

# *MASTEROPPGAVE*

*Tildeling av tjenester til hjemmeboende*

*Navn: Aina Antonsen Løkkevik*

*Dato: 15.11.18*

*Studienavn: Organisasjon og ledelse*

*Avdelingsnavn: Økonomi, administrasjon og ledelse*





## **Forord**

Denne masteroppgaven setter sluttstrek for et masterstudium i organisasjon og ledelse som har strukket seg over 4,5 år. Fra første skoledag høsten 2014 til en noe forsinket levering i november 2018 har det vært spennende, frustrerende og slitsom, men ikke minst lærerikt. Dette har selvfølgelig lærere og forelesere ved Høgskolen i Østfold, men ikke minst mine medstudenter, bidratt til. Takk for morsomme diskusjoner og erfaringsutveksling.

Et masterstudium tar uvegerlig tid fra andre områder i livet, og krever tøffe prioritering. Mann og barn, Rolf Erik, Trygve og Mathilde, har tålmodig holdt ut med en fraværende kone og mor. Tusen takk for at dere har holdt ut, men ikke minst, tusen takk for troen på at jeg skulle klare dette!

Dette studiet kunne ikke vært gjennomført uten støtte fra arbeidsgiver, så takk til sjefen min, Solbjørg, og alle kollegaer, for oppmuntring og tålmodighet.

Takk til alle respondentene som har delt sine tanker og meninger med meg – uten dere ville det ikke blitt noen oppgave!

Sist, men ikke minst, stor takk til min veileder Harald Askeland for god hjelp gjennom halvannet år. Takk for konstruktive tilbakemeldinger og gode innspill, men ikke minst takk for motivasjon og troen på at prosjektet var gjennomførbart!

Innholdet i masteravhandlingen står for forfatterens regning

Fredrikstad 15.11.18

Aina A. Løkkevik

## **Forord**

## **Innhold**

## **Forord**

<b>1 INNLEDNING..</b> .....	1
<b>1.1 Sykepleier eller bakkebyråkrat – eller begge deler?</b> .....	1
<b>1.2 Bakgrunn for valg av tema</b> .....	2
<b>1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål</b> .....	5
<b>1.4 Hjemmetjenesten i kontekst</b> .....	5
1.4.1 Juridiske rammebetingelser .....	5
1.4.2 Strukturelle forhold .....	6
1.4.3 Samarbeidspartnere .....	7
<b>1.5 Mine antagelser</b> .....	8
<b>2 TEORI</b> .....	10
<b>2.1 Teori om bakkebyråkrati</b> .....	10
2.1.1 Kjennetegn ved bakkebyråkratier .....	10
2.1.2 Mestringsstrategier .....	14
2.1.3 Forming av tjenester .....	16
<b>2.2 Rolleteori</b> .....	17
<b>2.3 Skjønn</b> .....	20
<b>2.4 Teoretiske antagelser</b> .....	22
<b>3 METODE</b> .....	26
<b>3.1 Metodevalg</b> .....	26
<b>3.2 Utvalg</b> .....	27
<b>3.3 Intervju</b> .....	28
<b>3.4 Analyseprosessen</b> .....	29
<b>3.5 Etske refleksjoner</b> .....	31
<b>4 PRESENTASJON AV FUNN</b> .....	35
<b>4.1 Organisering</b> .....	35
4.1.1 Intern struktur .....	35
4.1.2 Ressurser .....	42
4.1.3 Samhandling .....	46
<b>4.2 Skjønn</b> .....	48
4.2.1 Regler som gir rammer for skjønnsutøvelsen .....	49

4.2.2	Vurderinger .....	51
4.3	<b>Strategi for håndtering av krav og forventninger</b> .....	55
4.3.1	Arbeidsbelastning .....	55
4.3.2	Krav .....	58
4.3.3	Roller .....	61
5	<b>DRØFTING</b> .....	64
5.1	<b>Er sykepleieren bakkebyråkrat?</b> .....	64
5.2	<b>Skjønnsutøvelse</b> .....	68
5.3	<b>Ufrivillige brukere</b> .....	73
5.4	<b>Etterspørsel</b> .....	76
6	<b>AVSLUTNING OG KONKLUSJONER</b> .....	81
6.1	<b>Hvordan tildeles tjenester til hjemmeboende, og på hvilken måte påvirker dette tjenestenes innhold og omfang</b> .....	81
6.2	<b>Avhandlingens begrensninger</b> .....	83
6.3	<b>Videre forskning</b> .....	84
7	<b>Referanseliste</b> .....	85
8	<b>Vedlegg</b> .....	89

# 1 INNLEDNING

## 1.1 Sykepleier eller bakkebyråkrat – eller begge deler?

Hensikten med denne avhandlingen er å belyse i hvilken grad sykepleiere i hjemmetjenesten agerer som bakkebyråkrater når de utøver offentlig myndighet, på hvilken måte de gjør dette og om organisasjonens organisering har betydning. Fokus for oppgaven er forvaltning på mikronivå. Undersøkelsen foregår i hjemmetjeneste med sykepleiere som aktører.

Hjemmebaserte helsetjenester er av forholdsvis ny dato. Rett til hjemmesykepleie som kommunal helsetjeneste ble lovfestet ved Lov om helsetjenester i kommunen i 1982 (Kassah, Tingvoll & Kassah, 2014, s. 20). Enhver som bodde eller midlertidig oppholdt seg i en kommune fikk rett til vederlagsfri helsetjeneste i hjemmet. Denne rettigheten er videreført i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1).

Det er ingen begrensninger av hvor mange som kan få hjelp i en kommune. Tradisjonelt sett har mottakerne av helsetjenester i hjemmet vært eldre, men de senere år har palliativ omsorg, rehabilitering, helsehjelp til kronisk syke, oppfølging av mennesker med psykiske lidelser og ruslidelser samt helsehjelp til pasienter med midlertidige behov fått større blitt en del av helsetjenestene som ytes i hjemmet.

I tillegg til at type helsetjenester som ytes i hjemmet har blitt utvidet til å gjelde flere typer tjenester, har også antallet mottakere av tjenester økt. Endringen i antall mottakere og type tjenester har bakgrunn i ønskede reformer i helsetjenesten, slik som mer poliklinisk behandling, kortere liggetid på sykehus og overføring av oppgaver og ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen som ble innført i 2012, overførte oppgaver og ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Hensikten er å flytte fokus over til forebygging fremfor behandling samt at pasientene skal få rett behandling på rett sted til rett tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 13-16).

Samtidig som kommunen har fått overført oppgaver og ansvar, er det en opplevelse av at det ikke har fulgt med tilstrekkelige ressurser til å løse disse oppgavene. Ansatte i hjemmetjenesten står derfor i spennet mellom å gi flere tjenester til flere pasienter innenfor det som oppleves å være utilstrekkelige ressurser (Gautun & Grødem 2015; Damsgaard & Eide 2012). De møter pasientene og deres pårørende ansikt til ansikt, og blir således stilt til ansvar for løfter og forventninger de har til helsetjenestene.

Mange kommuner har splittet opp tildeling av tjenester og tjenesteutførelsen i en bestiller-utførermodell, og således stilles ikke ansatte i hjemmetjenesten til ansvar i samme grad. I kommunen jeg undersøker, utføres tildeling av tjenester og selve tjenesteutførelsen av de samme sykepleierne. Gjennom sykepleierne får jeg mulighet til å se hvordan de selv oppfatter egen utøvelse av offentlig myndighet, hvilke strategier de benytter for å håndtere dette og hvordan dette påvirker tildelingspraksisen.

## **1.2 Bakgrunn for valg av tema**

Jeg har i mange år arbeidet som sykepleier og leder i hjemmetjenesten. I disse årene har det blitt innført nye reformer, vi har gjennomgått utallige endringsprosesser og foretrukket forvaltningsmodell har endret seg flere ganger. Kommunen har hatt en bestiller-utførermodell med et eget tildelingskontor, men har nå en forvaltningsmodell der tjenester tildeles og utføres i samme enhet.

Hjemmetjenesten beskrives som et satsningsområde, og har fått tilført flere nye oppgaver og nye pasientgrupper samt mer ansvar, men uten at det nødvendigvis oppleves som et satsningsområde for de som arbeider i hjemmetjenesten. Min erfaring er medarbeiderne opplever at man skal gjøre flere oppgaver på kortere tid. Kravene til effektivitet og kvalitet har økt, og fokus skal endres fra «Hva kan vi gjøre for deg?» til «Hva er viktig for deg?». Det er en uttalt målsetting at flere skal bo hjemme lenger. Dette er i tråd med nasjonale føringer, blant annet Samhandlingsreformen fra 2012 og Stortingsmeldingene Morgendagens omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) og Leve hele livet ((Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Sykepleierne i undersøkte kommune forvalter offentlige ressurser og myndighet samtidig som de yter helsetjenester. De blir portvoktere inn i tjenestene (Terum, 2003, s. 17-18; Lipsky, 2010, s. 105). For sykepleiere som tradisjonelt sett har hatt stort fokus på omsorg, og ikke så mye på rett til tjenester, fører dette til utfordringer. Får å håndtere dette uløselige dilemmaet mellom begrensede ressurser og stor etterspørsel etter tjenester, vil sykepleierne utvikle strategier for å håndtere dette. Nettopp disse mestringsstrategiene er viktige å beskrive og å forstå.

Det er ikke tidligere forsket mye på sykepleiere som utøvere av offentlig myndighet. Det er forsket innenfor politiet, sosialtjenesten, skoleverket samt på utøvelse av offentlig myndighet

innenfor bestiller-utførermodeller (Lipsky 2010; Ursin, 2005). Dette skiller seg fra andre forvaltningsmodeller ved at de som tildeler tjenester, ikke møter brukerne av tjenester ansikt til ansikt gjentatte ganger.

Syse, Øien, Jakobsson og Solheim (2014) har undersøkt variasjoner i tildeling av tjenester blant personer som arbeider med vurdering og tildeling av hjemmetjenester innenfor bestiller-utførermodeller. De fant at respondentene i hovedsak gjorde vurderinger i samråd med kollegaer eller medarbeidere i hjemmetjenesten, og at det var stor variasjon i omfanget av tjenester som ble tildelt. For kommuner med over 10.000 innbyggere fant de at den interne variasjonen var nesten like stor som variasjonen mellom kommunene. Det vil si at tildelingen avhenger av hvilken saksbehandler man får. I tillegg kan det se ut som om variasjonen i tildeling kan skyldes karakteristikk ved mottakeren og dennes familie, for eksempel mottakerens eller familiens kjønn.

Gautun og Grødem (2015) fant i en undersøkelse i 2012 blant toppledere innen pleie- og omsorgssektorens administrasjon og ansatte i pleie- og omsorgstjenestene at informantene ga uttrykk for at de var tvunget til å ta stadig tøffere beslutninger om hvem sine behov de skulle ta mest hensyn til, og prioritere når de tildelte tjenester. Antallet pasienter de skulle hjelpe ble opplevd som så stort at de måtte ta noen valg om hva slags hjelp de skulle gi til ulike pasienter, hvem som skulle gis hjelp først og hvor mye tid de skulle bruke på den enkelte pasient.

Det er gjennomført flere undersøkelser som viser at sykepleiere i kommunehelsetjenesten opplever stor arbeidsbelastning. Dette fører til at sykepleiere er usikre på om de ønsker å jobbe i kommunehelsetjenesten og at de prioriterer vekk oppgaver de ikke rekker innenfor arbeidstid (Gautun og Bratt, 2016; Ingstad, 2010). Undersøkelser foretatt av Sæterstrand, Holm og Brinchmann (2015) samt Tønnessen (2014) viser begge utfordringer med høy arbeidsbelastning og tidspress samt behovet for å prioritere mellom oppgaver.

Telemarksforskning har i to rapporter (Haukelien, Vike & Vardheim, 2009; Haukelien, Vike & Bakken, 2015), funnet at medarbeidere i førstelinjen opplever et krysspress mellom administrasjonen og brukerne. Medarbeidere opplever å ha for mye å gjøre, og at kvalitet ikke blir prioritert. De skal gi forsvarlige tjenester og samtidig sørge for at virksomheten holder seg innenfor vedtatte budsjetter. Dette er en uløselig rollekonflikt som er knyttet til medarbeidernes rolle som representanter for organisasjonen ute i førstelinjen (Vabø, 2002).



Damsgaard og Eide (2012) har undersøkt hvilke utfordringer nyutdannede profesjonsutøvere opplever. Nyutdannede profesjonsutøvere opplever mangel på tid og ressurser til å utføre de oppgavene de er satt til å løse, et krysspress mellom profesjonalitet og kommunale begrensninger. De opplever også etiske dilemmaer og verdikonflikter som oppstår når profesjonskravene må vike for krav om effektivitet. Mangelen på tid og ressurser oppleves som en systemfeil, og at problemet er knyttet til rammebetingelsene. Dette fører til at ansvaret for å yte kvalitativt gode tjenester og utfordringene knyttet til at dette ikke lar seg gjøre, blir delegert til blant annet de nyutdannede profesjonsutøverne. De beskriver situasjoner der verdighet kolliderer med krav om effektivitet, der blikket for den enkelte forsvinner i byråkrati, rutiner og arbeidsmengde og der brukernes, pasientenes og elevenes beste ofte må vike for økonomiske hensyn og byråkratiske krav (Damsgaard & Eide, 2012, s. 69-81).

Medarbeidere i hjemmetjenesten møter daglig faglige og etiske utfordringer knyttet til det å jobbe i andre menneskers hjem. Medarbeiderne styrer eget arbeid på grunnlag av kunnskapskrav og gjensidig tilpasning til kollegaer. Den enkelte medarbeider må selv prioritere egen fagkompetanse for å sikre den enkelt pasient/bruker forsvarlig hjelp. Samhandlingen med bruker/pasient skjer i lukkede rom der i hovedsak kun bruker og medarbeider er til stede. Leder har liten eller ingen innsyn i hvordan arbeidet faktisk utføres. Samtidig er pasientens hjem medarbeiderens arbeidsplass, og pasientens rett til forsvarlige tjenester kan i noen tilfeller utfordre medarbeiderens rett til en trygg og helsefremmende arbeidsplass. Dette setter medarbeiderne i krysspress mellom pasienten, profesjonen og produksjonen (Vatnaland, 2012).

Ovennevnte forskning peker i retning av at medarbeidere i kommunale helsetjenester har en arbeidssituasjon preget av at tilgjengelige ressurser ikke er tilstrekkelige til å imøtekomme etterspørselen. Dette medfører strenge prioriteringer av hvem som skal få bistand. Medarbeiderne i hjemmetjenesten arbeider alene i pasientens hjem, og opplever å bli stående i et krysspress mellom pasientens og arbeidsgivers forventninger. Ansvaret for å gi forsvarlige tjenester delegeres til den enkelte medarbeider. Dette medfører ulikheter i tildelingspraksis, høy arbeidsbelastning, medarbeidere som gir bistand utover tildelte tjenester og medarbeidere som blir usikre på om de ønsker å jobbe i kommunehelsetjenesten.

### **1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål**

For å belyse sykepleiernes tildelingspraksis, har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

Hvordan tildeles tjenester i hjemmetjenesten, og på hvilken måte påvirker dette tjenestenes innhold og omfang?

For å belyse problemstillingen har jeg valgt å utlede tre forskningsspørsmål:

**Forskningsspørsmål 1:** Hvordan er arbeidet med tildeling av tjenester organisert?

**Forskningsspørsmål 2:** Hvordan praktiseres utøvelse av skjønn?

**Forskningsspørsmål 3:** Hvilken strategi benyttes for å håndtere krav og forventninger?

### **1.4 Hjemmetjenesten i kontekst**

Hjemmetjenesten regulerer av ulike lover og regler samtidig som strukturelle forhold og samarbeidspartnere påvirker hjemmetjenestens rammebetingelser. Jeg vil i det følgende beskrive hvilke rammebetingelser som rammer inn hjemmetjenestens ansvarsområde.

#### **1.4.1 Juridiske rammebetingelser**

Det jeg her har valgt å kalle hjemmetjenesten, har ulike betegnelser: Hjemmebaserte tjenester, åpen omsorg og hjemmesykepleie. Felles for alle er at de yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 punkt 6 a og b: Dette er betegnet som helsetjenester i hjemmet og personlig assistanse. I noen tilfeller kan de også yte tjenesten avlastning. Loven gir rett til forsvarlige tjenester. Helse- og omsorgstjenestelovens skiller mellom begrepene pasient og bruker ut fra type tjeneste de mottar (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I kommunen jeg undersøker, har også hjemmetjenesten ansvar for å rykke ut på trygghetsalarmer innenfor sitt geografiske område noe som gjør arbeidsdagen mer uforutsigbar. Fra egen praksis opplever jeg at skillet mellom helsetjenester og personlig assistanse eller mellom pasient og bruker, ikke oppleves som relevant blant medarbeiderne. Begge typene tjenester er nødvendige for brukerne, og medarbeiderne har ansvar for å yte begge typene tjenester. Jeg velger derfor å kalle alle typer tjenester for hjemmetjenester uten skillet som fremkommer i helse- og omsorgstjenesteloven. Jeg velger også å bruke pasient om både pasienter og brukere.

I tillegg er Lov om helsepersonell og lov om pasient- og brukerrettigheter sentrale lover som definerer både pasienters og helsepersonells rettigheter og plikter. Andre lover som definerer tjenestene, er smittevernloven og forvaltningsloven, samt ulike forskrifter, veiledere og rundskriv. Særlig sentrale er Kvalitetsforskriften og forskriften om håndtering av legemidler.

#### 1.4.2 Strukturelle forhold

Kommunen jeg undersøker, er en mellomstor kommune på Østlandet. Jeg har fått tilgang til kommunens internkontrollsystem, og dermed sett hvordan kommunen har organisert tildeling av tjenester til hjemmeboende samt retningslinjer for tildeling av tjenester og standard.

Kommunen har høy dekningsgrad i sykehjem (høyere enn sammenlignbare kommuner).

Dette er et politisk valg, men det er nå politisk vedtatt at hjemmetjenestene skal styrkes og dekningsgraden i sykehjem vil dermed reduseres på sikt. Dekningsgraden har betydning for kommunens organisering og tildelingspraksis. Endringen beskrives som et paradigmeskifte der målet er at flere eldre skal bo hjemme lenger, altså utsette innleggelse i sykehjem, og fokus skal flyttes fra «Hva kan vi gjøre for deg?» til «Hva er viktig for deg?». Kommunen har deltatt i et prosjekt med hverdagsrehabilitering, og prosjektet er nå videreført som en del av kommunens tjenester. Dette innebærer intensiv trening/rehabilitering av hjemmeboende som har hatt et funksjonsfall. Både paradigmeskiftet og innføringen av hverdagsrehabilitering er et skifte av fokus fra strikte retningslinjer til individuell tilpasning med målsetting om at flere skal bo hjemme (internkontrollsystemet i undersøkte kommune, 2018).

I denne kommunen fattes vedtak om hjemmetjenester i samme enhet som utfører tjenestene. Hjemmetjenester er her definert som helsetjenester, praktisk bistand, trygghetsalarm og hverdagsrehabilitering. Vedtak om hverdagsrehabilitering fattes på bakgrunn av beslutning fra hverdagsrehabiliteringsteamet, og saksbehandler har således ingen innflytelse over denne tjenestens innhold og omfang. Vedtak på hverdagsrehabilitering har ikke vært fokus for avhandlingen. Det er egne saksbehandlere med vedtaksmyndighet i hvert team. Disse saksbehandlerne er sykepleiere, men som har saksbehandling som en del av sine arbeidsoppgaver. Oftest har de avsatt egne dager til saksbehandling, men de utfører også saksbehandling utenom den avsatte tiden. I tillegg har alle sykepleierne tildelingsmyndighet til å tildele helsetjenester uten skriftlig vedtak – kalt muntlige vedtak. Hoveddelen av helsetjenestene som gis til hjemmeboende, tildeles først uten skriftlig vedtak (internkontrollsystemet i undersøkte kommune, 2018).

Saksbehandling er en prosess som starter i det øyeblikk kommunen mottar en henvendelse om bistand. Tildeling av tjenester er en delprosess der kartlegging og iverksetting av tjeneste inngår. Vedtaksmyndighet er en formell beslutning til å fatte vedtak. Denne myndigheten kan gjelde skriftlige eller muntlige vedtak. I denne oppgaven har fokuset vært på muntlige vedtak. Vedtak er enkeltvedtak som gir søker rettigheter til tjenester samt klageadgang (Helsedirektoratet, 2016).

Fremgangsmåte for muntlige og skriftlige vedtak beskrives i kommunens retningslinjer for tildeling av tjenester. Her beskrives også standarden kommunen skal ha på sine tjenester. Det vektlegges i standard og retningslinjer at tildelingen skal ta utgangspunkt i individuelle forhold ved den enkelte søker og dennes situasjon. Etter innføringen av paradigmeskiftet, er det lagt opp til at hjemmetjenesten skal ha mindre fokus på å begrense tjenestene, og mer på å tilpasse tjenestene til den enkelte slik at han/hun kan bo hjemme lenger i tråd med kommunens mål. Det er også uttalt at hverdagsrehabilitering skal være vurdert før kompensierende tiltak iverksettes (internkontrollsystemet i undersøkte kommune, 2018).

#### 1.4.3 Samarbeidspartnere

Hjemmetjenesten har mange samarbeidspartnere, og av disse er pasient og pårørende de viktigste. Rett til medvirkning i utforming av tjenester er lovfestet. Mange pasienter mottar tjenester også fra andre tjenesteytere, både kommunale og andre. Av kommunale tjenesteytere er fastlegen den viktigste. Fastlegen har det medisinske ansvaret for hjemmeboende. Dette inkluderer både utredning og behandling. Fastleger og hjemmetjenesten i valgte kommune, samarbeider i hovedsak via elektroniske meldinger. I prosessen med tildeling av tjenester, bes fastlegen om å oppgi relevante diagnoser. I mange tilfeller henvender også fastleger seg for å be om at kommunen vurderer iverksetting av tjenester. I tillegg er kommunens helsehus sentral da mange av hjemmetjenestens pasienter kommer fra helsehuset. Helsehuset gir informasjon om pasientens funksjonsnivå og helsetilstand, og kommer også med sin vurdering av hva som er riktige tjenester for pasienten.

Spesialisthelsetjenesten, for denne kommunen Helse sør-øst, er en viktig samarbeidspartner for kommunale helsetjenester. Etter samhandlingsreformen i 2012, kommer pasientene

raskere hjem, og de har gjerne større behov for hjemmetjenester enn tidligere. Overføringer av pasienter mellom sykehus og kommunehelsetjenesten er ofte mangelfullt organisert og preget av ineffektiv kommunikasjon, sviktende informasjonsrutiner og manglende helhetstenkning (Handeland & Tveit, 2015). Ved innleggelse av pasient i sykehus, skal sykehuset varsle kommunen innen 24 timer dersom det vurderes at pasienten vil være i behov av kommunale helsetjenester. Dette innebærer også at det skal vurderes og varsles om når pasienten forventes utskrivningsklar. Det er definerte kriterier for når en pasient kan sies å være utskrivningsklar. Varslene fra sykehuset skal inneholde opplysninger om pasientens behandling og helsetilstand, men ikke gi uttrykk for hvilket tilbud pasienten skal ha etter utskrivning. Det er opp til kommunen å vurdere hvilke tjenester og hvilket omfang tjenestene skal ha (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, § 7, 8, 9, 10). Undersøkte kommune har pasientkoordinatorer på sykehuset som vurderer nye pasienter og hvilke tjenester, herunder omfang, de skal få i kommunen.

## **1.5 Mine antagelser**

Som sykepleier og leder i undersøkte kommune kjenner jeg meg igjen i det forskningen viser om ressursmangel, arbeidsbelastning og ansvarliggjøring av den enkelte medarbeider. I større grad enn tidligere, er oppgaver og fremgangsmåter mer standardisert. Dette sammen med flere oppgaver og økte krav, ville jeg tro peker mot likere praksis. Som leder opplever jeg likevel daglig at ulike medarbeideres vurderinger og beslutninger spriker minst like mye i dag som da jeg begynte som leder for mer enn femten år siden. Det vil si at de prioriterer ulikt. Noen bruker med tid sammen med pasientene, andre følger opp krav til dokumentasjon. I samtaler med mine medarbeidere hører jeg også at de opplever å ha for stor arbeidsbelastning, og at det er for mye fokus på ressurser og standard fremfor kvalitet.

Da jeg leste teorien om bakkebyråkratier (Lipsky, 2010), satte den ord på mange tanker jeg har om sykepleierne som forvaltere av offentlig myndighet, og jeg kjente igjen ressursmangel, skjønnsutøvelse, vage og utydelige mål og forming av politikk. Disse tankene er nok et resultat av deltagelse i et prosjekt knyttet til saksbehandling i hjemmetjenesten og en påfølgende interesse for temaet. Dette preger mitt virke som leder, og også denne avhandlingen. Jeg forventer å finne at sykepleierne opplever ressursmangel, og at de prioriterer mellom ulike oppgaver. Det medfører at oppgaver utsettes og/eller ikke blir

gjennomført, og samtidig ulikheter i tildelingspraksis innad og mellom enheter i kommunen. I tillegg forventer jeg at sykepleierne er bevisste på sin rolle som utøvere av offentlig myndighet, og at de er kjent med myndigheten de har til å tildele tjenester samt retningslinjene som ligger til grunn for tildelingspraksisen. Samtidig vil jeg tro at retningslinjene og målsettinger kan oppleves som noe uklare da de har gjennomgått endringer de siste årene, og fokuset for hjemmetjenesten har endret seg samtidig som man fortsatt har pasienter med samme behov som tidligere.

Både temaet, analysen og drøftingen er teoridrevet med utgangspunkt i teorien om bakkebyråkratier (Lipsky, 2010), men med en induktiv tilnærming da jeg ikke har noen klar hypotese. For å utdype funnene som fremkommer, har jeg valgt teori om roller og mikroinstitusjonalisme da teorien om bakkebyråkratier ikke kan forklare alt som fremkommer. Teorien er dessuten utarbeidet i USA basert på forskning i hovedsak innenfor politiet, sosialtjenesten og skoleverket, og det kan derfor være at den ikke er direkte overførbart til sykepleiere i den norske velferdsstaten, men det vil jeg teste i denne undersøkelsen. I tillegg tar jeg utgangspunkt i teorier om skjønnsutøvelse for å belyse vurderingene som ligger til grunn for tildeling av tjenester.

I kapittel to vil jeg presentere hjemmetjenesten som arena for utøvelse av offentlig myndighet samt relevant forskning. Jeg har en teoridrevet tilnærming, og i kapittel to vil jeg introdusere relevant teori for å belyse problemstilling og forskningsspørsmål. I kapittel tre presenteres forskningsdesign og metoden som ligger til grunn for datainnsamlingen. I kapittel fire presenterer jeg mine funn før jeg diskuterer og drøfter funnene i kapittel fem. I siste kapittel vil jeg sammenfatte drøftingene og trekke noen konklusjoner i forhold til problemstillingen samt belyse styrker og svakheter ved oppgaven.

## 2 TEORI

I dette kapittelet vil jeg presentere teorier som er relevante for analyse og tolkning av det empiriske materialet. Avhandlingens problemstilling er:

*Hvordan tildeles tjenester til hjemmeboende, og på hvilken måte påvirker dette tjenestenes innhold og omfang?*

Avhandlingen tar utgangspunkt i teorien om bakkebyråkrati (Lipsky, 2010), men utdypes av teori om roller og mikroinstitusjonalisme. I tillegg har jeg valgt å gjøre rede for skjønnsutøvelse. Dette er teorier som jeg vil benytte i drøftingskapittelet for å i hvilken grad organisering påvirker tildeling av tjenester til hjemmeboende.

### 2.1 Teori om bakkebyråkrati

Michael Lipsky (1980) presenterte i 1980 sin teori om street-level bureaucracy, på norsk kalt bakkebyråkrati, og tilhørende dilemmaer for individer som jobber i offentlig tjenesteyting. I 2010 ble det utgitt en jubileumsutgave, og i min presentasjon av teorien, har jeg tatt utgangspunkt i utgaven fra 2010. Lipsky (2010) viser i hovedsak til medarbeidere i politiet, sosialtjenesten og skoleverket, men mener at teorien er gjeldende også for andre offentlig ansatte.

#### 2.1.1 Kjennetegn ved bakkebyråkratier

Et bakkebyråkrati er en offentlig organisasjon der flertallet av medarbeiderne er bakkebyråkrater. Bakkebyråkratene er kjennetegnet ved at de jobber i offentlig sektor med tett kontakt med brukerne, de har stor grad av selvstendig arbeid og utøvelse av myndighet i møte med brukerne, og de har få eller ingen muligheter til å utføre arbeidet i samsvar med faglige idealer. Dette pga begrensninger som rammebetingelsen de arbeider under, legger for arbeidet (Lipsky, 2010).

