønnsutøvelse enn saksbehandlerne i bykommunen.

I bykommunen var hvert kartleggingsbesøk nært koblet til kartleggingsverktøyet som kommunen hadde utarbeidet og som saksbehandlerne fylte ut under samtalen med søkeren. På den måten hadde det sykepleiefaglige handlingsrom en tydelig grense som var definert av kartleggingsverktøyet.

Samtidig opplevde saksbehandlerne i begge kommunene at de fikk brukt sin sykepleiefaglige kompetanse, gjennom observasjon av søkeren, innhenting og oppfølgingen av medisinsk informasjon under samtalen med søkeren. Alle opplevde at kartleggingen var en sykepleiefaglig handling, selv om den i større grad var byråkratisk i bykommunen, dvs. regulert av et formalisert og standardisert kartleggingsverktøy.

5.2.4 Faktorene knyttet til beslutningsfasen

Under beslutningsfasen ble informasjonen fra kartleggingen vurdert, diskutert og et skriftlig vedtak utarbeidet. Viktige faktorer i denne fasen var kommunens økonomi, juridiske regler knyttet til nødvendighets- og forsvarlighetskravet for tjenestetilbudet og dialogen mellom saksbehandlere og sykepleiere i hjemmebaserte tjenester.

5.2.4.1 Kommuneøkonomi

På spørsmål om kommunens økonomi hadde noe betydning for arbeidet viste det seg å være en forskjell mellom kommunene. Saksbehandlerne i landkommunen nevnte i mindre grad enn saksbehandlerne i bykommunen at deres kartlegging og vurdering av hjelpebehovet samt utforming av vedtaket var påvirket av kommunens økonomi.

I bykommunen derimot var den økonomiske situasjonen slik at kommunen hadde et underskudd (se tabell 4:1). Av den grunn fikk saksbehandlerne ofte signaler fra politikere og administrasjonen om at vedtak om nødvendig helsehjelp skulle være faglig forsvarlig, men ikke gå ut over forsvarlighetsgrensen. Eller som en av dem sa: «*Det er klart, dette med økonomien det er jo et punkt som vi stadig blir minnet på selvfølgelig. Våre hovedledere gir jo ganske klare føringer på det.*» (Saksbehandler – Bykommunen). Av den grunn er det rimelig å anta at forskjeller i omfang og innhold på vedtakene om nødvendig helsehjelp mellom de to kommunene kommunenes kan tilskrives forskjeller i kommunens økonomiske handlingsrom.

5.2.4.2 Juridiske rammer for nødvendig helsehjelp

I likhet med alle andre norske kommuner måtte begge kommuner forholde seg til det samme juridiske rammeverk. Samtidig medførte mangelen på økonomiske ressurser i bykommunen til flere diskusjoner, der sykepleiefaglige vurderinger måtte tilpasses til det juridiske rammeverk for helsehjelpen. For eksempel var det et kontinuerlig behov for å avklare den juridiske grensen for faglig forsvarlighet i forhold til nødvendig helsehjelp i bykommunen.

Saksbehandler 1: *Vi opplever at vi får oftere klager nå. Om det skyldes at vi har blitt flinkere til å gi tjenester ut fra lovverk eller om det er bedre opplyste pårørende, det vet jeg ikke.*

Intervjuer: *Altså klageomfanget har økt?*

Saksbehandler 2: *Ja.*

Saksbehandler 1: *Før så tror jeg egentlig tjenestene ble gitt sånn ukritisk og man var redd for å komme i baret. Men nå er det loven som setter et vilkår for å*

tilby dem tjenester, og er pårørende eller pasienten uenige i den tildeling så virker det som om det er mere stuerent å klage nå enn det var før.

Intervjuer: *Disse klagene, får de medhold eller?*

Saksbehandler 2: *Det har vært begge deler. Og de klagene som har gått til Helseilsynet og Fylkesmann har jo stort sett gitt litt presedens for videre saksbehandling.*

(Intervju – Saksbehandlere bykommunen)

Utdraget illustrerer hvordan det juridiske rammeverk ble en viktig rettesnor for utformingen av vedtaket og der utfall av klagebehandlingen i høyere instanser bidro med fortolkninger av den juridiske rammen for arbeidet. På denne måten pågikk det en kontinuerlig diskusjon rundt grensene for blant annet faglig forsvarlighet, og en oppmerksomhet på om tjenestetilbudet var «nødvendig» eller ikke.

Diskusjonene rundt sykepleiefaglige vurderinger i lys av de juridiske rammene fikk i neste omgang betydning for arbeidet. En saksbehandler beskrev for eksempel hvordan betydningen av nødvendighetskriteriet kunne få ulike konsekvenser, «*noen ganger kan det søkes om kanskje tre tjenester og så kommer vi på kartlegging og så er enden på visa at det kanskje bare blir en tjeneste, mens det i andre tilfeller kan foreligge en søknad om en tjeneste og så kommer vi på kartlegging og så viser det seg at det er behov for flere tjenester.*» (Saksbehandler – Bykommunen).

Et kontinuerlig fokus på begrensede økonomiske ressurser og hva som er nødvendig og faglig forsvarlig helsehjelp førte derfor til at saksbehandlernes i bykommunen i større grad ble utfordret på å definere faglig forsvarlighet og innholdet i nødvendig helsehjelp enn saksbehandlernes i landkommunen.

5.2.4.3 Dialogen mellom saksbehandlere og hjemmesykepleien

Mange kartlegginger ble utført etter at hjemmesykepleien allerede hadde etablert et tilbud om nødvendig helsehjelp, for eksempel etter utskrivelse fra sykehus. Av den grunn måtte saksbehandlernes i mange tilfeller vurdere om omfanget og innholdet i den etablerte helsehjelpen kunne rettferdiggjøres ut fra deres vurdering. I de tilfeller der saksbehandleren var enig med hjemmesykepleien ble hel-

setjenestetilbudet formalisert gjennom et administrativt vedtak som godkjente det etablerte helsetjenestetilbudet til søkeren. Samtidig forekom det situasjoner der saksbehandlere og utøvende sykepleiere var faglig uenige om enten omfanget eller innholdet i det etablerte helsetjenestetilbudet. Denne uenigheten ble håndtert ulikt mellom by- og landkommunen.

I landkommunen ble faglig uenighet løst ved hjelp av en kontinuerlig uformell dialog mellom hjemmesykepleien og saksbehandlerne, og som til slutt munnet ut i et vedtak som saksbehandlere og sykepleiere i hjemmesykepleien var enig om. Dermed fikk hjemmesykepleien og deres vurderinger betydning for omfanget og innholdet i tjenesten i det formelle vedtak.

Intervjuer: Så fatter dere vedtak. Hvordan kan et slikt vedtak se ut sånn i tekst? Hvor spesifikt er det?

Saksbehandler 1: Jeg tror nok andre er mye mer spesifikke enn det vi er.

Saksbehandler 2: Det er jo ofte et samarbeid med hjemmesykepleien for de har jo som oftest startet tiltaket allerede, så går det noen dager før vi får skrevet vedtaket. Og da har vi en dialog med hjemmesykepleien. Så vi ser at det samsvarer. Og det skjer ganske ofte faktisk, at jeg får beskjed om at «du må vente med det vedtaket» for her er vi inne i noe som ikke er helt bestemt hvordan skal være. Det kan både være at folk trenger mer hjelp, eller det kan være at de trenger mindre hjelp enn det som vi trodde i utgangspunktet.

Saksbehandler 1: Så det å ha en tett, nær dialog – så vi ikke vi lager vedtak som ikke samsvarer med virkeligheten. Det hadde ikke fungert.

(Intervju – Saksbehandlere Landkommunen)

Hjemmesykepleiens påvirkning på vedtaket slik det er illustrert ovenfor var imidlertid mer redusert i bykommunen der saksbehandlere i større grad var satt under press av kommunens økonomiske situasjon. Av den grunn opplevde saksbehandlerne i bykommunen at de i enkelte tilfeller måtte endre på det etablerte tjenestetilbud som hjemmesykepleien hadde iverksatt. Dette kom blant annet til uttrykk ved at saksbehandlerne i bykommunen var oppmerksom på om tekniske hjelpemidler eller andre tiltak kunne redusere omfanget av tjenester fra de hjemmebaserte tjenester.

Intervjuer: *Hvor mye bestemmer vedtaket innholdet i tjenesten?*

Saksbehandler 1: *Vi har jo lagt oss på den linja at det skal være veldig detaljert. For at det skal være mulighet til å ta vekk noen tjenestetilbud eller legge til tiltak hvis det anses som forsvarlig i en ny vurdering for eksempel. Så vi begrunner veldig, og gjør en faglig skjønnsvurdering opp mot behovet der og da.*

(Intervju – Saksbehandlere bykommunen)

Ved å utarbeide detaljerte vedtak, slik det henvises til ovenfor, ønsket saksbehandlerne å skape rom for å kunne gjøre endringer i tjenesteomfanget ved en ny vurdering. Samtidig medførte detaljerte vedtak til at man i større grad la føringer på ressursbruken siden vedtaket definerte grensene for omfanget og innholdet i nødvendig helsehjelp. Siden denne prosessen først og fremst skjedde mellom saksbehandlerne forekom det i mindre grad en uformell dialog mellom saksbehandlerne og hjemmesykepleien i bykommunen.

5.3 Sammendrag av faktorene som påvirket saksbehandlingen

Faktorene knyttet til saksbehandlerens arbeid er under presentasjonen knyttet til de ulike fasene av saksbehandlingsprosessen. En nærmere analyse viser at faktorene kan grupperes etter to hovedkategorier. For det første er det «spesifikke» faktorer. Disse hadde en begrenset betydning ved at de først og fremst er knyttet til en avgrenset fase i saksbehandlingen, eks. den innledende fasen, kartleggingsbesøket eller beslutningsfasen.

Den andre hovedkategorien er «generelle» faktorer som kjennetegnes av at de hadde betydning under flere faser av saksbehandlingsprosessen. Av den grunn er det rimelig å anta at de generelle faktorene, i tillegg til å påvirke saksbehandlingen direkte, også hadde betydning for styrken av de «spesifikke» faktorene. For eksempel var IPLOS en viktig spesifikk faktor under kartleggingsbesøket i begge kommuner, ved å definere en felles minstestandard for kartleggingen. Samtidig ble styrken i IPLOS påvirket av styrken i den den sykepleiefaglige komponenten i saksbehandlerens tjenesteideologi, der helhetsperspektivet var et viktig element. Av den grunn er det rimelig å anta at de generelle faktorene er av større betydning enn de spesifikke faktorene.

Tabell 5:2 gir en samlet oversikt over de spesifikke og generelle faktorene, og er plassert i forhold til de ulike fasene under saksbehandlingen.

Tabell 5:2 Faktorene som påvirket saksbehandlingen av nødvendig helsehjelp

Saksbehandling	Spesifikke faktorer	Generelle faktorer
Innledende fase	<ul style="list-style-type: none"> • Søknaden • Informasjonsinnhenting 	<ul style="list-style-type: none"> • Saksbehandlerens tjenesteideologi: <ul style="list-style-type: none"> ○ Den sykepleiefaglige komponenten ○ Den juridiske komponent • Kommunens økonomiske ressurser • Juridiske rammer
Kartleggingsfasen	<ul style="list-style-type: none"> • Kartleggingsverktøyet • Søkerens perspektiv • Pårørendes perspektiv • Saksbehandlerens perspektiv 	
Beslutningsfasen	<ul style="list-style-type: none"> • Dialogen med utøver-enheten 	

5.3.1 Faktorenes betydning på tvers av kommunene i studien

Studiens design gir ikke grunnlag for å vekte faktorenes styrke, dvs. hvilken av faktorene som hadde størst betydning for saksbehandlingsprosessen. Samtidig gir funnene indikasjoner om mulige årsaksmekanismer og den gjensidige påvirkningskraften faktorene har på hverandre, og som kan forklare noe av variasjonen mellom kommunene i studien.

Den første og mest åpenbare årsakssammenhengen finnes mellom kommunens økonomiske ressurser og omfanget av helsetjenestetilbudet. Til tross for at økonomiske ressurser ikke hindrer innbyggerne tilgang på nødvendig helsehjelp, er det indikasjoner på at en svak økonomi resulterer i at helsehjelpen i større grad avgrenses til det juridisk faglig forsvarlige. Av den grunn ser det ut til at søkere i kommuner med gode økonomiske ressurser har muligheten til et større omfang av tjenester, enn søkere i kommuner med et begrenset økonomisk handlingsrom.

I tillegg ser det ut til å være sammenheng mellom kommuners økonomiske ressurser og variasjoner i vektingen av komponentene i saksbehandleres tjeneste-

deologi. Til tross for at saksbehandlere i begge kommuner referert til begge komponenter i tjenesteideologien, hadde saksbehandlere i landkommunen større mulighet til å knytte sitt arbeid til den sykepleiefaglige komponenten. Saksbehandlere i bykommunen derimot var i et kontinuerlig skjæringspunkt mellom ressurser, sykepleiefaglige vurderinger og juridisk rammeverk. Av den grunn var det mulig for saksbehandlere i landkommunen å argumentere for helhetlige tjenester, mens saksbehandlere i bykommunen i større grad måtte justere sine sykepleiefaglige vurderinger i forhold til det juridiske rammeverk, som for eksempel forvarlighetskavet.

Det virker dessuten som om det er en kobling mellom den sykepleiefaglige og juridiske komponenten i tjenesteideologien, ved at de synes å være omvendt proporsjonale i forhold til hverandre. Dette betyr at dersom man legger vekt på en av komponentene vil det medføre at den andre komponenten svekkes. For eksempel var sykepleieperspektivet og helhetsidealet fremtredende i landkommunen, og det juridiske perspektiv nedtonet. I bykommunen derimot utfordret det juridiske perspektiv de sykepleiefaglige verdiene i større grad.

Det er også indikasjoner på at styrken i det juridiske perspektiv ikke bare er knyttet til økonomiske ressurser, men også i hvilken grad organisasjonen har utviklet et administrativt verktøy som samsvarer og forsterker det juridiske rammeverk. For eksempel hadde bykommunen videreutviklet IPLOS ved å utvikle et kartleggingsverktøy som ble en formalisert standard for alle kartlegginger. I landkommunen derimot var IPLOS utgangspunktet, samt at saksbehandleren kunne anvende sitt sykepleieperspektiv og dermed variere kartleggingen av søkere.