Offentlige organisasjoner er byråkratier som skal forvalte et regelverk på vegne av myndighetene. Beslutningene som fattes i form av enkeltvedtak påvirker menneskers liv i positiv eller negativ retning, det vil si at de får fordeler eller blir møtt med sanksjoner.

Menneskers liv passer dog ikke alltid inn i et regelverk, og byråkratene i offentlige organisasjoner kan ha stort rom for utøvelse av skjønn. Dette gjelder særlig innenfor skole, helse og NAV (Lipsky, 2010).

Bakkebyråkratenes beslutninger bærer preg av omfordeling og tildeling, og skaper et skille mellom de som tildeles og de som avslås tildeling. Bakkebyråkratene møter både de som gis tjenester og de som nektes tjenester ansikt til ansikt. Deres beslutninger kan ha effekt på personenes selvevaluering, og bakkebyråkratene møter dermed både takknemlighet og sinne. I realiteten befinner bakkebyråkratene seg langt fra idealet om upersonlig og rasjonell beslutningstaking da de som er objektet i beslutningene, faktisk endrer seg som et resultat av beslutningen. I tillegg møtes i stor grad den som tar beslutningen og den som utsettes for beslutningen ansikt til ansikt, og dette gir mottakeren et håp om at beslutningen kan påvirkes gjennom egen adferd (Lipsky, 2010).

Bakkebyråkratene utøver sosial kontroll gjennom å forvente en viss adferd, for eksempel i skoler og i møte med politiet, det vil si at de sosialiserer klienten inn i klientrollen.

Bakkebyråkrater og klienter er i et konfliktfylt forhold da de har motstridende mål og forholdet mellom dem er ulikt. Bakkebyråkraten har mer makt enn klienten, og bakkebyråkratens holdning/væremåte overfor klienten vil påvirke klientens selvforståelse og følelser. I tillegg fordeler bakkebyråkraten fordeler og sanksjoner gjennom sine beslutninger, og det er bakkebyråkraten som har kontroll over konteksten samhandlingen skal foregå i, det vil si når, hvor, hvor ofte og så videre. Denne strukturen begrenser mulighetene klienten har til å respondere på bakkebyråkratens handlinger og beslutninger (Lipsky, 2010).

Bakkebyråkratene opererer innenfor faste rammer, slik som lovverk, budsjett og standarder. Bakkebyråkratene i er mange sammenhenger profesjonelle, og det er forventet at de skal utøve skjønn innenfor sitt fag. De er spesialister innenfor sitt fag og er relativt fri for detaljstyring fra ledelse og granskning fra klienter. I mange tilfeller er skjønnsutøvelse helt nødvendig da enkeltmenneskets situasjon ikke kan standardiseres, og konteksten den enkelte lever i, vil ha betydning for hvilken beslutning som fattes. Samfunnet ønsker både upartiskhet i beslutningstaking, men også medfølelse og hensyntaking til spesielle omstendigheter og fleksibilitet i møtet med disse. Bakkebyråkratene har også en egeninteresse i å opprettholde skjønnsutøvelse da dette legitimerer velferdsstatens tjenester, og dermed deres eget arbeid. I møte med brukernes ulike behov, kan bakkebyråkratenes skjønnsutøvelse fremstå som



stivbeint og rigid eller som hensiktsmessig og tilpasset. Denne dobbeltheten kan skyldes mestringsstrategiene bakkebyråkratene anvender (Lipsky, 2010).

Ressursmangel viser seg særlig ved at hver enkelt bakkebyråkrat har et for stort antall brukere å bistå i forhold til hvor mye tid de har til rådighet. Dette innebærer begrenset tid med hver bruker, og dette gir færre muligheter til å innhente nødvendig og relevant informasjon samt gi nødvendig hjelp. Beslutningene som fattes er preget av begrenset informasjon og tid. I tillegg vil ressursmangel påvirke mulighetene til nødvendig opplæring og kompetanseutvikling. Over tid vil også dette få påvirke beslutningene som fattes. (Lipsky, 2010).

Medarbeiderne har ansvar og myndighet til å fatte beslutninger, men opplevelsen av ansvar og myndighet kan være ulik hos ledelsen og medarbeiderne. Ledelsen kan oppfatte medarbeiderne og organisasjonen som en enhet der enheten har ansvaret og myndigheten, men medarbeiderne kan ofte oppleve at de har et selvstendig ansvar for sine brukere. Dette kombinert med opplevd ressursmangel, kan føre til økt stress hos medarbeiderne (Lipsky, 2010).

Bakkebyråkrater har begrenset tid og informasjon når de skal fatte beslutninger. Innhenting av informasjon begrenses av kostnadene knyttet til dette samt av deres kapasitet til å bearbeide informasjon og at informasjon tidvis er utilgjengelig. I tillegg har medarbeiderne stor arbeidsmengde, møtevirksomhet og kort tid på å fatte beslutninger. Dette kan presse medarbeiderne til å unngå å innhente relevant informasjon. Andre forhold som påvirker arbeidet, er blant annet krav til dokumentasjon og andre arbeidsoppgaver som kanskje kunne vært ivarettatt av andre, for eksempel sekretærer. Bakkebyråkratenes utdanning og erfaring påvirker også beslutningene som fattes, og i mange tilfeller er det også tvil om hvilken beslutning/tilnærming som er riktig faglig sett (Lipsky, 2010).

Også tjenestemottagerne blir påvirket av bakkebyråkratenes store arbeidsmengde. Det kan være i form av lang og uventet ventetid, brutte avtaler, kort og forhastet behandling, og i tillegg kan bakkebyråkratene pga sin store arbeidsmengde bli mindre sensitive for den menneskelige dimensjonen av arbeidet (Lipsky, 2010; Gjevjon, 2015).

Etterspørselen etter offentlige tjenester er for det meste større enn tilbudet av offentlige tjenester. Arbeidsforholdene til medarbeiderne preges av høyt arbeidspress, og en vil tro at ansettelse av flere medarbeidere vil kunne løse dette. Etterspørselen etter offentlige tjenester

påvirkes av innbyggernes forventninger til hvilke tjenester som skal tilbys i hvilket omfang (Lian, 2018). Det vil også forventes tjenester av høyere kvalitet. Ifølge Lipskys teori vil økte ressurser føre til økt etterspørsel, og dermed vil arbeidspresset opprettholdes på tross av økte ressurser (Lipsky, 2010).

Offentlige organisasjoner må forholde seg til mange vage og uklare mål, og disse målene kan også stå i motsetning til hverandre slik at det å oppfylle et mål, kan føre til at andre mål ikke nås (Vabø og Vabo, 2014, s. 101). Målene kan også inneha en ideell dimensjon som det vil være vanskelig å oppnå. Mange av målene er også av en slik karakter at det er vanskelig å måle om målene faktisk er oppnådd. Disse faktorene gjør det vanskelig for bakkebyråkratene å vite hva som forventes av dem og hva de skal jobbe mot (Lipsky, 2010).

Det tas ofte for gitt at medarbeidere på laveste nivå, innordner seg organisasjonens mål og retningslinjer. Det antas at det vil være noe avvik, men at dette er så marginalt, at organisasjonen kan leve med dette. Medarbeidere er samarbeidsvillige og aksepterer den formelle organisasjonens autoritet. Likevel kan ulike nivåer i organisasjonen ha ulike og motstridende interesser. Dette kan medføre avvik mellom ønsket og faktisk politikk. Medarbeidere på laveste nivå kan motsette seg organisasjonens mål gjennom ikke å arbeide, gjennom aggresjon mot organisasjonen og gjennom negativ holdning til arbeidet. Medarbeidernes adferd gjør det vanskelig for organisasjonen å nå sine mål, og ledelsens utfordring blir å få medarbeidernes behov til å matche organisasjonens behov (Lipsky, 2010; Ackroyd og Thompson, 1999; Karlsson, 2008).

De fleste av bakkebyråkratets brukere er såkalt ufrivillige brukere. Det vil si at de har liten eller ingen mulighet til å få dekket sine behov på andre måter enn gjennom offentlige tjenester. De har heller ikke sanksjonsmuligheter mot bakkebyråkratene siden bakkebyråkratene ikke har noe å tape på ikke å tilfredsstille brukerne. Det vil si at bakkebyråkratene kan utsette brukerne for mangelfull behandling og ubehag knyttet til å søke eller ta imot tjenester uten at det for konsekvenser for bakkebyråkratene. Forholdet mellom bakkebyråkratene og brukerne er ikke preget av likeverd da bakkebyråkratene har makt til å fatte beslutninger som får store konsekvenser for brukeren uten at brukeren har særlig påvirkningskraft på beslutningen (Lipsky, 2010).

### 2.1.2 Mestringsstrategier

Medarbeidere kan anse at ledelsen har rett til å gi direktiver, men de kan likevel mene at direktivene som blir gitt, ikke er legitime. Dette gjelder blant annet arbeidsmengde.

Bakkebyråkratene jobber i organisasjoner der behovene er større enn tilgangen på ressurser. Dette medfører et behov for å utvikle snarveier og forenklinger for å mestre ansvaret. Dette blir mestringsstrategier som ofte ikke blir sanksjonert av ledelsen. Ledelsen er opptatt av resultater i tråd med organisasjonens mål mens bakkebyråkratene ønsker å utføre arbeid i overensstemmelse med sine egne preferanser samt instruksjoner, som hvis de ikke blir fulgt, følges opp av sanksjoner. Metoder for hvordan arbeidet utføres og prioriteres er nødvendige selv om de ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med organisasjonens mål (Lipsky, 2010; Ackroyd og Thompson, 1999; Karlsson, 2008).

Bakkebyråkraten opplever selv at han/hun gjør sitt beste innenfor de rammene de må forholde seg til, men at de søker tilfredsstillende prosesser og beslutninger fremfor optimale. De utvikler handlingsmønstre som tenderer til å begrense krav/etterspørsel, maksimere nytten av tilgjengelige ressurser og søker å oppnå samsvar mellom klientenes interesser og prosedyrer utviklet av organisasjonen. Det vil si at de organiserer sitt arbeid slik at det blir mulig for dem å navigere mellom de ulike kravene og forventningene de møter. I tillegg vil bakkebyråkratene redusere eller endre sine målsettinger for arbeidet slik at gapet mellom tilgjengelige ressurser og måloppnåelse blir minimert. De vil også velge ut klientene de arbeider med slik at gapet mellom prestasjoner og målsettinger blir akseptabelt (Lipsky, 2010).

For å mestre sine oppgaver, utvikler bakkebyråkratene rutiner for å håndtere kompleksiteten i arbeidsoppgavene. De vil også forenkle prosesser og kategorisere klienter/oppgaver. Dette medfører at mange beslutninger på lavt nivå i organisasjonen akkumuleres, og rutinene og kategoriene vil på denne måten effektivt påvirke beslutningene som fattes innenfor variabler etablert av myndighetene. Rutiner og forenkling kan sies å ha ett eller flere formål innenfor klientbehandlingen slik som begrensnings av tjenester, kontroll av klienter og reduserte konsekvenser av usikkerhet, økonomisering av bakkebyråkratens ressurser og kontroll av konsekvensene av rutinemessig praksis (Lipsky, 2010).

Bakkebyråkrater har en portvokter-funksjon i form av at de skal sortere hvem som skal tildeles tjenester. Det kan settes inn ulike tiltak for å redusere etterspørselen etter tjenester

samt redusere nivået på tjenester som ytes. Dette kan gjøres gjennom å regulere tidsbruk, tilgjengelighet og informasjon, ved å påføre brukerne psykologiske og/eller økonomiske kostnader eller ved å forskjellsbehandle brukere. Tiltakene vil ramme ulike brukere forskjellig (Lipsky, 2010).

Informasjon om tjenester samt hvordan man skal få tilgang til disse er essensielt for brukerne da det kan være vanskelig å finne frem til alt selv. For en del tjenester er det brukernes første møte med tjenesten, og de vil da ikke ha kunnskap om rettigheter, plikter og fremgangsmåter. Bakkebyråkratene sitter med denne informasjonen, og de kan kontrollere hvilken informasjon som gis til hvem og når den gis. Ved å gi eller holde tilbake informasjon kan bakkebyråkratene påvirke hvem som søker på ulike tjenester. Informasjonens form vil også ha betydning. Bakkebyråkraten kan gi informasjon tilpasset hver enkelt eller gi informasjon på en slik måte at det er vanskelig å oppfatte hvilke rettigheter man har (Lipsky, 2010).

I situasjoner der bakkebyråkratene har flere brukere enn de kan håndtere, kan de velge å prioritere brukerne som gir de beste resultatene eller brukergrupper som man er spesielt interessert i å arbeide med. Bakkebyråkratenes holdninger, sympatier og antipatier og forventninger til bruker, kan påvirke hvordan de møter og forholder seg til ulike brukere. Dette kan gi ulikheter i hjelpen som igjen kan påvirke resultatet, noe som igjen bidrar til å bekrefte bakkebyråkratenes oppfatning (Lipsky, 2010).

Utvikling av rutiner for å sikre likebehandling og rask og effektiv saksbehandling, kan være en mestringsstrategi. Rutiner for å sikre likebehandling kan føre til at bakkebyråkratene fokuserer på likhetstrekk mellom brukerne i stedet for å se det unike ved hver bruker. Det i seg selv kan føre til forskjellsbehandling da individuelle forskjeller ikke blir hensyntatt. Fokuset blir på grupper av brukere fremfor individet. På samme måte kan standardisering av tjenester føre til at bakkebyråkratene har fokus på standarder fremfor å utøve skjønn. Dette sikrer rask saksbehandling og tilgang til tjenester, og ikke på individuelle behov. Dette kan føre til uheldige konsekvenser for bruker med klager som følge. (Lipsky, 2010).

Det kan også skapes rutiner for å behandle akutte saker. Dette vil være saker bakkebyråkraten definerer som akutte, og som kan behandles utenom rekkefølge eller med andre virkemidler. På denne måten kan bakkebyråkraten til å omfordele ressurser til saker han/hun har definert som akutte, og dette kan igjen føre til forskjellsbehandling (Lipsky, 2010).

### 2.1.3 Forming av politikk

Bakkebyråkratene former den praktiske politikken gjennom sine handlinger. Beslutninger fattet på lavt nivå akkumuleres og således påvirker tjenestene som ytes. Denne kan være annerledes enn det politiske myndigheter hadde i tankene da de fattet sine beslutninger, men brukeren må likevel forholde seg til hvordan bakkebyråkratene fortolker og håndhever regelverket. Bakkebyråkrater former politikken på to måter. Først gjennom at de i stor grad utøver skjønn når de tar beslutningene som påvirker enkeltmennesker. Deretter vil enkeltbeslutningene samordnes slik at de danner grunnlaget for beslutninger som tas av bakkebyråkratiet (Lipsky, 2010).

Staten og innbyggerne møtes i førstelinjetjenestene, og i disse møtene formes velferdspolitikken. Bakkebyråkratene opplever konkurrerende forventinger fra brukere og ledelse og høyt arbeidspress. For å håndtere dette lages systemer for å lette presset og gjøre beslutningsprosessene raskere, og slik blir beslutningene de tar, til tjenestene de leverer. Systemene oppstår ved at bakkebyråkratene lager regler. Disse reglene brukes og tolkes sammen med begrensningene de er pålagt slik at bakkebyråkratene oppnår sine foretrukne resultater. På denne måten skapes et handlingsrom som brukes for å gi tjenester som kanskje ikke alltid er helt innenfor reglene, i henhold til ønsket politikk eller til og med underelimerer ønsket politikk (Rowe, 2012).

Offentlige tjenester inkludert kommunale helsetjenester, er underlagt ulike tilnærings- og tenkemåter. Det er den profesjonelle tilnærmingen som omhandler faget. I kommunale helsetjenester arbeider ulike profesjoner, og i kraft av sin profesjon har profesjonsutøverne med seg ideer om faglige idealer og beste praksis. I tillegg er det en byråkratisk tilnærming samt en demokratisk. Den byråkratiske handler om regelstyring i form av lover, forskrifter, rundskriv osv. Virksomhetene skal ha virksomhetsplaner, og de følger mål- og resultatstyring. Tjenestene er også økonomistyrte, og skal sørge for at offentlige midler brukes effektivt og i tråd med politiske vedtak. Den demokratiske handler om beslutningsprosessene. Viktige verdier er rettferdighet, likebehandling og åpenhet. Kommunale helsetjenester er preget av økt vektlegging av juridiske krav til helsetjenestene og større vekt på økonomi samtidig som det er økt vekt på at beslutningsprosesser skal ivareta både pasienters og medarbeideres medvirkning og involvering både på individnivå og systemnivå. Samtidig gir forskning stadig flere og bedre behandlingsmåter, og det gir økte krav til behandling og

kvalitet. De fire tilnæringsmåtene kan ha motstridende mål, og stille krav til ansatte og ledere som ikke er mulige å forene (Frich & Nordby, 2014, s. 27-28).

Deborah Rice (2012) presenterer en teori om hvordan bakkebyråkrater former politikken sett i ett mikroinstitusjonalistisk syn på velferdsstaten. Den tar utgangspunkt i teorien om bakkebyråkrater. Hun setter fokus på individuelle aktører og hvordan deres gjentatte handlinger blir standardisert i møte med en bestemt type situasjon. Dette vil etter hvert bli til en institusjon. Institusjonene gir mening, formål og retning for sosial interaksjon, men legger også begrensninger på hvilke handlingsmønstre som er relevante, passende og tillatt. Dette innebærer også at institusjoner kan endres da de formes av aktørenes handlinger. Institusjonene påvirker aktørenes handlinger, men bestemmer dem ikke.

Velferdsstaten er en institusjon som dannes og endres av folks handlinger. Byggesteiner i velferdsstaten er juridiske dokumenter og reguleringer, organisasjoner som administrerer tjenestene, personalet som utfører tjenestene og i budsjettene som tildeles organisasjonene. Velferdsstaten blir først virkelig når aktørene handler ut disse, og velferdsstaten utvikles og endres i møtet mellom bistandsyter og bruker av tjenestene (Rice, 2012).

## **2.2 Rolleteori**

Loyen og Maesschalck (2010) mener at teorien om bakkebyråkrati identifiserer faktorer som påvirker beslutninger, men ikke hvordan de påvirker og på hvilken måte de påvirker. De mener at rolleteori kan si noe om dette, da særlig rollepress.

Rollepress oppstår når det er uklare roller, rollekonflikt, rolleavvik og/eller rolleoverbelastning. Dette oppstår når det er overflødige eller motstridende forventninger i flere sosiale statuser, for eksempel mor versus ansatt, men også pga ulike rolleforventninger innen samme status, for eksempel ulike oppfatninger om sykepleierens rolle. De ulike rolleforventningene påvirker måten bakkebyråkratene håndterer de uløselige dilemmaene de står i. Det kan også være tvetydigheter knyttet til en rolle. Det vil si at det er usikkerhet rundt forventningene. (Loyen og Maesschalck, 2010).

Begrepet rollekonflikt defineres som en konflikt innad i en rolle der rolleinnhaver utsettes for motstridende krav og forventninger fra omverdenen. Det finnes ulike typer av

rollekonflikter. De mest vanlige vil være at ulike krav som er uforenlige, stilles mot en rolleinnhaver, eller at rolleinnhaveren samtidig har flere posisjoner som det knytter seg motstridende sett av normer til» (Schiefløe, 2003).

Aubert (1979, s. 99) sier at: ”en rolle kan defineres som summen av de normer som knytter seg til en bestemt oppgave eller stilling”. Det er altså et uttrykk for forventning til atferd. For en medarbeider handler det både om hvordan medarbeideren skal opptre, hvilke arbeidsoppgaver som skal utføres, hvordan dette skal utføres ut i fra ressurser, frister, beslutningsmyndighet og krav til samarbeid med andre medarbeidere som besitter andre roller eller stillinger. (Fletre & Frydenlund, 2017). Normer er ulike og nyanserte i form av å være sterke eller svake, og er styrende for vår oppførsel. De uttrykker verdier som er bestemmende for målet. Vi inngår kontrakter på mellommenneskelig plan som igjen gir forventninger til hvordan vi skal handle eller reagere. Brudd på normer kan føre til sanksjoner. Sanksjoner kan være både positive og negative. Positive sanksjoner er en belønning for å følge en norm, mens negative sanksjoner er en straff for å bryte en norm (Schiefløe, 2011).

Rolleteori har observert at på tross av varierende spenning blir ikke mennesker handlingslammet av rollepress. Dette kan forklares av sosiale mekanismer, det vil si hvordan rolleforventninger under spesielle forhold påvirker den faktiske adferden. Det kan bety at bakkebyråkraten kan endre rolleoppfatning, velge rolleoppfatning og/eller vekte ulikt mellom ulike roller. Det kan være forskjell mellom faktisk og opplevd forventning (Loyen og Maesschalck, 2010).

Individets handlinger kan til dels forutsis gjennom å referere til deres sosiale identitet og kontekstuelle faktorer. Individet innehar mange ulike roller, og de ulike rollene påvirkes av personlige og upersonlige kilder. Mennesker inntar roller som er basert på faglig og personlig ståsted. De fleste mennesker tilpasser seg roller svært raskt og adferden er styrt ut fra den, for eksempel en jobbrolle. Individet blir sosialisert inn i gruppen/organisasjonen og utsettes for stor sosial påvirkningskraft i form av forventninger, regler og normer, som man forsøker å innordne seg. Forventningene til seg selv og andre påvirker individets og gruppens handlingsmønster (Brochs-Haukedal, 2010).

Personer som innehar samme rolle, inkludert offentlige tjenestemenn, handler ulikt, og dette kan ha bakgrunn i ulik oppfatning av egen rolle og av brukerens rolle. Tjenestemannens rolle

påvirkes av egen oppfatning av identitet, enten som brukerens advokat eller byråkrat, av idéer om brukernes «verdighet» og av kompetanse (utdanning, privatliv, erfaringer med sosiale grupper osv). Rollen påvirkes også av hvordan tjenestemannen oppfatter klienten. Det vil si om klienten tilhører en gruppe som tjenestemannen oppfatter som positiv eller negativ, fysiske kjennetegn som kjønn, hudfarge, alder, karaktertrekk, språkferdigheter, oppførsel mot tjenestemannen og brukerens kunnskap om egne rettigheter (Loyen og Maesschalck, 2010).

Ifølge mikroinstitusjonalismen (Rice, 2012) er menneskelig interaksjon alltid forankret i sosiale strukturer som økonomiske, sosiale, politiske og kulturelle systemer og i sosiale institusjoner som gir mønstre, organisering og symbol-baserte måter å gjøre ting på. Disse systemene og institusjonene ikke bare skaper og påvirker menneskelig interaksjon, men er også påvirket, styrket og endret av dem. Det er altså en dynamikk mellom struktur og aktør. Organisasjoner er basert og forankret i et samfunnsmessig system som gir referansepunkt for sosial interaksjon i organisasjonen, men organisasjon og samfunn har også påvirkning på hverandre. Dette har betydning for hvordan organisasjonen tolker og implementerer velferdspolitik.

I tillegg har organisasjoner institusjonelle trekk ved at de utvikler rutiner og standarder for interaksjon som er aktuelle for organisasjonens medlemmer og brukere. Relasjonen mellom tjenestemannen og brukeren påvirkes av mange ulike forhold. Det er forhold som organisasjonens politikk, økonomi, kultur og sosiale relasjoner innad i organisasjonen. Organisatorisk politikk påvirkes av ansettelsespolitikk, tilgang til tjenester, prioritering av ulike typer saker, belønningssystemer for å prioritere «riktige» saker, muligheter for skjønnsutøvelse og standarder for kommunikasjon med klienter. Organisasjonens økonomi er med på å definere tjenestemannens handlingsrom. Dette er forhold som tilgjengelige ressurser (tid, penger, ferdigheter, kunnskap), budsjettstruktur (program- eller klientfokusert) og i hvilken grad organisasjonen samhandler med private (kvalitet og kvantitet). Organisasjonens kultur hjelper tjenestemannen å sortere sine verdipreferanser og bestemme hvilke handlinger det er logisk å prioritere i gitte situasjoner. Sosiale relasjoner innad i organisasjonen omhandler kommunikasjon mellom ulike tjenestemenn, og hvordan denne påvirker oppfatningen av brukergruppene. Det omhandler også arbeidsmiljøet i organisasjonen samt bygningsmessige forhold (Rice, 2012).



## 2.3 Skjønn

Lipsky (2010) mener at bakkebyråkrater har stor grad av skjønnsutøvelse når de skal avgjøre hvilke tjenester som skal gis i hvilken mengde og til hvilken kvalitet, og at dette er et nødvendig trekk ved deres yrkesutøvelse (Lipsky, 2010). For å utdype forutsetninger for skjønnsutøvelse og selve skjønnsutøvelsen, presenteres derfor ytterligere teori om temaet.

Skjønnsutøvelse er helt nødvendig da bakkebyråkratene ofte står ovenfor uløselige dilemmaer der de ikke kan møte både brukerens, ledelsens og samfunnets forventninger. De skal beslutte i komplekse problemstillinger som ikke kan reduseres til standard prosedyrer eller systemer i tillegg til at de rår over begrensede ressurser. I tillegg er skjønnsutøvelse nødvendig for å respondere passende på menneskelige dimensjoner i de ulike situasjonene (Loyen og Maesschalck, 2010).

Skjønn anvendes for å gjøre en konkret vurdering av en konkret situasjon og/eller et konkret saksforhold. Utfallet er ikke bestemt på forhånd, og det finnes flere mulige handlingsvalg. Det å ikke vite sikkert kan sies å være et normalt og forventet trekk ved arbeidet til helsearbeidere. Man forsøker å finne den riktige beslutningen, altså beslutningen som er best, riktigst, mest hensiktsmessig etc. Noen ganger finnes det ingen gode beslutninger, men det handler om å finne beslutningen som er minst vond. Skjønnen har altså en normativ karakter, og avveiningen av verdier og hensyn, kan føre til konflikter mellom ulike aktører, mellom ansatte og pasient/pårørende, mellom pasient og pårørende osv (Hanssen, Humerfelt, Kjellebold, Nordheim & Sommerseth, 2015, s. 22).

Selve skjønnsutøvelsen kan ses på som en systematisk resonneringsprosess bestående av tre faser: Kartlegging, analyse og tolkning samt avveining. Kartlegging innebærer å samle inn relevant informasjon om situasjonen. Hva som er relevant og når man har innhentet all relevant informasjon kan være vanskelig å vurdere, og av ressurshensyn vil det ofte ikke være mulig å innhente all relevant informasjon. Analyse og tolkning av relevant informasjon innebærer å få oversikt over relevante tiltak og handlinger uten å prioritere eller å beslutte. Avveining omhandler å avveie ulike hensyn mot hverandre for å komme frem til en faglig forsvarlig beslutning til beste for pasienten, og det er i denne fasen at selve skjønnsutøvelsen foregår. Dersom man ikke foretar en systematisk resonnering, kan man fatte feil beslutninger, og skjønnsutøvelsen bærer preg av tilfeldigheter, syensing, slik-gjør-vi-det-her holdning (Hanssen et al, 2015, s. 34-37).

Skjønnsutøvelse begrenses av rammer gitt ved lovgivning. Helselovgivningen gir blant annet rett til tjenester, til at tjenestene skal være forsvarlig, rett til medvirkning og en forsvarlig beslutningsprosess. Disse rammene er diffuse, og gir ikke svar på hva som er riktige beslutninger. Dette er overlatt til fagfolk å vurdere, og det forutsettes at fagfolk har situasjonsinnsikt, teoretisk kunnskap og praktisk erfaring (Terum, 2003, s. 106). I tillegg begrenses skjønnsutøvelsen av strukturelle forhold/rammer. Dette er forhold ved organisasjonen slik som økonomi, personell, organisering, rutiner/prosedyrer osv. Rammene gitt ved lov og strukturelle forhold definerer handlingsrommet for skjønnsutøvelsen (Hanssen et al, 2015, s. 19).

Skjønn kan være sterkt eller svakt. Sterkt skjønn gir stort handlingsrom for skjønnsutøvelse, mens svakt skjønn gir lite handlingsrom. Å kjenne rammene for handlingsrommet en kan operere i, er en grunnleggende forutsetning for faglig forsvarlig skjønnsutøvelse (Hanssen et al, 2015, s. 28). Involvering av pasient og pårørende vil gi bedre beslutninger, og skjønnsutøvere må være klar over at det er et asymmetrisk maktforhold mellom pasient og utøver. Det påligger dermed utøver et ekstra ansvar for å utjevne dette asymmetriske maktforholdet (Hanssen et al, 2015, 28-31)).

Heum (2014, s. 27) beskriver handlingsrommet som et mulighetsrom for å fatte beslutninger der generell kunnskap, generelle regler eller begge mangler, det vil si at det utøves skjønn. Mulighetsrommet rammes inn av lover og regler, kompetanse, økonomi og organisering. Skjønnsutøvelse er helt nødvendig i møtet med brukere fordi bakkebyråkratene må beslutte i situasjoner som er svært komplekse, og der regler og reguleringer ikke kan romme alle faktorer som er av betydning (Rowe, 2012). Rowe (2012) mener i tillegg at krav fra brukere og krav fra ledelsen er med på å definere handlingsrommet. Begrensningene i handlingsrommet kan gi ulike resultater på «like» søknader ut fra hvordan bakkebyråkraten vektet omfang av konsekvenser, sosiale konsekvenser, sannsynlig effekt og hvor mange som blir berørt.

Ifølge Martinsen (2005) skapes skjønns handlingsrom av at gitte forutsetninger er til stede. De gitte forutsetningene er tid, rom og stillhet samt mulighet for samtale. Der forutsetningene er tilstede eksisterer det grunnlag for forståelse, som igjen er en forutsetning for å kunne handle riktig. I et system der sykepleieren må gjøre sine vurderinger basert på regler, retningslinjer og standarder uten tilpasning til situasjoner, er det stor risiko for at skjønnnet tilsidesettes (Martinsen, 2005). Med Martinsens perspektiv er det implisitt at sykepleie må

utøves i et handlingsrom preget av sterkt skjønn. Dette innebærer at skjønnstøveren må kunne begrunne og argumentere for sine handlingsvalg for å ivareta sitt profesjonelle ansvar.

Skjønnstøvelse har noen utfordringer knyttet til seg. Skjønnstøvelse er avhengig av den enkeltes kompetanse og subjektive oppfatning. Dette kan medføre at informasjon vektet ulikt på grunn av ulik erfaring, ulike emosjoner, kjønn og verdier/holdninger (Hanssen et al, 2015, s. 38-41). Det har også betydning hvor nær bakkebyråkraten står de som blir berørt av beslutningen (Loyen og Maesschalck).

## **2.4 Teoretiske antagelser**

Min problemstilling tar utgangspunkt i at hvordan arbeidet med tildeling av tjenester til hjemmeboende har betydning for de tjenestenes innhold og omfang. I dette delkapittelet vil jeg vise hvordan teorien jeg har presenter ovenfor gir grunnlag for å anta at det er en sammenheng mellom organisering og tildeling av tjenester.

Sykepleierne i undersøkelsen forvalter et regelverk på vegne av kommunen, og de utøver skjønn (Lipsky, 2010; Hanssen et al, 2015). De får dermed rollen som portvokter inn i tjenesten (Lipsky, 2010; Terum 2003). Deres arbeidssituasjon er preget av ressursmangel, og en umettelig etterspørsel etter tjenestene de forvalter (Lisky, 2010). De må forholde seg til vage og utydelige mål (Lipsky, 2010; Vabø & Vabo, 2014), samtidig som de styres av ulike styringslogikker. Det kan dermed være vanskelig for sykepleierne å vite hva som forventes av dem og hva de skal jobbe mot (Lipsky, 2010; Frich & Nordby, 2014).

Jeg antar at sykepleierne i hjemmetjenesten er bakkebyråkrater, og at dette får betydning for hvordan de forvalter regelverket på vegne av kommunen. Gjennom sine beslutninger påvirker sykepleierne mennesker liv, både de som får tjenester og de som ikke får tjenester samt på hvilken måte tjenestene gis. De som får hjelp er ufrivillige brukere av tjenestene i betydning av at de ikke har muligheter til å få hjelpen fra andre. Forholdet mellom sykepleierne og de som søker om hjelp, er preget av et ujevnt maktforhold der sykepleierne har kontroll over når, hvor og hvor ofte hjelpen skal gis (Lisky, 2010). Samtidig som sykepleierne er bakkebyråkrater, er de også tjenesteutførere. Det innebærer at de både tildeler og utfører de samme tjenestene, og de møter mennesker som er avhengig av deres beslutninger ansikt til

ansikt. Dette gir de som er i behov av hjelp et håp om at de kan påvirke beslutningene gjennom sine handlinger, og pasienten sosialiseres inn i rollen som hjelpemottager.

Sykepleiernes doble rolle som bakkebyråkrat og tjenesteutøver påvirker også sykepleiernes skjønnsutøvelse. Bakkebyråkratene opererer i et handlingsrom der dilemmaer skal løses (Loyen & Maesschalck, 2010; Hanssen et al, 2015). Kunnskap om handlingsrommet er en forutsetning for god skjønnsutøvelse. Det finnes ikke nødvendigvis noen riktige løsninger, men noen løsninger som er riktigere enn andre. Dette gir skjønnsutøvelsen en normativ karakter der avveiningen av ulike verdier og hensyn, kan gi ulike beslutninger, noe som igjen kan føre til konflikter mellom ulike aktører, og «like» søknader kan føre til ulikt resultat avhengig (Hanssen et al, 2015). Selve skjønnsutøvelsen forutsetter tid, rom, stillhet og mulighet for samtale. Der forutsetningene ikke er tilstede, blir vurderingene og beslutningene basert på tilfeldigheter eller regler, retningslinjer og standarder uten tilpasning til situasjonen (Martinsen, 2005). Bakkebyråkraten er en individuell aktør som gjentar sine handlinger. Disse gjentatte handlingene blir til en standard i møtet med lignende situasjoner. De blir etter hvert til en sosial institusjon som gir mening, formål og retning for sosial interaksjon, og forteller hvilke handlingsmønstre som er relevante, passende og tillatt. Dermed blir den enkelte bakkebyråkrats beslutninger akkumulert, og blir etter hvert til organisasjonens politikk selv om det nødvendigvis ikke er i tråd med organisasjonens ønsker og mål (Lipsky, 2010; Rice 2012; Rowe 2012). Det er derfor grunn til å tro at siden det ikke er arenaer for samhandling, vil enhetene danne egne regler for hva som er passende innhold og omfang av hjemmetjenester.

Bakkebyråkratenes arbeidssituasjon er preget av høy arbeidsbelastning (Sætherstrand et al, 2015; Tønnessen, 2014, Damgaard & Eide, 2012). Det vil si at de har for mange klienter å bistå i forhold til hvor mye tid de har til rådighet (Lipsky, 2010). Dette påvirker beslutningene og beslutningsprosessen samt muligheten til opplæring og kompetanseutvikling. Det får også effekter for klientene i form av forsinket behandling, begrenset informasjon og hjelp tilpasset standarder i stedet for individuelle behov. Samtidig er tildeling av tjenester er bare en av sykepleiernes oppgaver, og bakkebyråkratene utvikler mestringsstrategier som muliggjør navigering mellom ulike krav og forventinger. Mestringsstrategiene får igjen betydning for tjenestenes innhold og omfang (Lipsky, 2010; Rice, 2012; Ingstad, 2010; Gautun & Bratt, 2016).

Bakkebyråkraten har ulike roller, og forventningene til de ulike rollene kan føre til konflikter både mellom roller og innad i en rolle. Roller har ulike forventinger eller normer knyttet til seg, blant annet til hvordan bakkebyråkraten skal opptre, hvilke oppgaver som skal utføres og hvordan oppgavene skal utføres (Loyen & Maesschalck, 2010; Fletre & Frydenlund, 2017). Hvordan bakkebyråkraten forholder seg til normene, kan føre til sanksjoner, både positive og negative (Schieffloe, 2011). Til tross for rollepress og rollekonflikter blir ikke bakkebyråkraten handlingslammet. Han/hun regulerer rolleoppfatninger og/eller vekter ulikt mellom ulike roller (Loyen & Maesschalck, 2010). Bakkebyråkraten sosialiseres inn i rollene, og tilpasser seg raskt normene, men kan likevel handle ulikt på tross av samme rolle på grunn av ulik oppfatning av egen rolle og klientens rolle (Loyen & Maesschalck, 2010).

På bakgrunn av ovennevnte antar jeg at måten kommunen har organisert forvaltningen av hjemmetjenester, påvirker tjenestenes innhold og omfang samt hvilke mestringsstrategier som er utviklet og tatt i bruk. Jeg antar også at rollen som bakkebyråkrat får et annet innhold i denne type organisering enn i andre typer organisering, for eksempel i en bestiller-utførermodell. Sykepleiernes mange roller kan være vanskelige å forene i en situasjon med høy arbeidsbelastning, og sykepleierne må dermed justere forholdet mellom rollene eller forventningene til rollene. I tillegg vil det nære forholdet mellom sykepleierne og pasientene som oppstår fordi sykepleierne både tildeler og yter tjenester, påvirker beslutningene de fatter. Innhenting av informasjon foregår over tid, og det kan medføre at opplysningene som ligger til grunn for det skriftlige vedtaket, er mer presise og relevante enn om opplysningene hadde vært innhentet i løpet av en samtale. Det vil si at jeg forventer at vedtaket er mer tilpasset pasientens situasjon og behov.

Jeg forventer at sykepleierne har utviklet ulike mestringsstrategier der forenkling og standardisering er de mest sentrale. I hjemmetjenesten er det utfordrende å skille mellom forvaltning og tjenesteutførelse, men for å håndtere utfordringene, vil jeg tro at sykepleierne prioriterer tjenesteutførelsen. Den oppleves å ha mest betydning for pasientene fordi de vil umiddelbart merke effekten av at den uteblir. Tjenestene starter oftest opp uten skriftlig vedtak, og dermed opplever både pasienter og sykepleiere at pasienten får den bistanden han/hun er i behov av. Kommunen har retningslinjer og standard for tjenestene. Samtidig antar jeg at hver enhet har utviklet sine egne regler for hva som er passende tjenesteinnhold og omfang, og disse reglene kan avvike fra kommunens regler og fra andre enheters regler. Jeg forventer også å finne ulikheter i hvordan sykepleierne prioriterer mellom sine ulike

oppgaver for å mestre høy arbeidsbelastning, herunder ulikheter mellom og innad i enheter. Valgte organisering har få arenaer på tvers av enheter for utvikling av enhetlig forvaltningspraksis, og jeg antar at det også er mangel på arenaer for faglige drøftinger, herunder skjønnsutøvelse, innad i hver enhet.

### **3 METODE**

I dette kapittelet vil jeg beskrive de valg jeg har foretatt underveis i forskningen angående metode samt hva som ligger til grunn for valgene jeg har tatt. Jeg vil også si litt om metode generelt, om utvalget mitt og valgte forskningsmetode, om det å forske i egen organisasjon, om etikk og forskning samt forskningens pålitelighet og gyldighet. I tillegg beskriver jeg analyseprosessen.

#### **3.1 Metodevalg**

Forskning er kjennetegnet av at innsamlingen av data, behandlingen av data og presentasjonen av data, er systematisk (Jacobsen, 2013, s. 17). For å sikre dette, benyttes ulike metoder. Metode betyr veien til målet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 140), og er altså et hjelpemiddel til å gi en beskrivelse av virkeligheten (Jacobsen, 2013, s. 24).

Kvalitativ og kvantitativ metode er paraplybetegnelser, og hver av dem dekker et stort spekter av prosedyrer, metoder og tilnærminger (Flick, 2015, s. 9). Metodene er like gode, men egner seg til å belyse ulike spørsmål og problemstillingen (Jacobsen, 2013, s. 125). Kvalitativ metode gir et mer nyansert bilde av kontekst og individ (Jacobsen, 2013, s. 39), og er kjennetegnet ved at forskeren innhenter informasjon ved å være åpen for ulike typer data. Etter at informasjonen er innhentet blir den strukturert, kategorisert og delt opp i variabler som blir forbundet med hverandre (Jacobsen, 2013, s. 127). Kvantitativ metode gir et snevrere og mer fragmentert bilde av konteksten (Jacobsen, 2013, s. 39). Her kategoriserer og strukturerer forskeren hva det er interessant å vite noe om samt hvilke svaralternativer som er relevante (Jacobsen, 2013, s. 127).

Kvalitativ metode er kjennetegnet ved at man studerer få deltagere, disse er valgt fordi de har relevans til det man vil studere, og man søker å få frem en nyansert beskrivelse av det man studerer, man vil finne det unike og spesielle. Datainnsamlingen er preget av åpenhet og sikter mot å gi fyldig kunnskap om de få man studerer. Forskingen søker enten å finne den subjektive meningen om valgte tema fra deltagerne, latente meninger om en situasjon eller sosial praksis og livsverdenen til deltagerne. (Flick, 2015, s. 11). Kvalitativ metode bygger på en antagelse om at mennesker konstruerer «sin» virkelighet i en sosial kontekst der man søker å finne mening. Målet med undersøkelsen er å forstå, beskrive, oppdage, finne mening og generere hypoteser (Merriam & Tisdell, 2016, s. 20-22).

I min oppgave har jeg valgt en kvalitativ tilnærming da jeg er interessert i sykepleiernes forståelse og opplevelse, i deres livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 33). Jeg har en fenomenologisk tilnærming i betydningen av at jeg ønsker å utdype et fenomen, jeg vil finne likheter og ulikheter. Designet kan sies å være en kombinasjon av induktiv og deduktiv tilnærming. Induktiv i betydningen av at jeg ikke hadde noen hypotese, og har studert et antall tilfeller for å kunne si noe generelt om valgte problemstilling. Deduktiv i betydningen at forskningsspørsmål og kategorier benyttet i analysen/begrepsapparatet er teoridrevet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 224).

### **3.2 Utvalg**

Undersøkelsen foregår i hjemmetjenesten i en mellomstor kommune på Østlandet. I valgte kommune er hjemmetjenesten organisert i enheter som ledes av en enhetsleder. Sykepleiere i alle enheter bortsett fra en, har fått invitasjon til å delta. Årsaken til at en enhet ikke er invitert til å delta i undersøkelsen, er at jeg jobber i denne enheten.

Utvalget er strategisk ved at jeg har valgt sykepleiere som tildeler tjenester, men tilfeldig ved at sykepleierne selv har meldt sin interesse for å delta (Jacobsen, 2013, s. 171-174). Utvalget kan være skjevt da respondentene selv har sagt ja til å delta (Merriam og Tidsdell, 2016, s. 97). Det betyr at respondentene kan være de som har sterke meninger om temaet. Det er ulikheter i svarene fra respondenter som jobber i samme enhet, men også mellom enheter. Samtidig er det også en del samsvar. Respondentene oppfattes dermed som seriøse. Tre av respondentene kjente meg fra tidligere, de tre andre ikke, men alle var klar over at jeg arbeidet i hjemmetjenesten i kommunen. Tre hadde saksbehandling som en del av sine arbeidsoppgaver.

Jeg tok først kontakt med de aktuelle enhetslederne for å spørre om jeg kunne få gjennomføre undersøkelsen i deres enhet. Da alle samtykket til dette, fikk de skriftlig informasjon om undersøkelsen. Deretter tok jeg kontakt med førstelinjelederne for å få oversikt over aktuelle respondenter. Jeg definerte aktuelle respondenter til å være sykepleiere og førstelinjeledere i hjemmetjenesten som arbeider i minimum 50 % stilling. Sykepleiere fordi de har myndighet til å tildele tjenester, og førstelinjelederne fordi har det faglige ansvaret. Jeg anså at sykepleiere som jobber i mer enn 50 % stilling, har mer erfaring med tildeling av tjenester til hjemmeboende, og at de dermed er bedre respondenter (Jacobsen, 2012, s. 171).



Invitasjonen ble sendt til de aktuelle respondentene pr epost. Det var liten respons på denne, og det ble dermed sendt ut en purring til alle forespurte. Totalt ni stykker sa seg villig til å delta i prosjektet. To av disse er fagsykepleiere, og har dermed ikke daglig kontakt med de som mottar tjenester eller førstelinjeledere, og var dermed ikke aktuelle for prosjektet ut fra kriteriene jeg hadde satt. En hadde akkurat byttet stilling, og jeg valgte dermed ikke å intervju henne. Respondentene – seks stykker - kommer fra alle de tre inviterte enheten. Antallet respondentene ble valgt fordi det var så mange som meldte seg som fylte de satte kriteriene.

### **3.3 Intervju**

Siden jeg var interessert i sykepleiernes opplevelse og mening, fremsto individuelt intervju som den mest hensiktsmessige metoden for å innhente data som kunne belyse problemstillingen. Jacobsen (2013) sier individuelle intervjuer egner seg når det er relativt få enheter som skal undersøkes, når vi er interessert i hva det enkelte individ ser og når vi er interessert i hvordan den enkelte fortolker og legger mening i et spesielt fenomen. Merriam og Tisdell (2016, s. 108) sier at man skal velge intervju som metode dersom det er den beste måten å få tak i nødvendig informasjon på.

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 156) er et intervju en ansikt-til-ansikt-interaksjon som foregår i en kontekst. Begge er en del av den sosiale verdenen som studeres, og historier og tanker som blir fortalt henger sammen med hvilken sammenheng det blir fortalt i, hvem som deltar i samtalen og hvordan samspelet mellom de involverte er (Jakobsen, 2005). En annen metode som kunne vært interessant å benytte, er direkte observasjon. Jeg valgte dette bort fordi det ville berøre sårbare grupper (pasienter), og dermed stille strengere krav til undersøkelsen. Jeg ville også vært avhengig av samtykke fra pasienter.

Jeg utarbeidet først en semi-strukturert intervjuguide som tar utgangspunkt i problemstilling og forskningsspørsmål, det vil si at jeg oversatte mine tematiske forskningsspørsmål til intervju spørsmål der jeg forsøkte å bruke et dagligspråk som skulle være gjenkjennelig for respondentene. Intervjuguiden hadde åpne spørsmål som var strukturert etter forskningsspørsmålene mine. Jeg gjennomførte deretter et prøveintervju med en sykepleier i hjemmetjenesten for å se om jeg fikk inn den type data jeg ønsket, altså data som kunne besvare min problemstilling. Intervjuguiden ble justert før jeg gjennomførte intervjuene med undersøkelsens respondenter. Dette er i tråd med anbefalinger fra Kvale og Brinkmann

(2017), Jacobsen (2013) og Merriam og Tisdell (2016). Intervjuguiden inneholdt ni hovedspørsmål som var forholdsvis konkrete samt underspørsmål for å sikre nødvendig informasjon. Intervjuguiden var lik for alle respondentene.

Intervjuene fant sted på respondentenes arbeidsplass på et tidspunkt som passet for respondentene. Avtale om intervjuer ble gjort pr epost med hver enkelt respondent. Før hvert intervju startet jeg med å takke for at de ville la seg intervju samt signering av samtykke og forklaring av hva samtykke innebærer. Jeg startet hvert intervju med å fortelle om studien. Jeg fulgte Merriam og Tisdells (2016) anbefaling med å starte med nøytrale spørsmål om organisering før jeg gikk videre til spørsmål som var mer sensitive. Hvert intervju forløp noe forskjellig. Det var en følge av at respondentenes svar førte i litt ulike retninger, og for å følge opp og holde i gang den spontane samtalen, var det naturlig å følge opp dette underveis selv om det avvek fra intervjuguiden (Flick, s. 140, Merriam & Tisdell, 2016, s. 110). Av samme grunn har deltagerne blitt stilt noe ulike oppfølgingsspørsmål. Intervjuene tok mellom 30 og 60 minutter. Intervjuene ble tatt opp, noe alle respondentene samtykket til.

Respondentene kunne oppleve å ha behov for å svare det som de tror er riktig, særlig med tanke på at jeg arbeider i kommunen. Jeg opplevde å få ærlige svar, og respondentene ga uttrykk for både tanker, følelser og meninger om temaet for undersøkelsen (Merriam & Tisdell, 2016, s. 129). Flere av respondentene var påvirket av at jeg jobber i samme kommune. Det kom blant annet til uttrykk ved at en av respondentene spurte blant annet om jeg syntes det var riktig at det var slik, og flere ga informasjon som viste at de ikke arbeidet etter kommunens mål og retningslinjer. Underveis i intervjuene var det flere ganger at respondentene ikke hadde tid til at jeg fullførte spørsmålene, men startet å svare før spørsmålene var fullstendig stilt.

### **3.4 Analyseprosessen**

Analyse er å forenkle og strukturere informasjon for å forsøke å redusere noe av kompleksiteten i dataene som er innhentet. Det gir en oversikt slik at dataene kan drøftes og fortolkes (Jacobsen, 2005). Underveis i analyseprosessen har jeg ført en analyselogg. I det følgende vil jeg beskrive prosessen i hovedsak som lineær, men realiteten er nok at jeg har hoppet fram og tilbake i prosessen hele tiden: jeg har intervjuet, transkribert og analysert om hverandre.

Intervjuene ble gjennomført i løpet av tre måneder. Årsakene til dette var av praktisk art hos respondentene og meg. Noen av intervjuene ble transkribert med en gang, mens andre tok det litt tid å få transkribert. Gjennomføring av intervjuene er beskrevet i forrige kapittel, og jeg vil dermed ta for meg transkribering og resten av analyseprosessen i det følgende.

Transkripsjon er en oversettelse av dialog til tekst. Dette strukturerer intervjuene slik at de blir bedre egnet for analyse (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204-206). Som forberedelse til transkriberingen hørte jeg gjennom intervjuene og noterte umiddelbare tanker og reaksjoner på det jeg hørte. Deretter har intervjuene blitt transkribert i sin helhet slik at jeg ikke skulle gå glipp av informasjon og nyanser. Jeg har utelatt fyllord som ehm, liksom osv. dialektord, navn på personer og geografiske navn er anonymisert for å unngå identifisering av respondentene. Dette er i tråd med hva Kvale og Brinkmann (2015) anbefaler. Jeg har selv transkribert for å bli godt kjent med dataene. De transkriberte intervjuene utgjorde 54 sider.

Deretter har jeg lest gjennom hvert intervju for å få en oversikt/formening om innholdet. For å forenkle og strukturere laget jeg tre tabeller (med hver sin fargekode) som tok utgangspunkt i mine forskningsspørsmål: Organisering, skjønn/vurdering og strategi/håndtering.

Forskningsspørsmålene er utledet fra teorien om bakkebyråkrati (Lipsky, 2010). Organisering er beskrivende for hvordan prosessen med tildeling av tjenester foregår, mens skjønn og strategi er viktige elementer i teorien om bakkebyråkrati (Lipsky, 2010). Innenfor hvert forskningsspørsmål har jeg funnet ulike kategorier. Kategoriene har jeg definert ut fra de empiriske dataene. Tabellen hadde tre kolonner: Hvem, hva de sier og kategorier. Hver transkripsjon ble deretter gjennomgått, og data ble plottet inn i tabellene ut fra hvor jeg mente de passet inn. Flere utsagn passet inn i to tabeller, og ble dermed plassert i begge. Andre utsagn var det tvil om hvilken kategori de tilhørte, men da har jeg tatt et valg ut fra andre lignende utsagn og ut fra hva de kunne tilføre av kunnskap til kategorien. Respondentenes utsagn har hatt en mening, og i denne prosessen har jeg vært bevisst på ikke å ta utsagnene ut fra sammenhengen de ble ytret i for på denne måten ivareta meningen de var tiltenkt.

Her vises et utdrag fra tabellen som omhandler skjønn:

Informant	Hva de sier	Kategori
1	Vi tildeler stort sett ikke noe som ikke er standard. I forhold til praktisk bistand hver fjerde uke - vi forholder oss jo til det. I hvert fall i første omgang, og så må vi jo alltid vurdere. Vi tar jo alltid individuelle hensyn og.	Regler
3	Vi har mange som ikke passer inn i den A4-pasienten hvor vi må tenke veldig utenfor boksen for å kunne gi dem nødvendig helsehjelp.	Vurderinger
2	Det er litt rotete. Før har vi jo ikke hatt tilsyn – nå skal vi ha tilsyn. Nå skal vi gjøre alt har jeg fått inntrykk av. Vi kan ikke si nei, vi skal gjøre alt. Og så har vi kommet til et punkt at nå tar det litt av. Skal vi gjøre absolutt alt eller? Vi må prøve å gi likeverdige tjenester samtidig som det skal være individuelt.	Regler
5	Det er brukeren som til syvende og sist, så lenge han er samtykkekompetent, som bestemmer. Noen gange rer jeg enig med pårørende. Da må man i hvert fall sette seg ned og forklare hvorfor man er enig med pårørende og hva man gjerne skulle sett blitt gjort. Andre ganger har pårørende urealistiske krav og forventninger.	Brukermedvirkning

I etterkant har jeg gitt hver respondent et fiktivt navn. Dette gjør det lettere for meg å holde oversikt over hvem som har sagt hva, og kanskje også gjøre det lettere for leserne av oppgaven. Navnene er vilkårlig valgt, og navnene er som følger: Karin, Bente, Trine, Mette, Siri og Lise. I avhandlingens presentasjon av funn, drøfting og avslutning, omtales respondentene som sykepleiere eller ved fiktivt navn.

### 3.5 Ethiske refleksjoner

Jeg har gjennomført undersøkelsen i egen organisasjon. Organisasjonen er en mellomstor kommune med flere enheter, og undersøkelsen har ikke foregått i enheten der jeg jobber. Jeg vil i dette kapitlet redegjøre for fordeler og ulemper ved å undersøke egen organisasjon, etiske dilemmaer ved forskning samt redegjøre for undersøkelsens reliabilitet og validitet.

Jeg valgte tema ut fra mitt engasjement for hjemmetjenester og tildeling av tjenester. Dette har gitt meg et ekstra engasjement som har blitt forsterket av ønsket om å bidra til å beskrive

forhold i organisasjonen. Min kunnskap om organisasjonen hjalp meg i utarbeidelsen av intervjuguiden da jeg kjenner dagligspråket og har noe kunnskap om tildeling av tjenester. I tillegg var det til hjelp underveis i intervjuene da jeg kunne stille relevante oppfølgingsspørsmål. Jeg mener at deltagerne har stilt opp til intervjuer fordi jeg jobber i organisasjonen, og det har kanskje vært en fordel da de har hatt tillit til meg som kollega (Repstad & Ry Nielsen, 2004). Opplevelser underveis i intervjuene tyder på at deltagerne har vært svært åpenhjertige.

Forskning i egen organisasjon kan gi utfordringer med nærhet og distanse. Jeg jobber i organisasjonen jeg har undersøkt. Dette kan medføre at jeg kan miste nødvendig distanse, og at jeg selv påvirker undersøkelsen, både i innhenting av data og i analysen. Jeg har vært bevisst på å be respondentene utdype i de tilfeller de har uttrykt at jeg vet hva de mener, og jeg har også unngått å gi uttrykk for egne meninger underveis i intervjuene. Flere av respondentene har underveis i intervjuene, bedt om mine synspunkter på tema for intervjuet. Jeg har valgt å gi støtte til det de har fortalt, men ikke besvart spørsmål om hva jeg selv mener. Min førforståelse kan ha påvirket både datainnsamlingen og tolkningen av disse (Repstad & Ry Nielsen, 2004).

Respondentene har vært kjent med at min rolle som førstelinjeleder i organisasjonen, og det kan ha ført til at skepsis mot å dele relevante data med meg. Særlig gjelder dette for sykepleierne da vi er på ulike hierarkiske nivåer (Repstad & Ry Nielsen, 2004). Underveis i intervjuene opplevde jeg likevel at respondentene var svært åpenhjertige om tanker, meninger og hvordan de forholder seg til organisasjonens retningslinjer.

Jeg har gjort flere vurderinger underveis av hvordan undersøkelsen skal presenteres: Hvordan beskytte respondentenes konfidensialitet og samtidig gi et riktig bilde av det som har fremkommet? Det kan være vanskelig å skrive «sannheten» slik jeg ser den (Repstad & Ry Nielsen, 2004), men jeg har forsøkt å være bevisst på målet for forskningen, nemlig at kommunen og dens aktører skal få en dypere forståelse av egen organisasjon og sette dem i stand til å handle mer reflektert (Repstad & Ry Nielsen, 2004, s. 364). Undersøkelsen er ikke representativ grunnet antall deltaker, men resultatet av forskningen kan endre den virkeligheten som har blitt utforsket i selvforsterkende eller selvavkreftende retning. Jeg har forsøkt å vise at jeg har tatt deltagernes egne analyser på alvor gjennom å beskrive hva de mener, men jeg har samtidig søkt etter andre forklaringer. Jeg har også hatt et ønske om å peke på realistiske tiltak/handlingsalternativer (Repstad & Ry Nielsen, 2004).

Ved oppstart av undersøkelsen høsten 2017 sjekket jeg med NSD om undersøkelsen var meldepliktig til NSD. På daværende tidspunkt var den ikke meldepliktig fordi det ikke skulle spørres etter opplysninger som kan identifisere deltagerne, og jeg har utelatt opplysninger i oppgaven. Lydfilene og de transkriberte intervjuene har vært anonymisert og oppbevart utilgjengelig for andre enn meg selv. Jeg har hatt ekstra fokus på å sikre respondentenes konfidensialitet. Jeg har ikke innhentet bakgrunnsinformasjon som kjønn, alder og arbeidserfaring selv om særlig arbeidserfaring kan ha betydning for informantenes kunnskap om temaet..