Denne gjennomgangen viser at faktorene står i et gjensidig forhold til hverandre og påvirker hverandre. Styrken i en faktor vil av den grunn kunne svekkes eller forsterkes som følge av styrken i en annen faktor, noe som også illustrerer kompleksiteten i prosessene fra vedtak til tjeneste. I tillegg kan faktorene få betydning for utøvelsen av helsehjelpen, noe som presenteres nærmere i neste kapittel.

6 Funn knyttet til utøvelsen av nødvendig helsehjelp

6.1 Presentasjon av utvalget

Datasamlingen knyttet til utøvelsen av nødvendig helsehjelp omfattet seks sykepleiere, hvorav fire av sykepleiere ble observert i løpet av en arbeidsdag før intervjurunden. Observasjonen omfattet morgenrapporten, hjemmebesøk hos pasientene som var på sykepleiernes arbeidsliste, samt deltakelse under lunsjen og ettermiddagsrapporten.

En ser av tabell 6:1 at det var en relativ stor variasjonsbredde på yrkeserfaringen, dvs. antall år som utøvende sykepleiere etter endt utdanning, mellom sykepleierne i utvalget. Denne variasjonsbredden fantes imidlertid i begge kommune. Derfor var det kun små forskjeller mellom de to gruppene av sykepleiere som deltok under fokusgruppeintervjuene. I tillegg hadde sykepleieren med kun et halvt års erfaring etter endt utdanning vært i et ansettelsesforhold i hjemmesykepleien før og under studiet slik at den praktiske erfaringen fra hjemmesykepleien var på fem år.

Tabell 6:1 Hjemmesykepleierne i studien

	Case A - «Land»	Case B - «By»	Sum
Respondenter i alt (Antall)	3	3	6
Antall kvinner i utvalget	3	2	5
Bakgrunnsinformasjon			
Sykepleieutdanning (Antall)	3	3	6
Yrkeserfaring (min – maks år)	½ - 14	2 – 18	

6.2 Faktorer av betydning for utøvelsen av nødvendig helsehjelp

Nødvendig helsehjelp som ytes av hjemmebaserte tjenester kan kategoriseres som enten «akutt» nødvendig helsehjelp eller som nødvendig helsehjelp med utgangspunkt i et administrativt vedtak. Forskjellen mellom kategoriene ligger i at «akutt» nødvendig helsehjelp tilbys forut for en saksbehandlingsprosess, mens annen nødvendig helsehjelp tilbys etter at et administrativt vedtak er fattet. Behovet for «akutt» nødvendig helsehjelp skyldes at en rekke brukere trenger nødvendig helsehjelp umiddelbart, f.eks. ved hjemreise etter opphold i spesialisthelsetjenesten, og som blir saksbehandlet i etterkant av at helsehjelpen er etablert.

Kategoriene danner ulike rammer for utøvelsen av helsehjelpen. Av den grunn vil presentasjonen av faktorene grupperes etter om nødvendig helsehjelp ytes «akutt» eller basert på og regulert av et administrativt vedtak.

6.2.1 Faktorene knyttet til utøvelsen av «akutt» nødvendig helsehjelp

«Akutt» nødvendig helsehjelp omfatter ifølge sykepleierne som ble intervjuet omtrent halvparten av tjenestene og er i all hovedsak tjenester som gis brukeren etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette tjenestetilbudet har ingen vedtak som definerer rammene for helsehjelpen slik at tjenesteutøveren har en større autonomi under vurderingen og utformingen av nødvendig helsehjelp, enn når tjenesten skal ytes med utgangspunkt i et administrativt vedtak. Dermed har tjenesteutøverens tjenesteideologi større betydning for utformingen av helsehjelpen når den er «akutt» enn ved et administrativt vedtak og presenteres derfor innledningsvis. Deretter presenteres hvordan og i hvilken grad spesialisthelsetjenesten påvirker utøvelsen av «akutt» nødvendig helsehjelp.

6.2.1.1 Utøverens tjenesteideologi

I motsetning til saksbehandlerens tjenesteideologi inneholdt tjenesteideologien til sykepleierne i hjemmebaserte tjenester ingen tydelig juridisk komponent. Den viktigste komponenten i deres tjenesteideologi var den sykepleiefaglige komponenten. Dette innebar ikke at sykepleierne som utøvet nødvendig helsehjelp forkastet det juridiske rammeverk, men at juridiske regler legitimerte deres autoritet under utøvelsen av arbeidet. Juridiske regler ble sett på som nødvendige

rammer for utøvelsen av yrket, men innholdet og omfanget av helsehjelpen skulle først og fremst styres av det sykepleiefaglige skjønn. Dette kom blant annet til uttrykk i deres sammenligning mellom deres og saksbehandlernes kartlegging av brukerens behov for nødvendig helsehjelp, slik det er illustrert i sitatet nedenfor.

Intervjuer: *Hva skiller deres kartlegging fra saksbehandlernes?*

Sykepleier 2: *Jeg tenker det er stor forskjell. Et vurderingsbesøk som vi nå gjør hjemme, det er ikke et kartleggingsbesøk.*

Intervjuer: *Hva skiller dem?*

Sykepleier 2: *Skillet er at vi ikke har hjemmel til å innvilge tjenester. Det er ikke vi som innvilger tjenestene, det er det saksbehandlerne som gjør.*

Sykepleier 3: *Vi er ikke satt inn i lovverk heller.*

Sykepleier 2: *Når du tenker kartlegging som et juridisk begrep så kartlegger vi ikke.*

Intervjuer: *Men er ikke det første fasen i sykepleieprosessen det å samle data. Er ikke det kartlegging?*

Sykepleier 2: *Jo, men jeg vil fremdeles velge å kalle det en vurdering jeg.*

(Utøvere - Bykommunen)

Sitatet viser hvordan sykepleierne skiller mellom kartleggingsarbeid som en sykepleiefaglig prosess og som en saksbehandlingsprosess regulert av juridiske regler. Når helsehjelpen skulle ytes som en «akutt tjeneste» var de juridiske reglene underordnet og forståelsen av sykepleiefaget og deres rolle som profesjonelle yrkesutøvere dannet hovedgrunnlaget for utformingen av «akutt» nødvendig helsehjelp. Av den grunn var profesjonell kunnskap og profesjonens etiske kodeks hovedfaktorer i den profesjonelles tjenesteideologi og grunnlaget for utøvelsen av helsehjelpen.

Betydningen av profesjonell kunnskap

Betydningen av profesjonell kunnskap ble særlig knyttet til den kontinuerlige vurderingen av brukerens behov og vurderingene av hjelpen som blir iverksatt, og der fraværet av kunnskap ble ansett som en hovedtrussel mot kvaliteten på helsehjelpen. Dette fremkom tydelig blant sykepleierne i begge kommuner, noe som er illustrert i utdragene nedenfor.

Intervjuer: *Hva er det som gjør at dere gjør det dere gjør?*

Sykepleier 2: *Det er jo vurderingene. Når jeg har vært på et kartleggingsbesøk, så setter jeg opp oppdraget ut ifra mine vurderinger, så der og da er det kun mine vurderinger. Det er bare jeg som har sett personen. Og så sier jeg kanskje til en kollega at i morgen vil jeg at du skal se litt og se hva du synes og om du tror det er nødvendig at vi varmer middag, eller om kan hun klare det selv.*

(Utøver – Landkommunen)

Intervjuer: *Hva påvirker tjenesten dere gir, som dere ikke har nevnt?*

Sykepleier 3: *For mange ufaglærte.*

Sykepleier 2: *Ja for fagutdannelse er en utfordring. Det kan man jo si.*

Sykepleier 3: *Jeg synes det er alt for mange ufaglærte som ikke ser og burde ha sett ting som man kan sette i gang tiltak på. Kanskje man kunne satt inn tiltak før. Jeg syns at det at det skal være litt mere kvalitet på det vi gir, du skal ha litt fag i bunn. Du skal vite hva du driver med.*

(Utøvere - Bykommunen)

Sitatene utfyller hverandre ved å illustrere hvordan kontinuerlige vurderinger både er kjernen i tjenesteutøvelsen og avhengig av fagkunnskap slik at tilbudet samsvarer med profesjonens standard for kvalitet. Av den grunn forekom det i begge kommuner kontinuerlig diskusjoner om faglige vurderinger knyttet til brukere, deres behov og de tiltak som var satt i verk. I diskusjonene var det faglige argumenter som ble tillagt mest vekt og som fikk betydning for utformingen av tjenestetilbudet.

Intervjuer: *Hvordan kan tilbudet til brukeren bli endret på?*

Sykepleier 2: *Hvis det er godt argumentert så. Det må være hold i det.*

Sykepleier 3: *Ja, ikke sant, at det er hold i det. Men hvis jeg mener at det er feil og det jeg satt inn først var riktig, så vil jeg jo reagere på at det blir endret på.*

Intervjuer: *Hva er et godt argument?*

Sykepleier 3: *At det er faglig. At dem har et argument, man på en måte ikke kan motargumentere da. At bare «Ja, det er sant ja» «Det tviler jeg ikke på» eller «det har du rett i».*

Sykepleier 3: *Da er det greit. Men hvis det bare er sånn der.. «Jeg syns..» Nei da er det ikke alltid enighet.*

Intervjuer: *Har dere noen fora, hvor dere diskuterer?*

Sykepleier3: *På rapport. Daglig rapport, og det er jo de diskusjonene vi ofte tar. Hva er hjelpebehovet? Hva tenker dere om det? Åpent. Hva tenker dere.*

(Utøvere - Landkommunen)

Samtalen viser at det tilstrebes rasjonelle beslutningsprosesser som skal påvirke utformingen av nødvendig helsehjelp og der «det beste faglige argument» tillegges størst vekt. I tillegg viser sitatene at beslutningsprosessene, dvs. vurderingene av helsehjelpen, både er en individuell prosess knyttet til den enkelte utøver og en prosess som vurderes av det profesjonelle fellesskap. I kollegiet drøftes utøverens profesjonelle vurderinger i lys av de andres skjønnsvurderinger, og der profesjonenes kunnskapsbase danner en felles referanseramme for faglige diskusjoner.

Helhetsnormen i sykepleiernes etiske kodeks

I tillegg til profesjonell kunnskap foregikk den profesjonelles vurdering innenfor rammene av profesjonens etiske kodeks, dvs. etiske normer og standarder for arbeidet, deriblant «helhetsnormen». Helhetsnormen innebar at vurderingen av brukerens hjelpebehov skulle omfatte alle menneskelige behov hos et menneske, noe som er illustrert nedenfor.

Intervjuer: *Når sykehuset ber om oppfølging knyttet til en diagnose, betyr det da at dere kun gjør kun det eller gjør dere noe utover det?*

Sykepleier 1: *Vi ser jo litt utover det. Ja for eksempel hvis en pasient har kommet hjem med et kateter. Så er det jo selvfølgelig at den personen trenger hjelp i forhold til det. Men vi spør jo gjerne hvordan det er med mat, medisiner. Vi spør jo litt mere utover. Så vi fokuserer ikke akkurat på akkurat den lille delen der.*

(Utøver - Bykommunen)

Samtidig begrenses «helhetsprinsippet» som følge av at tjenesten skal være vurdert som nødvendig, og der brukerens fysiske behov står mest sentralt.

Intervjuer: *Hvilke oppgaver hører til denne helheten i hjemmesykepleien?*

Nr.3: *Ja, det blir nok ikke så mye det åndelige.*

Nr.2: *Det blir mest det fysiske. Den mentale delen er også viktig for oss. Vi er veldig opptatt av hvordan brukeren vår har det. Selv om vi kanskje ikke gjør så mange ting så tar vi jo tak idet hvis det trengs. Ja, for eksempel hender det at vi kontakter dagavdelingen og hører om de kan komme dit hvis de trenger sosiale ting. Eller kontakter lege hvis vi forstår at det er noe psykisk galt og trenger oppfølging på andre måter. Altså, vi overser det jo ikke. Men det er nok ikke primært den biten vi jobber med.*

(Utøvere – Landkommunen)

Dette viser at utøverne til tross for idealet om helhetlig sykepleie under vurderingen først og fremst iverksetter tiltak som er rettet mot brukerens fysiske behov. I de tilfeller man vurderer at brukeren har andre behov anerkjennes de, men man forsøker da å få andre instanser i kommunen til å hjelpe brukeren med det. På den måten blir «helhetsprinsippet» ivaretatt og inkludert under vurderingen av brukeren, dog uten at det nødvendigvis fører til endringer på innholdet i helsehjelpen fra sykepleierne i hjemmebaserte tjenester. Dette skyldes imidlertid ikke en manglende interesse i å ivareta andre behov hos brukeren enn de fysiske, men at ressursene de hjemmebaserte tjenestene har til rådighet er bundet opp av nødvendige «fysisk – medisinsk» orienterte tjenester.

I tillegg anså man at tjenester som skal tilfredsstillе brukeren sosiale behov forutsatte en annen organisering og et tjenestetilbud med en helt annen karakter enn den hjelpen som ble gitt som nødvendig helsehjelp.

Intervjuer: *Men er ikke det hjemmesykepleiens rolle, å hjelpe i sånne tilfeller [brukere som er ensomme]?*

Sykepleier 2: *Jeg syns ikke det. Hvis vi skulle gjort det da. Så hadde det vært enormt tidkrevende. Du kan ikke bare stikke innom og si «Hei» liksom. Det må være noe mer.*

Sykepleier 3: *Så vet jeg ikke om det er nok heller. Ville det vært det samme? At det kanskje kommer inn nye 20 personer i 20 dager etter hverandre. Kommer det inn en ny person og skal dekke ditt sosiale behov. Jeg vet ikke om jeg hadde følt at mitt behov hadde blitt oppfylt av det.*

Sykepleier 2: Det har noe med fellesskap og historie og fortid sammen å gjøre. Sånne ting som vi ikke kan bidra med.