Gjennom hele forskningsprosessen er det sentralt å reflektere og vurdere forskningens validitet og reliabilitet. Validitet omhandler forskningens dataenes gyldighet, det vil si om forskeren undersøker det han/hun mener å undersøke). Innhentede data blir tolket av forskeren, kan i liten grad måles og observeres og de kan i varierende grad ha relevans for det som undersøkes (Merriam & Tisdell, 2016). Dette kalles indre gyldighet. Ytre gyldighet omhandler om forskningen kan generaliseres, det vil si om forskningen har gyldighet i andre sammenhenger og kan si noe om lignende tilfeller. Reliabilitet omhandler forskningens pålitelighet, og presenteres gjerne som spørsmålet om andre forskere vil komme frem til samme resultat ved hjelp av samme metode på et annet tidspunkt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276).

Forskerens valg og bevissthet underveis i forskningsprosessen har betydning for forskningens validitet og reliabilitet. For å styrke forskningen, har jeg redegjort for mine antagelser. Respondentenes pålitelighet anser jeg for å være stor. De representerer gruppen jeg undersøkte, men deres svar kan være farget av at de selv har meldt seg som respondenter og av deres interesse for temaet. I følge Jacobsen (2013) styrker egenopplevd informasjon troverdigheten i utsagnene, og respondentenes svar både vært i samsvar med mine antagelser samtidig som de i varierende grad har avvirket fra disse. Avvikene er også naturlig da vi har ulike roller samt jobber på ulike steder i kommunen. Respondentene har i noen tilfeller kommet med utsagn som ikke samsvarer med kommunens forventninger til sine medarbeidere, og de har også gitt svar som jeg tolker har kommet fordi de er kjent med min rolle i kommunen. jeg oppfatter derfor at jeg i stor grad har fått ærlige svar, men at deres svar har vært avhengig av forskerens (altså min) rolle. Det kan derfor tyde på at en annen forsker med en annen rolle ville fått andre svar da dataene påvirkes av forskerens og respondentenes perspektiv, tid, sted og kontekst (Jacobsen, 2013; Merriam & Tisdell, 2016).

Under intervjuene benyttet jeg lydopptak, og lydopptakene har vært transkribert ordrett med noen unntak. Jeg har utelatt geografiske navn og navn på personer i kommunen samt at jeg har endret på uttrykk som kan identifisere respondenten, men jeg har ikke endret utsagnetes mening eller tatt de ut av kontekst. Særlig identifiserbare utsagn er skrevet om for å beskytte konfidensialiteten til den enkelte. Respondentene har besvart samme intervjuguide, men har fått litt ulike oppfølgingsspørsmål grunnet svarene de har kommet med. Fra andre intervju har jeg også stilt spørsmål som ikke opprinnelig var med i intervjuguiden, basert på hva som kom frem i første intervju. Dette var opplysninger som jeg fant var relevant for å belyse problemstillingen. Dette har likheter med snøballmetoden. Studien besvarer i stor grad min problemstilling, men kan i liten grad benyttes i andre sammenhenger da det er en liten gruppe respondenter. Andre respondenter ville mulig ha gitt andre svar, og en større gruppe respondenter ville kanskje ha gitt større variasjon i svarene. Respondentenes svar er dessuten i stor grad knyttet til den kommunen de arbeider i slik at andre kommuner med en annen organisering kan gi andre resultater

## 4 PRESENTASJON AV FUNN

I det foregående kapittelet har jeg redegjort for hvordan jeg har innhentet og bearbeidet opplysninger fra intervjuene. I dette kapittelet vil jeg funnene fra min undersøkelse som er relevante for å belyse oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål. Kapittelet er strukturert etter tre dimensjoner. Disse dimensjonene er som tidligere belyst, hentet fra teori. De tre dimensjonene følger mine forskningsspørsmål, og er: «*Organisering*», «*skjønnsutøvelse*» og «*strategi*». Dimensjonene har deskriptive kategorier knyttet til seg, og hver kategori har i tillegg underkategorier basert på funn.

### 4.1 Organisering

Gjennom kommunens internkontroll er jeg kjent med organisering av tildeling av tjenester. Hensikten med kapittelet er belyse hvordan tildelingen av tjenester fremstår fra sykepleiernes perspektiv, og gjennom dette besvare mitt forskningsspørsmål nummer 1: Hvordan er arbeidet med tildeling av tjenester organisert? På bakgrunn av empiriske data har jeg funnet tre deskriptive kategorier som kan belyse temaet. Kategoriene er: «*Intern struktur*», «*ressurser*» og «*samhandling*».

Kategoriene beskrives i hvert sitt underkapittel.

#### 4.1.1 Intern struktur

Kategorien intern struktur søker å beskrive hvordan muntlig tildeling foregår innenfor de undersøkte enhetene. Som tidligere nevnt, er sykepleierne tildelt muntlig tildelingsmyndighet for tjenestene praktisk og personlig bistand samt helsetjenester. Tildeling av muntlige tjenester ser ut til å være en tredelt prosess: Henvendelse om behov for tjenester, kartlegging av behov og iverksetting av tjenester. Elementene i prosessen foregår til dels parallelt, men jeg har i denne oppgaven, valgt å beskrive de hver for seg. Fokus for denne undersøkelsen er muntlig tildeling av tjenester slik som sykepleierne har myndighet til, men alle respondentene kommer også inn på skriftlig tildeling, og jeg vil således også vise det som kan sies å være det fjerde elementet i prosessen tildeling av tjenester. Jeg vil i det følgende beskrive underkategoriene: *Henvendelse om behov for tjenester, kartlegging av behov, iverksetting av tjenester og skriftlig tildeling.*



## Henvendelse om behov for tjenester

Sykepleierne beskriver at tildeling av tjenester etterfølger en henvendelse om behov for tjenester. Henvendelsen kan komme fra pasienten selv, pårørende, fastlege, sykehus, helsehus eller andre. Henvendelsen kan være skriftlig eller muntlig, og det oppleves at har form som en bestilling eller ordre. Henvendelsen fører til at hjemmetjenesten tar kontakt med pasienten eller den som har kommet med henvendelsen.

Mette: *«Pasienten eller noen rundt pasienten tar kontakt med spørsmål om de har behov for tjenester»*

Lise: *«Vi får en slags bestilling.»*

Sykepleierne opplever at henvendelsen, særlig når den kommer fra sykehus eller pårørende, er en ordre, og følges av en hel klar forventning av hvordan tjenesten skal være. Sykepleierne opplever at forventningene ikke er i tråd med hva de har muligheter til å oppfylle.

Henvendelsene kan være svært konkrete. Dette viser seg ved at henvendelsen inneholder ønsker om antall besøk pr døgn eller spesifikk beskrivelse av tiltak som ønskes iverksatt.

Andre er mer diffuse, og gir uttrykk for at det er ønskelig med en kartlegging av et eventuelt hjelpebehov. Flere av sykepleierne bruker opplysningene fra henvendelsen til å danne seg et bilde av hjelpebehovet før de faktisk møter pasienten.

Trine: *«Det er et aber at pasienter blir lovet tjenester fra andre som ikke er helt innenfor. Så må vi knuse hjertene deres når de kommer hjem fra sykehuset. For å trygge pasientene gir de enorme forventninger, og så må vi kanskje si at vi ikke skal gjøre alt det der.»*

Lise: *«Det er flere vi har opplevd har blitt lovet antall besøk når de kommer hjem, og det tenker jeg er litt dumt å love. Det er noe vi vurderer underveis, sammen med pasienten.»*

I etterkant av henvendelsen, følger et førstegangsbesøk. Dette er det første besøket fra hjemmetjenesten hos pasienten. Førstegangsbesøket er vanskelig å planlegge slik at saksbehandlerne selv kan ta dette fordi det er pasientens behov som styrer når dette skal foregå. Det er et nyoppstått behov som følge av funksjonsfall, enten i hjemmet eller på institusjon, og det er som regel behov for rask oppstart av tjenester. Behovet for bistand kan også komme av at pårørende som tidligere har bistått, ikke lenger kan hjelpe.

Karin: *«Den som har ledig tid tar førstegangsbesøket, og stort sett skjer førstegangsbesøket på kvelden.»*

Det er i hovedsak sykepleiere og erfarne helsefagarbeidere som tar førstegangsbesøket. Flere av sykepleierne beskriver at førstegangsbesøket forekommer på kvelder og helger.

Førstegangsbesøket danner grunnlaget for beslutning om type tjenester og omfang. En av sykepleierne forteller at de gjerne har dannet seg et bilde av behovet for tjenester på bakgrunn av informasjon de har fått i forkant av førstegangsbesøket. Hvilken informasjon som foreligger i forkant, varierer. Om behovet for tjenester er avklart eller om det er utfordringer i forhold til bemanning, for eksempel på helger, kan det hende assistenter tar førstegangsbesøket.

Lise: *«Vi prøver å sende en sykepleier, noen ganger en helsefagarbeider, sjeldent assistenter.»*

Karin: *«Den som tar førstegangsbesøket tar det første overblikket, hvor ofte og hva.»*

Bente: *«Det er sykepleierne i samarbeid med fagarbeiderne som bestemmer tid og antall besøk.»*

### Iverksetting av tjenester

Iverksetting av tjenester besluttes på bakgrunn av opplysninger som fremkommer i henvendelsen og førstegangsbesøket. Ettersom sykepleierne har myndighet til å tildele tjenester muntlig, tilstrebes det at sykepleierne tar førstegangsbesøket. Ved behov kan helsefagarbeidere med lang erfaring gjøre det for så å rådføre seg med sykepleierne. Sykepleierne viser til at de iverksetter og endrer tjenester fortløpende i takt med tjenestebehovet, og således tildeler tjenester muntlig. Det er likevel to av sykepleierne som mener at de ikke tar beslutninger om tildeling av tjenester. Disse to representerer to av de undersøkte enhetene, og andre sykepleiere i enhetene, er kjent med at de tildeler tjenester.

Siri: *«Jeg tildeler ikke tjenester.»*

Bente: *«Nå er det ikke jeg som bestemmer tjenestene her.»*

Det kan være vanskelig å avgjøre tjenestenes innhold og omfang. Det iverksettes derfor en slags midlertidig tjeneste. De første dagene/ukene vil tjenesteutøverne kartlegge bistandsbehovet samtidig med at de utøver tjenester. Tjenestenes innhold og omfang endres derfor fortløpende i takt med det kartleggingen avdekker.

Siri: «Ofte blir vi bare kastet inn i det. Etter utskrivelse fra sykehus, helsehus osv, starter vi på en måte opp tjenestene før kartlegging og uten vedtak. Veien blir til mens vi går i forhold til det å bestemme omfang og innhold i tjenestene»»

Bente: «På nye må vi prøve oss litt ut, kanskje legge en plan. Hvis det er medisiner så begynner vi kanskje med fire ganger i døgnet for å se om vi skal hjelpe til med det eller om de klarer det selv. Og så trapper vi kanskje opp eller ned ut fra hva vi ser behovet er, fra dag til dag.»

Andre ganger forholder ansatte seg til bestillingen som har kommet. Dette er gjerne hvis saksbehandler eller fagsykepleier har kommunisert med andre tjenesteytere, og lagt en plan for pasienten.

Lise: «Da har fagsykepleier lagt en plan for hvordan det skal være hos pasienten, bestillingen er på en måte ferdig, og vi andre bare utfører.»

### Kartlegging av behov

Etter førstegangsbesøket og iverksetting av tjenester følger en periode med kartlegging der alle som gir tjenester skal bidra. Kartleggingen skal bidra til at pasientene får riktige tjenester tilpasset sitt behov. Det er sykepleierens erfaring at hjemmesituasjonen kan ha stor betydning for bistandsbehovet. Dette gjelder særlig for pasienter som kommer fra sykehus og helsehus. Der har sykepleierne erfaring med at behovet beskrevet i henvendelsen ofte ikke er beskrivende for pasientens faktiske hjelpebehov. En av respondentene er tydelig på at hun savner dokumentasjon på hvorfor de ulike tjenesteyterne tar de beslutningene de tar.

Siri: «Det er vel en av de tingene jeg føler at vi glipper på, dokumentasjonen på hvorfor vi velger å gjøre som vi gjør.»

Lengden på kartleggingen varierer grunnet behovet pasienten har for bistand og fordi det avhenger av når pasienten får iverksatt tjenester. Det er tilfeldig hvem som bidrar i kartleggingen da det handler om hvem som yter tjenester. Kartlegging som iverksettes i helger og ferier oppgis å ta lenger tid grunnet bemanningssammensetning. Flere av sykepleierne beskriver at de har fokus på kartlegging av pasientens ressurser, altså hva han/hun selv kan ivareta selv, og at de har fokus på hverdagsmestring. Dette er i tråd med føringer, lokalt og nasjonalt. Sykepleierne oppgir at kartleggingen bør foretas over tid slik at

tjenestene blir godt tilpasset pasientens individuelle behov. I løpet av kartleggingen endres både tjenestenes innhold og omfang i takt med det som oppfattes som pasientens behov.

Mette: *«Det er en plan for hvem som er på jobb, men det er tilfeldig når pasienten har behov for kartlegging.»*

Siri: *«Vi får på en måte et helt blikk i pasientens liv og funksjoner, og dagene, det er brått ingen dager som er helt like for pasienten heller. At vi fanger opp variasjonene.»*

### Skriftlig vedtak

Som vist ovenfor iverksettes tjenester på bakgrunn av henvendelser om behov for tjenester, et førstegangsbesøk og kartlegging av behov. Videre fremgangsmåte er et kartleggingsbesøk utført av saksbehandler samt et skriftlig vedtak. De undersøkte enhetene har ulik organisering av videre saksbehandling, men i hver enhet har enkelte sykepleiere fått vedtaksmyndighet. Det vil si at de kan fatte skriftlige vedtak. Dette er sykepleiere som har saksbehandling som en arbeidsoppgave i tillegg til andre oppgaver. Det er ulikt hvor stor stillingsandel sykepleierne har avsatt til saksbehandling. Sykepleierne i undersøkelsen er sykepleiere med og uten vedtaksmyndighet. Dette kan medvirke til å prege svarene deres, men jeg har valgt ikke å ta med opplysninger om dette da det kan føre til at de blir identifisert.

I følge forvaltningsloven har pasienter rett til et skriftlig enkeltvedtak. I enkeltvedtaket skal det blant annet fremkomme hvilke opplysninger som ligger til grunn for tildelte tjenester og informasjon om rettigheter og vilkår. Sykepleierne gir uttrykk for at vedtak sjelden foreligger før iverksetting av tjenester. Dette har både med at det etter deres mening er avsatt for lite tid til saksbehandling, men også fordi pasientene kommer så raskt hjem.

Bente: *«Jeg tror aldri vi har vedtak før tjenestene har startet.»*

Lise: *«De blir gjerne så raskt utskrevet fra sykehus eller helsehus eller sånt at vi ikke rekker å ta en kartlegging eller skrive noen vedtak før de er hjemme. Så det blir liksom gjort i etterkant.»*

Det er likevel unntak slik som hvis det er behov for at trygghetsalarm er montert før hjemkomst eller hvis hjemmetjenesten skal utføre vedtak om tvangsmedisinering. Dette er tjenester som skiller seg fra andre typer tjenester ved at hjemmesituasjonen har liten eller ingen betydning for utformingen av tjenesten. Trygghetsalarm tildeles på bakgrunn av gitte

kriterier som er mulige å vurdere før pasienten kommer hjem. Selve vedtaket om tvangsmedisinering fattes i spesialisthelsetjenesten, mens hjemmetjenesten er utfører.

Karin: *«Vedtaket på trygghetsalarm foreligger før tjenesten starter. Det er fordi vi vet at det må ligge til rette før de kommer hjem.»*

Mette: *«Det kan foreligge vedtak på forhånd hvis kommunehelsetjenesten skal utføre legemiddelhåndtering der pasienten har vedtak på tvang.»*

Før skriftlig vedtak foreligger, har saksbehandler foretatt et kartleggingsbesøk. Det varierer hvor raskt pasienten får kartleggingsbesøk. Det er ulike årsaker til dette. Sykepleierne oppgir at det kan være en fordel å ha en periode med kartlegging før saksbehandleren kommer samt at det kan være utfordrende for saksbehandlerne å finne tid til å gjennomføre kartleggingsbesøk. Det skal også innhentes relevante opplysninger fra fastlege, pårørende og andre. Av samme grunn kan det gå tid fra kartleggingsbesøket til skriftlig vedtak foreligger.

Lise: *«Vi prøver å sende en saksbehandler så fort som mulig.»*

Karin: *«Vi prøver å ta det fortløpende, men det kan ta tid. At det i hvert fall tar en uke, det kan jeg godt tenke meg.»*

Karin: *«Det kan ta alt fra to til seks uker.»*

Det kan se ut som om sykepleierne ikke ser det som et problem at det tar lang tid før skriftlig vedtak foreligger. Tjenestene er alltid startet opp i forkant av skriftlig vedtak slik at de opplever pasientens behov er ivaretatt. To av sykepleierne som har vedtaksmyndighet gir uttrykk for at det kan føre til at pasientene ikke blir så bevisst på rettighetene sine.

Lise: *«De får jo den tjenesten som har blitt bestilt fra tidligere så tjenestene er jo iverksatt før vi har skrevet vedtaket. Så det har ingen betydning sånn sett annet enn at papirene ikke er i orden.»*

Mette: *«Ulempen med at vedtaket ikke er klart første dagen kan være at man ikke får vedtaket i hånde med klagemuligheter og de tingene der. At de kanskje ikke blir så bevisst på rettighetene sine.»*

Det er en klar oppfatning om at saksbehandlerne fatter vedtak på bakgrunn av de tjenestene som allerede er iverksatt, og at tjenestenes innhold og omfang ikke endres i særlig grad i det skriftlige vedtaket. Samtidig kan det se ut til å være noe ambivalens i funnene da flere av

sykepleierne mener at tjenestenes innhold og omfang bestemmes av sykepleierne eller arbeidsgruppa, men samtidig gir de uttrykk for at saksbehandleren bestemmer.

Bente: *«Mye er klart før saksbehandler kommer inn i bildet. De skriver ofte bare det formelle.»*

Karin: *«Saksbehandler bestemmer tjenestenes innhold og tid og antall besøk i etterkant.»*

Det skriftlige vedtaket kan således se ut til å bli oppfattet som et nødvendig formelt skritt, men at det er et resultat av et samarbeidsprosjekt mellom saksbehandler og de som utfører tjenestene.

Siri: *«Jeg føler at det er bestemt av arbeidsgruppa. At det er et samarbeid mellom meg og de som går der.»*

#### Oppsummering av funn knyttet til intern struktur

Behandling av henvendelser om behov for tjenester og førstegangsbesøk ser ut til å foregå på samme måte i de undersøkte enhetene. Sykepleierne har kontakt med den eller de som henvender seg, og det er i hovedsak sykepleierne som foretar førstegangsbesøk. Siden førstegangsbesøk ofte foregår på kveld, vil også helsefagarbeidere, og en sjelden gang assistenter, foreta førstegangsbesøk. Dette ser ut til å være avhengig av sykepleiernes arbeidsbelastning.

Tjenester iverksettes på bakgrunn av mangelfulle opplysninger, og har til hensikt å bistå pasienten frem til en kartlegging av behov er gjennomført. Sykepleierne tar beslutninger om iverksetting av tjenester, men det kan se ut som om det er noe ulikhet i forhold til om sykepleierne opplever at de har tildelingsmyndighet. Enkelte mener at det kun er saksbehandlerne som har tildelingsmyndighet, mens sykepleierne som også er saksbehandlere mener at alle sykepleierne har tildelingsmyndighet.

Alle ansatte som yter tjenester deltar i kartleggingen av behov. Det kan se ut som om kartleggingen ikke dokumenteres i tilstrekkelig grad mens tjenestene utføres. Dermed nedtegnes ikke nødvendige og relevante opplysninger som er av betydning for tjenestenes innhold og omfang. Kartleggingens varighet varierer, og tjenestenes innhold og omfang endres, av og til daglig, i takt med hvordan sykepleieren vurderer pasientens behov.

Sykepleierne er enige om at skriftlige vedtak sjelden foreligger før tjenestene iverksettes. Saksbehandler fatter skriftlig vedtak på bakgrunn av kartleggingsbesøk og kartlegging foretatt av kollegaer. Det er ulikt i hvilken grad sykepleierne opplever at saksbehandler er den som fatter beslutning om tjenestenes innhold og omfang. Det kan også se ut som om flertallet av sykepleierne ikke opplever det som problematisk at det kan gå lang tid før skriftlig vedtak foreligger.

#### 4.1.2 Ressurser

Den andre kategorien i dimensjonen organisering er ressurser. De ulike enhetene antas å ha tilnærmet like rammer da de tilhører samme kommune. Offentlige helsetjenester generelt er preget av at etterspørselen og kravene er større enn det det er ressurser til å løse. Det er ulike former for ressurser som alle vil ha betydning for organisering av virksomheten. Tilgangen på ressurser vil ha betydning både for sykepleierne selv, men også for pasienter, pårørende og samarbeidspartnere. Basert på empiriske data har jeg funnet to underkategorier:

«*Tilgjengelige ressurser*» og «*konsekvenser*». Jeg vil i det følgende redegjøre for de funn knyttet til ressurser som har kommet frem i undersøkelsen.

##### Tilgjengelige ressurser

Sykepleierne skiller mellom ulike typer ressurser. De skiller mellom tid og materielle ressurser som hjelpemidler, biler osv. De opplever alle at de har god tilgang på materielle ressurser, men fem av sykepleierne opplever de ikke har nok til å utføre sine arbeidsoppgaver på en slik måte de ønsker. Dette gjelder både tjenesteutførelse og andre oppgaver. Dette får betydning både for pasienter og for sykepleierne selv.

Trine: «*Ressursmangel har betydning for tjenestene vi gir – vi har dårlig tid.*»

Karin: «*Vi har ikke nok tid til å diskutere hva vi egentlig driver med.*»

Bente: «*Vi har ikke tid nok til alle disse kravene som stilles. Kommunen er veldig opptatt kun av den tiden vi bruker hjemme hos pasienten, ikke alt annet som skal organiseres og ordnes med.*»

Siri: «*Vi har god tilgang på hjelpemidler og den type ressurser.*»

En sykepleier oppgir at det er de som yter tjenester som selv beregner hvor lang tid hvert pasientbesøk skal ta, og at det slikt sett oppleves som det er tid nok. Dette er samme sykepleier som opplever at det er nok ressurser, både tid og materielle.

Mette: *Det skal være avsatt den tiden de trenger til å utføre det pasienten har vedtak på og de faglige vurderingene så jeg opplever at vi har tid til det.»*

Saksbehandling er en av de oppgavene som skal løses innenfor de gitte rammene. Flertallet av sykepleierne er enige om at det er avsatt for lite tid til saksbehandling. Tid som skulle vært brukt på ordinære sykepleieroppgaver blir til tider benyttet til saksbehandling.

Trine: *«Saksbehandlerne har ikke tid til å skrive vedtak før tjenesten starter.»*

Lise: *«I dag har saksbehandler gjort saksbehandlingsoppgaver selv om hun ikke har saksbehandling før i morgen.»*

På samme vis som saksbehandlere saksbehandler utenfor avsatt tid, oppleves det i to av enhetene at tid avsatt til saksbehandling, blir benyttet til ordinære sykepleieroppgaver.

Bente: *«Ved fravær blir de satt ut i drift. Pasienten først som de kaller det.»*

### Konsekvenser

Opplevelsen av tilgjengelige ressurser vil føre til ulike konsekvenser for mottagere av tjenester og medarbeidere. Til tross for at det i hovedsak er en opplevelse av mangel på tid, oppgir alle sykepleierne at de ikke tenker på ressurser ved tildeling av tjenester. Dette gjelder også sykepleieren som opplever å ha nok ressurser. Alle har fokus på at pasienten skal få riktig og nok hjelp. Det kan se ut som om profesjonen som sykepleier og omsorgsyter er mest fremtredende, men flere av sykepleierne gir også uttrykk for at de har et ansvar for å forvalte kommunens ressurser på best mulig måte.

Siri: *«Det må ta den tiden det tar ute hos pasienten.»*

Samtidig oppgir flere av sykepleierne at de ved tildeling, prøver å tilpasse tjenestene slik at det er mulig å utføre tjenestene innenfor tilgjengelige ressurser. Det ser ut som om det er vanskelig for sykepleierne å tildele tjenester uten å planlegge hvordan de skal klare å gjennomføre tjenestene. Det kan bety at tjenestene ikke blir optimale sett fra pasientens side.



Bente: *«Vi skal jo ikke tenke på ressurser når vi tildeler tjenester, men det ligger jo litt i bakhodet for vi vet jo hvordan vi løser dagen.»*

Karin: *«Vi prøver å begrense tidspunktene, eller tilpasse de til arbeidssituasjonen her.»*

Sykepleierne er tydelige på at de mener at pasientene får forsvarlige tjenester i form av at de får hjelp i hjemmet, og at dette ikke berøres av manglende ressurser, men at andre oppgaver som ikke utføres ansikt til ansikt med pasienten, blir prioritert bort. Flere viser til blant annet ernæringskartlegging som en oppgave som blir prioritert bort hos flere av brukerne. Denne type oppgaver utføres for de pasientene som har det største behovet, ikke nødvendigvis hos alle pasientene. Også sykepleieren som opplever å ha nok tid, oppgir at det i perioder kan være utfordrende å få ressursene til å strekke til.

Bente: *«Det er ting som ikke blir gjort. Du redder jo bare dagen. Vi tar det som haster mest, tar de som er mest utsatt, og så må resten vente.»*

Fire av sykepleierne oppgir at de har forsøkt å synliggjøre behovet for mer tid i møtet med ledelsen, men at de ikke har blitt hørt. De opplever at ledelsen ikke har forståelse for belastningene ute i førstelinjen, og at det stilles spørsmål ved deres vurderinger og tildelinger. Sykepleierne opplever det som utfordrende å forsvare knappe ressurser i møtet med pasientene, og de kompensere for manglende ressurser ved å jobbe raskere.

Lise: *«Jeg får jo ikke gjort noe annet enn å bruke den tiden jeg har.»*

Trine: *«Vi redder tjenestene ved å strekke oss. Også fordi vi synes det er vanskelig å synliggjøre det fordi det går utover folk. Det er jo pasientene som blir skadelidende.»*

En av sykepleierne gir uttrykk for at det forventes at ansatte skal strekke seg langt og kompensere for utilstrekkelige ressurser og/eller begrensninger som følge av organisering. En annen sykepleier gir uttrykk for at mangelen på tid, fører til at pålagte oppgaver som dokumentasjon, blir forskjøvet til neste dag. Ved at nødvendige opplysninger ikke er nedtegnet, kan dette få direkte konsekvenser for oppfølgingen av pasienter dersom det skulle oppstå forverring av helsetilstanden. For sykepleierne betyr det at de går fra jobb uten å oppleve å ha fullført sine arbeidsoppgaver.

Bente: *«Hvis pasientene trenger hjelp tidlig på morgenen før vi begynner, kan ikke nattevaktene hjelpe fordi de bare har tre biler. Da må vi komme før på jobben. Før arbeidstid for å gjøre i stand, for at vi er snille.»*

Siri: *«Vi får nesten beskjed om at da må du skrive det i morgen for ellers må du sitte over. Og det er ingen som vet om jeg er på jobb i morgen.»*

I to av enhetene oppleves det at nærmeste leder ikke er involvert i tildeling av tjenester i særlig grad, og det antas at dette er på grunn av at lederen har for mange arbeidsoppgaver til å prioritere dette. De oppgir at dette sannsynligvis har betydning for tjenestene som utføres. Flere av sykepleierne gir uttrykk for at de ønsker at leder er mer involvert, men det er også en sykepleier som opplyser at leder er den siste hun eventuelt konfererer med. I den grad sykepleierne opplever at lederne er involvert, omhandler det at lederne ønsker at det skal benyttes færre ressurser. Unntaket er sykepleieren som opplever å ha nok ressurser. Hun opplyser at leder er involvert i utforming av tjenestenes innhold og omfang.

Bente: *«Hvis lederen vår hadde vært mer involvert, kunne vi stilt mer spørsmål ved tjenestene vi gir.»*

Karin: *«Så ressursene er ikke tilstrekkelige til at leder kan delta i så stor grad som kanskje hadde vært nødvendig. Det ser ut som leder leser gjennom vedtakene, men at hun kun går inn i de spesielle sakene.»*

Trine: *«... i verste fall med teamleder. Hun har ikke så mye innsikt i den enkelte pasient og hva vi faktisk gjør ute.»*

### Oppsummering av funn knyttet til ressurser

Det er kun en av seks sykepleiere som opplever å ha nok tilgjengelige ressurser samt at leder er involvert i tildeling av tjenester. De andre sykepleierne oppgir å ha tilstrekkelig med materielle ressurser som hjelpemidler, men at de har mangel på tid til å utføre sine arbeidsoppgaver i tråd med krav og forventninger.

Konsekvensene av det som i hovedsak oppleves som manglende tid, medfører at pasientene ikke får optimale tjenester, men tjenester som er mulige å gjennomføre innenfor eksisterende ressurser. Det betyr for eksempel at underernærte pasienter får næringstilskudd i stedet for at det settes av tid til å øke næringsinnholdet i mat og tilrettelegge for økt matinntak. Oppgaver som ikke utføres ansikt til ansikt med pasienter, prioriteres bort, og dette kan på sikt få betydning for kvaliteten på tjenestene. Dette er oppgaver som for eksempel ernæringskartlegging. Alle pasienter skal ernæringskartlegges, men grunnet tidsmangel er det

de som står i fare for eller som er underernært som blir kartlagt og fulgt opp. Det medfører at pasienter som oppfattes å være i en risikogruppe, ikke kartlegges og følges opp før de eventuelt har kommet i risikogruppen.

Sykepleierne har forsøkt å synliggjøre det de opplever som manglende ressurser, men opplever ikke å bli hørt. For medarbeiderne får manglende ressurser betydning i form av at de strekker seg langt for å kompensere for dette. Grunnet mangel på tid, opplever sykepleierne at ledelsen ikke er involvert i utforming av tjenestene, og at dette kan prege tjenestene.

#### 4.1.3 Samhandling

Tildeling av tjenester beskrives som et samarbeidsprosjekt der alle som gir tjenester, saksbehandler, fagsykepleier og leder er involvert i ulik grad. Det kan også være andre samarbeidspartnere involvert. Samhandling er avhengig av møteplasser for drøfting av ulike faglige spørsmål, og dette påvirkes av organisering og ressurser. I undersøkelsen fremkommer funn som omhandler samhandling. Disse har jeg delt i to underkategorier: «*Formelle møteplasser*» og «*uformell samhandling*», og funnene presenteres i det følgende.

##### Formelle arenaer

Formelle arenaer for samhandling er en del av enhetenes interne struktur, og alle sykepleierne oppgir at de har formelle arenaer i ulik grad og med ulikt innhold. Felles for alle enhetene er at de har minimum to samlinger for ansatte pr vakt. Disse samlingene kalles for rapporter, og foregår på morgenen og etter pause. Det er de som er på vakt som deltar, men det forekommer at ansatte er opptatt med andre oppgaver, og dermed ikke deltar i rapportene. Det varierer om fagsykepleier og leder er med på rapporten. En av sykepleierne oppgir at de har tre samlinger i løpet av dagen. Det fremkommer ikke i undersøkelsen om enhetene har formelle arenaer på kvelder og helger.

Karin: «*Rapporten er en del av våre daglige rutiner – døgnrytmeplanen.*»

Det er ulikt innhold i rapportene. Det er mest fokus på logistikk – hvem skal gjøre hva, men noen oppgir at det er noe rom for refleksjoner og kompetansedeling. Innholdet i rapportene begrenses av tilgjengelig tid, og for en av enheten, lokalet de har.

Siri: «Vi har en slags rapport, men det er en stille rapport. Da leser vi kun på de pasientene vi skal til der og da. Vi er mange mennesker på et rom så det er begrenset hva du kan ta opp.»

Lise: «Vi tar opp situasjoner som er vanskelig eller som har fungert bra som vi kan dra litt nytte av alle sammen. Kanskje noen kan komme med gode råd hvis det er litt vanskelig?»

En av enhetene oppgir å ha andre formelle møter som sykepleiermøter, personalmøter, teammøter og refleksjonsmøter. Her tas det opp ulike faglige spørsmål, og det er rom for både faglig og etisk refleksjon. De andre enhetene har i liten grad andre formelle møter bortsett fra personalmøter og spredte sykepleiermøter. På personalmøter oppgir det at det er svært lite fokus på fokus på retningslinjer for tildeling, standard og skjønnsutøvelse. Også på disse møtene, unntatt personalmøter, er det vanligvis de som er på jobb som deltar siden det ikke gis kompensasjon for deltagelse utenom arbeidstid. Fra sykepleierne som også er saksbehandlere gis det uttrykk for at det er ønskelig med møteplasser på tvers av enheter.

Karin: «Man skulle hatt noen flere å diskutere sakene med.»

### Uformell samhandling

Det fremkommer at fem av sykepleierne savner flere møteplasser for drøfting av faglige spørsmål. Det oppleves at de formelle møteplassene er for få til at det dekker de ansattes behov. Det er en felles oppfatning hos alle sykepleierne at faglige drøftinger er essensielt både for kvaliteten på tildelingen og kvaliteten på tjenestene, og at erfaringsutveksling og refleksjon er et gode for ansatte og pasienter. Dette er i overensstemmelse med funn presentert i tidligere avsnitt.

Siri: «Jeg føler det er veldig lite både tid og rom for faglige diskusjoner og refleksjoner.»

Bente: «Vi har bare den såkalte rapporten, ingen andre møter for drøftinger.»

Samtidig oppgir alle at de har mye faglige drøftinger i det daglige utenom de formelle møteplassene, men drøftingene er preget av begrenset med tid og at det skjer med den du kan få tak i der og da. Det drøftes i hovedsak med kollegaer, men fagsykepleier er også en sentral drøftingspartner i alle enhetene. I tillegg oppgir to av sykepleierne at de ved behov, drøfter saker med ansatte i andre enheter. Dette er ansatte som sykepleierne oppfatter har mer kompetanse enn dem innenfor ulike felt slik som rus, psykiatri og saksbehandling.

Bente: «Vi drøfter faglige spørsmål hele tiden. Det skjer i rapporten og så skjer det gjennom dagen dersom det er et eller annet.»

Lise: «For nå blir det sånn at du griper tak i dem i gangen.»

### Oppsummering av sentrale funn knyttet til samhandling

En sykepleier skiller seg ut ved å oppleve å ha nok formelle møteplasser innad i enheten til å dekke behovet for faglige drøftinger, men denne sykepleieren i likhet med flere av de andre sykepleierne, savner formelle møteplasser på tvers av enheter for å oppnå likere tjenester samt muligheter til å drøfte saker med andre.

De resterende sykepleierne opplever mangel på formelle møteplasser, både pga tid og muligheter. Felles for alle er samlinger i løpet av dagen der de ansatte som har tid og mulighet deltar, men her er fokuset i hovedsak logistikk.

Sykepleierne er enige om at faglige drøftinger er viktige, og på tross av mangel på formelle møteplasser, velger de å ta seg tid til dette i en travel arbeidsdag. De drøfter med den eller de som er tilgjengelige når de har behov for det. Dette gir drøftingene er uformelt og tilfeldig preg, og det kan stilles spørsmål ved i hvilken grad resultatet av drøftingene, blir bindende og kjent for alle ansatte. De drøfter i hovedsak med hverandre og fagsykepleier, men ved behov kontakter de også ansatte i andre enheter som innehar mer eller annerledes kompetanse enn de selv har.

## **4.2 Skjønn**

Det er forventet at sykepleiere skal utøve skjønn. Først og fremst som representanter for sin profesjon, men i denne kommunen også som utøvere av offentlig myndighet – tildeling av tjenester. Skjønnsutøvelsen foregår innenfor et handlingsrom som blant annet defineres av lover og regler. Hensikten med dette kapittelet er å belyse sykepleiernes forhold til skjønnsutøvelsen og om og hvordan dette påvirker tjenestenes innhold og omfang, altså å besvar mitt forskningsspørsmål 2: Hvordan praktiseres utøvelsen av skjønn? Jeg vil vise de funn som har kommet frem i undersøkelsen som omhandler skjønn og skjønnsutøvelse. Jeg har på bakgrunn av funnene definert to deskriptive kategorier: «Regler som gir rammer for skjønnsutøvelsen» og «vurderinger» som beskrives i underkapitler.

#### 4.2.1 Regler som gir rammer for skjønnsutøvelsen

Lover og regler med på å gi rammer for skjønnsutøvelsen både den forvaltningsmessige og den faglige. Sykepleieren må forholde seg til nasjonale lover, forskrifter, rundskriv osv samt interne retningslinjer og standarder i sitt daglige virke som sykepleier. I dette kapittelet vil jeg presentere de funn som kategoriseres som regler. På bakgrunn av de empiriske funn har jeg definert tre underkategorier: «*Juridiske rammer*», «*interne retningslinjer*» og «*muligheter*».

##### Juridiske rammer

Skjønnsutøvelsen er blant annet begrenset av et sett av lover, blant annet Lov om helsepersonell, lov om helse- og omsorgstjenester i kommunen og pasient- og brukerrettighetsloven. Lovverket definerer rettigheter og plikter for pasienter og brukere samt for helsepersonell, men gir liten informasjon om konkrete tjenesters innhold og omfang.

Flere av sykepleierne har tanker om pasientenes rett til forsvarlige tjenester og rett til ikke å motta tjenester hvis du ikke ønsker, men det kan se ut som om de ikke opplever at lovverket er med på å definere pasientens rett til tjenester. Det kan se ut som om de er mest opptatt av pasientens behov. Det er dog tre av sykepleierne som er tydelige på at lovverket er en del av skjønnsutøvelsen. To av disse viser også til at pasientene har rett til informasjon om sine rettigheter.

Lise: «*Da prøver jeg å gjøre noe med det slik at de skal få det de har krav på i hvert fall.*»

Karin: «*Vi tildeler etter lover og regler, og det er helt avgjørende at min leder har tillit til at vi gjør det.*»

##### Interne retningslinjer

Kommunen har interne retningslinjer for tildeling av tjenester og beskrivelse av tjenestestandard. Disse er skriftliggjort, og er en del av kommunens internkontrollsystem. Fem av sykepleierne oppgir at de er kjent med kommunens interne retningslinjer, og av disse gir fire uttrykk for at de brukes inn i skjønnsutøvelsen.

Mette: «*Jeg har alltid med meg kommunens retningslinjer og standard.*»

Sykepleieren som er kjent med retningslinjene, men som ikke benytter dem i skjønnsutøvelsen, gir uttrykk for at det har vært en endring i de interne retningslinjene. Endringene har etter hennes mening ført til mer uklarhet i rammene for tildeling av tjenester og endret terskelen for å få tildelt tjenester. Hun har inntrykk av at tidligere standarder ikke lenger gjelder, og at det er uklart hvilken standard som nå er gjeldende. Det oppleves dersom som utfordrende å benytte retningslinjene i skjønnsutøvelsen.

Bente: *«Det er litt rotete. Før har vi ikke hatt tilsyn, nå skal vi ha tilsyn. Vi kan ikke si nei.»*

En sykepleier oppgir at hun ikke er kjent med retningslinjene, og at hun dermed ikke har opplevd at retningslinjene kan være i strid med egne faglige vurderinger. Hun oppfatter at det skal være individuell tilpasning, og at selv om arbeidsgiver mulig har noen retningslinjer så er hun der for pasienten. Samme sykepleier oppgir også at hun bestemmer hvilke tjenester pasienten skal få, men at hun ikke tildeler tjenester.

Siri: *«Jeg er ukjent med kommunens standard og retningslinjer for standard.»*

### Muligheter

Alle sykepleierne er tydelige på at det er rom for individuelle tilpasning av tjenester, både de som er kjent med retningslinjene og de som ikke er. Den individuelle tilpasningen oppleves som helt nødvendig for at pasienten skal få forsvarlige tjenester. Dette kan se ut til å være et uttrykk for at det faglige sykepleierskjønnet går foran det forvaltningsmessige skjønn.

Trine: *«Med god grunn er det rom for å gå utenom standard. Det kan være veldig unge pasienter som er vant til å dusje ofte eller pasienter som har mye lukt. Da kan de få hjelp til dusj utover standarden på en gang i uken.»*

Flere av sykepleierne gir uttrykk for at det nå er en målsetting at flere pasienter skal bo hjemme, og at dette krever mer tilpassede tjenester enn tidligere. Det gir større muligheter for å gå utover standarden. Retningslinjene oppleves dermed mer å være retningsgivende enn bestemmende.

Mette: *«Det er jo noen overordnede mål eller retningslinjer om at alle skal bo hjemme, og da blir det hovedmålet, og det er rom for å tilpasse tjenestene til den enkeltes behov og situasjon.»*

Samtidig sier flertallet av sykepleierne at de individuelle behovene tillegges størst vekt, og at retningslinjene ikke tas hensyn til i noen særlig grad. Dette kan være et uttrykk for at sykepleierne opplever at retningslinjene legger opp til individuell tilpasning av tjenestene.

Lise: *«Jeg tenker ikke så mye på standarden egentlig.»*

Siri: *«Jeg har ikke opplevd konflikter mellom regelverk og mine faglige vurderinger, men det er kanskje fordi jeg er lykkelig uvitende om regelverket.»*

### Oppsummering av sentrale funn knyttet til regler som gir rammer for skjønnsutøvelsen

Mine empiriske funn tyder på at det er lite bevissthet/bruk av formelle lover inn i skjønnsutøvelsen selv om dette varierer i noen grad mellom sykepleierne. Ingen av sykepleierne gir uttrykk for at lover og regler også kan begrense pasientens rett til tjenester. Kommunens interne retningslinjer og standard er i ulik grad kjent for sykepleierne, fra den som ikke er kjent med disse til de som er godt kjent med dem. Blant de som er kjent med disse, varierer det i hvilken grad retningslinjer og standard benyttes i skjønnsutøvelsen. For noen oppleves retningslinjene og standarden som uklar, og at de ikke gir rammer for skjønnsutøvelsen, men heller gir uttrykk for at det ikke kan gis avslag på søknad om tjenester. For andre er retningslinjer og standard styrende for tildeling av tjenester. Retningslinjene gir rom for individuelle tilpasninger av tjenestene, noe som oppleves som helt nødvendig for at pasientene skal få forsvarlige tjenester. Forsvarlige tjenester er en forutsetning for at målsettingen om at flere skal bo hjemme kan oppfylles.

Samtidig som retningslinjene er kjent og tatt i bruk, kan funnene tyde på at når skjønnen skal utøves, spiller både lover og interne retningslinjer en mindre rolle. Dette kan variere mellom sykepleierne, men de har til felles at det er pasientens behov som er styrende.

Sykepleierne gir uttrykk for at de i større grad enn tidligere kan tilpasse tjenestene til pasientens behov så lenge det støtter opp under målsettingen om at flere skal bo hjemme lenger.

#### 4.2.2 Vurderinger

Skjønnsutøvelse handler om å fatte beslutninger innenfor et handlingsrom. Innhentede opplysninger analyseres og tolkes og det avveies mellom ulike hensyn. I kommunen starter



innhenting av opplysninger fra den første henvendelsen om behov for bistand, og varer helt til det skriftlige vedtaket er fattet. Alle som yter tjenester deltar innhenting av opplysninger, og det legges vekt på å få frem det spesielle i hver enkelt situasjon. Opplysningene vurderes fortløpende av den som yter tjenester, men også senere av sykepleiere og saksbehandler.

Lise: *«Det er gjerne den som er der som vurderer informasjonen.»*

Trine: *«Jeg vurderer hva pasienten har lyst til. Det er jo hva han trenger hjelp til, hva han klarer og ikke klarer selv. Det er ganske mye som kan påvirke sånn som bosituasjonen, hva de har av pårørende, nettverket rundt.»*

En viktig kilde til informasjon er pasienten selv og pårørende. Brukermedvirkning er lovpålagt, og det kan knapt sies å være skjønnsutøvelse om man ikke sørger for at pasient, eventuelt pårørende, kan medvirke i utforming av tjenestenes innhold og omfang. Sykepleierne oppgir at de innhenter informasjon fra ulike kilder: pasient, pårørende, lege, sykehus, helsehus mm. Det kan se ut som om pasientens medvirkning i første omgang sikres i førstegangsbesøket og kartleggingsbesøket. Samtidig kartlegges pasienten over en periode, men det kommer ikke klart frem av empirien i hvilken grad pasient og pårørende medvirker i dette. Det opplyses i skriftlige vedtak hvor informasjonen er innhentet fra. Pårørende kan delta på førstegangsbesøk og kartleggingsbesøk dersom pasient og pårørende ønsker det.

Mette: *«Det fremkommer i vedtaket hvordan opplysningene er innhentet.»*

Sykepleierne legger vekt på pasientens opplevde behov, også når pasientens opplevelse ikke er i tråd med pårørende eller leges oppfatning. Det kan synes som om sykepleierne har et helt klart pasientfokus, men at det hender, særlig når pasienten er dement, at de gir tjenester for å avlaste pårørende selv om pasienten ikke ønsker å motta hjelp. En av sykepleierne opplever at dersom pårørende krever tjenester, skal det mye til for at pasienten ikke får tjenester til tross for at sykepleieren ikke mener det er grunnlag for tjenester i det omfang pårørende krever.

Bente: *«Vi prøver så godt vi kan å se det fra pasientens side, og ikke alle andres, men det er alltid unntak.»*

Siri: *«Vi bruker jo den om at vi ikke har lov til å tvinge oss inn på noen som ikke vil ha hjelp, som er samtykkekompetente. Da kan vi ikke overskride det. Det hjelper ofte å forklare det, men det er alltid noen som ikke blir helt fornøyde.»*

Opplysninger fra pårørende tas med i skjønnsutøvelsen, men i de tilfeller sykepleierne oppfatter at pasienten er samtykkekompetent og at tjenestenes innhold og omfang er forsvarlige sett fra sykepleierens side, vektas pasientens mening høyest. I de tilfeller sykepleierne opplever at pasienten tar valg som fører til uforsvarlige tjenester, i hovedsak ved demenssykdom, vektas andres mening høyest.

*Karin: Hvis pasienten er klar og orientert og alt tilsier at tjenestene vi gir er tilfredsstillende, så må vi jo først og fremst høre på pasienten.»*

*Bente: «Hvis pasienten er klar og orientert, hører vi på pasienten. Hvis pasienten er dement, hører vi mer på pårørende.»*

*Siri: «Man må forholde seg til pasienten, og det er veldig få pasienter som ikke er samtykkekompetente. Vi kan selvfølgelig prøve å påvirke i riktig retning.»*

I tråd med nasjonale og kommunale føringer, kartlegger sykepleierne pasientens ressurser. De har fokus på pasientens ressurser og hverdagsmestring for å tilpasse tjenestene slik at pasienten blir mest mulig selvstendig. Samtidig er det et overordnet mål om at pasienten skal kunne bo hjemme. Hverdagsmestring, målsettingen om at pasienten skal bo hjemme og opplysninger om pasientens funksjonsnivå veies opp mot hverandre, og men flere av sykepleierne gir likevel uttrykk for at det gjøres en streng prioritering av hvem som skal få tjenester og tjenestenes innhold og omfang.

*Trine: «Det er hard prioritering. Det er lange sjekklister i forhold til hvor mye tjenester den enkelte skal få. Samtidig har vi mange som ikke passer inn, og hvor vi må tenke veldig utenfor boksen for å kunne gi dem nødvendig helsehjelp.»*

*Siri: «Hverdagsmestring er slik vi egentlig skal jobbe alle sammen, at vi skal gjøre alt for at pasienten skal mestre selv.»*

*Mette: «Vi har et opplæringsansvar som kommer frem i vedtaket.»*

Sykepleierne tillegger sine egne faglige vurderinger stor vekt. Sykepleierne har tiltro til egen kompetanse, og iverksetter tjenester de mener er forsvarlige. Samtidig gir det trygghet at flere vurderer samme pasient. Flertallet av sykepleierne opplever å gjøre vurderinger i fellesskap, og at det som regel oppnås enighet om tjenestenes innhold og omfang. Det kan se ut som om felles vurderinger resulterer i lik tildelingspraksis. De opplever å få støtte fra hverandre når de tar beslutninger om tjenestenes innhold og omfang.

Siri: *«Jeg stoler såpass på meg selv at det kan jeg faktisk si noe om.»*

Mette: *«Vi gjør ikke vurderingene alene.»*

Trine: *«Jeg tror sykepleierne og helsefagarbeiderne jobber veldig likt, vi tenker likt når det gjelder tildeling og avslutning av tjenester.»*

I mange tilfeller opplever sykepleierne at det kan være vanskelig å komme frem til riktig omfang og innhold. Ved usikkerhet om dette, gis det av og til mer hjelp for en periode, og sykepleierne drøfter saken med kollegaer, med fagsykepleier, med leder og med andre utenfor som oppleves å ha mer ekspertise på feltet.

Mette: *«Der jeg er usikker kan vi sikre oss litt, vi gir tjenester frem til behovet er klart. Vi ser at hvis de får mye hjelp, og god hjelp, de første dagene, så går det som oftest best.»*

Lise: *«Der vi er uenige oss imellom, går vi videre til å snakke med noen andre som har mer ekspertise og hører hva de mener om det.»*

#### Oppsummering av sentrale funn knyttet til vurderinger

Sykepleierne og alle som gir tjenester, vurderer og endrer tjenestenes i takt med pasientens behov. Dette gjøres kontinuerlig i kartleggingsfasen. Det endelige innholdet og omfanget av tjenestene besluttet av sykepleierne og saksbehandlerne i fellesskap, bygget på opplysninger innhentet i kartleggingsfasen.

Sykepleierne innhenter opplysninger fra ulike kilder, men det er først og fremst pasienten selv som høres. Om pasienten ønsker det eller ikke er klar og orientert, medvirker pårørende sammen med eller på vegne av pasienten. Ved behov innhentes det bistand fra andre med mer kompetanse på feltet. Pasientens ressurser er i fokus ved skjønnsutøvelsen, og i møtet med pasienten kan det se ut som om de individuelle forholdene og sykepleierens faglige skjønn, har størst plass.

Der sykepleierne er usikre på tjenestenes innhold og omfang, gis det gjerne mer hjelp enn det sykepleierne opplever er nødvendig i en periode frem til de mener å ha godt nok grunnlag til å beslutte innhold og omfang.

### 4.3 Strategi for håndtering av krav og forventninger

I en hverdag preget av knappe ressurser og stor etterspørsel etter helsetjenester, utvikler sykepleierne strategier for å håndtere dette spennet. Hensikten med dette kapittelet er å presentere de funn som har fremkommet i min undersøkelse, som viser hvilke strategier sykepleierne tar i bruk. Gjennom denne presentasjonen vil jeg bevare mitt forskningsspørsmål 3: Hvilke strategier benyttes for å håndtere krav og forventninger? De empiriske funn presenteres i tre deskriptive kategorier: «*Arbeidsbelastning*», «*krav*» og «*roller*».

#### 4.3.1 Arbeidsbelastning

Funn i undersøkelsen samt tidligere forskning viser at sykepleierne i hjemmetjenesten har en arbeidshverdag preget av høyt arbeidstempo og mangel på tid til å utføre alle arbeidsoppgavene de er ment å gjøre. I dette delkapittelet vil jeg presentere funn som beskriver hvilke strategier ansatte benytter seg av for å mestre krav og forventninger. Dette presenteres i to underkategorier: «*Prioriteringer*» og «*strategier*».

##### Prioriteringer

Sykepleierne beskriver at de ikke skal tenke på tilgjengelige ressurser når de tildeler tjenester, men at dette likevel er med på å prege omfang og innhold i tjenestene. De beskriver at de iverksetter tjenester som er helt nødvendige, men som holdes på et minimum. I perioder med høy arbeidsbelastning oppgir sykepleierne at de foretar en strengere vurdering av tjenestenes innhold og omfang.

Lise: «*Det er klart at hvis det er som verst trykk og mye å gjøre så tenker man jo litt på om vi har tid til det her selv om vi må på en måte gjøre det. Vi kan ikke nekte å gi folk tjenester fordi vi har lite folk på jobben, men det blir til at man tenker ekstra på om de trenger tjenesten.*»

Karin: «*Vi prøver å begrense tidspunktene eller tilpasse dem til arbeidssituasjonen her.*»

Trine: «*Vi har lært at vi må bli ganske strenge på det her med å hjelpe dem.*»

Denne begrensningen i tjenestenes innhold og omfang, oppfattes også som problematisk for flere av sykepleierne. Flertallet av sykepleierne ser ut til å mene at ulikheter i tildelingspraksis innenfor egen enhet, er forårsaket av ulik oppfatning av hva som er nødvendige tjenester, altså at det er personavhengig. Tjenestenes innhold og omfang kan også begrenses der hvor det ikke foreligger tilstrekkelige opplysninger som grunnlag for beslutninger om tildeling av tjenester.

*Trine: «Noen tenker på ressurser, og klarer å innsnevre det til et helt minimum. Tror at tjenesten påvirkes av at man har fokus på ressursbruk og tid. Slik får brukeren litt mindre tid og litt mindre hjelp, og det tror jeg ikke alltid er heldig for jeg tror det forlenger behovet for hjelp.»*

*Mette: «Det er der vi er litt knipne, får litt feil opplysninger som har gjort at vi gjøre feil de første dagene, at det går litt på tverke.»*

Flere av sykepleierne mener at det at de tildeler tjenester de selv skal utføre, påvirker deres prioriteringer. Av og til i negativ retning for pasienten, men som regel i retning av at pasienten får bedre tjenester. Flertallet av sykepleierne gir uttrykk for at de selv eller kollegaer kan tildele tjenester utover det de vurderer at pasienten faktisk trenger. Dette bunner i at de kjenner pasient og/eller pårørende eller at de synes synd på pasienten. Dette gjør det mindre følelsesmessig utfordrende å møte pasient og pårørende, men fører samtidig til en høyere arbeidsbelastning.

*Bente: «Jeg blir personlig påvirket av at jeg tildeler tjenester jeg selv skal utføre. Hvis jeg synes synd på deg, kjenner deg eller et eller annet, kan det påvirke hvilke tjenester jeg gir. Slik at jeg gir mer tjenester. Kan sikkert slå andre veien også.»*

### Strategier

Flertallet av sykepleierne oppgir at en streng tildelingspraksis ikke er tilstrekkelig for at de skal klare å håndtere arbeidsbelastningen de opplever. De tar derfor i bruk andre strategier. Noen velger å delegerer deler av sine arbeidsoppgaver til andre medarbeidere, men andre velger å gjøre oppgavene selv da de opplever at det er enklere samt at de er sikre på at oppgavene blir utført. En av sykepleierne oppgir at hun bruker kortere tid hjemme hos pasienten, mens en annen sykepleier i samme enhet, ikke kan forstå at det er mulig å bruke kortere tid hjemme hos pasienten. Disse to sykepleierne beskriver også at i dere enhet må de

ofte utføre arbeidsoppgaver som man skal være to for å utføre, alene. En sykepleier oppgir at hun tror at arbeidsgruppen som helhet i enkelte tilfeller velger å iverksette tiltak som er gode nok, men ikke nødvendigvis de beste. Hvilke strategier som benyttes, varierer mellom sykepleierne, men flertallet av sykepleiere velger å prioritere bort arbeidsoppgaver ved høy arbeidsbelastning.

Trine: *«Hvis vi har dårlig tid, vil vi bruker kortere tid på oppgavene, og ikke alltid komme til den tiden som er mest heldig. Kanskje ikke ha tid til å prate med pasienten og pårørende om ting som er nødvendige.»*

Bente: *«Hvis pasienten er i fare for underernæring, velger vi å gi næringstilskudd i stedet for å se på andre tiltak som øke inntaket av vanlig mat. Det kan hende at det handler om at det er enklest for oss. Det går mindre tid, og vi bruker mindre ressurser.»*

Trine: *«Det er sjelden vi har tid til å være to hos disse tunge stellpasientene våre.»*

To av sykepleierne gir uttrykk for at hele ansattgruppen eller enkeltansatte kan ta beslutninger om å avslutte eller redusere tjenester. Dette kan være fordi pasienten oppleves som utfordrende eller på grunn av manglende kompetanse.

Mette: *«Det kan være noen som velger ikke å gi tjenester til enkeltpasienter eller i enkeltsituasjoner. Det påvirkes av kompetanse, det at man ikke tenker at det er tjenester, at det ikke er viktig, at man kvier seg, at man har dårlige opplevelser, et hav av årsaker.»*

Karin: *«Hvis det er en pasient som er utfordrende, kan man være kjappere til å avslutte ting eller at man bruker mindre tid der.»*

### Oppsummering av funn knyttet til arbeidsbelastning

Flertallet av sykepleierne tar i bruk ulike strategier for å håndtere arbeidsbelastningen. Sykepleierne oppgir at de selv og andre kan velge å redusere eller avslutte tjenester, prioritere bort arbeidsoppgaver, jobbe raskere, delegere arbeidsoppgaver til andre samt velge pasientrettede løsninger som er gode nok, men ikke best. Hvilke strategier som tas i bruk, er personavhengig samt avhengig av opplevelsen av arbeidsbelastningen. Opplevelsen av tilgjengelige ressurser påvirker sykepleiernes tildelingspraksis, og i perioder med opplevelse av høy arbeidsbelastning, blir tildelingspraksisen strengere. Mestringsstrategiene og

tildelingspraksisen oppleves som problematisk for flere av sykepleierne da det gir urettferdige tjenester. Både tildelingspraksis og andre strategier er personavhengige.