(Utøvere - Landkommunen)

Dette viser hvordan helhetsnormen i sykepleiernes tjenesteideologi måtte modifiseres når det kom til utøvelsen av helsehjelpen. De anerkjente brukernes sosiale behov som en viktig del av en helhetlig sykepleie, men mente at ivaretagelsen av sosiale behov hadde en annen karakter og forutsatte andre relasjoner enn den relasjonen man hadde som sykepleier i hjemmebaserte tjenester.

Forbeholdet om å yte sosiale tjenester illustrerer dessuten sykepleiernes forståelse av profesjonell helsehjelp. Den viser at profesjonell helsehjelp ikke ansees som en tjeneste der man inngår i nære relasjoner til brukeren, og at nære relasjoner ansees som en forutsetning for å kunne tilfredsstille brukerens sosiale behov. Denne forståelsen var i all hovedsak samsvarende mellom sykepleierne i begge kommunene. Samtidig stod denne forståelsen i et motsetningsforhold til flere av de pårørendes forståelse, og der flere av dem utøvet et ytre press for å endre innholdet i nødvendig helsehjelp.

6.2.1.2 Ytre press ved «akutt» nødvendig helsehjelp

En rekke ytre aktører, dvs. personer utenfor de kommunale hjemmebaserte tjenestene, ønsket å påvirke sykepleierne under vurderingen og utformingen av helsehjelpen. Dette forekom både når nødvendig helsehjelp ble gitt som en «akutt» tjeneste og når den ble tildelt etter et administrativt vedtak. Samtidig var muligheten for at ytre press kunne få betydning større når helsehjelpen ble gitt ved «akutte» tilstander, siden det fortsatt ikke fantes en formell regulering av tjenestetilbudet gjennom vedtak.

De mest betydningsfulle ytre aktørene i denne studien var spesialisthelsetjenesten og brukerens sosiale nettverk. Felles for disse aktørene var at de iblant fremmet og presenterte alternative forståelser av både omfanget og innholdet i helsetjenesten. Dette kunne ofte føre til et spenningsforhold mellom sykepleiernes og de ytre aktørenes definisjon av innholdet i nødvendig helsehjelp. Av den grunn måtte sykepleierne ta ytre aktørers forståelse i betraktning under sin vurdering og utforming av det «akutte» helsetjenestetilbudet.

Til tross for at de ytre aktørene kunne ha betydning for begge kategorier av nødvendig helsehjelp, presenteres presset fra spesialisthelsetjenesten som ytre aktør under «akutt» nødvendig helsehjelp, og brukerens sosiale nettverk som ytre aktør under presentasjonen av nødvendig helsehjelp etter at et administrativt vedtak var fattet. Dette begrunnes med at spesialisthelsetjenesten hadde størst betydning under vurderingen av behovet for «akutt» nødvendig helsehjelp, mens det ytre presset fra pårørende og brukerens sosiale nettverk forekom uavhengig av om helsehjelpen var «akutt» eller basert på vedtak.

Spesialisthelsetjenestens betydning for «akutt» nødvendig helsehjelp

Spesialisthelsetjenesten var en viktig ytre aktør siden den forventet at kommunen skulle følge opp initiert behandling etter at brukeren var blitt definert som utskrivningsklar og skulle reise hjem. Spesialisthelsetjenesten definerte av den grunn ofte et behandlingsregime for brukeren som var i tråd med den behandlingen som var iverksatt av spesialisthelsetjenesten og som man forventet at hjemmebaserte tjenester skulle fortsette med.

I all hovedsak var sykepleierne i hjemmebaserte tjenester enige i spesialisthelsetjenestens behandlingsregimer og utformet den nødvendige helsehjelpen deretter. Dette skyldtes først og fremst at begge parter hadde en sammenfallende forståelse av nødvendig helsehjelp som en medisinsk tjeneste, orientert mot brukernes fysiske tilstand og behov. I tillegg var spesialisthelsetjenesten en kompetanseorganisasjon man henvendte seg til når det oppsto usikkerhet om, eller behov for å få klarhet i medisinsk faglige spørsmål, som for eks. smertebehandling, stomibehandling, sårbehandling og lignende. Av den grunn ble informasjon fra spesialisthelsetjenesten om brukerens medisinske tilstand og behandling tillagt stor betydning.

Samtidig forekom det at spesialisthelsetjenesten og ansatte i hjemmebaserte tjenester hadde ulik forståelse av innholdet i helsehjelpen. Dette gjaldt først og fremst i situasjoner der spesialisthelsetjenesten gav uttrykk for at hjemmebaserte tjenester skulle yte tjenester som ikke var relatert til brukerens medisinske tilstand. For eksempel kunne aktører i spesialisthelsetjenesten komme med løfter om mange besøk fra hjemmebaserte tjenester for å redusere brukerens redsel for

hjemreisen. I de situasjoner skapte spesialisthelsetjenestens uttalelser forventninger hos brukeren om et tjenestetilbud som sykepleierne i hjemmebaserte tjenester ikke vurderte som nødvendige. Dette illustreres i følgende utdrag fra et av intervjuene.

Intervjuer: *Hvordan skapes det forventninger hos brukeren?*

Sykepleier 3: *At dem har blitt lovt. Fra lege og sykehus, og det er veldig ofte det. «Nei men det går fint, hjemmesykepleien kommer innom 8 ganger om dagen»*

Sykepleier 2: *Ja, ikke sant.*

Sykepleier 3: *Det er veldig mye oftere, at sykehuset gir mye mere lovnader. Og kanskje ut fra min vurdering trenger ikke brukeren det de krever, men de har fått beskjed på sykehus at hjemmesykepleien skal hjelpe med det og det.*

Intervjuer: *Har det mye og si – at sykehuset har sagt noe sånt?*

Sykepleier 3: *Ikke for meg. Men for brukeren, hvis brukeren har blitt lovt det.*

Sykepleier 2: *Da er det lov altså.*

Sykepleier 3: *Ja, ikke sant. Da er jo det lovt.*

Intervjuer: *Men du lar det ikke binde av det?*

Sykepleier 3: *Nei.*

(Utøvere – Landkommunen)

Utdraget illustrerer både hvordan spesialisthelsetjenesten kunne love et større omfang av tjenester og hvordan sykepleierne forholdt seg til slike situasjoner, ved å gjøre en selvstendig vurdering av om omfanget av tjenesten som var lovet ble ansett som nødvendig. Lignende funn ble gjort i bykommunen og der man i likhet med sykepleierne i landkommunen påpekte at man *«ikke lar seg instruere av sykehuset»* (Utøver - Bykommunen). Av den grunn forsøkte man i enkelte tilfelle å komme denne problematikken i møte ved å informere sykepleiere ved spesialisthelsetjenesten om at kommunen gjør en selvstendig vurdering av behovet for nødvendig helsehjelp.

Sammenfattet utøvet spesialisthelsetjenesten to typer påvirkning på utøverne i hjemmebaserte tjenester, dvs. å definere det medisinske behandlingsopplegget knyttet til brukerens sykdom og å skape en forventning om tjenester som ikke var knyttet til den medisinske behandlingen. Av de to formene for påvirkning ble

imidlertid kun det medisinske behandlingsopplegg tatt til etterretning, siden det i stor grad samsvarte med deres forståelse av nødvendig helsehjelp. Den andre formen for påvirkning ble imidlertid avvist, siden den ikke samsvarte med sykepleiernes forståelse av nødvendig helsehjelp og fordi man grep inn i deres selvstendige ansvar for å vurdere hjelpebehovet. På den annen side var den type forventinger vanskelig å avvise når det ble forsterket av pårørendes forventinger, noe som vil bli presentert nærmere i helsehjelp basert på administrative vedtak om nødvendig helsehjelp.

6.2.2 Faktorer knyttet til nødvendig helsehjelp basert på vedtak

I all hovedsak hadde brukerne mottatt «akutt» nødvendig helsehjelp i en periode før helsehjelpen ble formalisert gjennom et administrativt vedtak. Vedtaket definerte en formell ramme for tjenestetilbudet ved å formalisere omfanget og innholdet i helsehjelpen, og dermed også ressursbruken knyttet til hver bruker. Dette førte til et skifte i utøvernes mulighet til å påvirke tjenesteinnholdet, der den autonome profesjonelle skjønnsvurderingen i den «akutte» fasen skulle justeres i forhold til en formell juridisk ramme, dvs. det administrative vedtak. Vedtakets regulerende funksjon på helsehjelpen er av den grunn en viktig faktor som presenteres innledningsvis, før ytre press og komplementerende tjenester fra aktører i brukerens sosiale nettverk avslutter presentasjonen av de empiriske funn.

6.2.2.1 Vedtakets betydning for utøvelsen av nødvendig helsehjelp

Vedtaket tilhører de hjemmebaserte tjenesters formelle rammer ved at kommunen for det første anerkjenner brukerens rett til nødvendig helsehjelp, samt definerer mulighetene og begrensningene for hva som kan ytes av tjenester. Studien viste at det, som følge av blant annet variasjoner i kommunenes økonomiske ressurser, var relativt store forskjeller i den formelle rammen som vedtakene skapte i de to kommunene.

Vedtakene i bykommunen hadde i større grad en regulerende funksjon på tjenestetilbudet enn vedtakene i landkommunen. Dette kom blant annet til uttrykk ved at vedtakene i bykommunen i større grad spesifiserte omfanget og innholdet i nødvendig helsehjelp. Vedtakene i landkommunen derimot var mer åpne, ved å

være mindre detaljert, og gav dermed rom for at sykepleierne kunne bruke sitt profesjonelle skjønn. Av den grunn måtte sykepleierne i de to kommunene forholde seg til ulike formelle rammer under utformingen av tjenestetilbudet.

Vedtaketets betydning i landkommunen

Tidligere presentasjon av saksbehandlerne arbeid i landkommunen viste at idealet om en helhetlig sykepleie var et viktig normativt prinsipp under arbeidet. Dette gjenspeilet seg blant annet i vedtak som gav rom for å kunne yte tjenester utover tilfredsstillelsen av brukerens fysiske behov og medisinsk oppfølging. Sykepleierne som skulle operasjonalisere vedtakene derimot opplevde at ramme for vedtakene var for omfattende og vide, noe som illustreres med følgende utdrag.

Intervjuer: *Er det en forskjell i kartleggingen mellom dere og saksbehandlerne?*

Sykepleier 2: *Ja. Jeg synes at de kanskje setter inn mer enn det vi ville gjort. Jeg får ofte inntrykk av at vi trapper ned i forhold til det som er planlagt. Vi kan få telefon fra saksbehandlerne om at den og den trenger så og så mye hjelp og så kommer vi dit og så stort sett så klarer de jo det egentlig selv. Men det er pårørende som har fortalt at ho mor er så dårlig og at ho ikke kan gjøre det og ikke kan gjøre det. Så når vi utfører et hjemmebesøk så synes jeg at vi heller ser an litt mer og så setter vi heller inn mer hjelp, når vi ser at det ikke fungerer.*

Intervjuer: *Det vil si at det er uenighet mellom dere og saksbehandlerne?*

Sykepleier 3: *Ja.*

Intervjuer: *Uenighet om hva?*

Sykepleier 2: *Antall besøk. De kan ofte sette av flere besøk enn det vi mener.*

(Utøvere – Landkommunen)

Sitatet viser at sykepleierne opplevde at vedtaket til brukeren ofte var mer omfattende enn de selv vurderte, og at man av den grunn ønsket å redusere tjenestetilbudet når de vurderte brukeren som selvhjulpen. I tillegg skapte omfattende vedtak en forventning hos pårørende, om at ansatte skulle gi, «*litt mere trygghet rundt brukeren*», dvs. at ansatte skulle se til brukeren utover å yte helsehjelp. Dette anså sykepleierne imidlertid ikke som en del av helsehjelpen.

Vedtaket etablerte med andre ord et handlingsrom og en forståelse av helsetjenesten som de ønsket å avgrense, dvs. til en helsehjelp som svarte til deres tjenesteideologi. Av den grunn forekom det ofte forhandlinger mellom saksbehandlere og sykepleiere om innholdet og omfanget i helsehjelpen, der saksbehandlernes ønske om omfattende tjenester ble justert til de utøvende sykepleierens forståelse av nødvendig helsehjelp.

Vedtaketets betydning i bykommunen

Bykommunens vedtak står i kontrast til de vedtak som ble fattet i landkommunen, ved at vedtakene i større grad var påvirket av en kontinuerlig vurdering mellom helsehjelpens faglige forsvarlighet og kommunens økonomiske handlingsrom. Av den grunn ble det formulert vedtak som definerte et avgrenset handlingsrom for sykepleierne i hjemmesykepleien i bykommunen. I mange tilfeller innebar det en reduksjon i den etablerte «akutte» nødvendige helsehjelpen som ble gitt før vedtaket ble fattet.

Intervjuer: *Hvordan opplever dere vedtaket?*

Sykepleier 3: *Jeg har fått noen restriksjoner om hva vi skal gjøre og ikke gjøre og sånne ting, men det som blir litt dumt er at vi kommer inn først og så kommer kartleggingsteamet inn etter 2-3 måneder. Og da har pasienten et helt annet behov enn det han hadde når han kom hjem. Det virker som om de synes at vi har satt i gang så altfor mye.*

Sykepleier 1: *Det virker som om dem synes vi er litt rause, eller sånn.*

Sykepleier 2: *Ja det er i hvert fall litt bakvendt.*

Sykepleier 1: *Ja. De skulle ha vært der først. De skulle jobba kveldsvakter og så skulle de gått inn og fattet vedtaket.*

(Utøvere – Bykommunen)

En ser av utdraget at sykepleierne opplevde at rammene som vedtaket satte var strammere enn tilbudet som var etablert, og dermed innebar begrensinger i tjenestetilbudet. I tillegg opplevde sykepleierne at vedtakene representerte en kritikk av deres profesjonelle sykepleiefaglige vurderinger som hadde ført til det etablerte tjenestetilbud.

Vedtakene utfordret sykepleiernes forståelse av at nødvendig helsehjelp skal være basert på den profesjonelles faglige skjønn i møtet med brukeren. Deres reaksjon var at man ved uenighet mellom vedtak og virkelighet skulle holde fast ved sitt profesjonelle skjønn, uavhengig av vedtaket og kommunens økonomiske situasjon. Samtidig var det av betydning at denne uenigheten ble dokumentert, og der brudd med vedtak skulle bygge på en faglig argumentasjon.