Flere av sykepleierne mener at tildeling av tjenester kan påvirkes av at sykepleierne selv skal utføre tjenestene de tildeler og at sykepleierne kjenner pasient og/eller pårørende eller de synes synd på pasienten. Dette fører i hovedsak til mer omfattende tjenester, og er positivt for pasienten, men fører til høyere arbeidsbelastning.

#### 4.3.2 Krav

Sykepleierne stilles daglig ovenfor krav og forventninger. I dette delkapittelet vil jeg beskrive funn som viser krav og forventninger sykepleierne blir stilt ovenfor i sin arbeidshverdag. I dette delkapittelet presenterer jeg funn knyttet til krav og forventninger i to underkategorier: «*Krav fra mottakere av tjenester*» og «*arbeidskrav*».

##### Krav fra mottakere av tjenester

Jeg har valgt å definere mottakere av tjenester som pasienter og pårørende. Ut fra funnene ser det ut som om sykepleierne ikke opplever krav fra pasientene som en utfordring, men at krav fra pårørende er en desto større utfordring. Det fremkommer ikke om pasientene kommer med krav, men at det ikke er en utfordring å håndtere, eller om pasientene faktisk ikke kommer med krav. Samtidig opplever flere av sykepleierne at det kan være vanskelig når pasientene har blitt forespeilet tjenester som sykepleierne ikke finner grunnlag for å tildele. Det kan være flere årsaker til at pasientene ikke presenterer krav blant annet forventninger til pasientrollen samt at særlig de eldre pasientene har lite forventninger til hjelp. En av sykepleierne kommer inn på dette da hun beskriver at nye pasientgrupper er på vei inn i hjemmetjenesten, og at de stiller andre krav til standard på tjenestene.

*Karin: «I noen tilfeller er det vanskelig å forholde seg til kravene fra pasienter og pårørende, men ofte er det vanskeligere med pårørende enn selve pasienten. At det er pårørende som krever mye mer enn både det pasienten og vi har vurdert at han trenger.»*

*Siri: «Andre ganger har pårørende urealistiske krav og forventninger.»*

To av sykepleierne opplever at pårørendes krav og forventninger ofte bunner i manglende informasjon og kontroll, og når sykepleierne fanger opp dette, går det greit å

avklare/imøtekomme pårørendes krav. En annen sykepleier medgir at hun i møte krav, kan gi etter for kravene, men at hun søker hjelp hos leder eller utenfor teamet slik at hun kan sette seg selv i stand til å møte press fra andre. Hun oppgir også at der hun gir etter for krav fra pasienter og pårørende, vil kollegaene raskt komme på banen for å korrigere tildelingen.

Siri: *«Hvis det er konflikter mellom ulike forventninger, må man sette seg ned og prate om det. Spørre om hvilke forventninger de har, og si litt om hva vi har anledning til å gi. Så lander man jo de sakene ganske greit.»*

Mette: *«Jeg kan nok gi litt etter når det blir konflikt mellom ulike krav.»*

To andre sykepleiere opplever det som mer utfordrende å møte pårørendes krav. En av disse opplever også at kommunens retningslinjer er flytende, og at de ikke gir hjelp når tjenestenes innhold og omfang skal besluttes.

Bente: *«For det pårørende sier, er pårørendes lov, og de får viljen sin.»*

Lise: *«Det er noen diskusjoner som er tøffere enn andre så jeg liker at vi er enige om det. Jeg har ikke lyst til å stå alene om det vi har besluttet.»*

### Arbeidskrav

Sykepleierne sier at de opplever lite krav kollegaer imellom. Det kan forekomme uenigheter om hva som skal gjøres og hvor lang tid det skal ta samt der hvor sykepleierne føler at tiltak ikke har blitt fulgt opp slik som planlagt, men i hovedsak er forholdet mellom kollegaene preget av enighet. Samtidig sier flere av sykepleierne at kollegaer forventer at de skal gi reelle tjenester som pasienten faktisk har behov for, og at de får tilbakemelding dersom de tildeler tjenester utover hva arbeidsgruppen mener er tilstrekkelig. Dette kan være et uttrykk for at enheten har en standard for tjenester. Denne kan være forankret i kommunens retningslinjer eller i uuttalte regler innad i arbeidsgruppen

Mette: *«Jeg opplever ikke krav fra kollegaene. Jeg opplever det som at vi kommer til noe via drøftinger.»*

Bente: *«at det skal være til pasientens beste, og at det skal være reelle, at man ikke gir tjenester uten at det er noe behov for det.»*



Alle sykepleierne opplever at det er krav om at de skal komme til gode løsninger i tjenesteytingen. Samtidig skal det benyttes minst mulig ressurser for å realisere de gode løsningene. Flertallet av sykepleierne opplever at de ikke har mulighet til å imøtekomme ledelsens krav grunnet ressursmangel. I henhold til kommunens retningslinjer skal pasienter benytte seg av andre helsetjenester enn hjemmetjenesten dersom de kan oppsøke de andre helsetjenestene. Tildeling av tjenester på tross av dette, medfører av og til at ledelsen stiller spørsmål ved tildelingen. Dette oppleves som at ledelsen ikke har innsikt, og at de stiller krav som ikke er til pasientens beste.

Trine: *«Jeg opplever krav i forhold til tildeling. Opplever at vi skal holde det på et minimum.»*

Siri: *«Det er liten forståelse fra ledelsen for at ting tar tid.»*

Bente: *«Nå har vi vært på ernæringskurs, og jeg kan ikke fatte og begripe hvordan vi skal klare å få det til.»*

To sykepleiere opplever ledelsen som forholdsvis fraværende, og i de tilfellene de kommer med krav, velger sykepleierne likevel å gjøre det de synes er best.

Bente: *«Leder møter nok en del motstand fra oss hvis vi mener noe annet enn hun gjør, og vi gjør som vi synes er best.»*

### Oppsummering av funn knyttet til krav

Sykepleierne opplever at det er høye krav og forventninger til deres yrkesutøvelse. Det er krav om innhold og omfang av tjenester for eksempel antall besøk, at de skal gi reelle tjenester begrunnet i pasientens behov og minimering av ressursbruk for eksempel om pasienten kan benytte seg av andre helsetjenester. Kravene kommer fra dem selv, arbeidsgiver, kollegaer og pårørende, og de oppleves ikke som en utfordring før sykepleierne opplever at de ikke kan møte dem. Da vil enkelte krav gi følelsesmessige utfordringer samt føre til at enkelte arbeidsoppgaver blir prioritert bort.

Alle sykepleierne oppgir at de opplever krav i møtet med mottakere av tjenestene. Det er i hovedsak krav fra pårørende som oppleves som utfordrende, men flere av sykepleierne sier samtidig at det kan være følelsesmessig vanskelig når de må avslå tjenester som pasienten er lovet fra andre, for eksempel sykehus.

Det er ulike strategier for håndtering av krav fra pårørende. Noen gir informasjon og avklarer forventninger, og opplever at dette løser utfordringene. Andre gir etter for kravene, men da oppstår gjerne krav fra kollegaer som mener tildelte tjenester går utover det som er nødvendig, og at tjenestene må avsluttes/reduceres. Noen opplever at pårørende skal få det de krever, men alle er enige om at det er lettere å møte krav fra pårørende når arbeidsgruppen har fattet beslutning om tjenestene i fellesskap.

Ledelsen oppleves i stor grad som fraværende, men det oppleves som et krav at sykepleierne skal komme til gode løsninger. Det kan se ut som om sykepleierne mener at for ledelsen betyr dette at det skal brukes minst mulig ressurser. Ledelsen kan som et ledd i dette, stille spørsmål ved tildeling av enkelte typer tjenester. Dette møtes med argumenter for tildelingen, og særlig en av sykepleierne oppgir at de gjør det de mener er best på tross av ledelsens krav.

#### 4.3.3 Roller

Sykepleierne innehar mange ulike roller. Noen roller er knyttet til arbeidslivet slik som rollene som sykepleier, arbeidstaker og kollega. Andre er knyttet til privatsfæren, men kan få betydning for arbeidssituasjonen. Dette kan være roller som venn, pårørende, mor osv. De ulike rollene kan komme i konflikt med hverandre og skape utfordringer som sykepleieren må håndtere. Jeg vil her presentere mine funn knyttet til sykepleiernes roller i to underkategorier: «*Rolleoverbelastning*» og «*rollekonflikt*».

##### Rolleoverbelastning

Som tidligere vist, opplever de fleste sykepleierne at de har mangel på tid. Sykepleierne kommer i dilemmaer mellom det som er forventet av dem og det de faktisk får tid til å utføre. Det vil si at de totale kravene de opplever er for store til at sykepleierne kan utføre rollen sin tilstrekkelig. Dette medfører at de unnlater å gjøre oppgaver som de selv eller andre mener kan vente samt at de skyver ansvaret for oppgaver over på andre medarbeidere, for eksempel teamleder eller saksbehandler. Dette medfører konsekvenser for sykepleieren, kollegaer og/eller pasienter.

Bente: «*Det er ting som ikke blir gjort. Du bare redder dagen. Det er det vi driver med i hjemmesykepleien. At vi gjør unna det viktigste. Så får vi prøve igjen i morgen.*»

Trine: *«Vi er kjappe med å minske tid og ta bort besøk fra folk fordi vi vet at vi ikke har tid til å gjøre ting som de ikke trenger.»*

Alle sykepleierne beskriver at de opplever det vanskelig ikke å ha tid til å utføre det som er forventet av dem, men at de får det til fordi mange strekker seg langt, og fordi de som er på jobb, hjelper hverandre. Sykepleierne tar et personlig ansvar for at pasientene skal bli ivaretatt. Samtidig opplever flere av sykepleierne dårlig samvittighet på grunn av konsekvensene det medfører at de ikke makter å gjennomføre alle sine arbeidsoppgaver.

Trine: *«Jeg føler at vi gir kjempemye på jobben, og egentlig jobber 200 % hele dagen. Vi hiver oss rundt og prøver å finne løsninger på ting, og prøver å gjøre alt bra hele tiden. Det er litt slitsomt.»*

Siri: *«Vi kommer stort sett i mål selv om det kan ta en uke eller to før vi får landet ting, men jeg tror det går på fleksibilitet og den enkeltes vilje og evne til å få til ting. Det er veldig personavhengig.»*

### Rollekonflikt

Sykepleierne opplever at de stilles ovenfor ulike typer krav som kan være umulige å forene. Dette kan være fordi pårørende og ledelsen har motstridende forventninger. Det kan også være at kravene sykepleieren opplever er uforenelig med egne krav, men dette kommer ikke tydelig frem i undersøkelsen.

Konflikt mellom ulike roller oppleves og håndteres ulikt. Alle sykepleierne opplever at tildelingen av tjenester er personavhengig, og at de selv eller kollegaer er strenge eller snille når de tildeler tjenester. Det kan føre til at pasienten får både mer eller mindre tjenester. Sykepleierne blir følelsesmessig påvirket av ulike grunner. De synes synd på pasienter, de blir kjent med pasienten, de opplever et press fra pårørende og/eller de har forventninger til seg selv.

Bente: *«Det er kanskje ikke faglig grunnlag for at hun skal ha hjelp, men så synes du synd på henne. Så blir følelsene dine involvert, og det blir tildelt tjenester.»*

Mette: *«Jeg tror man kan gi mer eller mindre tjenester hvis man kjenner brukeren. Jeg tror at det påvirker både hvilke tjenester du gir og omfang av tjenester, det at du går der over tid og*

*får et personlig forhold til pasienten. Men det gjør også den personligheten du kommer med som profesjonell utøver.»*

*Lise: «Jeg føler vel at det er noen som får litt mer enn andre. Kanskje fordi de har sterke pårørende?»*

Arbeidsgiver forventer at sykepleierne skal tildele tjenester i henhold til retningslinjer og faglig skjønn. Det kan bety at pasienten får mye hjelp i en startfase, og at hjelpen reduseres ettersom sykepleierne vurderer at behovet endres. Sykepleierne gir uttrykk for at en del pasienter og pårørende ikke er fornøyd med dette, og at rollene som sykepleier og medarbeider kommer i konflikt med hverandre.

*Bente: «Nå skal vi sette inn alt av tjenester fort og så trekke oss ut, men det er vanskelig å trekke seg ut igjen.»*

#### Oppsummering av sentrale funn knyttet til roller

Sykepleierne opplever rollepress, særlig på grunn av rollekonflikter og rolleoverbelastning. Rollepresset har bakgrunn i krav og forventninger fra dem selv, kollegaer, arbeidsgiver og pårørende. For eksempel forventer arbeidsgiver at sykepleierne skal iverksette mye hjelp i en startfase for deretter å redusere hjelpen om behovet endres. Dette er ikke pasienter og pårørende fornøyde med, og sykepleierne blir stående i en konflikt mellom krav fra arbeidsgiver og pasient/pårørende. Dette oppleves som følelsesmessig utfordrende for sykepleierne.

Sykepleierne velger ulike måter å håndtere rollepresset. De kan for eksempel skyve ansvar for tildeling over til saksbehandler, ved å prioritere bort oppgaver eller ved å øke arbeidstempoet. For enkelte bunner valg av strategi i oppfatning av egen rolle, for eksempel om man er streng eller snill i tildeling av tjenester. Valgte strategi får konsekvenser for alle involverte i form av mer eller mindre tjenester, høyt arbeidstempo og/eller at krav fra arbeidsgiver ikke følges opp.

## 5 DRØFTING

I dette kapittelet vil jeg diskutere mine funn ved å anvende det teoretiske rammeverket som ble presentert i teorikapittelet. De deskriptive kategoriene har blitt vurdert, og danner sammen med mitt teoretiske rammeverk, utgangspunktet for de analytiske kategoriene. I de analytiske kategoriene vil jeg drøfte sammenhengen mellom teori og empiri for å besvare problemstillingen som er utgangspunktet for denne avhandlingen. Problemstillingen er som følger: «Hvordan tildeles tjenester til hjemmeboende, og på hvilken måte påvirker dette tjenestenes innhold og omfang?»

Jeg har lagt vekt på å løfte frem ulike mønstre som fremkommer i empirien, men viser også ulike avvik fra mønstrene som jeg mener er sentrale. Jeg vil også søke å vise hvordan empirien stemmer med valgt teori, og hva som eventuelt kan forklare eventuelle uoverensstemmelser.

De analytiske kategoriene belyses i egne delkapitler, og de har følgende overskrifter: «*Er sykepleieren bakkebyråkrat*», «*skjønnsutøvelse*», «*brukerkontakt*», «*etterspørsel*».

### 5.1 Er sykepleieren bakkebyråkrat?

I dette delkapittelet vil jeg kort belyse kjennetegn ved bakkebyråkrater før jeg vurderer om sykepleierne i hjemmetjenesten er bakkebyråkrater og hvilken betydning det får for tjenestenes innhold og omfang.

Ifølge Lipsky (2010) er bakkebyråkrater medarbeidere i offentlig sektor som skal forvalte et regelverk på vegne av myndighetene gjennom å fatte beslutninger i form av enkeltvedtak som påvirker menneskers liv. Bakkebyråkratene kjennetegnes ved at de har tett kontakt med brukerne, de har stor grad av selvstendig arbeid og utøvelse av myndighet i møte med brukerne, de forventes å utøve skjønn og de har få muligheter til å utføre arbeidet i samsvar med faglige idealer. I tillegg styres bakkebyråkratenes arbeid av vage og utydelige mål, og det er stor etterspørsel etter tjenestene de forvalter. De har for mange brukere å bistå i forhold til hvor mye tid de har til rådighet, og de utvikler mestringsstrategier for å håndtere arbeidsbelastningen.

Sykepleierne i undersøkelsen både forvalter et regelverk samt har tett kontakt med pasientene. De både fatter muntlige vedtak samtidig som de utfører tjenestene de fatter

tildeler i en arbeidssituasjon preget av ressursmangel. De er profesjonsutøvere som arbeider selvstendig, og arbeidsgiver har tillit til at de utøver sin profesjon i overensstemmelse med krav til denne. Det er forventet at sykepleierne etterstreber faglige idealer og beste praksis, men grunnet begrensninger i arbeidssituasjonen, har de begrensede muligheter til å gjennomføre dette. Sykepleierne styres av motstridende mål slik som for eksempel beste praksis og effektivitet. Etterspørselen etter hjemmetjenester er uendelig både i forhold til mengde tjenester, men også i forhold til kvalitet på tjenestene (Lipsky, 2010, Vabø & Vabo, 2014).

Etter mitt syn er sykepleierne i hjemmetjenesten bakkebyråkrater slik som beskrevet av Lipsky (2010), og det burde fremkomme i empirien at det får betydning for deres beslutninger og handlingsvalg. Det jeg finner i empirien er at det er vanskelig å kombinere rollene som sykepleier og utøver av offentlig myndighet samtidig. Det kan se ut som om sykepleierne i hjemmetjenesten først og fremst opplever at de er sykepleiere, ikke utøvere av offentlig myndighet. Det er en form for rollekonflikt (Schiefløe, 2003) som sykepleierne løser ved at de ved tildeling av tjenester i hovedsak har fokus på pasientens behov, og at det er de sykepleiefaglige beslutningene som er styrende for tjenestenes innhold og omfang. Sykepleierne kommer fra en tradisjon der faglige idealer står sterkt, mens det ikke er like sterkt fokus på forvaltningsrollen. Sykepleierne handler i tråd med forventningene til sykepleierrollen i større grad enn forvaltningsrollen, og sykepleierrollen blir styrende for hvordan sykepleieren handler og mestrer utfordringer (Fletre & Frydenlund, 2017). Dette kan forklares med at sykepleierne har ulike rolleidentiteter (Brochs-Haukedal, 2017, s. 220), og sykepleier er primærrolleidentitet og forvalter er sekundærrolleidentitet. Valget mellom rolleidentiteter (bevisst eller ubevisst) kan være en mestringsstrategi for å håndtere rollepresset.

Sykepleierne utøvelse av rollen som bakkebyråkrat er ikke helt i tråd med hvordan Lipsky, (2010) beskriver den. Det kan være fordi rollen som bakkebyråkrat/forvalter er sekundær, og sykepleierne har utilstrekkelig kunnskap og ferdigheter om tildeling. Sykepleierne er klar over at det finnes et regelverk, men det er flere av sykepleierne som ikke er kjent med retningslinjer og standard for tildeling, inkludert at de selv har tildelingsmyndighet. I den grad regelverket er kjent, oppleves det som uklart. Samtidig opplever alle sykepleierne at de har store muligheter for individuell tilpasning av tjenestene. Sykepleiernes primære fokus blir derfor på faglig forsvarlighet fremfor på regelverk, og regelverket benyttes derfor i liten grad

i tildeling av tjenester. Sykepleierne tildeler tjenester, men flere av sykepleierne gir uttrykk for at det er saksbehandler som bestemmer. Sykepleierne agerer derfor i liten grad som bakkebyråkrater. For sykepleierne som også er saksbehandlere er forvaltningsrollen mer fremtredende, og de agerer mer som bakkebyråkrater enn sykepleierne som bare er sykepleiere. Sykepleierrollen og forvaltningsrollen er mer likestilt. De har en annen kompetanse på innhenting av opplysninger og vurdering av opplysninger (skjønnsutøvelsen). Det er derfor grunn til å tro at det har betydning for tjenestenes innhold og omfang at saksbehandler kommer sent inn i bildet.

Samtidig som sykepleierne innehar rollene som sykepleier og forvalter, har de også andre roller som medarbeider og kollega, og for noen, også bekjent/venn (Brochs-Haukedal, 2017). De ulike rollen har ulike normer knyttet til seg, og i enkelte tilfeller fører dette til rollekonflikter og rolleoverbelastning. Sykepleierne blir tross motstridende og store krav, ikke handlingslammet. De justerer adferd og finner løsninger for å håndtere kravene. Dette kan forklares med at sykepleierne endrer oppfatningen av sin rolle, det vil si at de justerer forholdet mellom faktisk og opplevd forventning (Loyen & Maesschalck, 2010). De kan også velge å vekte forholdet mellom ulike roller ulikt, og de kan veksle mellom roller. I tillegg gir sykepleierne uttrykk for at det er ulike oppfatninger om hvordan de og kollegaene skal opptre som sykepleiere (Loyen & Maesschalck, 2010), og dette gir seg utslag i at tildelingspraksisen mellom de ulike sykepleierne blir ulik, altså at den blir personavhengig. Dette er i tråd med undersøkelser om variasjon i tildelingspraksis (Syse et al, 2014). Sykepleierne gir i liten grad uttrykk for at de opplever forventninger fra kollegaer annet enn at de skal hjelpe hverandre, men samtidig er det mye som tyder på at det er en slags enighet innad i de ulike enhetene om hva som er standard på tjenestene, og tjenester som går utover dette, blir korrigert av arbeidsgruppen. Dette kan være på grunn av at menneskelig interaksjon er forankret i sosiale strukturer som både skaper og påvirker interaksjonen samtidig som de sosiale strukturene blir påvirket og endret av den menneskelige interaksjonen (Rice, 2012). Arbeidsgruppen gir et fellesskap som løser utfordringer gjennom å følge formelle og uformelle normer slik som at man skal være fleksibel og strekke seg langt for pasientens skyld, og kan se ut til å ha likheter med det Sverre Lysgaard beskrev som arbeiderkollektivet, et fellesskap som definerer mening, regulerer adferd og skaper trygghet (Lysgaard, 1985).

Organiseringen av arbeidet med tildeling av tjenester påvirker tildelingen og sykepleiernes rolleforståelse. Det er flytende grenser mellom sykepleiernes kliniske rolle og

forvaltningsrolle da sykepleierne både tildeler og utfører tjenester. Disse oppgavene foregår ofte parallelt. De fleste tjenestene anses som akutte saker, og tjenestene starter opp på bakgrunn av mangelfulle opplysninger. Det tar tid før saksbehandler får gjennomført kartleggingsbesøk og skrevet vedtak, både fordi det er avsatt lite tid til saksbehandling, men også fordi saksbehandlingen konkurrerer med andre oppgaver. Sykepleierne og saksbehandlerne opplever at pasientene likevel blir ivaretatt, og selve vedtaket ses på som en formell nødvendighet selv om vedtaket også inneholder opplysninger om pasientens rettigheter. Saksbehandlerne blir ved driftsmessige utfordringer satt til å utføre tjenester på bekostning av saksbehandling, og det kan dermed se ut som om også ledelsen anser det skriftlige vedtaket for å være en formell nødvendighet. Tidligere involvering av saksbehandlerne kan føre til at tjenestenes innhold og omfang blir annerledes da saksbehandlerne har en annen kompetanse.

I enkelte tilfeller kan det se ut som om sykepleierne i praksis delvis overfører sin myndighet til å tildele tjenester til andre yrkesgrupper ved at de i enkelte tilfeller overlater førstegangsbesøket til helsefagarbeidere og assistenter. Helsefagarbeidere og assistenter deltar i tillegg i kartleggingen ved at de kartlegger samtidig med at de yter tjenester. Det er ikke knyttet samme forventninger til utøvelse av skjønn for helsefagarbeidere og assistenter. De jobber også mindre selvstendig enn sykepleierne. De kan derfor ikke sies å være bakkebyråkrater (Lipsky, 2010). Denne overføringen av myndighet er forståelig sett i lys av arbeidsbelastningen sykepleierne har, men vil også ha betydning for tjenestenes innhold og omfang. Det kan innebære at relevante og nødvendige opplysninger ikke blir fanget opp og nedtegnet samt at vurderingen av opplysningene påvirkes. En kan forvente at tjenestene blir mer standardiserte, og mindre individuelt tilpasset til pasientens behov.

Sykepleierne i hjemmetjenesten har samme kjennetegn som bakkebyråkrater, men de agerer først og fremst sykepleiere, deretter bakkebyråkrater. Dette påvirker tildelingspraksisen gjennom at det først og fremst er pasientens behov som er styrende for tjenestene, ikke lover og regler. Saksbehandlerne i hjemmetjenesten skiller seg ut fra dette gjennom at de har mer kunnskap og ferdigheter i tildeling av tjenester. I tillegg til rollene som sykepleier og bakkebyråkrat, vil andre roller som for eksempel kollega og venn/bekjent, skape behov for regulering av forventninger. Arbeidsgruppen løser utfordringer sammen, og det innebærer til tider at sykepleierne overfører myndighet til å tildele tjenester, til andre yrkesgrupper, blant annet for å håndtere arbeidsbelastningen de opplever. Saksbehandling ser ut til å håndteres



som en sekundæroppgave, og ved driftsmessige utfordringer nedprioriteres saksbehandling til fordel for tjenesteyting. Kommunens organisering av arbeidet med tildeling av tjenester påvirker tjenestenes innhold og omfang, og det kan antas at tildelingspraksisen ikke er i tråd med kommunens retningslinjer siden, men det er ikke grunnlag for å vurdere tjenestenes kvalitet og pasientenes tilfredshet med tjenestene. En annen type organisering der sykepleierne ikke er bakkebyråkrater, kan lette sykepleiernes rollekonflikt, men samtidig vil den tette kontakten med pasientene reduseres, og kommunen vil måtte sikre samhandling mellom tjenesteytere og forvalterne. kan ha betydning for tildelingspraksisen, men kan samtidig føre til andre utfordringer, blant annet vil den tette kontakten med pasientene reduseres. I tillegg viser undersøkelser av blant annet Syse et al (2014) at det også er variasjoner i tildelingspraksis i bestiller-utførermodeller. Denne type organisering vil dessuten kreve arenaer for samhandling.

## **5.2 Skjønnsutøvelse**

I dette delkapittelet vil jeg vurdere sykepleiernes skjønnsutøvelse, og gjøre rede for hvilken betydning skjønnsutøvelsen har for tildelingspraksisen i kommunen sett i lys av hvordan arbeidet med tildeling av tjenester er organisert.

Det er forventet at sykepleierne skal utøve skjønn i forbindelse med tildeling av tjenester (Lipsky, 2010). I tillegg utøves skjønn i selve tjenesteutførelsen. Skjønnen utøves i et handlingsrom. Handlingsrommet er definert av organisering, lover og regler, kompetanse og økonomi samt krav fra ledelse og brukere (Rowe, 2012; Heum, 2014, s. 85).

Skjønnsutøvelsen tar sikte på å finne den beste, riktigste eller mest hensiktsmessige løsningen. Noen ganger vil det ikke finnes en god løsning, bare en løsning som er minst vond (Hanssen et al, 2015).

Kommunens retningslinjer og standard beskriver hvem som har tildelingsmyndighet, vilkår for å få tjenester og standard på tjenestene. Lover og forskrifter har mer generelle bestemmelser om rettigheter. I undersøkelsen fremkommer det at sykepleiernes kunnskap om lover og regler varierer fra ikke å vite at man har tildelingsmyndighet og hvilken standard som er gjeldende til å være godt kjent med dette. Det fremkommer også at enkelte opplever retningslinjene som så uklare at de er vanskelige å benytte for å avgjøre hvem som har og ikke har rett til tjenester samt forventet nivå på tjenestene. Dette betyr at sykepleierne som

gruppe har utilstrekkelig kunnskap om handlingsrommet. Utilstrekkelig kunnskap kombinert med at forvaltningsrollen er sekundæridentitet, kan bety at det tildeles tjenester uten at det tas hensyn til likebehandling eller kommunens retningslinjer. Samtidig foregår tildeling av tjenester forholdsvis likt innad i enhetene til tross for manglende kunnskap om lover og regler. Det er derfor grunn til å tro at enheten har utviklet egne regler eller en egen praksis som blir en standard for tjenestenes innhold og omfang (Lipsky, 2010; Rowe; 2012, Rice, 2012).

Handlingsrommet i kommunen preges av mangel på ressurser. Det vil si, sykepleierne opplever å ha god tilgang på materielle ressurser som hjelpemidler, kommunale biler og datamaskiner, men mangel på tid i forhold til antall pasienter de skal bistå og oppgavene de er pålagt. Tilgangen på blant annet hjelpemidler påvirker tjenestenes omfang og innhold gjennom at pasientene kan bli mer selvhjulpne og slik sett få behov for mindre og/eller annen type hjelp. Det betinger at medarbeiderne har kunnskap om ulike hjelpemidler og bruk av disse slik at de øker pasientens funksjonsnivå. Medarbeiderne må også ha kunnskap om hvordan de skal gå frem for å skaffe hjelpemidler da noen anskaffes via hjelpemiddelsentralen mens andre må kjøpes av pasienten selv. Sykepleiernes opplevelse av mangel på tid, står i motsetningsforhold til kommunens uttalte satsning på hjemmetjenesten, og har betydning for tildelingspraksis. De ønsker mer tid til rådighet, men dette kan bare oppnås gjennom mindre tjenesteomfang eller tilsetting av flere medarbeidere. Lipsky (2010) beskriver at økt bemanning sannsynligvis vil spises opp av økte krav og forventninger slik at opplevelsen av mangel på tid vil opprettholdes uavhengig av antall medarbeidere. Sykepleierne må derfor se på muligheten for å endre tjenesteomfanget, enten gjennom å ta i bruk velferdsteknologi, satse på hverdagsmestring eller justere tildelingspraksisen.