Intervjuer: *I hvilken grad påvirker kommuneøkonomien tjenesten dere tilbyr?*

Sykepleier 3: *Det gjør at tilbudet til brukerne er på et minimum og det er det saksbehandlerne hele tiden gir uttrykk for.*

Sykepleier 2: *Dem sier vi skal strebe etter det. Vi skal gi minimum, men det lovverket sier dem har krav på. Og at det skal det være minimum av hele veien.*

Sykepleier 1: *Jeg synes dem er veldig strenge og. Så har vi begynt med for eksempel øyedrypping – «Sikker på at han ikke kan gjøre det selv», de er veldig opptatt av å avslutte og minimere. Til det minste.*

Sykepleier 2: *Har inntrykk av at det skal være så langt ned på terskelen på for-svarlighet som mulig.*

Intervjuer: *Er dere enige i det?*

Alle: *Nei.*

Sykepleier 1: *Brukerne må jo ha god hjelp.*

Sykepleier 2: *I noen tilfeller så er jeg enig, i andre så er jeg ikke det. Det kommer veldig an på hvem bruker vi snakker om. Men jeg ønsker ikke i min egen jobb, når jeg er ute og vurderer en bruker, å ta hensyn til kommunens økonomi.*

(Senere i intervjuet)

Intervjuer: *Hvor mye opplever dere at dette vedtaket styrer jobben deres?*

Sykepleier 2: *Det skal jo være styrende for jobben vår.*

Intervjuer: *Hvis du er uenig da?*

Sykepleier 3: *Da får man argumentere og dokumentere, det gjør jeg. Er jeg uenig i det, da dokumenterer jeg det i Gerica, og sier til alle; dokumenter det du ser og opplever når dem ikke klarer det i forhold til vedtaket. Så får vi ta en runde med de som fatter vedtak.*

(Utøvere - Bykommunen)

Utdragene viser for det første at vedtaket har betydning for omfang og innholdet i helsehjelpen, og at man forsøker å gi tjenester som samsvarer med vedtaket som er fattet. Samtidig viser det at man er uenig i at minimumsstandarden for faglig forsvarlighet skal være standarden for arbeidet, og at man av den grunn avviker vedtaket når det ikke samsvarer med sykepleiernes profesjonelle skjønn. I tillegg ønsker man å synliggjøre avvikene gjennom kommunens dokumentasjonssystem (Geric), der både saksbehandlerne og utøverne har innsyn, for å initiere en formell diskusjon om standarden for faglig forsvarlighet.

Forskjellen mellom de to kommunene i utformingen av vedtaket viser at det administrative vedtak hadde betydning for utøverne, ved å definere ulike rammer for arbeidet. Felles for sykepleierne i begge kommunene var at deres tjenesteideologi, dvs. at tjenesten skulle utøves i samsvar med deres profesjonelle skjønn, ble tillagt større betydning enn det formelle vedtak.

6.2.3 Faktorene knyttet til brukerens sosiale nettverk

Brukerens sosiale nettverk, og da i særlig grad deres nærmeste pårørende, kunne i likhet med saksbehandlingsprosessen innta ulike roller ovenfor utøverne av nødvendig helsehjelp, dvs. enten som pressgruppe eller som ressurs som bidro med både sosial kontakt og praktisk bistand.

6.2.3.1 Brukerens pårørende som pressgruppe på hjemmebaserte tjenester

I de tilfeller der nettverkets aktører ble oppfattet som pressgruppe var det som regel pårørende med en annen forståelse av behovet for nødvendig helsehjelp enn sykepleierne i hjemmebaserte tjenester. Pårørende kunne i slike tilfeller uttrykke behov for at utøverne i hjemmebaserte tjenester skulle yte sosial omsorg, praktisk bistand eller kompensere pårørendes begrensede tilsyn med brukeren. Dette utfordret imidlertid sykepleiernes forståelse av innholdet i nødvendig helsehjelp og etablerte en spenning mellom sykepleierne og pårørende under arbeidet. Denne spenningen ble opprettholdt og forsterket når pårørende «kontinuerlig» ønsket å dreie innholdet i helsehjelpen ved at pårørende: «*ringer og er pågående*» (Utøver – Bykommunen).

Utdraget nedenfor illustrerer hvordan ressurssterke og bekymringsfulle pårørende ble opplevd som de mest vanlige pressgruppene.

Intervjuer: *Hva kjennetegner pårørende som kommer med mange ønsker?*

Sykepleier 1: *Det virker som om de er mere engstelige enn pasienten. Stor sett.*

Sykepleier 3: *Vi har jo noen pårørende som er veldig engstelige. Men det er også de som er sterke personligheter. Ressurssvake er ofte ikke så vanskelige pårørende. For å si det sånn.*

Sykepleier 2: *De er gjerne travle da, for å si de sånn. Travle pårørende.*

Intervjuer: *Hva mener du med det?*

Sykepleier 2: *Det er de som på en måte føler at de ikke har tid selv, og litt sånn dårlig samvittighet og skulle gjerne føle litt mere trygghet rundt pårørende*

Sykepleier 3: *Det er helt riktig. Det er mange som sitter med dårlig samvittighet fordi de ikke klarer å følge dem opp selv.*

Sykepleier 2: *Og så har de ikke spesielt ønske om å være der selv heller føler jeg. De har gjort sitt på en måte. For det er jo det norske samfunnet, stat og kommune som skal ta vare på de gamle.*

(Utøvere – Landkommunen)

Utdraget påpeker dessuten at sykepleierne opplevde en forventning om at de skulle ta de «travle» pårørendes rolle og erstatte den uformelle omsorgen som ble gitt av pårørende. Som følge av studiens design er det vanskelige å estimere omfanget av denne problemstillingen, men sykepleierne i begge kommunene opplevde det som en vesentlig faktor under arbeidet. Det er derfor rimelig å anta at det finnes en forestilling og forventning om innholdet i nødvendig helsehjelp i den norske befolkningen som skaper et press på utøverne i hjemmebaserte tjenester.

Pårørende kunne anvende ulike kanaler for å påvirke tjenesteinnholdet, for eksempel direkte gjennom gjentatte oppringninger eller møter med ansatte, eks. ved tilstedeværelse under kartleggingen av behovet for helsehjelp. I tillegg forekom indirekte påvirkning ved å påvirke saksbehandlere under kartleggingen av behovet, brukernes fastlege, ledelsen for hjemmebaserte tjenester eller fremme trusler om medieoppslag.

Dersom pårørende tok i bruk flere av kanalene så det ut til at sykepleierne måtte endre innholdet i helsehjelpen slik at man i større grad møtte pårørendes behov. Sykepleierne opplevde dette som urettferdig, slik det blant annet kommer til uttrykk nedenfor.

Intervjuer: *Hvordan kan pårørende påvirke tjenesten?*

Sykepleier 2: *Sterke pårørende har jo alltid noe å si. Dessverre, kanskje.*

Sykepleier 3: *Ja det blir litt urettferdig nesten.*

Sykepleier 2: *For de som ikke har noen pårørende eller de som har pårørende som ikke tør si ifra. Det blir skjævt at de med sterke pårørende skal få mer hjelp. Det vil jeg si. Og det kan starte allerede når vi får vedtaket. Vi får jo oppdraget fra dem. Og da tenker jeg at i alle dager skal vi drive med det her.*

Sykepleier 1 og 3: *Enig.*

Sykepleier 2: *Da er det veldig ofte pårørende som har hatt et høyt ønske.*

Sykepleier 3: *For de pårørende er ofte med på kartleggingsbesøket.*

Sykepleier 2: *Og det ser jo vi at da kan det bli det satt i gang voldsomme greier. Og når vi kommer dit så er det ikke behov for det som er satt i gang.*

(Utøvere - Landkommunen)

Sitatet viser hvordan enkelte pårørendes krav kunne oppleves som urimelig og urettferdig, og dermed ble oppfattet som en trussel mot brukere som ikke hadde de samme ressursene til å utøve et press. Det ble opplevd som «urettferdig» dersom man etterkom kravet. I tillegg opplevde man at helsehjelpen, dersom man etterkom de «travle» pårørendes ønsker, omfattet en rekke «unødvendige» tjenester som, «*kan jo tenkes at det er viktig, men der en kan spørre seg om det er egentlig vi som skal gjøre det.*» (Utøver - Landkommunen).

Pårørende som pressgruppe på hjemmebaserte tjenester var imidlertid kun en side av rollene som enkelte aktører i brukerens sosiale nettverk kunne ta. I tillegg kunne pårørende og andre aktører i brukerens sosiale nettverk være en ressurs for både bruker og sykepleierne i de hjemmebaserte tjenester.

6.2.3.2 Brukerens nettverk som ressurs

Brukerens sosiale nettverk omfattet både personer i familien, dvs. pårørende som ektefelle, barn og barnebarn, og personer utenfor familien, som for eksempel naboer, venner og andre «som har noe med brukeren å gjøre enten profesjonelt eller på fritid» (Utøver – Landkommunen). Det interessante i denne sammenhengen er at respondentene inkluderte også profesjonelle, deriblant lege og hjelpeapparatet, som aktører i brukerenes sosiale nettverk. Dette bryter med en tradisjonell forståelse av sosiale nettverk, der et sosialt nettverk er et sett av uformelle relasjoner mellom aktører. En mulig forklaring er at profesjonelle aktører regelmessig samhandler med brukere som har behov for nødvendig helsehjelp og derfor oppfattes som del av brukerenes sosiale nettverk.

Til tross for en sammenfallende forståelse av hvilke aktører som kunne tilhøre brukerenes sosiale nettverk fantes det en forskjell mellom respondentene. Forskjellen besto i hvilken grad sykepleierne inkluderte aktørene i brukerenes sosiale nettverk under planleggingen og utformingen av helsehjelpen. I bykommunen fokuserte man først og fremst på å få kartlagt nærmeste pårørende som kontaktperson, noe som kommer frem i følgende utdrag.

Intervjuer: *Tror dere det ville ha noe nytte for seg?* [Å kartlegge nettverket]

Sykepleier 1: *Å vite hele?*

Sykepleier 2: *Jeg har vel aldri tenkt tanken sånn i forhold til nettverk tror jeg. Bortsett fra når man står i en situasjon hvor man har brukt for et nettverk. Men tror ikke det er vanlig at man har gjort på forhånd nei. Vi vet ikke hva tante Olga som bor ved siden av gjør, vi bare vet at hun er der på kaffe. Vi vet ikke hva hun har mulighet til å hjelpe til med.*

Sykepleier 3: *Nei.*

Sykepleier 2: *I hvert fall i for liten grad.*

(Utøvere – Bykommunen)

I landkommunen derimot forekom det en registrering av flere aktører i brukerenes sosiale nettverk. Dette skjedde imidlertid ikke på grunnlag av standardiserte prosedyrer eller kartleggingsverktøy, men som følge av at man ved gjentatte besøk oppdaget andre aktører i tillegg til nær familie som bidro med hjelp. I de til-

feller kartla sykepleierne frekvensen av kontakten mellom aktørene og brukeren, samt fikk en oversikt over innholdet i tjenestetilbudet fra hjelperne i nettverket.

Intervjuer: *Når dere samler data, kartlegger dere pasientens nettverk, pårørende, venner, naboer?*

Sykepleier 3: *Det sjekker vi jo opp.*

Sykepleier 2: *Ja, ja, ja. Det er viktig for oss og det.*

Sykepleier 1: *Nærmeste pårørende og ...*

Sykepleier 2: *Og nettverk og hvordan de gir tjenester av diverse slag og. Det er kjempeviktig for oss å vite. For vi bruker jo alle de ressurser vi kan, som kan ta over de oppgavene vi ikke må gjøre.*

(Utøvere - Landkommunen)

Dette viser at tjenester fra pårørende og andre aktører i nettverket kunne få betydning for helsehjelpen, ved at nettverket ivaretok oppgaver som man ikke anså som nødvendig helsehjelp. Dermed kunne nettverket redusere behovet for tjenester man vurderte som «unødvendig» helsehjelp. Til de «unødvendige» tjenestene hørte blant annet; å handle mat, følge brukeren til legen, klesvask, renhold med mer. I tillegg indikerer dette at nødvendig helsehjelp også kunne omfatte «unødvendige» oppgaver, men at omfanget av «unødvendige» oppgaver kunne reduseres ved hjelp fra brukerens sosiale nettverk.

Dette medførte imidlertid ikke til en utnyttning av hjelperne i nettverket, siden man under kartleggingen var bevisst på grensene til de ulike aktørene i nettverket. Sykepleierne gav uttrykk for at man tok hensyn til hva aktørene ønsket eller ikke ønsket å gjøre, siden man ikke kunne forplikte nettverket til å bidra med hjelp.

Samlet sett kan man konkludere med at selv om sykepleierne i begge kommuner kunne oppleve både pårørende og andre aktører i brukerens sosiale nettverk som ressurs ble denne ressursen i liten grad inkludert under utformingen av helsehjelpen. I de tilfeller der nettverket og uformelle omsorgsoppgaver ble kartlagt hadde man imidlertid mulighet for å skille «unødvendige» tjenester ut fra hestetilbudet og dermed fokusere på det sykepleierne anså som nødvendig helsehjelp.

6.3 Sammendrag

Tabell 6:2 gir en samlet oversikt over faktorene knyttet til sykepleiernes utøvelse av nødvendig helsehjelp som er presentert i dette kapittel, og der helsehjelpen er kategorisert som henholdsvis «akutt» nødvendig helsehjelp eller som nødvendig helsehjelp basert på et administrativt vedtak.

I tillegg skilles det i denne tabellen mellom «spesifikke» og «generelle» faktorer. De spesifikke faktorene har en begrenset betydning siden de kun er knyttet til en av underkategoriene av nødvendig helsehjelp, dvs. om den er «akutt» eller basert på et administrativt vedtak. De generelle faktorene derimot antas å påvirke utøvelsen av helsehjelpen uavhengig av om den ytes som «akutt» nødvendig helsehjelp eller basert på vedtak.

Tabell 6:2 Faktorene som påvirket utøvelsen av nødvendig helsehjelp

Nødvendig helsehjelp	Spesifikke faktorer	Generelle faktorer
«Akutt» nødvendig helsehjelp	<ul style="list-style-type: none">• Spesialisthelsetjenesten	<ul style="list-style-type: none">• Sykepleiernes tjenesteideologi<ul style="list-style-type: none">○ Profesjonell kunnskap○ Helhetsnormen
Nødvendig helsehjelp basert på vedtak	<ul style="list-style-type: none">• Det administrative vedtak	<ul style="list-style-type: none">• Brukerens sosiale nettverk<ul style="list-style-type: none">○ Pårørende○ Andre aktører

Tabellen viser for det første at spesialisthelsetjenesten og det administrative vedtak er kategorisert som spesifikke faktorer, og der spesialisthelsetjenesten har betydning når helsehjelpen er «akutt». Det administrative vedtak på sin side får betydning når behovet for helsehjelp har vært gjennom en saksbehandlingsprosess og etablerer en formell ramme for arbeidet til sykepleierne. Studien viser dessuten at denne formelle rammen varierer og skaper ulike handlingsrom for

utøvelsen av helsehjelp, og der sykepleierne i landkommunen hadde et større handlingsrom enn sykepleierne i bykommunen.

Sykepleiernes tjenesteideologi og brukerens sosiale nettverk er de generelle faktorene som hadde betydning for sykepleiernes utøvelse av nødvendig helsehjelp. Sykepleiernes tjenesteideologi omfattet, i likhet med den til saksbehandlerne, en sykepleiefaglig komponent bestående av profesjonell kunnskap og etiske normer. Helhetsnormen var den viktigste etiske normen, og var først og fremst knyttet til at man skulle vurdere brukerens behov ut fra et helhetlig perspektiv. Utøvelsen av helsehjelpen derimot var mer avgrenset til brukerens fysiske behov og den medisinske behandlingen, siden nødvendig helsehjelp først og fremst ble fortolket som en medisinsk tjeneste.

Brukerens sosiale nettverk var den andre generelle faktoren og besto av pårørende, dvs. i all hovedsak aktører tilhørende brukerens familie, og/eller aktører utenfor familien. De pårørende kunne ha ulike roller. De kunne utøve press for å påvirke innholdet og/eller omfanget av tjenestetilbudet eller være en ressurs ved å bidra med uformell omsorg. I tillegg kunne brukeren motta uformell omsorg fra andre aktører som venner og naboer. De fleste sykepleierne anså det sosiale nettverket som betydningsfull for brukeren. Samtidig var denne ressursen i liten grad kartlagt eller inkludert i planleggingen av helsehjelpen, noe som vil drøftet nærmere i den avsluttende sammenligningen av kommunene.

6.2.1 Faktorenes betydning på tvers av kommunene i studien

Presentasjonen viser at det var forskjeller i utformingen av vedtakene mellom kommunene. Landkommunen hadde relativt åpne vedtak som gav rom for et omfattende og helhetlig tjenestetilbud. Vedtakene i bykommunen derimot avgrenset i større grad utøvernes handlingsrom til det som ble ansett som minste-standard for det faglig forsvarlige. Saksbehandlernes vedtak etablerte dermed ulike handlingsrom for sykepleierne i hjemmebaserte tjenester.

Det interessante er imidlertid at de utøvende sykepleierne i begge kommunene delte samme tjenesteideologi og utøvet tjenester som samsvarte med denne, til tross for at vedtakene gav ulike handlingsrom. Dette indikerer at tjenesteideologien har en større påvirkningskraft på innholdet i helsehjelpen enn det formelle handlingsrom som vedtaket skaper.

Et felles trekk ved tjenesteideologien på tvers av kommunene var sykepleiernes vektlegging av helhetsnormen under utøvelsen av nødvendig helsehjelp. Denne normen var imidlertid først og fremst knyttet til vurderingen av brukernes behov. Under utøvelsen av helsehjelpen var det brukerens fysiske behov og det medisinske behandlingsopplegget som ble vektlagt. Med andre ord førte en helhetlig vurdering av brukeren ikke nødvendigvis til et helhetlig tjenestetilbud som omfattet alle aspekter hos brukeren.

Dette kom blant annet frem når man oppdaget at brukere var ensomme eller hadde behov for sosial tilhørighet grunnet et svekket sosialt nettverk. I de tilfellene forsøkte man å kontakte andre aktører, som for eksempel velferdssenter eller naboer, for å møte brukerens behov for sosial tilhørighet. Det var to hovedgrunner for denne strategien. For det første førte omfanget av fysiske og medisinske oppgaver til at man i liten grad hadde rom for å tilby andre tjenester under utøvelsen av helsehjelpen. I tillegg mente sykepleiere at sosiale tjenester eller tiltak som tilfredsstilte brukerens behov for sosial tilhørighet ikke burde gis av profesjonelle tjenesteutøvere. Begrunnelsen for det siste var at private, nære relasjoner til brukeren ble ansett som en viktig forutsetning for å kunne møte et behov om sosial tilhørighet. Den type relasjoner mellom pleier og bruker var imidlertid ansett som uprofesjonelt, siden man ofte måtte prioritere mellom brukere under planleggingen av nødvendig helsehjelp.

Det som ser ut til å skille utøvernes utforming av helsehjelpen mellom kommunene var respondentenes forhold til brukerens sosiale nettverk. Sykepleierne i landkommunen inkluderte i større grad flere av aktørene i brukerens sosiale nettverk under utformingen av nødvendig helsehjelp. En kartla blant annet hvilke oppgaver som ble tilbudt av de ulike aktørene i nettverket. På den måten kunne sykepleierne ekskludere «unødvendige» oppgaver i tjenesteinnholdet og rette oppmerksomheten mot nødvendige oppgaver. I bykommunen hadde man imidlertid mer fokus på nærmeste pårørende som hovedaktør i brukerens nettverk, uten at man bevisst kartla andre eventuelle «hjelpere». Til tross for denne forskjellen hadde ingen av kommunene etablert standardiserte rutiner knyttet til registreringen av brukerens sosiale nettverk. Dermed var inkluderingen av brukerens sosiale nettverk under utøvelsen av nødvendig helsehjelp avhengig av at den enkelte sykepleier anså aktørene i brukerens sosiale nettverk som en relevant samarbeidspartner.

7 Diskusjon

Hovedhensikten med denne studien var å avdekke faktorer som påvirker saksbehandlere og utøvere av nødvendig helsehjelp under kartleggingen og utøvelsen av helsehjelpen. Faktorene som studien avdekker er presentert i de to forutgående kapitlene og danner grunnlaget for den kommende diskusjonen.

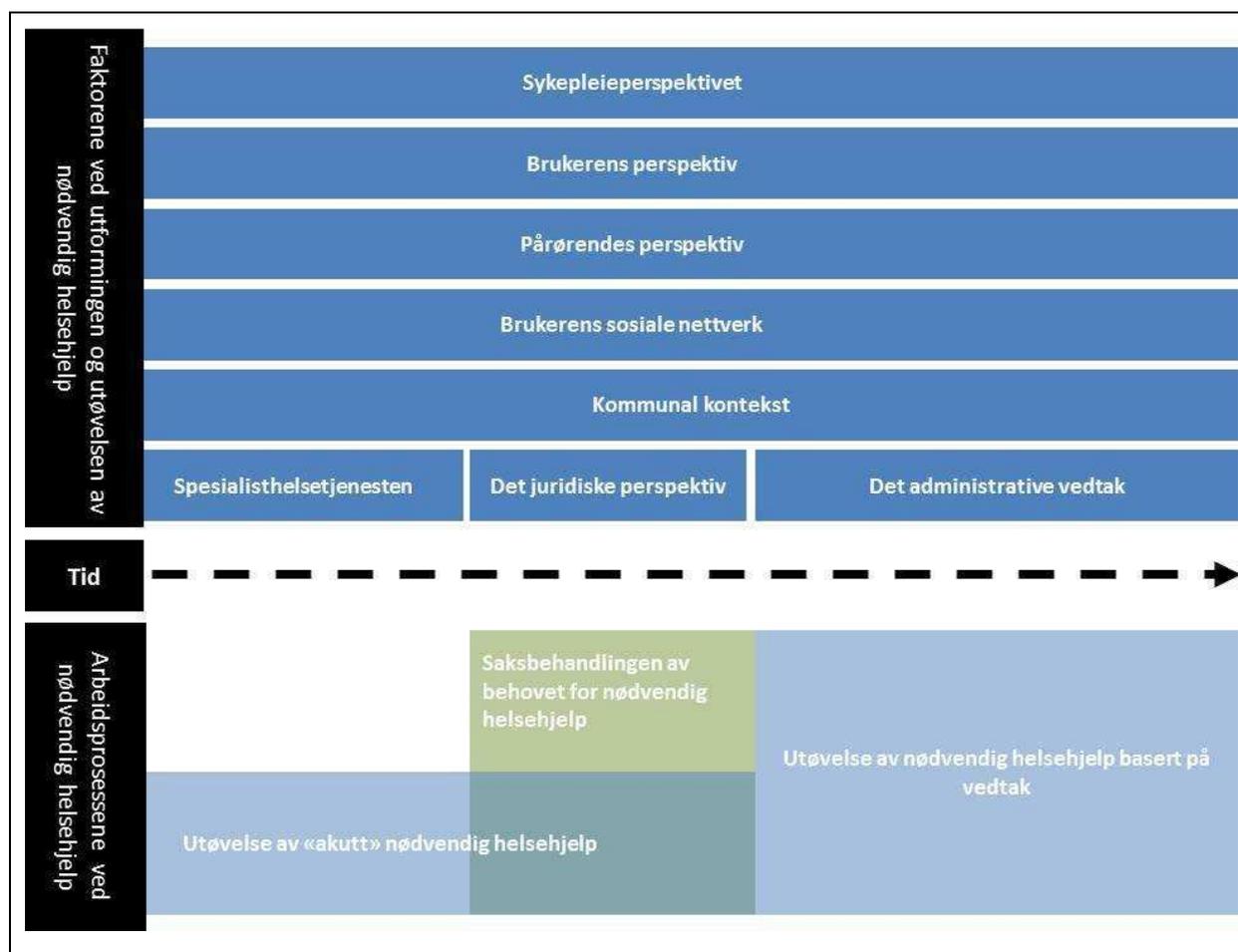
7.1 Arbeidsprosesser og faktorer ved nødvendig helsehjelp

Faktorene som beskrives og drøftes i denne rapporten kan knyttes til tre distinkte arbeidsprosesser ved kartleggingen og utformingen av nødvendig helsehjelp i hjemmebaserte tjenester, dvs. utøvelsen av «akutt» nødvendig helsehjelp, saksbehandlingsprosessen og utøvelsen av nødvendig helsehjelp basert på administrative vedtak.

Denne distinksjonen er et analytisk grep for å skape oversikt over et komplekst arbeidsområde og ligger til grunn for diskusjonen av funnene i denne studien, og illustreres ved hjelp av modell 7:1. Modellen sammenfatter de viktigste faktorene og plasserer de i forhold til tidsperioden for når de er virksomme under de ulike arbeidsprosessene knyttet til nødvendig helsehjelp.

I tillegg til å strukturere diskusjonen er modellen en foreløpig arbeidsmodell, dvs. et første utkast på en teoretisk modell som kan danne en teoretisk referanseramme ved fremtidige studier av nødvendig helsehjelp i norske kommuner. Dette begrunnes med at faktorene anses å være relevante uavhengig av hvilken kommune som danner konteksten for helsehjelpen.

Arbeidsmodellen (Modell 7:1) illustrerer både hvilke faktorer som påvirker kartleggingen og utformingen av helsehjelpen, og under hvilke faser av arbeidsprosessene de vurderes som virksomme, dvs. henholdsvis under utøvelsen av «akutt» nødvendig helsehjelp, saksbehandlingsprosessen og utøvelsen av nødvendig helsehjelp som følge av administrative vedtak.



Modell 7:1 Faktorene under arbeidsprosessene ved utformingen av nødvendig helsehjelp i hjemmebaserte tjenester

En ser av modellen at sykepleieperspektivet, brukerens perspektiv⁹, pårørendes perspektiv, brukers sosiale nettverk og kommunal kontekst kan kategoriseres som generelle overgripende faktorer, siden de er betydningsfulle under alle arbeidsprosesser knyttet til nødvendig helsehjelp.

I tillegg finnes det faktorer som i større grad er avgrenset til spesifikke arbeidsprosesser. Disse faktorene er spesialisthelsetjenesten, det juridiske perspektiv og kommunens administrative vedtak. Dette er faktorer som kan kategoriseres som

⁹ Under presentasjonen av funn (Kap 5 og 6) har begrepet «søker» blitt anvendt i forbindelse med saksbehandlingen og «bruker» i tilknytning til utøvelsen av nødvendig helsehjelp. I mange tilfeller er man både «bruker» og «søker» samtidig, for eksempel at man får «akutt» nødvendig helsehjelp under en saksbehandlingsprosess. For enkelhets skyld brukes det i den videre diskusjonen bare begrepet «bruker».

temporære faktorer og som diskuteres avslutningsvis, før rapporten oppsummeres og gir sin samlede konklusjon i det siste kapittel.

7.2 Overgripende faktorer under utformingen av nødvendig helsehjelp

Modell 7:1 viser at en rekke faktorer har betydning for utformingen av helsehjelpen under alle arbeidsprosesser. I den følgende diskusjonen belyses faktorene i lys av tidligere studier og teoretiske perspektiver som er presentert tidligere i kapittel 2 (Teoretiske perspektiver på nødvendig helsehjelp).

7.2.1 Sykepleieperspektivet

Alle sykepleiere, uavhengig av om man jobbet med saksbehandling eller utøvelse av helsehjelp la vekt på sin profesjonelle bakgrunn, dvs. den sykepleiefaglige kompetansen de tilegnet seg under sykepleierutdanningen. Den sykepleiefaglige kompetansen ble tillagt vekt under både saksbehandlingen og utøvelsen nødvendig helsehjelp, og var knyttet til sykepleierens selvstendige vurdering av brukers behov for helsehjelp. Det var sykepleierens profesjonelle vurdering av brukers behov som legitimerte deres autonomi i forhold til arbeidet som skulle utføres, enten det var saksbehandling eller utøvelse av helsehjelp.