Innenfor handlingsrommet foregår selve skjønnsutøvelsen. Dersom man ikke kjenner handlingsrommet, kan man ikke utøve forsvarlig skjønn (Hanssen et al, 2015). Sykepleierne utøver både faglig skjønn og forvaltningsskjønn. Empirien gir grunn til å tro at sykepleierne utøver sykepleiefaglig skjønn, men de har utilstrekkelig kunnskap og ferdigheter i å utøve forvaltningsskjønn. Skjønnsutøvelse er en tredelt prosess: kartlegging, analyse og tolking samt avveining (Hanssen et al, 2015). Utilstrekkelig kunnskap om handlingsrommet preger selvfølgelig skjønnsutøvelsen. I tillegg ser det ut til at sykepleierne mangler tid og rom for samtaler om skjønnsutøvelsen, noe som ifølge Martinsen (2005) er helt nødvendig. I samtalen om skjønnsutøvelsen vil sykepleieren argumentere for sine handlingsvalg, men ettersom sykepleierne mangler arenaer og tid for samhandling, påvirkes skjønnen (Martinsen, 2005;

Hanssen et al, 2015). Samtalene skjer i forbifarten med den eller de som er tilgjengelige. Dette gir skjønnsutøvelsen et tilfeldig preg, og det er usikkert i hvilken grad beslutningene som fattes, gjøres kjent for de som skal utføre tjenestene. Individuell tilpasning av tjenester kan måtte vike til fordel for regler og standarder («slik gjør vi det her») som ikke nødvendigvis er i tråd med kommunens ønsker og mål. Det foregår en resonneringsprosess, men den ser ikke ut til å være systematisk. Det er grunn til å anta at dersom sykepleierne hadde arenaer og tid til drøftinger, ville tildelingspraksisen mer enhetlig.

Tjenester iverksettes parallelt med kartlegging av behov. De som yter hjelp skal både dokumentere nødvendige og relevante opplysninger for selve tjenesteutførelsen, men også for å dokumentere pasientens behov. I og med at mange ulike medarbeidere deltar i kartleggingen og kartleggingen foregår over tid, kan en forvente et mangfold av informasjon som opplyser saken. Dette er imidlertid avhengig av at alle medarbeiderne vet hva som er relevante og nødvendige opplysninger. Manglende dokumentasjon av relevante og nødvendige opplysninger i kartleggingen kan være en utfordring når opplysningene skal vurderes. Årsaken til manglende nedtegnelse av opplysninger kan bunne i opplevelsen av ikke å ha tid til å dokumentere, men kan også bunne i manglende kunnskap om dokumentasjonsplikten helsepersonell har. Saksbehandlerne benyttet seg av innhentede opplysninger i utformingen av det skriftlige vedtaket. Da saksbehandlerens skriftlige vedtak i stor grad tar utgangspunkt i allerede iverksatte tjenester og dokumentasjonen av disse, avviker vedtakene i liten grad fra disse. Saksbehandlerne vedtaksfester i praksis det som allerede er tildelt, altså en forenkling av saksbehandlingsprosessen (Lisky, 2010). Saksbehandlerne har mer kompetanse på retningslinjer og skjønnsutøvelse, men den sene involveringen i utforming av tjenestene, fører til at det er vanskelig for saksbehandler å justere tjenestenes innhold og omfang, og det kan være at det gis tjenester som ikke er i henhold til standard og retningslinjer.

Etter samhandlingsreformen kommer pasientene raskere hjem, og flere av dem har større hjelpebehov enn tidligere. Ved utskrivelse skal spesialisthelsetjenesten kun presentere pasientens behov, mens kommunen skal vurdere hvilke tjenester pasienten er i behov av samt tjenestenes innhold og omfang. Sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og hjemmetjenesten vurderer pasientens situasjon ulikt (Handeland & Tveit, 2015), og til tross for at spesialisthelsetjenesten ikke skal uttrykke hvilke tjenester pasienten mener pasienten skal ha (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011), opplever hjemmetjenesten at spesialisthelsetjenesten kommer med en bestilling til hjemmetjenesten, og denne bestillingen er allerede presentert for pasient og pårørende, gjerne så spesifikk at den beskriver antall

besøk pr dag, altså at det gis en vurdering av tjenestenes innhold og omfang. Bestillingen oppleves som en begrensning av sykepleiernes handlingsrom til tross for at sykepleierne opplever at spesialisthelsetjenestens bestilling ofte ikke er beskrivende for pasientens behov, og at det er behov for å endre tjenestenes innhold og omfang for å tilpasse de til pasientens behov og kommunens standard. Pasient og pårørende opplever at hjemmetjenesten ikke følger opp spesialisthelsetjenestens løfter, og det blir konflikter og utrygghet. I enkelte tilfeller gis pasienten tjenester som lovet fra spesialisthelsetjenesten da det blir for krevende for sykepleierne å stå i konflikt med pårørende. Andre ganger løses konflikten gjennom å gi informasjon og avklare forventninger, men dette er tidkrevende og opp til hver enkelt sykepleier.

Sykepleierne (og andre) fatter beslutninger om tjenestenes innhold og omfang. De fattes av den enkelte, men felles for alle, er at de ønsker at det skal være enighet om beslutningene. Sykepleierne er individuelle aktører som i møte med lignende situasjoner gjentar sine handlinger, og på denne måten dannes handlingsmønstre (Rice, 2012). Beslutninger fattet av den enkelte sykepleier, akkumuleres og blir til organisasjonens regler for tildeling av tjenester (Lipsky, 2010; Rice, 2012). De blir institusjonalisert, og gir mening, formål og retning for sosial interaksjon og for hvilke handlingsmønstre som er tillatt, passende og relevante (Rice, 2012). Disse egenproduserte reglene kan fort bli mer styrende for tjenestenes innhold og omfang enn pasientens behov. Det kan se ut som om sykepleierne grunnet tidspress, ikke bruker mye tid på å vurdere ulike løsninger, men velger løsning basert på hva som kan foretas innenfor tilgjengelige ressurser. Uten tid og rom for erfaringsutveksling og drøfting eller ledelse som er involvert i utforming av tjenestene, kan fort reglene stå i motsetning til organisasjonens mål. Sykepleierne beskriver ulikheter i tildelingspraksis både innad, men særlig mellom enhetene. De beskriver at det ikke er arenaer eller kultur for å diskutere skjønnsutøvelse på tvers av enhetene.

Sykepleierne oppgir å oppleve å ha sterkt skjønn (Hanssen et al, 2015). Det er mye som tyder på at det er sterkt faglig skjønn da de ikke kjenner handlingsrommet for forvaltningsskjønnet. De opplever selv at de tilpasser tjenestene til pasientens behov, men det kommer ikke frem i hvilken grad pasientens rett til medvirkning i utforming av tjenestene jamfør Pasient- og brukerrettighetsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999, § 3-1) blir ivaretatt.

Sykepleierne har i hovedsak ikke opplevelse av utilstrekkelig kunnskap, og søker derfor heller ikke kunnskap med unntak av de tilfeller de selv opplever at kunnskapen ikke strekker til. Da søker de råd og veiledning utenfor avdelingen. Samtidig innebærer manglende

kunnskap om handlingsrommet at sykepleierne ikke nødvendigvis vet hva som forventes av dem og hva de skal jobbe mot (Lipsky, 2010; Vabø & Vabo, 2014). Som en del av kartleggingen kan sykepleierne derfor gi mer tjenester enn de tenker er nødvendig for en periode. Det gir bedre grunnlag for å vurdere tjenestens innhold og omfang, og sykepleierne mestrer usikkerheten som skjønnsutøvelsen fører med seg.

Skjønnets av normativ karakter. Det betyr at ulike verdier og avveininger kan gi ulikt resultat i «like» saker samt føre til konflikter mellom aktører (Hanssen et al, 2015). Sykepleierne oppgir at tildelingspraksis er personavhengig. Dette kan forklares ved at skjønnsutøvelse er avhengig av den enkeltes kompetanse og subjektive oppfatning. Informasjon vektet ulikt på grunnlag av ulike erfaring, ulike emosjoner, kjønn og verdier/holdninger (Hansen et al, 2015; Løyen & Maesschalck, 2010). Dette forsterkes av at det legges lite vekt på samtaler om skjønn samt at det viser seg å være liten kunnskap om blant annet lover og regler som styrer skjønnsutøvelsen. Løyen og Maesschalck (2010) viser også at det har betydning hvor nær bakkebyråkratene står de som blir berørt av beslutningen. Sykepleierne i undersøkelsen møter pasientene daglig, og blir følelsesmessig berørt av dette. Dette medvirker til at sykepleierne i hovedsak ønsker at beslutninger om tjenestenes innhold og omfang besluttet i fellesskap. Dette kan være utfordrende å få til i en arbeidshverdag preget av mangel på tid og mangel på arenaer for faglig drøfting. Sykepleierne befinner seg langt fra idealet om upersonlig og rasjonell beslutningstaking (Lipsky, 2010), men det kan se ut som om sykepleierne ikke ser dette som et ideal. De framhever tvert imot at nærheten til pasientene gir muligheter for en god kartlegging og individuelt tilpassende tjenester.

Kommunenes organisering fremmer i liten grad enhetlig forvaltningspraksis. Det er mangel på arenaer og tid til faglige drøftinger og erfaringsutveksling, og ledelsen er i liten grad deltagende i utforming av tjenestene. Dette er i tråd med Lipskys (2010) kjennetegn på bakkebyråkratene som relativt fri for styring fra ledelsen. Sykepleierne har utilstrekkelig kunnskap om skjønnsutøvelse, inkludert handlingsrommet de kan utøve skjønn i, men også at de har tildelingsmyndighet. Utilstrekkelig kunnskap kan bunne i mangel på tid og arenaer for å diskutere skjønnsutøvelsen og argumenter som ligger til grunn for beslutningene som fattes, men er ingen direkte følge av kommunens organisering. Også andre former for organisering av forvaltningen krever at kommunen sikrer at de som innehar forvaltningsrollen er i stand til å utføre sin rolle. Samtidig opplever sykepleierne å ha et sterkt skjønn, men det er i hovedsak knyttet til fag, ikke til forvaltning. Beslutningene som tas alene eller sammen med den som tilfeldig er til stede, akkumuleres og blir til kommunens tjenester (Lipsky, 2010; Rice, 2012).

Samtidig har skjønnsutøvelsen et normativt preg (Hanssen et al, 2015), og tildelingspraksisen varierer mellom sykepleierne. Saksbehandlerne forenkler saksbehandlingsprosessen grunnet stor arbeidsbelastning, og tildeler tjenester på bakgrunn av allerede iverksatte tjenester. Kommunens tildelingspraksis kan derfor fremstå som tilfeldig for de som skal benytte seg av tjenestene, men den gir også store muligheter for brukermedvirkning og individuelt tilpassede tjenester. Den tette kontakten med pasientene gir også store muligheter for løpende tilpasning av tjenestene i forhold til pasientenes behov. Dette er sentralt for en tjeneste der pasientene er sykere enn før, og behovet for bistand kan endres raskt.

### **5.3 Ufrivillige brukere**

I dette delkapittelet vil jeg drøfte pasientens og pårørendes rolles om ufrivillige brukere av hjemmetjenesten samt vise hvilke konsekvenser dette kan få for tjenestenes utforming samt sykepleierens strategier for å mestre samhandlingen med pasient og pårørende.

Pasientene i hjemmetjenesten er ufrivillige brukere i den forstand at de er i behov av bistand i hjemmet, og at de ikke har andre muligheter til enn å motta bistand fra kommunen (Lipsky, 2010). Kommunen har ikke avtaler med private tilbydere, og pasientene er dermed prisgitt hjelpen de får fra kommunen. Grunnet skjevt maktforhold har pasientene ingen sanksjonsmuligheter mot de som fatter beslutninger om tildeling av tjenester. Det vil si at pasienten har klageadgang, men frykt for at klager vil påvirke tjenestene, fører til at pasientene må forholde seg til beslutningene. Dette påvirker pasientens selvevaluering, og sykepleierne kan dermed møtes med følelser som spenner fra sinne til takknemlighet (Lipsky, 2010). Samtidig møtes pasienter og sykepleiere mange ganger i forbindelse med tildeling av tjenester og ved utførelse av tjenester. I dette direkte møtet blir selvfølgelig pasienten berørt, men også sykepleieren blir utsatt for påvirkning. Det kan få konsekvenser for hvilke tjenester som blir tildelt.

Sykepleierne opplever at pasientene ikke kommer med krav i forhold til tjenestenes innhold og omfang, men at de lytter til pasientens behov og kartlegger ressurser. Fravær av krav fra pasientens side kan bunne i at pasientene kan selv ha antagelser om hvordan de skal agere som pasienter (Lipsky, 2010; Brochs-Haukedal, 2010). Rollen som pasient er kjennetegnet ved at pasienten er passiv og anerkjenner helsepersonellet som autoritet, og kan medføre at pasienten handler i tråd med de normene han/hun tror er knyttet til pasientrollen. Sykepleieren kan også i møte med pasienten, bevisst eller ubevisst, signalisere hvilken adferd

som er ønskelig (Brochs-Haukedal, 2010; Løyen & Maesschalck, 2010), og dermed forsterker dette pasientens inntrykk av forventet adferd. Sykepleieren har makt over hva, hvor ofte og når, og pasienten blir påvirket av sykepleierens beslutning (Lisky, 2010). Pasientrollen vil dermed være styrende for pasientens handlinger/adferd, og han/hun vil søke å påvirke sykepleierens beslutninger (Lipsky, 2010). Siden pasient og sykepleier har langvarig og hyppig kontakt, kan pasienten ha håp om å påvirke beslutningen gjennom egen adferd. Dette viser at uavhengig av hva sykepleierne tenker om myndighet til å tildele tjenester, har pasientene en forestilling om at sykepleierne tar beslutningen, eller i det minste har mulighet til å påvirke den. Dette begrenser pasientens muligheter til å respondere på sykepleierens handlinger/beslutninger, og pasienten innordner seg, og får nødvendigvis ikke de best tilpassede tjenestene. Sykepleierne beskriver at de kan redusere eller avslutte tjenester hos pasienter de opplever som krevende samtidig som de kan gi bedre tjenester til pasienter de synes synd på eller der de kjenner pasient og/eller pårørende. Det innebærer at individuelle faktorer ved sykepleierne og egenskaper ved pasienten har betydning for tjenestene (Lipsky, 2010, Løyen & Maesschalck, 2010). Pasienter som oppfattes som krevende kommer uheldig ut av dette da tjenestene her avsluttes eller reduseres raskere enn hos andre. Dette kan være et uttrykk for hvordan sykepleierne oppfatter pasienten, om pasienten oppfattes som positiv eller negativ (Løyen & Maesschalck, 2010), men kan også være uttrykk for at i en arbeidssituasjon med ressursmangel, opplever ikke sykepleierne å ha ressurser nok til å håndtere krevende pasienter.

Samtidig kan manglende krav fra pasientene være et resultat av at pasientene er tilfreds med bistanden de får. Sykepleierne beskriver at de er opptatt av pasientens ressurser og behov, og at de søker å tildele og yte tjenester slik at pasientene blir fornøyde. Ofte skjer dette på bekostning av andre arbeidsoppgaver, men også i stor grad fordi sykepleierne søker å kompensere for begrensninger grunnet organisering og ressursmangel gjennom å komme på jobb før arbeidstid hvis pasientens behov krever det samt gjennom å jobbe raskt og strekke seg. Dette er i tråd med hva Ursin (2005) fant i sin undersøkelse om brukertilfredshet i en bestiller-utførermodell. Ansatte imøtekommer pasientenes behov ved å gå utover tildelte tjenester og ved å strekke seg ut over sitt ansvarsområde slik at pasientene blir fornøyde, og kommunen unngår en krise innenfor pleiesektoren.

Pårørende oppfattes til tider som krevende, men de er også ufrivillige brukere av hjemmetjenesten. Opplevelsen av at pårørende er krevende kan ha med forventninger knyttet til rollen som pårørende. For pårørende som står i klem mellom pasient og pårørende, kan det

være forventninger fra pasienten om hjelp og tilstedeværelse, og dette kan også være forventninger fra sykepleiernes side. Forskning (Syse, Øien, Jakobsson og Solheim, 2014) kan tyde på at det er ulike forventninger til pårørende avhengig av deres kjønn (større forventninger til kvinnelige pårørende), men også av pasientens kjønn (menn antas å ha behov for mer hjelp enn kvinner). Pårørende kan ha forventninger til seg selv som en pådriver for at pasienten skal få best mulig hjelp (Brochs-Haukedal, 2010), og dette kan medføre at de fremsetter krav på pasientens og egne vegne. Noen ganger finnes det ingen gode løsninger, bare en løsning som er minst vond. Dette krever en avveining av normativ karakter mellom ulike verdier og hensyn, og kan føre til konflikter mellom ulike aktører, også mellom pasient og pårørende (Hanssen et al, 2015). Konflikten mellom pasient og pårørende handler ofte om at pårørende ønsker at pasienten skal ta imot mer hjelp enn det pasienten ønsker. Sykepleieren kan være enig med både pasient og pårørende, men vektlegger i størst grad pasientens ønsker.

Forventningene om at pårørende må stå på for at pasienten skal få sine rettigheter oppfylt, får næring fra medieoppslag som viser tilfeller der de offentlige tjenestene har sviktet. Det kan dermed bli en norm knyttet til pårønderollen som påvirker pårørende og sykepleiere. I de tilfeller der pasient og/eller pårørende ikke krever sine rettigheter, kan det være at sykepleierne inntar en mer passiv rolle i påvente av krav. Denne avventende holdningen gjentas i lignende situasjoner, og blir til sykepleiernes handlingsmønster. Handlingsmønstret akkumuleres og institusjonaliseres, slik at pasienter med pårørende som krever, får bedre/mer bistand (Rice, 2012; Lipsky, 2010).

Som ufrivillige brukere av hjemmetjenesten må pasientene forholde seg til tjenestene de blir tildelt. Pasientenes manglende krav kan bunne i tilfredshet med tjenestene, men erfaring tilsier også at pasienter i liten grad klager på tjenester. Sykepleiernes doble rolle som forvalter og tjenesteyter medfører utfordringer. Om rollene hadde vært fordelt på ulike personer, kunne muligens pasienten vært mer fristilt fra pasientrollen og forventninger knyttet til den når de mottok tjenester. Samtidig gir den doble rollen store muligheter for brukermedvirkning. Pårørende fremmer krav på vegne av sine, og kan oppleves som krevende. Tildelingspraksis viser seg å være avhengig av holdninger da det er ulike forventninger til pasient og pårørende på grunn av kjønn (Syse et al, 2014), og det er grunn til å tro at de som fremsetter krav får mer tjenester enn de som ikke fremsetter krav. Uavhengig av organisering vil pasienter og pårørende være ufrivillige brukere av tjenestene. Kommunens organisering bør derfor sikre at sykepleierne etterspør behov og ønsker der det



ikke fremsettes krav for å sikre at tjenestene tilpasses den enkelte pasient samt sikre enhetlig praksis.

#### **5.4 Etterspørsel**

I dette delkapittelet vil jeg drøfte hvordan etterspørselen etter hjemmetjenester fører til at sykepleierne må prioritere mellom oppgaver.

I møte med etterspørsel etter tjenester og til innholdet i tjenestene foretar sykepleierne prioriteringer. De prioriterer i tre ulike situasjoner: 1) ved vurdering og tildeling av tjenester, 2) i den daglige planleggingen av hvem som skal få tjenester til hvilken tid og 3) i det direkte møte med pasienten i deres hjem (Tønnesen, 2014, S. 70). Prioritering handler om hvem som skal få tjenester i hvilket omfang samt fordeling av offentlige tjenester, og innebærer å finne måter å si nei til pasienters behov for helsehjelp fordi andres behov for hjelp må gå foran (Tønnesen, 2014, s. 71). Et viktig prinsipp innenfor helsetjenesten er prinsippet om likebehandling som innebærer at like tilfeller skal behandles likt, og at ulike tilfeller kan behandles ulikt (Tønnesen, 2014, s. 72).

Sykepleierne har ingen hjelpemidler/kriterier å forholde seg til når de skal fatte beslutninger om prioriteringer. Kommunens retningslinjer, lover og forskrifter og yrkesetiske retningslinjer sier lite om hvem eller hva som skal prioriteres, annet enn at sykepleierne skal sørge for faglig forsvarlig hjelp og at alle som er i behov av bistand, skal få det. Uten hjelpemidler/kriterier som bidrar til å avklare hva som er like/ulike tilfeller, blir enhetens praksis tilfeldig, og i mange tilfeller overlatt til den enkelte sykepleier. Det ser likevel ut til at hver enhet utvikler en egen praksis for prioritering uten at denne nødvendigvis etterleves av alle medarbeiderne, men likevel slik at medarbeiderne vet hva som er relevant, passende og tillatt. Tildelingspraksisen er til dels personavhengig grunnet sykepleierens oppfatning av egen og pasientens rolle (Loyen & Maesschalck, 2010), men når tjenestene avviker fra enhetens egen standard, korrigeres tjenestene av arbeidsgruppen i fellesskap. På tross av at sykepleierne opplever et sterkt arbeidsfellesskap, og gir uttrykk for at de mestrer oppgavene sine grunnet kollegaer og at de fleste tar et stort personlig ansvar for arbeidsoppgavene, er det ulikheter i tildelingspraksis internt i enhetene og mellom enhetene. Ulikheten oppleves som urettferdig, men også vanskelig å korrigere utover at arbeidsgruppen søker å korrigere uønsket tildeling. I mange tilfeller vil enhetens praksis forsøke å forene pasientens behov med

enhetens ressurser, og tjenestenes innhold og omfang utformes slik at de blir mulige å gjennomføre innenfor enhetens tilgjengelige ressurser.

Sykepleierne ser ut til å mene at pasientens funksjonsnivå er et gyldig argument for prioriteringene som foretas. Det gis mer hjelp når pasienten har lavt funksjonsnivå, og mindre når funksjonsnivået er høyt. Det kan se ut som om eldre pasienter i større grad enn yngre, må forholde seg til enhetens praksis da sykepleierne argumenterer for at yngre har andre behov enn eldre, og tildelte tjenester får annet innhold og omfang. Sykepleierne prioriterer strengt, men i møtet med yngre pasienter gis det tjenester utover det som oppfattes som standard. For eksempel kan yngre pasienter motta hjelp til dusj daglig mens standarden tilsier hjelp en gang pr uke. Dette kan bety at yngre pasienter prioriteres fremfor eldre, og kan være et brudd med prinsippet om likebehandling og eldre sin rett til å få ivaretatt sine behov. Samtidig som det kan være et uttrykk for individuelt tilpassede tjenester, men det må ta da utgangspunkt i mer enn bare alder.

Også grad av pårørendestøtte anses å være et gyldig argument for prioritering og tildeling av tjenester. Pårørende har ingen juridisk plikt til å bistå, men mange ønsker å hjelpe. Pårørende bistår i liten grad med å ivareta grunnleggende fysiske behov, men gir praktisk og sosial støtte. Det medfører at pasientene tildeles tjenester som dekker de grunnleggende fysiske behov da disse er enkle å forklare og tidfeste. Ved høy grad av pårørendestøtte, gis det mindre hjemmetjenester da dette vurderes som en ressurs for pasienten, men samtidig kan det gis tjenester med hensikt å avlaste pårørende med store omsorgsoppgaver, for eksempel ektefeller og barn til personer med demens. Da ses det også at det gis tjenester som skal ivareta utover grunnleggende fysiske behov, for eksempel trygghet. Høy grad av pårørendestøtte anses i stor grad som en ressurs også av pasienten selv. Det forekommer imidlertid at pasient og pårørende er uenige om pasientens behov, og det oppstår et press mot sykepleier for å møte begge synspunkter. Sykepleierne forholder seg i stor grad til det pasienten selv uttrykker av behov, men kan i enkelte tilfeller der de mener at pasienten ikke har innsikt, ta mer hensyn til hva pårørende mener, for eksempel ved kognitiv svikt eller demenssykdom. I noen tilfeller gir sykepleierne etter for pårørendes krav selv om de oppleves som urimelige fordi det krever mye ressurser å stå imot.

I kommunen er det en løpende vurdering av tjenestenes innhold og omfang, også etter at skriftlig vedtak er fattet. Estimert tid for gjennomføring av tjenestene beregnes av sykepleierne i samråd med primærkontaktene. Sykepleiernes prioriteringer i den daglige

planleggingen av hvem som skal få tjenester til hvilken tid, påvirker dermed tjenestene. Planleggingen foretas i den såkalte morgenrapporten. For å håndtere tidsmangel, vil pasienter få hjelp til andre tider enn det som er avtalt samt at enkelte vil oppleve at sykepleierne (og andre tjenesteytere) bruker mindre tid enn det som er estimert. Dette er ikke i tråd med kommunens retningslinjer eller Kvalitetsforskriften. I tillegg vil pasienter i noen tilfeller få hjelp av andre tjenesteytere enn planlagt på grunn av at kompetansen er mer nødvendig hos andre pasienter. I brukerkontakten vil sykepleierne søke å skape forståelse fra bruker for de begrensningene de jobber under, og de avslutter og endrer tjenester fortløpende om brukers behov endrer seg. Sykepleierne kan også velge å iverksette tilfredsstillende tiltak fremfor optimale. En sykepleier trekker frem tiltak i forhold til ernæring som et eksempel på dette. Ved fare for underernæring velger de ofte å gi ernæringstilskudd i stedet for å se på tiltak som kan øke inntaket av mat. Hun forklarer dette med at det er enklest for sykepleierne, og at de sparer tid. Dette er en måte å organisere arbeidet på som gjør det mulig for dem å håndtere de ulike kravene de møter. De velger også å gjennomføre ernæringskartlegging med tilhørende tiltak av de pasientene som det haster mest med først. På denne måten blir gapet mellom prestasjoner og målsettinger akseptabelt (Lipsky, 2010).

De dagene der disse strategiene ikke er tilstrekkelige for å rekke alle arbeidsoppgaver, vil pasienter som skal få hjelp av to tjenesteytere samtidig, kun få hjelp av en. Dette medfører økt fysisk og/eller psykisk arbeidsbelastning for den enkelte tjenesteyter da beslutningen om å være to tjenesteytere dreier seg om å sikre tjenesteyterne et trygt og helsefremmende arbeid, for eksempel hvis pasienten er tung å forflytte eller det er fare for trusler mot tjenesteyterne. Disse mestringsstrategiene får konsekvenser for tjenestene og for tjenesteyterne. I hvilken grad mestringsstrategiene benyttes ser ut til å variere mellom de undersøkte enhetene der særlig en av enheten tar i bruk strategien med å gå alene til pasienter der det er besluttet å være to. Det kan dermed være en etablert praksis i denne enheten.

I møtet mellom pasient og sykepleier, er sykepleieren den profesjonelle parten som innehar faglige kunnskaper samt kunnskap om fremgangsmåter og rettigheter. For mange pasienter og pårørende er henvendelsen til hjemmetjenesten første gang de møter kommunehelsetjenesten, mange har liten kunnskap om hjemmetjenesten og de er avhengig av å få informasjon fra sykepleieren. Det fremkommer ikke klart i empirien, men det kan se ut som om sykepleierens fokus er å innhente informasjon de selv har behov for gjennom kartleggingen. Det er først når pårørende fremmer krav som sykepleierne opplever som urealistiske, at sykepleieren gir informasjon om hva hjemmetjenesten kan bidra med og

avklarer forventninger. Det kan tyde på at å gi informasjon om rettigheter og tjenester ikke blir prioritert før det blir en utfordring for sykepleierne. Pasienten vil etter hvert få informasjon om rettigheter i det skriftlige vedtaket, men det kan ta uker før dette foreligger, og det er avhengig av at pasienten faktisk tildeles en tjeneste. Pasienten har dermed liten informasjon om hva som påvirker tjenestenes innhold og omfang. Kontroll på informasjon er en form for muntlig saksbehandling der man kan se for seg at sykepleierne gir informasjon til mulige nye pasienter som fører til at de ikke søker på tjenester eller at de søker på andre type tjenester. Denne strategien kan gi færre pasienter, mindre tjenesteomfang og færre krav, men går samtidig på tvers av pasientens rett til informasjon og medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Strategien kan imidlertid være i overensstemmelse med krav fra ledelsen om å gi informasjon slik at det ikke søkes om tjenester det ikke er grunnlag for å gi.