Sykepleierens handlinger samsvarte med andre ord til Abbott's (1988) forståelse av profesjonelt arbeid, der profesjonell kunnskap er grunnlaget for arbeidet (Abbott 1988:54). Denne kunnskapen dannet også grunnlaget for å kunne overprøve andres vurderinger, som for eksempel sykehusets anbefalinger ved hjemsendelser eller saksbehandlerens vedtak, noe som svarer til funn i tidligere studier (Kirchhoff 2010, Næss 2003 og 2005). Dette indikerer at sykepleiere i liten grad gir avkall på sin autonomi under arbeidet. Selv om andre profesjoners vurderinger ble tatt med i betraktning var det sykepleierens selvstendige vurdering av brukeren som definerte handlingsgrunnlaget for utøvelsen av arbeidet.

Et annet viktig element ved sykepleierens perspektiv var vektleggingen av helhet, dvs. at brukeren måtte vurderes som et helhetlig menneske, noe som ble fremhevet av alle sykepleiere i studien. Helhetsperspektivet inngår som en vesentlig del i utdanningen og har tidligere vist seg å være et viktig normativt prinsipp under utøvelsen av helsehjelpen (Kirchhoff 2010:159-160, Tønnessen og

Nortvedt 2012). Det interessante er at operasjonaliseringen av helhetsprinsippet varierte på tvers av sykepleierne i studien og at variasjonen var uavhengig av om sykepleieren var saksbehandler eller en som utøvet nødvendig helsehjelp.

Til tross for at alle sykepleiere var enige i at helhetsperspektivet hadde betydning under vurderingen av brukerens behov, innebar ikke dette at alle anså det som relevant at innholdet i helsehjelpen skulle omfatte tiltak som svarte til alle behov hos brukeren. Dette kom blant annet til uttrykk hos sykepleierne som utøvet nødvendig helsehjelp. Sykepleierne anerkjente behovet for sosial tilhørighet, men mente samtidig at andre aktører skulle sørge for at behovet blir ivaretatt. I motsetning til dette sto noen av saksbehandlere som mente at innholdet i helsehjelpen også burde omfatte andre tiltak enn de medisinske, deriblant tiltak rettet mot sosial tilhørighet. Det fantes med andre ord tydelige forskjeller mellom sykepleiere i anvendelsen av helhetsprinsippet under utøvelsen av nødvendig helsehjelp og hvilke tiltak som skulle inngå i en helhetlig sykepleie. Tidlige studier har i liten grad fokusert på operasjonaliseringen av helhetsprinsippet under utøvelsen av sykepleie, og bør av den grunn følges opp i videre studier.

7.2.2 Brukerens perspektiv

I helsedirektoratets veileder for bruken av IPLOS fremheves brukerens perspektiv ved hjelp av brukermedvirkning som et sentralt prinsipp for «å bedre kvaliteten på tjenestene ved at brukerne får reell innflytelse på valg og utforming av tjenestetilbudet» (Helsedirektoratet 2009:9-10). Det er brukerens ønsker som skal tillegges vekt når helsetjenesten skal utformes og tilrettelegges (ibid.). Dette forutsetter at brukeren klarer å formidle sine ønsker og behov. I tillegg bør brukeren kunne formidle sine ønsker og behov slik at de i størst mulig grad svarer til kriteriene for å utløse retten til nødvendig helsehjelp. Studien viser at dette ikke alltid er tilfelle, og der brukerens helsetilstand og kjennskap til de formelle rettighetene hadde betydning for om brukeren fikk formidlet sitt perspektiv.

I tillegg til at stadig flere eldre mottar hjemmebasert omsorg har også andelen eldre med et mer omfattende omsorgsbehov økt, noe som delvis forklares med at institusjonstilbudet har falt (Abrahamsen og Svalund 2005). Dette innebærer at mange av brukerne, pga. sin helsetilstand, vil være svekket og dermed ikke alltid

kan gi uttrykk for sine behov, noe som også kom frem under observasjonene. Av den grunn vil brukerne i mange tilfelle være svekket i å presentere sitt perspektiv og dermed være avhengige av at andre aktører kan ivareta brukerens perspektiv under de ulike arbeidsprosessene.

Et annet viktig moment er at brukeren klarer å presentere sine ønsker og behov i samsvar med de formelle rammene for tjenesten, deriblant de kriterier som utløser retten til nødvendig helsehjelp. Dette var spesielt gjeldende under saksbehandlingen, der brukeren var opptatt av å presentere sitt behov for hjelp uten å kjenne til det formelle regelverk som utløser offentlige tjenester. Av den grunn er det rimelig å anta at variasjoner i kunnskap om de formelle retningslinjene, eller evnen til å innhente og bearbeide denne kunnskapen, kan føre til forskjeller i tilbudet om nødvendig helsehjelp. Dette underbygges av funnene til Dale et al (2010), der brukere med høyere utdanning fikk et mer omfattende tilbud om hjemmesykepleie enn de med lavere utdanning.

I sum innebærer dette at brukeren, til tross for at offentlige dokumenter vektlegger brukermedvirkning, ikke alltid har de nødvendige forutsetninger for å presentere alle aspekter ved sin situasjon. Brukeren er av den grunn ofte avhengig av at andre aktører hjelper til og fremmer brukerens interesser. Dette antas å gjelde spesielt for andre enn medisinsk rettede tjenester, siden de ser ut til å bli ivaretatt uavhengig av brukerens ressurser.

7.2.3 Pårørendes perspektiv

I flere tilfeller var det brukerens nærmeste pårørende, dvs. enten ektefelle eller barn, som ivaretok brukerens behov og interesser. Dette forekom enten ved å yte uformell omsorg eller ved å fremme brukerens behov og ønsker i møte sykepleierne under alle arbeidsprosesser. Samtidig kunne pårørende ha egne interesser som de fremmet ovenfor saksbehandlere og sykepleierne som utøvet helsehjelpen. Dette viser at de pårørendes perspektiv kan ha flere aspekter i seg og studien viser at de enten sammenfalt med brukerens interesser eller var knyttet til pårørendes egne interesser og behov. Dette sammenfaller med Kröger (2005:264-266) der pårørende kunne oppleves som «ressurs» og/eller «byrde».

I de tilfeller der pårørende var en ressurs for brukeren og en støttespiller for de ansatte i kommunen kom dette til uttrykk ved at pårørende opptrådte som informanter, ved å bidra med viktig informasjon om brukeren, eller som omsorgsyter for brukeren, noe som også er omtalt i litteraturen (Bøckmann og Kjellebold 2010:47-49). I tillegg fant denne studien ingen holdepunkter for at pårørendes uformelle omsorgsarbeid erstattet det offentlige helsetjenestetilbudet, og støtter dermed opp under komplementeringstesen, dvs. at uformell og formell omsorg utfyller hverandre (Kröger 2005:255). Ut fra dette perspektiv, dvs. pårørende som støttespiller, bidro pårørende antakelig med å bedre helsetjenestetilbudet. Først og fremst gikk forbedringen ut på å bidra med relevant informasjon under saksbehandlernes og utøvernes datasamling. På den måten kunne sykepleiernes faglige vurderinger bli fattet på et bredest mulig datagrunnlag.

Samtidig forekom det at pårørende ble opplevd som en «byrde», noe som var relatert til når de ønsket å påvirke tjenestetilbudet ut fra egne interesser. Uavhengig av om de pårørende fikk realisert sine krav påvirket deres bestrebelser helsetjenestetilbudet på en negativ måte. For det første ble det brukt personalressurser til å håndtere pårørendes gjentatte krav om endringer i helsetjenestetilbudet. Studien gir ikke grunnlag til å estimere omfanget av denne ressursbruken, men det påpekes at dersom det må brukes mer tid til krevende pårørende vil det føre til en reduksjon av ressursene i organisasjonen forøvrig. En eventuell reduksjon i tjenestetilbudet vil imidlertid være avhengig av hvordan organisasjonen fordeler ressursbruken.

Den andre konsekvensen av pårørendes påvirkning på helsehjelpen er knyttet til de tilfeller der pårørende får realisert sine krav, dvs. endret innholdet og / eller omfanget av nødvendig helsehjelp. I de tilfeller der dette forekom førte det til en omfordeling av helsehjelpen, dvs. at andre brukere fikk et redusert tjenestetilbud. Dette ble imidlertid aldri synliggjort, men alle respondenter erkjente at endringer styrt av pårørende gikk ut over det generelle helsetjenestetilbudet. Liknende funn er gjort av Tønnessen et al (2009) og aktualiserer behovet for en kontinuerlig fordelingsdebatt omkring de norske velferdstjenestene.

Pårørendes perspektiver kan dermed få ulike utfall for nødvendig helsehjelp, den kan styrke og kvalitetssikre helsehjelpen og / eller tappe organisasjonene som

skal yte tjenesten for ressurser, samt føre til en urettferdig fordeling av tjenesten mellom brukerne i kommunen. I og med at denne problemstillingen er av generell art bør det jobbes videre med å finne løsninger på at pårørendes perspektiv ikke får uheldige konsekvenser for helsetjenestetilbudet i kommunene.

7.2.4 Brukerens sosiale nettverk

Studien viser at sykepleierne kjenner til at brukeren mottar en rekke tjenester fra sitt sosiale nettverk som faller inn under den uformelle omsorgen. I all hovedsak er dette tjenester av praktisk art enten i eller utenfor brukerens bopel. Samtidig viser studien, til tross for variasjon mellom kommunene, at informasjon om brukerens sosiale nettverk og omfanget av uformell omsorg i liten grad ble systematisk kartlagt eller registrert. Av den grunn var denne type informasjon i liten grad en del av informasjonsgrunnlaget under vurderingen og utformingen av helsehjelpen. Studien viser dermed at utformingen av helsetjenestetilbudet i liten grad er nettverksorientert slik den er beskrevet i litteraturen (Smebye og Helgesen 2011:57).

Mangelen på en nettverksorientert sykepleie ved utformingen av nødvendig helsehjelp står i kontrast til bruken av denne tilnærmingen ved andre former for helsehjelp. Eksempelvis er dette en tilnærming som er utbredt ved psykisk helsearbeid, der brukerens sosiale nettverk ofte inngår i utformingen av ulike typer tiltak for å bedre pasientens helsetilstand (Fyrand 2005:28, Karlsson, Borg og Sjølie 2011). Av den grunn kan man diskutere om og i hvilken grad en nettverksorientert sykepleie bør ha en plass under utformingen av nødvendig helsehjelp.

Tidligere studier har vist at sosiale nettverk både har styrket livskvaliteten, samt ført til økt mestringsevne og dermed hatt en forebyggende effekt (Fyrand et al 2003, Sjölander og Berterö 2008). Det er derfor rimelig å anta at en nettverksorientert sykepleie kan bidra til å styrke kvaliteten på helsetjenestetilbudet. Det bør derfor studeres videre på hva som hindrer en nettverksorientert sykepleie og hvilke nettverksorientert tiltak som kan bidra til å styrke helsetjenestetilbudet.

7.2.5 Kommunal kontekst

Til tross for at studien ikke hadde til hensikt å studere ytre faktorer knyttet til utformingen av helsetjenestetilbudet ble det imidlertid tidlig åpenbart at den kommunale konteksten hadde stor betydning for handlingsrommet til både saksbehandlere og utøvende sykepleiere. Av den grunn inngår den i den avsluttende diskusjonen.

Presentasjonen av kommunene (kap. 4) viste til store forskjeller mellom kommunene i omfanget av nødvendig helsehjelp målt i «*Gjennomsnittlig timer i uken til hjemmesykepleie i henhold til vedtak, direkte tid til bruker*», og der variasjon i kommuneøkonomien mellom casene kan være en forklaring. Denne forklaringen støttes av analyser som viser en sterk sammenheng mellom kommuneøkonomi og helsetjenestetilbudet, dvs. at dårlig økonomi fører til et redusert handlingsrom og et mindre omfattende tjenestetilbud (Gautun 2012:18). Av den grunn vil kommunal kontekst være en viktig faktor som definerer handlingsrommet, dvs. mulighetene og begrensningene for utformingen av innholdet og omfanget av nødvendig helsehjelp.

7.3 Temporære faktorer under utformingen av nødvendig helsehjelp

Modell 7:1 illustrerer hvordan enkelte faktorer er gyldige ved spesifikke arbeidsprosesser under utformingen av nødvendig helsehjelp, dvs. temporære faktorer. Deres betydning er kortvarig og av den grunn ofte underordnet de overgripende faktorene. Til de temporære faktorene i denne studien hører spesialisthelsetjenesten, det juridiske perspektiv og det administrative vedtak.

7.3.1 Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenestens betydning var primært knyttet til utøvelsen av «akutt» nødvendig helsehjelp, der sykehuset hadde iverksatt et behandlingsregime som sykepleiere skulle følge opp i de hjemmebaserte tjenestene. På den måten var spesialisthelsetjenesten med på å definere det medisinsk faglige innhold i helsehjelpen, noe som ble oppfattet som legitimt av sykepleierne i studien. Derimot var det motstand blant sykepleierne når spesialisthelsetjenesten ønsket å gripe inn i andre aspekter ved tjenesteutøvelsen, bl.a. ved å love et omfang av tjenester

som ikke tok hensyn til kapasiteten i kommunen. Av den grunn var spesialisthelsetjenestens påvirkning avgrenset til det medisinsk faglige aspekt ved helsehjelpen, noe som dessuten var kortvarig siden behandlingsregimet kontinuerlig ble vurdert og endret av sykepleierne i hjemmebaserte tjenester.

7.3.2 Det juridiske perspektiv

Det juridiske perspektiv omfattet i denne studien i hvilke grad de formelle rettighetene knyttet til nødvendig helsehjelp ble anvendt under vurderingen av brukers ønsker og behov. Dette forekom hovedsakelig under saksbehandlingen der søknaden om helsehjelp ble vurdert ut fra kriteriene i IPLOS, samt at utformingen av vedtaket skulle være juridisk faglig forsvarlig. Sykepleierne som utøvet helsehjelpen var imidlertid i noe mindre grad fokusert på å anvende IPLOS under vurderingen av arbeidet. Dette samsvarer med funnene til Andersen (2012) der IPLOS ble ansett som unødvendig ekstraarbeid. Det juridiske perspektiv var imidlertid virksomt under utøvelsen av helsehjelpen når sykepleierne opplevde at et formelt vedtak ikke samsvarte med deres forståelse av faglig forsvarlighet, men dette forekom imidlertid bare unntaksvis.