Sykepleierne opplever det som naturlig at ledelsen søker å styre driften mot ønskede mål, men de mener samtidig at ledelsen stiller for store krav til arbeidsmengde. De opplever at arbeidsmengden vokser grunnet målet om at alle skal bo hjemme lenger og stadig flere krav tjenestene, for eksempel ernæringskartlegging av alle pasienter. Det er noe ulikt hvordan sykepleierne håndterer dette, men flertallet velger bort oppgaver de oppgaver de mener kan vente. Det gjøres dog forsøk på å gjennomføre disse oppgavene, men det kan ta lang tid. Noen velger også å gjøre oppgaver som ledelsen ikke ønsker at de skal gjøre. Ett trekk ved bakkebyråkratene er at de ønsker å utføre arbeid i overensstemmelse med sine egne preferanser (Lipsky, 2010). Det fremkommer i mine funn at sykepleierne til en viss grad følger retningslinjer og instruksjoner, men at det får lite konsekvenser om de ikke følger dem. Opplevelsen av ansvar og myndighet kan være ulik hos ledelse og sykepleieres med den følge at sykepleierne opplever at de har et selvstendig ansvar for sine pasienter (Lipsky, 2010). Sykepleierne opplever at det forventes at de skal kompensere for begrensninger skapt av organisering, for eksempel at de skal komme på jobb før arbeidstid om pasienten har behov for hjelp utenom arbeidstid. De opplever også at de må strekke seg og jobbe utover hva som kan forventes slik at pasientene ikke blir skadelidende. Samtidig er det flere av sykepleierne som ikke har reflektert over at dette er krav fra ledelsen, men at det er en realitet ved arbeidet.

Sykepleierne gir uttrykk for at de opplever ledelsens krav om effektivitet og arbeidsmengde ikke er mulige å imøtekomme. De opplever å gjøre sitt beste innenfor rammene de har å forholde seg til, men det er liten grad av oppfølging for å se om kravene blir imøtekommet. Sykepleierne er i hovedsak kjent med overordnet mål om at flere skal bo hjemme, og søker å tildele tjenester som skal støtte oppunder dette. I enkelte tilfeller stiller ledelsen spørsmål ved

tildelingen, men dette oppleves som manglende forståelse for hvordan det er å jobbe i møte med pasientene, særlig fordi ledelsen i hovedsak stiller spørsmål om tjenestenes omfang, ikke om tjenestene er forsvarlige. Flertallet av sykepleierne ønsker at ledelsen skal være deltagende i utforming av tildelinger og tildelingspraksis, blant annet for å oppnå mer likebehandling, men de opplever at nærmeste leder har en krevende hverdag med små muligheter til å være deltagende.

En av sykepleierne opplever at de har nok ressurser, inkludert tid, til at det skal være mulig å imøtekomme krav og etterspørsel. Samme sykepleier gir uttrykk for at nærmeste leder deltar i faglige drøftinger og tildeling av tjenester. Opplevelsen av tilstrekkelig med ressurser og overensstemmelse mellom ledelsens og ansattes mål, skiller seg ut fra de andre sykepleiernes opplevelse, og kan muligens forklares ut fra organisering internt i enheten. Forskjellen mellom denne enheten og de andre som er undersøkt kan være verdt å utforske videre.

Kommunens organisering legger opp til at enhetene selv håndterer etterspørsel og krav. Kommunen har retningslinjer og standard, men ingen hjelpemidler for hvordan prioriteringer skal foregå. Det dannes dermed ulike praksiser i hver enhet basert på medarbeidernes valg og syn på hva som er mest hensiktsmessig og hva som er godt nok. Det kan se ut som om ledelsen er lite involvert i utviklingen av intern praksis. Det er forventet at ledelsen har større kunnskap om kommunens mål og prioriteringer, og deres fravær i utvikling av intern praksis, kan tyde på at praksisen blir ulik mellom enhetene. Samtidig medvirker kommunens organisering til at sykepleierne umiddelbart merker konsekvensene av tildelte tjenester, og det kan føre til at sykepleierne har økt bevissthet på effektiv ressursutnyttelse. Høy arbeidsbelastning er å forvente i offentlige tjenester uavhengig av organisering.

Det er noen likheter mellom enhetene i forhold til hva som er gyldige argumenter for prioriteringer, blant annet pasientens funksjonsnivå og grad av pårørendestøtte. Saksbehandlernes oppgaver med kartleggingsbesøk og utarbeiding av skriftlig vedtak ser ut til å være en oppgave som prioriteres bort i perioder med høy arbeidsbelastning. Dette forsinker informasjonen til pasientene, blant annet om klageadgang. Sykepleierne opplever en forventning om å kompensere for mangel på tid og begrensninger på grunn av organisering, noen ganger i en slik grad at det går på bekostning av sykepleiernes arbeidsmiljø. Alt i alt påvirker dette både tjenestenes innhold og omfang, men også selv tjenesteutøvelsen.

## **6 AVSLUTNING OG KONKLUSJONER**

I dette kapittelet vil jeg forsøke å sammenfatte funn og drøftinger, og på denne måten besvare mine forskningsspørsmål og min problemstilling. Jeg vil også vise hvilke begrensninger som ligger i avhandlingen samt andre områder innenfor temaet som kan være interessante for videre forskning.

### **6.1 Hvordan tildeles tjenester til hjemmeboende, og på hvilken måte påvirker dette tjenestenes innhold og omfang?**

I denne kommunen iverksettes stort sett hjemmetjenester på bakgrunn av en henvendelse fra pasient, pårørende, fastlege, spesialisthelsetjeneste eller andre. Tjenestene iverksettes uten kartlegging eller vedtak i forkant som en slags midlertidig tjeneste. Kartleggingen foregår således samtidig med at det utføres tjenester, og alle som arbeider i hjemmetjenesten deltar i kartleggingen. Dette gir gode muligheter for brukermedvirkning. Sykepleierne i hjemmetjenesten har myndighet til å tildele muntlige tjenester. Enkelte av sykepleierne har i tillegg myndighet til å tildele skriftlige tjenester. Sykepleierne både tildeler og yter tjenester til de samme pasientene i en situasjon preget av ressursmangel. De møter dermed pasient og pårørende flere ganger, og er utsatt for påvirkning og krav for at tjenestene skal bli slik pasient og pårørende ønsker. Det skriftlige vedtaket foreligger en tid etter at tjenestene er iverksatt. I kartleggingsperioden og etter at skriftlig vedtak er fattet, foregår det en fortløpende vurdering av tjenestenes innhold og omfang noe som sikrer individuelt tilpassede tjenester som endres i takt med pasientens behov. Det kan se ut som om ledelsen ikke er deltagende i utforming av tjenester utover at ledelsen godkjenner alle skriftlige vedtak. Grunnet høy arbeidsbelastning godkjennes de fleste vedtakene uten videre drøftinger. Det er først hvis vedtaket avviker fra det som oppfattes som vanlig, at ledelsen involverer seg i tjenesteutformingen.

Sykepleierne er først og fremst sykepleiere, dernest bakkbyråkrater. Det er dermed det sykepleiefaglige skjønnet som står sterkest. I tillegg har sykepleierne som gruppe utilstrekkelig kompetanse på tildeling av tjenester, og de kjenner ikke handlingsrommet de kan utøve skjønn i. Enkelte av sykepleierne er ikke klar over at de har tildelingsmyndighet, mens andre opplever at retningslinjene de skal forholde seg til er så uklare, at de ikke er til hjelp ved tildeling av tjenester. I tillegg ser det ut til at det har etablert seg en kultur der det er forventet at tildeling av tjenester og tjenesteyting foregår om hverandre, og at saksbehandler

ved driftsmessige utfordringer må prioritere tjenesteutførelse fremfor saksbehandling. Det kan dermed se ut som at det er akseptert at det tar tid før skriftlige vedtak foreligger. Det er få arenaer for samhandling knyttet til tildeling av tjenester, og det meste av faglige drøftinger foregår i forbifarten med den eller de som er tilgjengelige der og da. Dette gir tildelingspraksisen et tilfeldig og personavhengig preg.

Kommunens valgte organisering av arbeidet med tildeling av tjenester til hjemmeboende påvirker tjenestenes innhold og omfang. Grunnet sykepleiernes todelte rolle som sykepleier og forvalter i en arbeidssituasjon som er preget av mangel på tid/høy arbeidsbelastning, foretar sykepleierne prioriteringer både når det gjelder vurdering og tildeling av tjenester, men også i den daglige planleggingen av hvem som skal få tjenester når samt i møte med pasienten i deres hjem. Sykepleierne (og saksbehandlerne) søker å forenkle arbeidssituasjonen sin. De lager egne standarder i hver enhet for å søke å tilpasse tjenestene til tilgjengelige ressurser, og der det avvikes fra standarden, søker arbeidsgruppen å korrigere dette. Det utvikles mestringsstrategier for å håndtere arbeidsbelastningen. De prioriterer bort oppgaver som for eksempel ernæringskartlegging, de justerer tidspunkt for når pasienten får hjelp samt hvor lang tid hjelpen skal ta, og de velger tilfredsstillende fremfor optimale løsninger. De tar også et personlig ansvar for at pasientene skal få forsvarlig hjelp, og jobber raskere enn de selv mener er greit og går alene til pasienter der de egentlig skal være to. Saksbehandlerne fatter skriftlige vedtak på bakgrunn av allerede iverksatte tjenester. Høy arbeidsbelastning er å forvente for medarbeidere i offentlig sektor, og andre typer organisering vil i liten grad kunne bøte på dette.

Grunnet høy arbeidsbelastning og mangel på arenaer for samhandling knyttet tildeling av tjenester, er det små muligheter for drøftinger om skjønnsutøvelse. Skjønnsutøvelsen blir derfor personavhengig. Dette fører til at det ikke er en enhetlig oppfatning av likebehandling og standard på tjenestene mellom enhetene, men også innad i enhetene. Krav fra pårørende og spesialisthelsetjenesten påvirker skjønnsutøvelsen. I tillegg oppleves ledelsen som fraværende i utforming av tjenester. Dette gjelder både omfang og innhold, men også selve skjønnsutøvelsen og tolkning av retningslinjer og standard. Det er et ønske fra sykepleierne om at ledelsen skal være mer involvert for å bidra til forståelse og enhetlig praksis.

Pasienter har rett til å medvirke i utforming av tjenestene. I kartleggingsperioden ser det ut til at sykepleierne er mest opptatt av å kartlegge pasientens behov og ønsker, men det er uklart om pasientene faktisk har innflytelse på hvordan tjenestene utformes. Pasientene fremmer

lite krav på egne vegne, og det kan komme av egne forventninger til pasientrollen og tanker om at man kan påvirke tjenestene gjennom egen adferd, men også av sykepleiernes forventninger til pasienten. Påførende fremmer krav på pasientens vegne. Dette løses gjennom å gi informasjon og avklare forventninger, men det kan se ut som om det først forekommer dersom sykepleierne opplever at påførende fremmer urealistiske krav. I noen tilfeller imøtekommer sykepleierne påførendes krav fordi det oppleves som for ressurskrevende å stå imot. Dette gir helt klart ulikheter i tjenestenes innhold og omfang som ikke er basert på pasientens behov.

Kommunens organisering medfører noen utfordringer som vist ovenfor, men den har også noen positive effekter. Sykepleiernes tette kontakt med pasientene gir muligheter for brukermedvirkning i utforming av tjenestene samtidig som tjenestene blir individuelt tilpasset. Det er også mulig å endre tjenestene raskt i takt med endringer i pasientenes behov. Tildeling av tjenester gir konsekvenser for sykepleiernes arbeidsbelastning, og det er grunn til å tro at det fører til effektiv ressursutnyttelse. Sykepleiernes utilstrekkelige kunnskap om tildeling av tjenester, er ikke en konsekvens av kommunens organisering, men påvirker tildelingspraksisen. Dette kan kompenseres gjennom å øke deres kompetanse slik at de er i stand til å utøve forvaltningsrollen i tråd med kommunens forventninger.

## **6.2 Avhandlingens begrensninger**

Avhandlingen baserer seg på et lite forskningsprosjekt knyttet til en bestemt kommune. Valgene foretatt av forskeren før og underveis i forskningsprosessen samt det faktum at forskeren er ansatt i samme kommune, kan være med på å prege min tilnærming. Det er derfor grunn til å tro at andre forskere ikke vil komme frem til akkurat de samme funnene. Et lite antall respondenter som selv meldte seg, har deltatt i forskningen. Det har gitt stort behov for å ivareta deres anonymitet. Et større antall respondenter kunne ha medvirket til å likheter og ulikheter mellom enhetene kunne vært belyst i større grad fordi respondentene ikke ville vært så sårbare i forhold til identifisering. Grunnet antallet respondenter kan ikke resultatene uten videre overføres til andre sammenlignbare situasjoner.

Avhandlingen bygger i stor grad på teorien om bakkebyråkrati (Lipsky, 2010). Denne teorien er utviklet i amerikanske forhold, og det er dermed ikke sikkert den uten videre er overførbar til norske samfunn da det er store forskjeller mellom offentlig sektor i USA og Norge. Så vidt jeg har forstått er teorien i hovedsak bygget på erfaringer/forskning innenfor politi,



sosialtjenesten og skoleverket, og selv om de har likhetstrekk med helsetjenesten, er det ulikheter som kan ha betydning. Sykepleierne som har deltatt, utøver tjenester samtidig som de tildeler, og de møter pasient og pårørende over lang tid. For å belyse problemstillingen ytterligere, har jeg tatt utgangspunkt i rolleteori og teorier om skjønnsutøvelse, og jeg opplever at det har gitt mer dybde til avhandlingen enn om teorien om bakkebyråkrati skulle stått alene.

### **6.3 Videre forskning**

Avhandlingens hensikt har vært å besvare valgte problemstilling, men jeg har også hatt et ønske om å gi et bidrag til å forstå tildelingspraksis i egen kommune. Underveis i forskningsprosessen, særlig analysen og drøftingen, har det fremkommet nye problemstillinger som det kan være interesse av å belyse videre. Det er særlig sykepleiernes kombinasjon av rollene som sykepleier og bakkebyråkrat, og hvilken betydning det har for tildelingspraksisen. Videre har sykepleiernes prioriteringer stor betydning for tjenestene, og et dypdykk i hva som ligger til grunn for deres valg, er svært interessant. Det har fremkommet at sykepleierne som gruppe har tilstrekkelig kompetanse om tildeling av tjenester, og det kan være et interessant tema for videre forskning: Hvordan sikrer kommunen at sykepleierne har tilstrekkelig kompetanse? En av de undersøkte enhetene skiller seg ut ved at det oppleves å være tilstrekkelig med ressurser og lederinvolvering. Denne ulikheten kan ha betydning for tildelingspraksis, og årsakene til ulikheten bør kartlegges videre.

## 7 REFERANSELISTE

- Ackroyd, S. & Thompson, P. (1999). *Organizational misbehaviour*. London: Sage.
- Aubert, W. (1979). *Sosiologi: 1: Sosialt samspill*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brochs-Haukedal, W. (2010). *Arbeids- og lederpsykologi*. Oslo: Cappelen Akademiske.
- Fletre, A.M. & Frydenlund, L. (2017). 10-faktor. *Håndbok for planlegging, gjennomføring og oppfølging av KS' medarbeiderundersøkelse*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Flick, Uwe (2015). *Introducing research methodology*. London: Sage Publications Ltd.
- Frich, J. & Nordby, G. (2014). Ledelse – en skapende logikk? I G.S. Botten, J. Frich, T.J. Hagen, T. Iversen og H. Nordby (red). *Helsetjenestens nye logikk* (s. 25-33). Oslo/Trondheim: Akademika forlag.
- Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). *Underbemanning er selvforsterkende: konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Hanssen, H., Humerfelt, K., Kjellevoid, A., Norheim, A. & Sommerseth, R. (2015). Faglig skjønn i utøvelse av profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid. I H. Hanssen, K. Humerfelt, A. Kjellevoid, A. Norheim og R. Sommerseth (red), *Faglig skjønn og brukermedvirkning i helse- og velferdstjenestene*. (s. 17-47). 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Haukelien, H., Vike, H. & Bakken, R. (2009). *Kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenestene. Evaluering av prosjektet Etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten (EVUK)*. TF-rapport nr. 259. Bø: Telemarksforskning.
- Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer*. TF-rapport nr 362. Bø: Telemarksforskning.
- Heum, I. (2014). *SKJØNN. Perspektiver på skjønnsutøvelse i Nav*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ingstad, Karl. Arbeidsforhold ved norske sykehjem – idealer og realiteter. *Nordic Journal of nursing research*, 2010 Vol.30(2).
- Jacobsen, Dag Y. (2013). *Hvordan gjennomføre undersøkelser. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansund: Høyskoleforlaget.
- Karlsson, J.Ch. (2008). *Den smidiga mellanchefen*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Kassah, B.L.L, Tingvoll, W.A. & Kassah, A.W. (red). (2014). *Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Kvale, S. & Brinkmann, S (2015). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel sage foundation.

- Lysgaard, Sverre (1985): Arbeiderkollektivet. Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (2005). Omsorg i sykepleien - en moralsk utfordring. I K. Martinsen (red.) *Samtalen, skjønn og evidensen*. 1 utg. Oslo: Akribe.
- Merriam, Sharan B. og Tisdell, Elizabeth J. (2016) *Qualitative Research. A Guide to Design and Implementation*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Ry Nielsen, C.J. og Repstad, P. (2004). Fra nærhet til distanse og tilbake igjen. I P. Repstad (red). *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverrfaglig samarbeid i teori og praksis* (s. 347-370). Oslo: Universitetsforlaget.
- Schiefloe, Per Morten (2003). *Mennesker og samfunn; innføring i sosiologisk forståelse*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Sæterstrand, T., Holm, S. & Brinchmann, B. (2015). *Hjemmesykepleiepraksis*. Klinisk sykepleje, 2015 (01). s. 4-16.
- Terum, L.I. (2003) Portvakt i velferdsstaten. Om skjønn og beslutninger i sosialtjenesten. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Tønnesen, S. (2014). Prioriteringer i hjemmesykepleien – mot prioriteringskriterier i helse- og omsorgstjenestene? I B.L.L. Kassah, W.W. Tingvoll & A.K. Kassah (red.), *Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene* (s. 69-84). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Vabø, M. (2002). *Kvalitetsstyring og kvalitetsstrev. Nye styringsambisjoner i hjemmetjenesten*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA rapport 18/02.
- Vabø, M. (2007). *Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*. (Doktorgradsavhandling). Universitetet i Oslo: Oslo.
- Vabø, M. og Vabo, S.I. (2014). *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser. Den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Oslo: Akribe AS.

#### NETTKILDER:

- Bratt, C. & Gautun, H. (2018). Should I stay or should I go? Nurses' wishes to leave nursing homes and home nursing. *Journal of Nursing Management*. 04/30/2018.  
<https://doi.org/10.1111/jonm.12639>
- Handeland, J.A. & Tveit, B. (2015). *Du må bare skrive ut, ønske lykke til, og stole på at det går bra! En kvalitativ undersøkelse av sykepleieres muligheter og begrensninger for skjønnsetøvelse når pasienter skal utskrives fra sykehus til kommunale helse- og omsorgstjenester*. Nordisk tidsskrift for helseforskning, nr 1-2015, 11 årgang, s- 37-48.  
Hentet 19.10.18 fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2418959>
- Damsgaard, H.L., Røsvik, K. og Øvrum, I.T. (2015). Utfordringer i arbeidet – slik erfarne

barnehagelærere, lærere og helse- og sosialarbeidere ser det. Tidsskriftet FoU i praksis, 9/2, s. 113-131. Hentet 28.10.18 fra <http://tapir.pdc.no/pdf/FOU/2015/2015-02-3.pdf>

Damsgaard, Hilde L. & Eide, Ketil (2012): utfordringer i velferdsstatens yrker – slik nyutdannede profesjonsutøvere ser det. Fontene Forskning 1/12, s. 69-81. Hentet 27.10.18 fra <http://fonteneforskning.no/pdf-15.19493.0.3.66aa86cc6c>

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (FOR-2011-11-18-1115). Hentet 28.10.18 fra <https://lovdata.no/forskrift/2011-11-18-1115>

Gautun, H. & Grødem, A.S. (2015). Prioritising care services: Do the oldest users lose out? *International Journal of Social Welfare*, 24 (1), s. 73-80. Hentet 19.10.18 fra <https://doi.org/10.1111/ijsw.12116>

Gjevjon, E.R. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelig vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2015, årgang 1, nr 1. Hentet 19.10.18 fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2359535/Kontinuitet.i.hjemmespl.pdf?sequence=1>.

Helsedirektoratet (2016). *Veileder for saksbehandling - Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8*. (Veileder, IS-2442) Hentet 28.10.18 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1149/Veileder-for-saksbehandling-IS-2442.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (Meld. St. 2008-2009). Hentet 27.10.18 fra [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1?q=samhandlingsreformen#match\\_0](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1?q=samhandlingsreformen#match_0)

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. 2012-2013). Hentet 28.10.18 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2018). *Leve hele livet*. (Meld. St. 2017-2018). Hentet 12.11.18 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

Helse- og omsorgsdepartementet (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Hentet 31.10.18 fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenesten m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet 18.10.18 fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Lian, O.S (2018). Behov for helsetjenester – naturgitt eller sosialt bestemt? *Tidsskriftet Den norske legeforening*. Hentet 19.10.18 fra <https://tidsskriftet.no/2000/01/kronikk/behovet-helsetjenester-naturgitt-eller-sosialt-bestemt>.

- Loyen, K. & Maesschalck, J. (2010). Towards a Theoretical Framework for Ethical Decision Making of Street-Level Bureaucracy. Existing Models Reconcidered. *SAGE Journals: Administration & Society*, vol. 42, 1: pp. 66-100. Hentet 19.10.18 fra <http://ezproxy.hiof.no:4069/doi/pdf/10.1177/0095399710362524>
- Rice, D (2012). Street-Level Bureaucrats and the Welfare State. Towards a Micro-Institutionalist Theory of Policy Implementations. *SAGE Journals. Administration & Society*, vol. 45, 9: pp. 1038-1062. Hentet 19.10.18 fra <http://ezproxy.hiof.no:4069/doi/full/10.1177/0095399712451895>
- Rowe, M. (2012). Going back to the Street: Revisiting Lipsky's Street-Level Bureaucracy. *Teaching Public Administration*, vol. 30, 1. S. 10-18. Hentet 19.10.18 fra <http://ezproxy.hiof.no:4069/doi/full/10.1177/0144739411435439>
- Syse, A., Øien, H., Jakobsson, N. & Solheim, M.B. (2014). Variasjoner i kommunale tildelingsvurderinger av helse- og omsorgstjenester til eldre. *Tidsskrift for velferdsforskning*, vol.18, nr. 3, 2015, s. 211-233. Hentet 28.10.18 fra [https://oda.hioa.no/nb/variasjoner-i-kommunale-tildelingsvurderinger-av-helse-og-omsorgstjenester-til-eldre/asset/dspace:9756/jacobsson\\_variasjon.pdf](https://oda.hioa.no/nb/variasjoner-i-kommunale-tildelingsvurderinger-av-helse-og-omsorgstjenester-til-eldre/asset/dspace:9756/jacobsson_variasjon.pdf)
- Ursin, G. (2005). *Bestiller-utførerorganisering og brukervedvirkning; En evalueringsstudie av Bodø kommunes organisering av kommunale hjemmetjenester*. (Mastergradsoppgave, Universitetet i Bergen). Hentet 28.10.18 fra <http://bora.uib.no/handle/1956/1119>
- Vatnaland, M.L.R. (2012). *Hvilken forståelse har helsepersonell av faglig forsvarlighet, og hvilke forutsetninger har de for å oppnå faglig forsvarlighet? – et bidrag for å oppnå en bedre begrepsforståelse*. (Mastergradsoppgave, Universitetet i Stavanger). Hentet 28.10.18 fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/184732>

## ØVRIGE DATAKILDER

Internkontrollsystemet i undersøkte kommune

## 8 VEDLEGG

### Intervjuguide

Hvordan tildeles tjenester til hjemmeboende, og på hvilken måte påvirker dette tjenestenes innhold og omfang?

1. Kan du fortelle hvordan dere tildeler tjenester til nye brukere?
  - Dvs saksgangen: Hvem er involvert, i hvilken rekkefølge skjer de ulike stegene?
  - Hvordan bestemmes omfang (tid og antall besøk)?
  - I hvilken grad foreligger vedtak før tjenesten iverksettes? Hvis det ikke foreligger, hva er årsaken til det?
  - Hva med endringer i behov?
2. Hvordan innhenter du/dere nødvendig informasjon?
  - Hvordan og hvem vurderer informasjonen?
  - Hva legger du vekt på ved vurdering av brukerens bistandsbehov?
3. I hvilken grad tar du hensyn til kommunens retningslinjer for tildeling av tjenester og standard når du tildeler tjenester? Gi eksempler.
4. Hva gjør du dersom du opplever at det ikke er samsvar mellom regelverk og det du som fagperson ser som det beste for brukeren?
  - Hvordan håndtere du det?
  - Er det rom for å tilpasse tjenestene til den enkeltes behov/situasjon?
  - I hvilken grad kan du iverksette de tiltak du selv mener er best?
  - Opplever du at regelverket gir muligheter eller begrensninger?
5. På hvilken måte påvirker det tjenestene at du tildeler tjenester du selv skal utføre? Kan du komme med eksempler?
  - For deg, for brukerne, for pårørende?
  - Er det noe du velger ikke å gjøre, eventuelt hva?
  - Påvirkes tjenestenes innhold og omfang av at du kjenner brukerne?
  - I hvilken grad tenker du på tilgjengelige ressurser når tildeler tjenester?
6. På hvilken måte drøfter dere faglige spørsmål slik som godt nok versus faglige idealer, hvordan tjenester skal gis osv? (Møteplasser, tid, hvem deltar, formelt eller uformelt?)
7. Hvilke krav opplever du fra kollegaer, ledelsen, brukere, pårørende osv?
  - Opplever du å ha myndighet til å møte kravene/ta beslutninger?
  - Opplever du støtte fra kollegaer og ledelse i beslutningene du tar?
  - Hvordan håndterer du eventuelle konflikter mellom de ulike kravene?
8. I hvilken grad opplever du å ha tilstrekkelige ressurser til å møte kravene som stilles til deg?
  - For mye, for lite, tilstrekkelig?
  - Hvordan håndterer du evt for lite ressurser?
  - Får det betydning for tjenestene?
9. Er det noe du vil legge til/fortelle om hvordan dere tildeler tjenester?

# Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

## *Tildeling av tjenester til hjemmeboende*

### **Bakgrunn og formål**

Jeg er masterstudent i administrasjon og ledelse ved Høgskolen i Østfold. I denne forbindelse skal jeg gjennomføre et forskningsprosjekt. Formålet med forskningsprosjektet er å studere hvordan helse- og omsorgstjenester tildeles til hjemmeboende, og hvordan dette påvirker tjenestenes innhold og omfang. Dette innebærer å se på selve tildelingsprosessen, hvem som er involvert og hva som påvirker prosessen og beslutningene som tas. I tillegg vil det bli sett på hvordan tjenestene påvirkes av at de tildeles av de samme personene som utfører dem, og hvordan involverte håndterer ulike forventninger.

I kommunen som skal undersøkes, har sykepleiere i hjemmetjenesten myndighet til å tildele tjenester uten skriftlig vedtak. Invitasjon til deltakelse i forskningsprosjektet går derfor til sykepleiere i hjemmetjenesten inkludert førstelinjeledere (teamledere). Inviterte deltakere arbeider i andre deler av organisasjonen enn jeg selv gjør. Invitasjon til deltakelse har vært sendt til enhetsleder som har gitt samtykke til at undersøkelsen gjennomføres i valgte enheter. Deretter har invitasjonen blitt sendt til aktuelle sykepleiere og teamledere. Ønsket utvalg er seks sykepleiere og to førstelinjeledere.

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Deltakelse i studien innebærer et personlig intervju med undertegnede. Det vil bli avsatt en time til intervjuet, og intervjuet vil foregå i arbeidstiden. Spørsmålene vil omhandle hvordan tjenester tildeles, hva som påvirker ulike valg som foretas, bruk av skjønn samt hvordan ulike forventninger til den enkelte oppleves og håndteres. Under intervjuene vil det tas lydopptak og notater.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun student og veileder som vil ha tilgang til opplysningene. Lydopptak oppbevares av undertegnede slik at andre ikke har tilgang. I lydopptak og notater vil det ikke fremkomme hvem som blir intervjuet. Alle deltakere gis et fiktivt navn.

Resultater vil publiseres i masteravhandlingen min. Det vil ikke fremkomme i publikasjonen hvem som har deltatt i studien.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.11.18. Lydopptak vil da slettes.

Frivillig deltakelse Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Aina A. Løkkevik, 957 86 726 eller veileder Harald Askeland, 957 56 083

Studien er ikke meldepliktig til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----