7.3.3 Det administrative vedtak

Den siste temporære faktoren var det administrative vedtak som beskrev kommunens helsetjenestetilbud til brukeren, ved å definere innhold og omfang i nødvendig helsehjelp. I denne studien var det stor variasjon mellom vedtakene der en kommune tilstrebet en detaljert utforming og dermed satte grenser for utøvernes handlingsrom. I den andre kommunen hadde man derimot svært åpne vedtak og et relativt større handlingsrom for utøvelsen av nødvendig helsehjelp. Uavhengig av vedtakenes utforming var det imidlertid sykepleiernes perspektiv som overstyrte eventuelle konflikter mellom vedtak og deres vurderinger. Dette viser som ved tidligere studier at vedtakets påvirkningskraft er begrenset (Kirchhoff 2010, Næss 2003).

Til tross for at de temporære faktorene har en selvstendig betydning for innholdet i nødvendig helsehjelp er deres påvirkningskraft avhengig av at andre overgripende faktorer bygger opp under dem. Av den grunn tar rapportens oppsum-

mering og konklusjon utgangspunkt i de overgripende faktorer og knytter de til de ulike aktørene som er involvert under utforming og utøvelsen av nødvendig helsehjelp.

8 Fra vedtak til tjeneste – Oppsummering

Til tross for at lovverket garanterer alle som oppholder seg i norske kommuner rett til nødvendig helsehjelp, klarer ikke loven å garantere at brukere med samme behov får den samme tjenesten. Av den grunn har hovedhensikten med studien vært å finne frem til forklaringer på variasjonene i innhold og omfang av nødvendig helsehjelp i norske kommuner, dvs. hvilke faktorer som påvirker sykepleiere under de ulike arbeidsprosessene på veien fra vedtak til tjeneste. Disse er presentert og diskutert i de tre forutgående kapitlene og utgjør på mange måter rapportens svar på problemstillingene som er reist.

Samtidig er faktorene knyttet til aktører, dvs. politiske aktører, de profesjonelle og brukeren med sitt sosiale nettverk. Av den grunn oppsummeres studiens funn ved å relatere faktorene til disse sentrale aktørene og deres mulighet til å påvirke omfanget og innholdet i nødvendig helsehjelp.

De politiske aktørene

Til tross for at politiske aktører ved hjelp av lovverk og formelle retningslinjer satte noen formelle rammer for veien fra vedtak til tjeneste var dette formelle rammeverk, med unntak for IPLOS under saksbehandlingen, ikke alltid fremtredende under arbeidsprosessene. IPLOS definerte riktignok en formell standard for kartleggingen av brukerens behov, funksjonsnivå og ressurser under saksbehandlingen, men hadde mindre betydning for utøvelsen av nødvendig helsehjelp.

Politiske aktører hadde derimot stor betydning for etableringen av en kommunal kontekst, dvs. å etablere et økonomisk handlingsrom for utformingen og utøvelsen av tjenestetilbudet. Dette ble ikke studert eksplisitt, men kom til syne når sykepleierne gav uttrykk for begrensningene i deres arbeid som følge av kommunens økonomiske handlingsrom. Av den grunn var den kommunale konteksten en betydningsfull faktor for både saksbehandlingen og utøvelsen av helsehjelpen.

I sum indikerer dette at politiske aktører først og fremst påvirker nødvendig helsehjelp indirekte ved å definere et handlingsrom, dvs. formelle retningslinjer og

en kommunal kontekst, som skaper muligheter og begrensinger for de profesjonelle, brukeren og brukerens sosiale nettverk.

De profesjonelle

De profesjonelle, dvs. saksbehandlere og utøvende sykepleiere, definerte i kraft av sin formelle posisjon og tjenesteideologi både omfang og innhold i nødvendig helsehjelp. I dette arbeid var det spesielt den sykepleiefaglige komponenten i deres tjenesteideologi som hadde størst betydning, mens den juridiske komponenten først og fremst var fremtredende under saksbehandlernes arbeid.

Den sykepleiefaglige komponenten inneholdt både profesjonell kunnskap og normative prinsipper, og der profesjonell kunnskap fikk betydning for vurderingen av brukerens behov. I tillegg legitimerte profesjonell kunnskap en selvstendighet under utøvelsen av helsehjelpen, noe som medfører relativ stor myndighet over arbeidsprosessene.

Sykepleiere er involvert i alle prosesser som omfatter utformingen av nødvendig helsehjelp, samt er tildelt formell myndighet til å forvalte politiske aktørers rammeverk. Av den grunn er deres rolle av stor betydning for utformingen av nødvendig helsehjelp.

Brukerens sosiale nettverk

Det finnes en rekke betydningsfulle aktører i brukerens sosiale nettverk både i og utenfor brukerens familiekrets. En viktig rolle til aktørene i dette nettverk er at de bidrar med uformell omsorg til brukeren. Studien viser imidlertid at nettverkets uformelle omsorgstilbud har liten betydning for omfanget og innholdet i nødvendig helsehjelp. Den uformelle omsorgen ytes i all hovedsak parallelt med det formelle helsetjenestetilbudet, og opererer på mange måter uavhengig av den formelle omsorgen. En kan dermed trekke slutningen at uformell omsorg fra aktører i brukerens sosiale nettverk har liten direkte betydning for den formelle omsorgen som tilbys gjennom nødvendig helsehjelp.

Samtidig kunne aktører i brukerens sosiale nettverk ha direkte betydning for utformingen og utøvelsen av den formelle helsehjelpen. I all hovedsak var dette pårørende, ofte fra brukerens familiekrets. Pårørendes betydning kunne imidler-

tid få ulike konsekvenser, dvs. at de enten var en «ressurs» eller en «byrde» under saksbehandlingen og utøvelsen av nødvendig helsehjelp. Pårørende var en «ressurs» når de under sin deltakelse på veien fra vedtak til tjeneste, støttet brukeren, bidro til å styrke brukerens perspektiv under kartleggingen og bidro med informasjon som bedret sykepleiernes beslutningsgrunnlag.

På den annen side kunne pårørende også være en «byrde» og svekke tjenestetilbudet. Dette kommer blant annet til uttrykk i at man fryktet en urettferdig ressursfordeling av kommunens tilbud blant brukere, der de med «sterke» pårørende kunne få en urettmessig større andel av tjenestetilbudet enn brukere uten «sterke» pårørende.

Dette innebærer at pårørende hadde en mulighet til å påvirke både innhold og omfang i helsehjelpen, men at denne påvirkningen kunne få ulike konsekvenser.

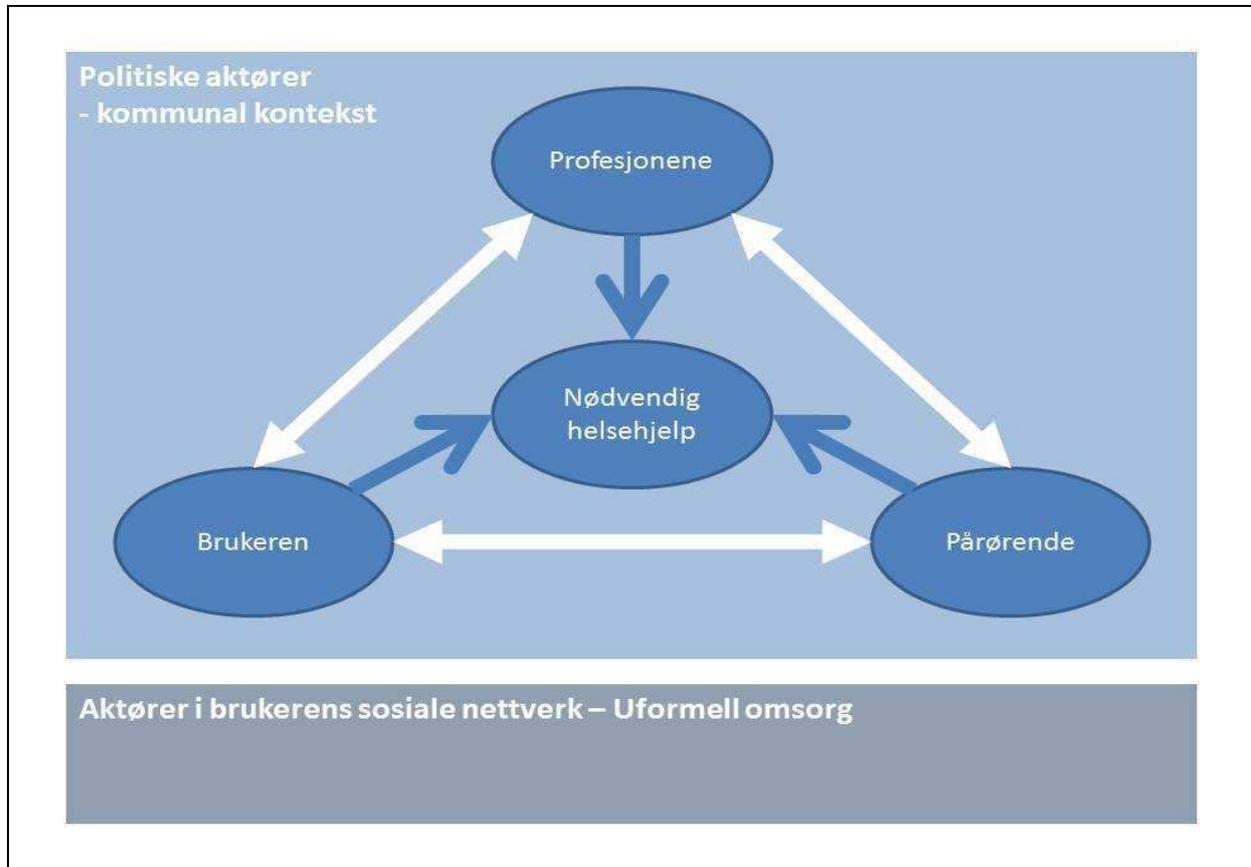
Brukeren

Det interessante med brukerens rolle er at selv om brukeren er «hovedaktøren» og målet for nødvendig helsehjelp, har brukeren mindre påvirkningsmulighet enn de andre aktørene. Dette skyldes først og fremst at brukeren, til tross for politiske signaler og rettigheter som skal sikre brukermedvirkning, i mange tilfeller ikke har de nødvendige ressursene til å realisere dette.

Mangelen på ressurser skyldes for det første brukerens reduserte helsetilstand, som i utgangspunktet har ført til at brukeren har behov for nødvendig helsehjelp. For det andre forutsetter en realisering av retten om nødvendig helsehjelp at man klarer å presentere sine behov i samsvar med kriteriene som utløser rettigheten, dvs. kjennskap til det formelle regelverket knyttet til nødvendig helsehjelp.

Av den grunn kan brukerens reduserte helsetilstand og mangelfull kjennskap til det formelle regelverk føre til at brukeren har mindre ressurser til å påvirke denne tjenesten enn de andre involverte aktører. Av den grunn er brukeren oftere avhengig av at de andre aktørene som deltar under arbeidsprosessene ivaretar brukeren og dens interesser på veien fra vedtak til tjeneste.

Modell 8:1 sammenfatter denne gjennomgangen ved å illustrere de ulike aktørers rolle knyttet til utformingen og utøvelsen av nødvendig helsehjelp, samt forholdet mellom formell og uformelle omsorg.



Modell 8:1 Formell og uformell omsorg i et aktørperspektiv

Modell 8:1 oppsummerer hvordan ulike aktører er med på å påvirke omfanget og innholdet i nødvendig helsehjelp. For det første viser den at det er tre sentrale aktører, dvs. de profesjonelle, brukeren og brukeren pårørende, som er direkte involvert i prosessene rundt utformingen og utøvelsen av helsehjelpen. Utgangspunktet til disse aktørene er deres perspektiver og virkelighetsforståelse av retten til nødvendig helsehjelp (blå piler).

I tillegg gir modellen uttrykk for at aktørene står i et gjensidig forhold til hverandre (hvite piler), der man gjennom samhandling forsøker å påvirke de andre aktørenes forståelse og dermed omfanget og innholdet i nødvendig helsehjelp. Det som imidlertid ikke kommer frem av modellen er at aktørenes påvirknings-

kraft er ujevnt fordelt, og der de profesjonelle antas å være den «sterkeste» og brukeren den «svakeste» part.

Samtidig viser modellen at prosessene mellom de profesjonelle, brukeren og dens nære pårørende foregår i en kommunal kontekst, som skaper et handlingsrom for de involverte aktører. Handlingsrommet definerer både mulighetene og begrensningene for de involverte aktørene, og der kommunens økonomiske ressurser ser ut til ha størst betydning.

Til slutt illustrerer modellen at det i tillegg til den formelle omsorgen, dvs. nødvendig helsehjelp, også ytes uformell omsorg av aktører i brukerens sosiale nettverk. Dette uformelle omsorgstilbud ser imidlertid ut til å ha ingen berøringspunkter med den formelle omsorgen og ytes dermed uavhengig omfanget og innholdet i nødvendig helsehjelp.

I sum innebærer dette at det er faktorene knyttet til de profesjonelle, brukeren og dens nære pårørende som har direkte betydning for utformingen og utøvelsen av helsehjelpen. De politiske aktørene derimot påvirker helsehjelpen indirekte ved å etablere et handlingsrommet for nødvendig helsehjelp.

Referanser

- Abbott A. (1988) *The System of Professions – An Essay on the Division of Expert Labor* Chicago and London: The University of Chicago Press
- Abrahamsen, D. R. og Svalund, J. (2005). Flere eldre mottar hjemmesykepleie. *Samfunnsspeilet*, Vol. 19, Nr 4, s. 36-38). Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Andersson, L. (1998). Loneliness research and interventions: a review of the literature. *Aging & Mental Health*, 2(4), 264-274.
- Andersen, M. (2012). *En kartlegging av relevante og praksisnære problematikker knyttet til implementering av IPLOS i norske kommuner: sluttrapport fra en pilotstudie*. (Vol. 2012 nr. 1): Høgskolen i Gjøvik / Senter for omsorgsforskning.
- Berg B. L. (1998) *Qualitative research methods for the social sciences* Needham Heights: Allyn and Bacon
- Bloor M. et al (2001) *Focus Groups in Social Research* London: Sage
- Brunsson N. og K. Sahlin-Andersson (2000) «Constructing organizations: the example of public sector reform», *Organization Studies* 21(4):721 – 746
- Bøckmann, K. og Kjellevoid, A. (2010). *Pårørende i helsetjenesten*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Cox, C. L., Spiro, M., & Sullivan, J. A. (1988). Social risk factors: impact on elders' perceived health status. *Journal of Community Health Nursing*, 5(1), 59-73.
- Dale, B., Dale, J. G., & Lorensen, M. (2001). Livskvalitet hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie. *Vård i Norden*, 21(2), 4-10.
- Dale, B., Sævareid, H. I., Kirkevold, M., & Söderhamn, O. (2010). Older home nursing patients' perception of social provisions and received care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 523-532.
- Danermark B.; Ekström M.; Jakobsen L. og J. C. Karlsson (2003) *Att förklara samhället* Lund: Studentlitteratur

- Ekwall, A., Sivberg, B., & Hallberg, I. R. (2004). Dimensions of informal care and quality of life among elderly family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(3), 239-248.
- Fangen K. (2004) *Deltagende observasjon* Bergen: Fagbokforlaget
- Fjørtoft, A. (2006) *Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget
- Fossestøl, K. (2005). *Regler og skjønn i norsk forvaltnings- og velferdsforskning: en kritisk analyse med særlig fokus på velferdsstatens rettighetsorientering*. (Vol. 2005:106). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Freidson, E. (2001) *Professionalism – The Third Logic*. Cambridge: Polity Press.
- Fyrand, L, Moum T, Finset A & A Glennås (2003) The Effect of Social Network Intervention for Women with Rheumatoid Arthritis. *Family Process*, 42 (1):71–89
- Fyrand, L. (2005). *Sosialt nettverk: teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget
- Gabrielsen, B. (2011). *Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS): foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2010*. (Vol. 2011/33). Oslo: SSB.
- Gautun, H. (2012). *Planlagt og faktisk bemanning i sykehjem og hjemmesykepleien*. Oslo: Forskningsstiftelsen FAFO.
- Glaser Barney G. (1978) *Theoretical Sensitivity*. Mill Valley, Cal.: The Sociology Press
- Greve C. (2000) «Governance by contact. Creating Public-Private Partnerships in Denmark», I Fortin Y. og H. van Hassel (red.) *Contracting in the New Public Management*. Amsterdam: IOS Press
- Grønmo S. (1996) «Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnærminger i samfunnsforskningen», i Holter, H. og Kalleberg, R. (1996) *Kvalitative metoder i samfunnsforskningen* Oslo: Universitetsforlagets Metodebibliotek

- Hallem, U. L., Bjerkan, J., & Brataas, H. V. (2012). *IPLOS som sykepleiefaglig vurderingsverktøy: behov for og nytte av kompetansehevede utviklingsarbeid* (Vol. 80). Steinkjer: Høgskolen i Nord-Trøndelag.
- Hanssen, G. S., Helgesen, M., & Vabo, S. I. (2005). *Politikk og demokrati: en innføring i stats- og kommunalkunnskap*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hollandvik, J.-E. (2010). Måling av omsorg: Refleksjoner over et trekk i tiden. I A. J. W. Andersen, I. B. Larsen & O. Söderhamn (Eds.), *Utdanning til omsorg: i fortid, nåtid og framtid*. Oslo: Gyldendal akademisk. s. 144-159.
- Halvorsen, K. (2010). *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk*. Oslo: Universitetsforlaget
- Halvorsen, M. (2004). Nødvendig helsehjelpsom redskap for prioriteringer. *Lov og rett*, Nr 03, 143-156.
- Helsedirektoratet. (2009). *IPLOS: veileder for personell i kommunale helse- og sosialtjenester*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Oslo: Regjeringen.
- Hofseth C. og Norvoll R. (2003) *Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer*. Oslo: Unimed Helsetjenesteforskning, Rapport januar 2003
- Iversen, L. (2002). *Medicinsk sosiologi: samfund, sundhed og sygdom*. Munksgaard: København.
- Jacobsen D. I. (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? – Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Jayaratne, S., T. Croxton and D. Mattison (1997) Social Work Professional Standards: An Exploratory Study. *Social Work*, (42)2: 187-198.
- Karlsson B, Borg M og H Sjølie (2011) Ambulante akutteam ved distriktpsychiatriske sentre. *Sykepleien Forskning*, Vol 6 (1):62-68
- Kirchhoff, J. W. og Karlsson, J. Ch. (2009). Rationales for Breaking Management Rules-The Case of Health Care Workers. *Journal Of Workplace Rights*, 14 (4):457-479.

- Kirchhoff, J. (2010). *De skjulte tjenestene: om uønsket atferd i offentlige organisasjoner*. Karlstad University, Karlstad. (Avhandling for dr. philos. graden)
- Kitzinger J. (1994) The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants *Sociology of Health & Illness* Vol. 16. No. 1, pp. 103-120
- Kjelvik, J. (2011). Mindre del av utgiftene går til eldre: kommunale driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester. *Samfunnsspeilet* (Vol. 25(2011) nr 2, pp. S. 23-29). Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Kvale Steinar (1996) *InterViews – An Introduction to Qualitative Research Interviewing* Thousand Oaks, Calif.: Sage
- LOV 1999-07-02 nr 63 *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Helse- og omsorgsdepartementet
- Merton R. K. og P. L. Kendall (1946) The focused Interview *American Journal of Sociology* 51, pp. 541-557
- Miles M. B. og A. M. Huberman (1994) *Qualitative data analysis* Thousands Oaks: Sage publications
- Mintzberg H. (1983) *Structure in fives – designing effective organizations*. New Jersey: Prentice-Hall
- Mintzberg, H., J. B. Quinn and S. Ghoshal (1995) *The Strategy Process*. London: Prentice Hall.
- Molven, O. (2012). *Helse og jus*. Oslo: Gyldendal juridisk.
- Næss, S. (2005) *Omsorgens vilkår i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene*. Oslo: Rapport 3/2005; Rokkansenteret
- Næss, S. (2003). *I tøffeste laget?: dokumentasjonsrapport om arbeidssituasjonen til ansatte i pleie- og omsorgstjenesten* (Vol. 9, 2003). Bergen: Rokkansenteret.
- Ramsdal H. og G. V. Hansen. (2005) Om sirkelens kvadratur – Psykisk helsearbeid møter bestiller- / utførerorganisasjonen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2/2005:134 – 148

- Rønning, E. (2010). Dobbeltarbeidende seniorer: ulønnet omsorgsarbeid, *Samfunnsspeilet*, Vol. 24(2), pp. S. 2-6. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Sjölander C. og C. Berterö (2008) The significance of social support and social networks among newly diagnosed lung cancer patients in Sweden. *Nursing and Health Sciences*, 10:182–187
- Skaar, R., Fensli, M., & Söderhamn, U. (2010). Behov for praktisk hjelp og sosial kontakt – En intervjustudie blant hjemmeboende eldre i Norge. *Vård i Norden*, 30(2):33-37.
- Smebye, K.L. og A.K. Helgesen (2011) Kontakt med andre. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt F. og E. A. Skaug (red.) *Grunnleggende Sykepleie*. Oslo. Gyldendal Akademisk
- Stortingsmelding Nr. 42 (2008 - 2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og sosialdepartementet
- Stortingsmelding Nr. 45 (2002-2003) *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene*. Oslo: Sosialdepartementet
- Strandquist, M., & Fosaas, E. S. (2005). *Samordning og kvalitet i hjemmetjenesten* (Vol. 4/2005). Tønsberg: Høgskolen i Vestfold.
- Teppo Kröger (2005) The State of the Nordic Research. I Szebehely M. red. (2005) *Äldreomsorgsforskning i Norden*. Köpenhamn: Nordiska Ministerrådet.:243-280
- Thompson, P., & McHugh, D. (2002). *Work organisations: a critical introduction*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave.
- Tønnessen, S. og Nortvedt, P. (2012) Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning*, 7(3):280-285
- DOI: 10.4220/sykepleienf.2012.0134
- Tønnessen, 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, Politics & Nursing Practice*, 10(4), 276-284.

- Vabø M. (2007) *Organisering for velferd – Hjemmetjenesten i en styrings-ideologisk brytningstid* Oslo: Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet
- Vabø M. (2005) New Public Management i nordisk eldreomsorg – hva forskes det på? I Szebehely M. red. (2005) *Åldreomsorgsforskning i Norden*. Köpenhamn: Nordiska Ministerrådet.:73-111
- Vabø M. (1998) *Hva er nok? – Om behovsfortolkninger i hjemmetjenesten*. Oslo: NOVA Rapport 8/98
- Weber M. (1992) *Makt og byråkrati* Oslo: Gyldendal

Vedlegg

V.1. – Intervjuguide – Saksbehandlere

Innledning

Yrkeserfaring og utdanning

Hva det er som motiverte dere til å bli saksbehandlere?

I hvilken grad opplever dere som saksbehandlere å være sykepleiere eller byråkrater?

Hvem er nærmeste overordnede? Opplevd grad av kontroll over eget arbeid

Om forberedelser til kartleggingsarbeidet

Hvem er det som melder behovene om nødvendig helsehjelp?

Hvilke forberedelser gjør dere før dere går ut og kartlegger?

Tilkaller dere brukerens nærmeste slik at de er tilstede ved en kartlegging?

Om kartleggingen

Hva kartlegges ved dette besøket? Hvilken betydning tillegges IPLOS ved kartleggingen?

Hvilke variabler er det vanskelig å kartlegge / vurdere?

I hvilken grad er brukeren med å påvirke hvilken score det blir?

Har kommunens økonomi noen betydning når dere setter scorene?

Vurderer hjemmesykepleien scoren på IPLOS på samme måte som dere?

Brukes det andre typer kartleggingsverktøy?

Hvordan brukes utdanningen under kartleggingen?

I hvilken grad kartlegger dere pasienters sosiale nettverk?

Er det forskjell på kartleggingsbesøket dersom tjenesten allerede i gang?

Hvordan kartlegger dere brukerens ressurser?

Om utformingen av vedtaket

Hvor spesifikke / detaljerte på innhold er vedtakene om nødvendig helsehjelp?

I hvilken grad har hjemmesykepleien påvirkningsmulighet på innholdet i vedtaket?

I hvilken grad har nettverket mulighet til å påvirke vedtakene?

Om samarbeidet med utøverne av nødvendig helsehjelp

Hvilken kontakt har dere med hjemmesykepleien og hvor ofte skjer det?

Hvilke forskjeller / likheter opplever dere i vurderingen av behovet for nødvendig helsehjelp mellom dere og hjemmesykepleien?

Sosiale nettverk

Hvilken betydning har brukerens nettverk for arbeidet og på hvilke måter?

Anvender dere pasienters nettverk i arbeidet? I hvilke sammenhenger og hvor ofte?

V.2. – Intervjuguide – Sykepleiere i hjemmesykepleien

Innledning

Yrkeserfaring, samt varighet i stillingen

Hvilke tjenester inngår i nødvendig helsehjelp?

Hvilke instanser ivaretar brukerens sosiale behov?

Hva gjør helsehjelpen nødvendig?

Hvordan organiserer dere arbeidet?

Hvor omfattende synes dere nødvendig helsehjelp bør være?

Utforming av tjenesten ved hjemsendelse fra sykehus

Hvilke forberedelser gjør dere før første hjemmebesøk?

Tar dere initiativ til at pårørende eller andre skal være tilstede ved det besøket?

Hvordan kartlegger dere behovet for nødvendig helsehjelp?

Inngår pasienters nettverk i denne kartleggingen?

I hvilken grad styrer sykehusets behandling tjenestetilbudet?

Hvilke faktorer har betydning for innholdet i helsetjenestetilbudet?

Har pasienters nettverk betydning for arbeidet?

Hvilke faglige argumenter tillegges vekt for omfanget og frekvens av tilbudet?

Hva fører til endringer i innholdet på helsehjelpen?

Hvordan vurderer saksbehandlere tilbudet når de gjør kartleggingen i etterkant?

Utformingen av tjenesten etter vedtak fra saksbehandler

Samsvarer vedtaket deres med de vurderinger dere har gjort?

Diskuterer dere med saksbehandlere om tjenestetilbudet?

Har dere selv muligheten til å påvirke innholdet i tjenesten eller styrer vedtaket?

Tilbyr dere tjenester som ikke omfattes av vedtaket? Hvis ja, hvorfor ytes den type tjenester?

Hva skjer når bruker/pårørende er uenig i vedtaket?

Sosiale nettverk og utøvelsen av nødvendig helsehjelp

Hvordan definerer dere pasienters sosiale nettverk?

Hvilken betydning har pasienters nettverk for arbeidet deres?

Hva hindrer dere i å involvere pasienters nettverk?

V.4. – Samtykkeerklæring – Saksbehandler / Sykepleier

SAMTYKKEERKLÆRING

Undertegnende samtykker i å delta som informant i forbindelse med undersøkelsen:

Nettverksorientert sykepleie i de hjemmebaserte tjenestene

Som informant vil jeg stille opp til intervjuer og tillate observasjon av mitt daglige arbeid i kommunen. Jeg aksepterer også at det benyttes diktafon ved et intervju. Det skal samtidig ikke tas opp samtaler om annet enn det som er avtalt på forhånd.

Det er også en forutsetning at den informasjonen jeg bidrar med vil bli behandlet konfidensielt. I tillegg skal informasjonen som registreres være aidentifisert, dvs. ikke inneholde personopplysninger.

Etter at prosjektet er avsluttet skal alle opptak av intervjuer slettes og informasjonen jeg bidrar med skal ikke brukes til andre formål enn det som er avtalt på forhånd.

Jeg er klar over at deltakelsen er frivillig, at jeg kan la være å svare på spørsmål og at jeg når som helst i løpet av prosjektet kan trekke meg fra videre deltakelse.

Dato og underskrift:
