

**Mastergrad i Organisasjon og leiing – helse- og velferdsleiing og
utdanningsleiing**

Nødvendig helsehjelp og kvalitet i hjemmetjenesten

av

Anne Berit Skjelfjord Jørgensen

Juni 2016



Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgave i: Masterstudium i organisasjon og leiing - helse- og velferdsleiing og utdanningsleiing

Tittel: Nødvendig helsehjelp og kvalitet i hjemmetjenesten

Engelsk tittel: Required health care and quality in home care services.

Forfatter: Anne Berit Skjelfjord Jørgensen

Emnekode og emnenavn: MR 691

Kandidatnummer: 11

Publisering i institusjonelt arkiv, HiSF Biblioteket (sett kryss): X

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven i Brage.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett

JA X Nei

Dato for innlevering: 10/6-16

Eventuell prosjekttilknytning ved HiSF

Emneord (minst fire): nødvendig helsehjelp, kvalitet i hjemmetjenesten, necessary health care, required health care, quality in health

Tittel og sammendrag: Nødvendig helsehjelp og tilstrekkelig kvalitet i hjemmetjenesten

Temaet i denne studien er nødvendig helsehjelp og tilstrekkelig kvalitet i hjemmetjenesten, og oppgaven har til hensikt å få kunnskap om hvilke faktorer som må ivaretas når målet for nødvendig helsehjelp og kvalitet skal oppnås i den kommunale hjemmetjenesten.

Svarene på problemstillingen bygger på en sammenlignende casestudie av to norske kommuner, basert på intervju av ulike aktører med ansvar for nødvendig helsehjelp. Aktørene som er representert er rådmannsnivå, enhetsleder, forvaltning (saksbehandler), sykepleier og helsefagarbeider. Aktørene er delt inn i ledernivå og grasrotnivå.

Studien viser at nødvendig helsehjelp handler om å få dekket grunnleggende behov og at kvalitet på tjenestene ikke kan standardiseres. Begge nivå er tydelig på at kvalitet handler om faglig forsvarlighet, om kompetanse og tilgjengelige ressurser. Samtidig viser studien at samarbeid oppleves som viktig på begge nivå, men det er ulik opplevelse sett ut fra hvilket nivå en befinner seg på. Ledernivå opplever samarbeid som viktig i henhold til organisasjonens mål og til utførelsen av tjenestene, mens på grasrotnivå handler samarbeid om arbeidsforhold og hvordan de samhandler seg i mellom.

Organisering av tjenestene er også av betydning for både leder- og grasrotnivå, men når det gjelder informasjonsdeling opplever grasroten at det er for mange ledd informasjonen skal gå igjennom før den når fram. Studien viser også at informantene opplever at kommunen sin økonomi har betydning for hvordan tjenestene er organisert og hvilke ressurser en har tilgjengelig for å yte nødvendig helsehjelp av god kvalitet.

På bakgrunn av de svar jeg har fått på forskningsspørsmålene, kan jeg konkludere med at det er flere faktorer som har betydning for at kvalitet på nødvendig helsehjelp i hjemmetjenesten skal oppnås. Faktorer som nærledelse, nok kompetanse og ressurser, organisering av tjenestene, brukermedvirkning, samarbeid mellom aktørene på de ulike nivå, samt kommunen sin økonomi, er alle faktorene som står i et gjensidig forhold til hverandre. Opplever det svikt i en av faktorene, vil det få konsekvenser for de andre faktorene som igjen vil ha betydning for kvaliteten på tjenestene.

Title and Abstract: Required health care and quality in home care service

The theme in this study is required health care and quality in home care service, and the assignment has as its objective to attain the knowledge about which factors that must be adhered to obtain the goal for required health care and quality in community care.

The answer to the topic to be addressed builds on a comparison of a case study of two Norwegian counties, based on interviews from different practitioners with responsibility for required health care. The practitioners that are represented is council member level, head of unit, the management (coordinator), nurse and health care worker. The practitioners are divided into leadership level and grassroots level.

The study shows that required health care is about covering the fundamental needs, and that the quality on the services should not be standardized. Both levels make it clear that the quality is about professional justifiability, about competence and accessible resources. At the same time the study shows that a collaboration appears important on both levels, but the experience is differently seen from the two levels. The leadership level experiences collaboration as important according to the organizations goals and to the executions of the services, while at grassroots level collaboration is about working relationship and how they interact between them. The organising of the services is also of significance for both leadership and grassroots level, but when it comes to sharing of information the grassroots experience that there are too many parts the information has to go through before it reaches its destination. The study also shows that the informant experience that the county's economy has an impact on how the services is organized and which resources one has available to provide health care of good quality.

Based on the answers I have gotten on my research question I can conclude that for the quality of required health care in the home nursing services to be achieved there are many factors that has significance. Factors such as close management, enough competence and resources, organisation of the services, user intervention, collaboration between the practitioners on different levels as well as the county's economy are all factors that stands in a reciprocal relationship to each other. If failure is an experience in one of the factors, it will have consequences for the other factors which again will have a consequence on the quality of the services.

Førord

Å skrive denne masteroppgaven har vært utfordrende og krevende og siste innspurt har vært en opplevelse av å befinne seg i en boble. Jeg legger nå bak meg fire år som deltidsstudent, og ser fram til en ny hverdag. Jeg opplever meg selv som heldig som har fått delta i så mange flotte læreprosesser gjennom disse årene.

Først vil jeg få rette en stor takk til mine ti informanter som har gjort denne studien mulig. Jeg vil takke Osterøy kommune som har bidratt med støtte og tilrettelegging for at studien er fullført. Til gode kolleger som har vært tålmodig i mitt fravær, venner og familie som har gitt meg mange oppmuntrende ord, gode innspill og hjulpet meg i prosessen.

Til min veileder, Olina Kolbotn vil jeg takke for at du har vært en tålmodig og imøtekommende støttespiller. Jeg hadde ikke klart meg uten din veiledning. Takk til min datter Mona for korrekturlesing og til min mann Erik som har måtte høre på mine tanker og frustrasjon og som har bidratt til å få hode mitt på plass igjen etter runder med frustrasjon. En takk til mine sønner, Aleksander og Benjamin som rister like mye på hode hver gang spisebordet er full i notater med beskjed ”ikke rør”. En takk til mine foreldre som har stilt hytten til disposisjon slik at det har vært mulig for meg å høre mine egen tanker. Takk til gode studievenner for tips, hjelp og støtte.

Osterøy 2016

Anne BS Jørgensen

Sammendrag

Temaet i denne studien er nødvendig helsehjelp og tilstrekkelig kvalitet i hjemmetjenesten, og oppgaven har til hensikt å få kunnskap om hvilke faktorer som må ivaretas når målet for nødvendig helsehjelp og kvalitet skal oppnås i den kommunale hjemmetjenesten.

Svarene på problemstillingen bygger på en sammenlignende casestudie av to norske kommuner, basert på intervju av ulike aktører med ansvar for nødvendig helsehjelp. Aktørene som er representert er rådmannsnivå, enhetsleder, forvaltning (saksbehandler), sykepleier og helsefagarbeider. Aktørene er delt inn i ledernivå og grasrotnivå.

Studien viser at nødvendig helsehjelp handler om å få dekket grunnleggende behov og at kvalitet på tjenestene ikke kan standardiseres. Begge nivå er tydelig på at kvalitet handler om faglig forsvarlighet, om kompetanse og tilgjengelige ressurser. Samtidig viser studien at samarbeid oppleves som viktig på begge nivå, men det er ulik opplevelse sett ut fra hvilket nivå en befinner seg på. Ledernivå opplever samarbeid som viktig i henhold til organisasjonene mål og til utførelsen av tjenestene, mens på grasrotnivå handler samarbeid om arbeidsforhold og hvordan de samhandler seg i mellom. Organisering av tjenestene er også av betydning for både leder- og grasrotnivå, men når det gjelder informasjonsdeling opplever grasroten at det er for mange ledd informasjonen skal gå igjennom før den når fram. Studien viser også at informantene opplever at kommunen sin økonomi har betydning for hvordan tjenestene er organisert og hvilke ressurser en har tilgjengelig for å yte nødvendig helsehjelp av god kvalitet.

På bakgrunn av de svar jeg har fått på forskningsspørsmålene, kan jeg konkludere med at der er flere faktorer som har betydning for at kvalitet på nødvendig helsehjelp i hjemmetjenesten skal oppnås. Faktorer som nærledelse, nok kompetanse og ressurser, organisering av tjenestene, brukermedvirkning, samarbeid mellom aktørene på de ulike nivå, samt kommunen sin økonomi, er alle faktorene som står i et gjensidig forhold til hverandre. Opplevs det svikt i en av faktorene, vil det få konsekvenser for de andre faktorene som igjen vil ha betydning for kvaliteten på tjenestene.

Summary

The theme in this study is required health care and quality in home care service, and the assignment has as its objective to attain the knowledge about which factors that must be adhered to obtain the goal for required health care and quality in community care.

The answer to the topic to be addressed builds on a comparison of a case study of two Norwegian counties, based on interviews from different practitioners with responsibility for required health care. The practitioners that are represented is council member lever, head of unit, the management (coordinator), nurse and health care worker. The practitioners are divided into leadership level and grassroots level.

The study shows that required health care is about covering the fundamental needs, and that the quality on the services should not be standardized. Both levels make it clear that the quality is about professional justifiability, about competence and accessible resources. At the same time the study shows that a collaboration appears important on both levels, but the experience is differently seen from the two levels. The leadership level experiences collaboration as important according to the organizations goals and to the executions of the services, while at grassroots level collaboration is about working relationship and how they interact between them. The organising of the services is also of significance for both leadership and grassroots level, but when it comes to sharing of information the grassroots experience that there are too many parts the information has to go through before it reaches its destination. The study also shows that the informant experience that the county's economy has an impact on how the services is organized and which resources one has available to provide health care of good quality.

Based on the answers I have gotten on my research question I can conclude that for the quality of required health care in the home nursing services to be achieved there are many factors that has significance. Factors such as close management, enough competence and resources, organisation of the services, user intervention, collaboration between the practitioners on different levels as well as the county's economy are all factors that stands in a reciprocal relationship to each other. If failure is an experience in one of the factors, it will have consequences for the other factors which again will have a consequence on the quality of the services.

Innholdsfortegnelse

1.0. Innledning	11
1.1. Bakgrunn.....	11
1.2. Min egen bakgrunn.....	12
1.3. Problemstilling.....	13
1.4. Studiens oppbygning og struktur.....	14
1.5. Begrepsavklaringer.....	14
1.5.1. Kvalitet i hjemmetjenesten.....	15
1.5.2. Subjektiv, objektiv kvalitet.....	15
1.5.3. <i>Faglig forsvarlighet</i>	16
1.5.4. Kunnskap og kompetanse – mål på kvalitet.....	16
1.5.5. <i>Tilstrekkelig kvalitet = minstestandard</i>	17
1.5.6. <i>Brukermedvirkning – mål på kvalitet</i>	17
1.6. Lovverk.....	17
1.7. Kunnskapsstatus og tidligere forskning.....	19
1.8. Tidligere forskning.....	20
2.0. Teoretiske perspektiver på nødvendig helsehjelp og kvalitet	24
2.1. Omsorgens dimensjoner.....	24
2.2. Maslows behovspyramide.....	25
2.3. Lipsky – bakkebyråkrati.....	27
2.3.1. <i>Tvetydige mål</i>	28
2.4. Schön – den reflekterende praktiker.....	29
2.6. Synlig ledelse – relasjonsledelse.....	31
2.6.1. <i>Relasjonsledelse</i>	32
2.7. Samarbeid og samhandling.....	32
2.7.1. <i>Tverrfaglig samarbeid</i>	32
3.0. Metode	35
3.1. Kvalitativt casestudie.....	35
3.2. <i>Fordeler og ulemper med kvalitativ metode</i>	35
3.3. <i>Perspektiv og tilnærming</i>	36
3.4. Egen forforståelse.....	37
3.5. Utvalg for intervju.....	37
3.6. Gjennomføring av intervju.....	38
3.7. Transkribering.....	39
3.8. Analyseprosessen.....	40
3.9. Validitet, reliabilitet og overførbarhet.....	44
3.10. Etske hensyn.....	45
4.0. Presentasjon av empiriske funn	46
4.1. <i>Presentasjon av utvalg og demografiske data</i>	46
4.2. Hvordan beskriver/oppfatter aktører på ulike nivå begrepet nødvendig helsehjelp i hjemmebaserte tjenester?.....	47
4.2.1. <i>Nødvendig helsehjelp i hjemmetjenesten</i>	47
4.2.2. <i>Grunnleggende behov</i>	47
4.2.3. <i>Sosiale behov som en del av grunnleggende behov</i>	48
4.2.4. <i>"Rause" eller "stramme" vedtak</i>	49
4.2.5. <i>Individuell behandling eller standardisering</i>	50
4.3. Hvordan beskriver/oppfatter aktører på ulike nivå begrepet tilstrekkelig kvalitet i hjemmebaserte tjenester?.....	51
4.3.1. <i>Subjektiv, objektiv</i>	51
4.3.2. <i>Kompetanse – mål på kvalitet</i>	52

4.3.3. Tilstrekkelig kvalitet.....	54
4.3.4. Faglig forsvarlighet som kvalitetsindikator.....	55
4.3.5. Brukermedvirkning som mål på kvalitet.....	56
4.4. Hva er de ulike aktører sin oppfatning av samarbeid og samhandling på de ulike nivå i forhold til det å yte nødvendig helsehjelp og tilstrekkelig kvalitet i hjemmebaserte tjenester?...57	
4.4.2. Samarbeid på grasrotnivå.....	58
4.4.5. Samhandlingsreformen – er det samhandling?.....	61
4.4.6. Tidlig utskrivning.....	61
4.4.7. Overbelegg i sykehjem.....	62
4.4.8. Sykehuset bestemmer.....	62
4.4.9. Bakvaksordning – en belastning.....	62
4.4.10. Elektroniske meldinger bedrer kommunikasjonen.....	63
4.5. Hvordan oppfatter de ulike aktørene at kommuneorganisering og tjenesteorganisering har betydning for nødvendig helsehjelp og kvalitet?.....	64
4.5.2. Informasjonsutfordringer i forhold til kommuneorganisering.....	64
4.5.3. Ledelsesforankring.....	66
4.5.5. Opplevelse av egen rolle og ansvar.....	67
4.5.7. Organisering av tjenestene har betydning for helsehjelpen.....	68
4.5.10. Tjenesten blir aldri bedre enn ledelsen av den.....	72
4.5.11. Økonomiske utfordringer ved organisering av tjenester.....	73
4.6. Nye moment.....	74
4.6.2. Grunnleggende behov henger sammen.....	74
4.6.3. Tilsyn som forebyggende helsehjelp mot ensomhet?.....	75
4.6.4. Vekst i pleie-og omsorgstjenester.....	75
4.6.5. Vridning av tjenester og morgendagens omsorg.....	76
4.7. Oppsummering.....	77
4.7.1. Nødvendig helsehjelp.....	78
4.7.2. Kvalitet.....	78
4.7.3. Samarbeid/samhandling.....	79
4.7.4. Organisering av tjenestene.....	80
5.0. Drøfting.....	82
5.1. Hvordan beskriver/oppfatter aktører på ulikt nivå med ansvar for hjemmetjenesten, begrepet nødvendig helsehjelp?.....	82
5.1.1. Sosiale behov som en del av grunnleggende behov.....	82
5.1.2. Hvem har ansvar for å dekke sosiale behov.....	83
5.2. Hvordan beskriver/oppfatter aktører på ulikt nivå begrepet tilstrekkelig kvalitet i hjemmetjenesten?.....	85
5.2.1. Faglig forsvarlighet som kvalitetsindikator.....	85
5.2.2. Tilstrekkelig kvalitet.....	87
5.2.3. Brukermedvirkning – mål på kvalitet.....	88
5.3. Hvilke betydning har aktørenes oppfatning av begrepene nødvendig helsehjelp og tilstrekkelig kvalitet i hjemmetjenesten, for samarbeid/samhandling på og mellom de ulike nivå?.....	91
5.3.1. Samarbeid og samhandling.....	91
5.3.2. Samarbeid på tvers.....	92
5.3.3. Tverrfaglig samarbeid.....	93
5.3.4. Utfordringer i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.....	94
5.4. Hvordan oppfatter de ulike aktørene at kommuneorganisering og tjenesteorganisering har betydning for nødvendig helsehjelp og kvalitet?.....	96
5.4.2. Synlig ledelse.....	97
5.4.3. Informasjonsdeling – betydning for kvalitet.....	98
5.4.4. Tjenestemodell – betydning for helsetjenestene.....	99
5.4.5. Handlingsrom – mål på kvalitet.....	100

5.4.6. <i>Nye moment</i>	101
5.5. Forslag til videre forskning	103
5.6. Konklusjon	104
6.0. Litteraturliste	107
7.0. Vedlegg	111

1.0. Innledning

Temaet i denne studien er nødvendig helsehjelp og tilstrekkelig kvalitet i hjemmetjenesten, og oppgaven har til hensikt å få kunnskap om hvilke faktorer som må ivaretas når målet for nødvendig helsehjelp og kvalitet skal oppnås i den kommunale hjemmetjenesten.

1.1. Bakgrunn

Helsehjelp og hjemmetjeneste er historisk sett et gammelt fenomen, der pleie av syke og fattige var vanlige oppgaver for familiemedlemmer. Florence Nightingale er regnet som grunnlegger av den moderne sykepleie, hvor hun i 1860 startet opp utdanning i hospitalsykepleie og distriktssykepleie (Solheim 2004). I Norge, så langt tilbake som til Magnus Lagabøtes landlov i 1264 finner en et visst offentlig ansvar for syke og fattige, eldre og andre som ikke klarte seg selv eller fikk hjelp av familien (NOU 1992:1). Kirken og klostrene gjorde også stor innsats. På 1700-1800 tallet ble statens ansvar gradvis utvidet og det ble opprettet fattighus som gav kost og losji for dem som ikke klarte seg selv. Rundt 1870 var diakonissene de første som fikk formell sykepleierutdanning i Norge, og de var primært utdannet til å utøve hjelp i hjemmet, i kirkelydspleie, fattigpleie eller privat pleie hos velstående personer. I begynnelsen av 1900-tallet ble formidling av hjemme-sykepleietjenester en stor geskjeft, og Norsk Sykepleierforbund (1912) hadde en stor kampsak for å få kontroll på privatsykepleie (Solheim 2004). Enkelte kommuner opprettet kommunal hjemmetjeneste allerede i 1920-årene. I 1952 fikk husmorvikarordningen statsstøtte og fra 1969 ble det innført statsstøtte til hjemmehjelp (NOU 1992:1). I 1982 ble alle helsetjenestene i kommunen for første gang samlet under en lov, ”Lov om helsetjenesten i kommunene” (Solheim 2004). I de siste 30 årene, har det vært et stort fokus på hjemmesykepleie og hjemmetjenester og det har parallelt vært store omorganiseringer, hvor kommunen nå har et bredt ansvar for offentlig tjenesteyting, enten det er en liten eller en stor kommune (ibid).

Nødvendig helsehjelp er en rettighet, men det er likevel begrenset av hensynet til økonomi, helsepersonell og utstyr (Fossestøl 2005:20). Mange norske kommuner har en anstrengt økonomi og kostnadskutt er en utfordring. Mange kommuner opererer derfor med en minstestandard på tjenestene sine for å sikre seg kvalitet. Ved å innføre regnskap og budsjettssystemer skal mål og resultater synliggjøres. Man skal kunne se sammenhengen mellom hva noe koster og hvilke resultater man oppnår for pengene en bruker (Stamsø 2009). Det er viktig å få mest og best mulige tjenester ut av hver krone. Dette økonomiske fokus, henger sammen med effektivisering og er et av hovedfokusene til reformen New Public

Management (NPM)(Vabø 2007). NPM tankegangen handler om å redusere offentlige utgifter, øke effektiviteten, bli mer markedsorientert, og samtidig bedre kvaliteten i sitt tilbud av offentlige tjenester (Stamsø 2009). Vabø (2007) sier at NPM sin markeds- og bedriftsinspirerte styringsdiskurser, bryter ned den etablerte styringsdiskursen som i stor grad baserte seg på at nøkkelen til en ansvarlig god tjeneste var plassert hos utøverne i det ytterste ledd.

Bestiller- utførermodellen i forvaltningen, kommer som en inspirasjon av NPM (Dalby 2005). Begrunnelsen for å innføre modellen var blant annet et klarere skille mellom forvaltnings- og driftsoppgaver, at utførerenheten skulle få større frihet og armslag, styrke politikerens rolle som ombud, gi brukerne større innflytelse og legge til rette for konkurranse både internt og eksternt (ibid). Bestilleren identifiserer behov og definerer hvilke tjenester som skal gis (pris, kvalitet) (Vabø 2007). En undersøkelse som Ressurscenter for omstilling i kommunene (RO) (2004) har gjort, viste en positiv tilbakemelding på områder om styrket rettssikkerhet og saksbehandling. Den negative tilbakemeldingen er primært på samarbeidsforholdet mellom utførere og bestiller, samt en økende byråkratisering. Det er også kritikk for reduserte muligheter til å se helheten og sammenhenger i tjenesteytingen, samt at det er vanskelig å ivareta uforutsette hendelser. I tillegg har ikke modellen medført noen form for effektivisering av ressursbruken og den har hatt liten- eller ingen økonomisk besparelse (RO 2004, Vabø 2007).

Hjemmetjenesten kan ikke si at det er fullt, og avvise brukere som trenger hjelp. I henhold til sektorens kapasitetsramme, er det nødvendig å vurdere brukerens behov i forhold til hverandre og den enkeltes behov må stadig ses på bakgrunn av de samlede behovene. Endrer behovene seg hos en, vil det legge beslag på personalressursene og få konsekvenser for andre brukere som har tjeneste (Vabø 2007).

1.2. Min egen bakgrunn

Jeg har arbeidet i helsesektoren i 26 år og har i denne tiden arbeidet som ufaglært, hjelpepleier og sykepleier, for det meste innen kommunehelsetjenesten. Bakgrunnen for valg av tema er at jeg i mitt virke som sykepleier og hovedtillitsvalgt opplever at det er ulike fokus på hva som er nødvendig helsehjelp og kvalitet på tjenestene vi skal gi brukerne. Fra et arbeidsgivers synspunkt, har det ved gjentatte anledninger blitt uttalt at helsepersonell er på ”tilbudssiden”, at det gis mer helsehjelp og kvalitet enn nødvendig. Erfaringsmessig vil det for utøvere av

helsehjelp være delte meninger om den hjelpen som vedtas og den som ytes. Ved noen anledninger opplever en at både pasienter og pårørende ønsker mer hjelp, og at det ved noen tilfeller blir gitt for mye eller for lite hjelp i forhold til vedtak. Det oppleves også at vedtakene ikke blir ofte nok evaluert og justert etter pasienten behov.

I følge Nygård og Vist (2006) er målet for omsorgstjenestene at det skal være balanse mellom faglige vurderinger, juridiske formalkrav og økonomisk realisme i tilmålt mengde hjelp og kostnadseffektiv drift. Det er tre parter som har forutsetning for å uttale seg om hvilke verdier som skal utgjøre grunntonen i pleie- og omsorgssektoren, tjenestemottakeren, fagpersonen og de folkevalgte politikere (ibid:18). Jeg tenker at det er lang fra gitt at disse tre spesialistene har sammenfallende forståelse for hva som er nødvendig helsehjelp og tilstrekkelig kvalitet på de tjenester kommunen skal gi, og samtidig er det viktig i min studie å få kunnskap om hvordan de ulike aktører med ansvar for hjemmetjenestene, oppfatter nødvendig helsehjelp og kvalitet og se om det er ulike faktorer som ligger til grunn for å kunne yte nødvendig helsehjelp av god kvalitet.

1.3. Problemstilling

Temaet i denne studien er nødvendig helsehjelp og tilstrekkelig kvalitet i hjemmebaserte tjenester. Studien har til hensikt å undersøke hvilke faktorer som må ivaretas når målet for nødvendig helsehjelp og kvalitet skal oppnås i den kommunale hjemmetjenesten, sett ut fra de ulike aktører på ulike nivå som har ansvar for hjemmetjenester

Problemstillingen jeg har valgt er:

Hvilke faktorer må ivaretas når målet om nødvendig helsehjelp og kvalitet i den kommunale hjemmebaserte tjenesten skal oppfylles?

For å få svar på problemstillingen har jeg stilt følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan beskriver/oppfatter aktører på ulike nivå begrepet nødvendig helsehjelp?
2. Hvordan beskriver/oppfatter aktører på ulike nivå begrepet kvalitet i hjemmebaserte tjenester?
3. Hva er de ulike aktører sin oppfatning av samarbeid og samhandling mellom de ulike nivå i forhold til å yte nødvendig helsehjelp og tilstrekkelig kvalitet i hjemmetjenesten?

4. Hvordan oppfatter de ulike aktørene at kommuneorganisering og tjenesteorganisering har betydning for nødvendig helsehjelp og kvalitet?

1.4. Studiens oppbygning og struktur

I dette første kapittel vil jeg presentere lovverk som er aktuell for studien, kunnskapsstatus, aktuell forskning og begrepsavklaringer som har betydning for å få svar på forskningsspørsmål og problemstilling. Etter dette innledende kapittelet presenteres teoretisk grunnlag, mens i kapittel tre vil design og metodevalg gjøres rede for. Presentasjon av empirien vil også bli presentert her. I diskusjonsdelen oppsummeres og diskuteres studiens funn, der jeg blant annet knytter funnene til tidligere presentert teori og forskning. Sluttkapittelet oppsummerer hovedfunnene i studien og knytter faktorene til aktørene som har ansvar for - og påvirker utformingen av nødvendig helsehjelp. I tillegg presenteres en teoretisk modell som kan anvendes ved fremtidige studier av nødvendig helsehjelp og kvalitet i hjemmetjenesten.

1.5. Begrepsavklaringer

I dette kapittelet vil jeg definere begrepet kvalitet i sykepleiertjenesten, som danner fundamentet for min studie. Dette gjør jeg for å gi leser en forståelse av hva jeg ligger i begrepene for denne oppgaven.

Nødvendig helsehjelp er en lovpålagt tjeneste hvor norske kommuner er forpliktet til å tilby nødvendig helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011). I lovteksten står det at: ”*Pasient og bruker har rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester fra kommunen*”, og at: ”*Kommunen skal gi den som søker eller trenger helse- og omsorgstjenester, de helse og behandlingmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett*” (Lov om pasient- og brukerrettigheter 2012).

Omsorgstjenester og nødvendig helsehjelp er kjerneoppgavene til i kommunens hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester (Kirchhoff 2013), men det er ikke opplagt hva som ligger i begrepet nødvendig helsehjelp, ettersom det ikke er spesifisert i lov eller forskrift (Moelven 2012:131). En ser derfor at nødvendig helsehjelp utøves forskjellig fra kommune til kommune og dette kan skyldes kommuneøkonomi og/eller at tildelingen av helsehjelp er avhengig av de profesjonelle profesjoners vurdering for hva en trenger hjelp til (Kirchhoff

2013). Det er kommunenes saksbehandlere og utøvere som utfører tjenestene (Vabø 2007).

Kommunen har mange ulike oppgaver innenfor nødvendig helsehjelp, men denne oppgaven omhandler hvordan de ulike aktører i hjemmebaserte tjenester oppfatter begreper nødvendig helsehjelp, altså de som har behov for hjemmesykepleie.

1.5.1. Kvalitet i hjemmetjenesten

Kvalitet for pleie og omsorgstjenester, Kvalitetsforskriften (2003), er hjemlet i lov om helsetjenestene i kommunene og lov om sosiale tjenester (Lovdata.no). Forskriften skal medvirke til at personer som tar imot pleie- og omsorgstjenester etter sosial- og helse lovgivningen, får tilfredsstilt sine grunnleggende behov. Kommunene skal etablere system av prosedyrer for å sikre at den enkelte bruker får de tjenestene de har behov for til rett tid (Kvalitetsforskriften 2003).

Tjenester av god kvalitet er blant annet at tjenestene er virkningsfulle, trygge og involverer brukerne. Tjenestene skal leveres til rett tid, være tilgjengelige, rettferdig, samordnete og preget av kontinuitet slik at tjenestemottakeren (eller pårørende) opplever at tjenesten dekker fysiske og sosiale behov (ibid).

1.5.2. Subjektiv, objektiv kvalitet

Hva vi som personer legger i begrepet ”god kvalitet” henger ofte sammen med hvilke rolle vi har i helsevesenet; bruker, pårørende, helsepersonell eller om en besitter en lederposisjon.

Dette har betydning for hvordan en tenker omkring kvalitet på tjenesten en skal motta eller yte. Subjektiv kvalitet krever menneskelig vurdering, og er basert på erfaringer og følelser.

Det kan være bruker eller pårørendes opplevelser eller erfaringer, fagpersonenes vurderinger (av ulike sider ved tjenesten), ansattes vurderinger (av arbeidsprosesser og rutiner, arbeidsmiljø), ledelsens vurderinger eller politikernes vurderinger (Schreiner 2004:100).

Objektiv kvalitet handler om faglig kvalitet. Det er basert på fastlagte kriterier. Det kan sees i forbindelse med saksbehandlingstid, ventetid, vedtaksnormer, økonomiske forhold, og andre forhold (ibid).

1.5.3. Faglig forsvarlighet

Forsvarlighet betegnes som et juridisk minstekrav og handler om å sikre en minstestandard. Kravet har til hensikt å beskytte pasient og bruker mot behandling som er skadelig eller uten virkning (Molven 2006). I begrepet ligger en faglig, etisk og rettslig norm for hvordan den enkelte bør utøve arbeidet. Et hovedelement i kravet er at det enkelte helsepersonell i utgangspunktet ikke skal gå inn i situasjoner man ikke er kvalifisert til å håndtere (NSF).

Faglig forsvarlighet har en skjønnsmessig side, en faglig, en etisk og en rettslig norm for hvordan arbeidet skal utøves. Faglig skjønn betyr faglig dømmekraft og kjennetegner høy klinisk kompetanse (Kjønstad 2007). Også Martinsen (2003) snakker om faglig skjønn, og mener det er en fornuftig handling der en er i stand til å utføre forsvarlig omsorg og pleie uten å være regelstyrt. Schön (1987:243) mener at refleksjon er viktig i utøvelse av skjønn, slik at helsepersonell blir i stand til å korrigere sine handlinger underveids i gjennomføringen.

1.5.4. Kunnskap og kompetanse – mål på kvalitet

Begrepet kompetanse består av kunnskaper, ferdigheter, holdninger og erfaringsbasert innsikt (2002). Kompetanse erverver en gjennom teoretisk-, praktisk, etisk og erfaringskunnskap. Teoretisk kunnskap beskriver NSF (2008b) utgjør fundamentet for å forstå, handle og reflektere. Det danner grunnlaget for hvordan og hvorfor sykepleier skal utøve sitt fag. Praktisk kunnskap handler om å beherske teknikker, metoder og fremgangsmåter som er relevante for den behandling en skal gi. Etisk kunnskap handler om hvordan helsepersonell bedømmer situasjoner og ut fra dette handler moralsk riktig (ibid). Helsepersonell møte i sin daglige arbeid stadig dilemmaer der både etisk kunnskap og refleksjon danner grunnlaget for hvordan den enkelte situasjon håndteres. Erfaringskunnskap handler om å anvende den teoretiske kunnskapen og ferdighetene. Det er den enkeltes helsearbeider samlede erfaringer, som er ervervet gjennom livserfaring og yrkespraksis (ibid).

Kompetanse, kunnskap og erfaringer danner grunnlaget for verdiskapning i helsetjenesten.

1.5.5. Tilstrekkelig kvalitet = minstestandard

Minstestandard setter en grense for hva som er forsvarlig og må sees i sammenheng med de reaksjoner som kommer når en opplever at standarden ikke etterleves. Det innebærer at en må løfte uforsvarlig praksis til en forsvarlig minstestandard men en god praksis (Kjønstad 2007). Faglig forsvarlig utøvelse forutsetter forståelse for helsetjenestens oppbygning, oppgaver og kjennskap til lover, regler og øvrige rammebetingelser som styrer virksomheten (NSF 2013). Det handler om å gi faglig forsvarlig helsehjelp i møte med enkeltmennesker på en slik måte at det ansees for å være både faglig og etisk rett (ibid). Kvalitetsforskriften kan brukes som et mål, og er et viktig redskap for å vurdere om brukeren har fått den tjenesten han har krev på (NSF 2013).

1.5.6. Brukermedvirkning – mål på kvalitet

Brukermedvirkning har betydning for å sikre kvalitet på tjenestene, og lovverket er tydelig på at dette skal være ivaretatt når en skal motta helsehjelp. Brukermedvirkning er en nedfelt rett som er beskrevet i pasient og brukerrettighetsloven § 3 (1999) og i forskrift for kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3 (2003). Kvalitetsforskriften (ibid) er tydelig på at brukere som mottar pleie- og omsorgstjenester skal medvirke ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Stortingsmelding 10 (2012-2013:8) sier noe om viktigheten av involvering og innflytelse på tjenestene, at det gir trygghet og større tilfredshet med tilbudet og en aktiv medbestemmelse kan bidra til å bedre resultatene for brukeren og bedre utnyttelse av ressursene.

1.6. Lovverk

I Norge er det tverrpolitisk enighet om at det er et offentlig ansvar at de som trenger hjelp skal være sikret å få nødvendig helsehjelp, tilsyn og omsorg, pleie og oppleve trygghet i hverdagen. Dette er grunnleggende verdier som er nedfelt i lov- og regelverket som legger føringer for tjenestene. Når kommunen skal oppfylle kravene i lovverket er det opptil faglig skjønn å vurdere hvilket tiltak som skal iverksettes og på hvilken måte kommunen skal utføre

sine plikter. De som skal utøve de faglige vurderingene opplever dilemma hver dag i forhold til hva som skal være tilstrekkelig hjelp, hvilke standard som skal legges til grunn og i hvor stor grad det kan settes vilkår for å yte tjenester (Nygård & Vist 2006). Brukerne og deres sosial nettverk er også viktige aktører da de både fremmer og presenterer ulike behov for å påvirke innholdet i helsehjelpen. Aktørene står i et gjensidig forhold og påvirker hverandre (Kirchhoff 2013).

Stortingsmelding 10 (2012-2013:8) sier at god kvalitet handler om kvaliteten på alle tiltak, men også om at tjenesten skal bidra til flest mulig leveår med god helse. Stortingsmeldingen er den første meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet som dekker hele helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil med dette rette oppmerksomheten mot innholdet og kvaliteten i tjenestene, da det er nødvendig med en helhetlig tilnærming. Stortingsmeldingen er tydelig på at god kvalitet forutsetter samarbeid med pasienter og brukere om utforming av tjenester og behandlingsvalg. Involvering og innflytelse gir trygghet og større tilfredshet med tilbudet og en aktiv medbestemmelse kan bidra til bedre resultater for pasienten, og bedre utnyttelse av ressursene (ibid).

Stortingsmelding 11 (2014:5-6) handler også om at bedre kvalitet og trygge tjenester skal sikres gjennom å endre og forbedre systemer, ledelse og kultur i tjenestene. Regjeringen vil flytte makt fra systemene til pasientene. Stortingsmeldingen gir uttrykk for at undersøkelser viser at det er for mye variasjon i helsetjenesten. Det handler om variasjon i prosesser, praksis og utfall – det vil si behandlinger som tilbys, prioriteringer som gjøres i møtet med pasientene og medisinske resultater i form av ulikheter i kvaliteten. Det er et mål å sørge for likeverdige helse- og omsorgstjenester for hele befolkningen (ibid).

Begge disse meldingene viser at brukerne av helsetjenestene skal ha større innvirkning på tjenesten de mottar, forutsatt at brukeren klarer å formidle sine ønsker og behov. I tillegg bør brukerens ønsker og behov bli formidlet slik at de i størst mulig grad svarer til kriteriene som skal utløse retten til helsehjelp. Kirchhoff (2013:86-87) viser til at dette ikke alltid er tilfelle, der brukerens helsetilstand og kjennskap til de formelle rettighetene har betydning for om brukeren fikk formidlet sitt perspektiv. Mange eldre med tjenester fra hjemmetjenesten har et omfattende omsorgsbehov, hvor helsetilstanden er svekket og de kan ha vansker med å gi uttrykk for sine behov. Når dette oppstår er brukeren avhengig av at andre aktører kan ivareta perspektivet i de ulike arbeidsprosessene (ibid).

Stortingsmelding nr 45 (2002-2003) om ”Betre kvalitet i kommunale pleie- og omsorgstjenesten” handler om å endre hovedfokus fra rammer til innhold og fra kvantitet til kvalitet når det gjaldt tjenestetilbudet. Regjeringen ønsket å legge til grunn brukeropplevd kvalitet, valgfrihet og individuell tilpassing i utformingen av tjenestene. Dette er et eksempel på at de politiske aktører signaliserer at helsehjelpen skal være av samme kvalitet uavhengig av brukerens alder, sosiale status eller økonomi (Kirchhoff 2013). Det handler om likhet, rettferdighet, sosial- og økonomisk trygghet og sosial integrasjon. Disse idealene kommer til uttrykk og danner referanse og forventninger til kvalitet i tjenesten for både brukerne og dens nettverk, samt de profesjonelle aktørene når innholdet i helsehjelpen skal utformes (ibid).

Helsepersonelloven (1999) skal bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (1999).

Nødvendig helsehjelp er en rettighet, men den er begrenset av hensynet til økonomi, tilgang på helsehjelp og utstyr (Moelven 2012:131). Det er et kjent fenomen at dagens helsevesen, og særlig hjemmesykepleien, er under stadig press. Pasientene er sykere og eldre og hjelpen som gis er mer komplisert. Budsjetttrammene er ofte sprengt, og krav om effektivitet går utover tidsrammene som er satt på vedtakene. Fusa dommen påpeker imidlertid at det går en nedre grense for kommunehelsetjenestens standard på tilbud om omsorg og pleie (Halvorsen 2004). Økonomien kan ha betydning for omfanget av innholdet i tilbudet, men kommunen har ingen rett til å fritta brukeren for retten til helsehjelp av økonomiske årsaker. Minstestandarden som loven gir rett til, er derimot knyttet til faglig forsvarlighet og må vurderes ut fra rådende profesjonelle normer for tjenestetilbudet. Økonomi vil kunne ha innvirkning på tjenestene og medføre variasjoner i omfanget og innholdet i nødvendig helsehjelp (Kirchhoff 2013:14-15).

1.7. Kunnskapsstatus og tidligere forskning

For å finne egnet litteratur til studien har jeg hatt frisoek på nettet og fått tilgang til rapporter og doktorgrader som omhandler begrepene nødvendig helsehjelp og kvalitet. Har også funnet litteratur og informasjon innen lovverket. Jeg har nyttet søk i bibliotekbaser som Google Scholar, Bibsys, Eric, Idunn og ORIA. Har fått mange treff på nødvendig helsehjelp og kvalitet i hjemmetjenesten, både som enkle søkeord og i sammen. Jeg har sett gjennom mange masteroppgaver som omhandler disse tema, men jeg har ikke funnet noen oppgave som har forsket på hvordan de ulike profesjonene i hjemmebaserte tjenester oppfatter begrepene

nødvendig helsehjelp og tilstrekkelig kvalitet.

Søkeord som er nyttet er helsehjelp, nødvendig helsehjelp, kvalitet, forsvarlighet, faglig forsvarlighet, hjemmetjenester, omsorgsbasert tjeneste, quality, quality of nursing care, required health care, quality care, home care service.

Utvalgsriterier jeg har lagt til grunn for å velge ut forskningsartikler og studier er at de omhandler helsehjelp og kvalitet i hjemmebaserte tjenester. Jeg har også funnet litteratur og informasjon innen norsk lovverk som vil bli nyttet i studien.

1.8. Tidligere forskning

Jeg har funnet mange artikler og studier som omhandler (nødvendig) helsehjelp og kvalitet i helse- og omsorgssektoren, og det var noen som var relevante og mange var interessant for min problemstilling. Studiene og undersøkelsene som jeg har valgt å nytte, er med på å danne grunnlaget for utforming av oppgaven. Jeg vil her presentere sentrale perspektiv som jeg opplever er relevant for tema og problemstilling.

Martinsen (2005) sin studie omhandler rett til nødvendig helsehjelp, retten til øyeblikkelig hjelp når dette er påtrengende nødvendig. Studien viser at rettsreglene har styrket pasientenes rettigheter og ført til en innskrenking i helsearbeidernes og politikernes mulighet til å utøve skjønn. Samtidig sier studien at kommunehelsetjenesten sine borgere krever hjelp av en viss minstestandard, hvor Fusa-dommen har satt standard for at brukerne har rettskrav på å få dekket sine livsviktige behov, og hvor kommunen ikke kan legge vekt på økonomi ved fastlegging av minstestandard. Martinsen sier at dette har ført til at kommunenes selvstyre er blitt innskrenket, og at de i større grad er administratorer av statlig politikk (ibid).

Kirchhoff (2013) sin studie har til hovedhensikt å finne frem til forklaringer på variasjonene i innhold og omfang av nødvendig helsehjelp i norske kommuner, i forhold til hvilke faktorer som påvirker sykepleiere i de ulike arbeidsprosessene på veien fra vedtak til tjeneste.

Undersøkelsen er gjort i bykommune og landkommune. Funn i studien viser at den formelle rammen ved tildeling av vedtak varierer og skaper ulike handlingsrom for utøvelsen av helsehjelp, der sykepleierne i landkommune har større handlingsrom enn i bykommune. Landkommune har mer åpne vedtak som gav mer rom for et helhetlig tjenestetilbud, mens bykommunen hadde mer avgrensede vedtak som gjorde handlingsrommet mindre. Begge kommuner delte samme tjenesteideologi og utøvde tjenesten i samsvar med denne.

Imidlertid viste undersøkelsen at selv om helhetsnormen om å vurdere behov ut fra et helhetlig perspektiv, var utøvelsen av hjelpen oftest knyttet opp til brukerens fysiske og medisinske behov, som viser at helhetsnormen nødvendigvis ikke førte til et helhetlig tjenestetilbud. Brukerens sosiale nettverk var også ansett av betydning av sykepleierne, men de ansatte hadde lite rom til å tilby andre tjenester enn fysiske og medisinske. I tillegg mente sykepleierne at sosiale tjenester eller tiltak som å tilfredsstille brukers behov for sosiale tilhørighet ikke burde gis av profesjonelle utøvere. Der brukerne var ensomme eller hadde behov for sosial tilhørighet prøvde man å kontakte andre aktører som naboer eller velferdssenter. I landkommune inkluderte de i større grad flere av aktørene i brukerens sosiale nettverk under utformingen av nødvendig helsehjelp, enn i bykommune som hadde større fokus på nærmeste pårørende som hovedaktør i brukerens nettverk. Ingen av kommunene hadde standardiserte rutiner knyttet til registrering av brukerens sosiale nettverk, men var avhengig av om den enkelte sykepleier anså det sosiale nettverket som relevant samarbeidspartner.

Kirchhoff (2010) sin doktorgradstudie handler om ansatte i pleie- og omsorgssektoren og har til hensikt å se på tjenester som ansatte utfører ved siden av og i tillegg til offentlige vedtak. Avhandlingen gir en beskrivelse av det komplekse arbeidet som utføres i pleie- og omsorgssektoren, og tar utgangspunkt i de ansattes egne beskrivelser av arbeidet og arbeidsprosessene. Funnene viser at alle yrkesgruppene i hjemmetjenesten utførte merarbeid og forbudt arbeid ut til bruker. De skjulte tjenestene var i hovedsak knyttet til brukerens behov, og det kunne være seg ekstra tid til samtaler eller utføre praktiske gjøremål for bruker, som å ta ut søppel, handle, hjelpe å bestille taxi, med mer. De skjulte tjenestene var handlinger som organisasjonen ikke ønsket at de ansatte skulle utføre, og de ansatte snakket heller ikke høyt om disse ekstratjenestene.

Vabø (2007) sin rapport handler blant annet om hvilken utfordring det innebærer å avgjøre menneskers hjelpebehov og forhold som vanskelig lar seg ringe inn og løse på en enkel og standardisert måte. Det handler om “wicked problems” eller på norsk, “komplekse- eller uregjerlige problemer” som har kjennetegn ved at de er vanskelige å definere, lokalisere, implementere, de er kontinuerlige, samt at de har ingen objektivt riktig løsning. Sosiale problemer er grenseløse og problemet en står overfor vil omtrent alltid være symptom for andre problemer. De er umulige å ringe inn og avgrense på en tydelig måte og de lar seg vanskelig løse en gang for alle (ibid). Vabø sier at organisasjoner som produserer sosiale velferdstjenester som omsorgstjenester, kan aldri effektivitet vurderes i henhold til klare

tekniske kriterier. Omsorgstjenester må vurderes normativt. Hjemmetjenestens ressurser er uforutsigbar. Det er til en hver tid variabelt hvor mange som trenger hjelp, hvor omfattende hjelpebehovet er og hvilke ressurser en har til rådighet (ferie, sykdom, permisjoner osv) (Vabø 2007). Omsorgspersonalet lager seg flere strategier for å unngå misnøye og skuffelser hos brukerne i travle perioder. Fleksible muntlige avtaler med brukerne er en hyppig strategi for å skape seg muligheter for å variere innsatsen hos den enkelte bruker; skape seg handlingsrom (ibid). Det er sjelden tid og mulighet til å kartlegge problemer som oppstår, se på konsekvenser og mulige alternativer til løsning før en tar en avgjørelse.

Digre (2001) sin studie handler om brukerens syn på kvalitet og deres behov for pleie og omsorg. Studien tar utgangspunkt i Kvalitetsforskriftens krav til tjenesteyting. Studien viser at tillitsforhold mellom bruker og hjelpeapparatet er viktig for at bruker skal kunne bo hjemme. Dette var med på å opprettholde opplevelsen av trygghet . I forhold til brukermedvirkning, medbestemmelsesrett, var det avgjørende at pleierne hadde god tid. Når personalet hadde dårlig tid ble ikke brukerens medbestemmelse ivaretatt. Samtidig kom det fram at pleiepersonalet ofte hadde dårlig tid og at brukerne ofte måtte vente på at de skulle komme, noe som kunne være med å undergrave selvrespekten hos bruker. Også mangel på kontinuitet, med mange pleiere var et funn. Studien viser også at brukere strir med eksistensielle spørsmål i tillegg til smerter og ensomhet, og de hevder at de ansatte ikke har tid til å snakke med dem. Samtidig var funn i studien at brukerne hadde god kontakt med familie og naboer.

Rønning (2003) har i sin forskningsrapport sett på om det er sammenheng mellom måter å organisere hjemmetjenesten på og den opplevde brukerkvaliteten. Bakgrunnen for prosjektet var debatten mellom privatisering av velferdstjenester. Hovedfunnene var at det ytes mye god eldreomsorg, også i kommuner som har definert en lav standard på tjenestene. Det var bare mindre forskjeller i den opplevde kvaliteten på tjenestene mellom de kommuner som har konkurranseutsatt tjenestene og modellkommunene. Den opplevde kvaliteten på tjenestene er bedre i de kommuner som er tradisjonelt organisert. Forklaring på at det ikke er særlig forskjell på de konkurranseutsatte kommunene er at alle er dominert av kostnadseffektivisering (om enn i ulik grad) og dette er også til stede i samhandlingen mellom brukere og hjelpere ved at omgangen med brukerne prøver å avgrense hjelpen til det som er bestemt i vedtaket. I de tradisjonelle kommunene prøver hjelperne i større grad å la brukerne bestemme innholdet i hjelpen. Videre sier Rønning at ved konkurranseutsetting av tjenesten blir innhold og kvalitet forhåndsbestemt og kostnadsbestemt. Mot dette står en annen tenkemåte hvor omsorg sees på som en sosial relasjon som ikke kan forhånds bestemmes, og

hvor den enkelte omsorgsmottaker ses som unik (ibid). Studien er tolv år gammel, men jeg ser tydelige likhetstrekk med dagens ordning av hjemmetjenestene. Krav til effektivisering, stoppeklokkementalitet, økte oppgaver men ingen tilførsel av ressurser. Gode tjenester til minst mulig kostnad.

Moland (1999) sin Fafo-rapport handler om ledelse i norske kommuner i en periode med store omstillinger innen helse- og omsorgssektoren. Kommunene er en personalintensiv virksomhet som stiller store krav til strategisk ledelse og personalhåndtering. Rapporten beskriver hvordan ledelsen i fire kommuner har styrt betydelige endringsprosesser og hvordan de har valgt å organisere ressursene. Rapporten beskriver forskjeller i hvordan kommunene har lyktes med å etablere gode pleie- og omsorgstjenester, der noen forklaringer har med allmenne organisasjons- og ledelsesspørsmål å gjøre, mens andre er av mer helse- og sosialfaglig art og valg av tjenestemodeller.

2.0. Teoretiske perspektiver på nødvendig helsehjelp og kvalitet

I dette kapittelet vil jeg presentere teori som jeg ser som aktuell å bruke i min studie for å få svar på problemstillingen. Teorien vil bli brukt i drøftningskapittelet for å belyse empirien.

2.1. Omsorgens dimensjoner

Helsepersonelloven §4 (1999) beskriver at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med gjeldende krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Kari Martinsen sin omsorgstenkning og filosofiske betraktninger står sentralt for helsepersonell. I Martinsen (2003:69) er omsorgsbegrepet beskrevet slik: «Omsorg har med hvordan vi forholder oss til hverandre, hvordan vi viser omtanke for hverandre i vårt praktiske dagligliv».

Nødvendig helsehjelp i hjemmetjenesten handler om å gi omsorg til mennesker som har behov for hjelp til å ivareta sine grunnleggende behov for å kunne mestre hverdagen og bo i eget hjem så lenge som mulig. Martinsen sin omsorgsforståelse er for mange sykepleiere og helsefagarbeidere fundamentet i møte med den enkelte bruker. Martinsen (ibid) mener at omsorgsbegrepet har en rasjonell, praktisk og moralsk side.

1. Relasjonell omsorg

I Martinsen (ibid) beskrives forholdet mellom mennesker som det viktigste innenfor omsorg. Omsorg innebærer å møte andre mennesker, å gå inn i relasjoner. En relasjon vil alltid innbefatte minst to parter og forholdet mellom mennesker blir vesentlig når det handler om omsorg. Vi tar hensyn til den andre og møter med forståelse for situasjonen en befinner seg i. Det grunnleggende ved den relasjonelle dimensjonen er at vi gjennom et kollektiv basert menneskesyn er avhengig av hverandre. Den som trenger hjelp har erfaring med sin egen sykdom eller lyte, og tjenesteyter har erfaring og kunnskap om brukeren sin sykdom gjennom egen fagkunnskap og hva den syke formidler. Gjennom relasjonen har det oppstått en gjensidig forståelse og opplevelse av trygghet Dette menneskesynet tar utgangspunkt i at mennesker på ulike måter er avhengig av hverandre i alle menneskelige relasjoner (ibid).

2. Praktisk omsorg

Den praktiske dimensjonen ved omsorg handler om at omsorgsgiver hjelper den svake gjennom praktiske handlinger. Handlingene er situasjonsbetinget og betingelsesløse. Dette vil si at den konkrete handlingen utføres på grunnlag av den svakes situasjon, uten noen

forventninger om å få noe tilbake. Det bygger på en forståelse som forutsetter erfaring, erfaring som vi kan forstå. Brukeren sin erfaring om sine egen situasjon er viktig. Dette mener Martinsen (2003) er vesentlig innenfor omsorg, og definerer det som ”generalisert gjensidighet”. Den generaliserte gjensidigheten i omsorg, handler om altruisme. Å handle på en måte som tjener andre uten å forvente noe tilbake. Man har omsorg for andre (ibid).

3. Moralsk omsorg.

Moralsk omsorg kommer fram i forhold til kvaliteten i omsorgspersonen sine handlinger i relasjonen til den som er hjelpetrequende. Det handler om ”å handle mot andre, slik du vil andre skal handle mot deg”. Omsorg skal være ekte. og da må omsorgsyter ha en holdning som anerkjenne den andre ut i fra vedkommende sin situasjon. For å kunne handle moralsk, til det beste for bruker, kreves det kunnskap, kompetanse og faglig skjønn. Kunnskapen ligger i den fagkunnskapen helsepersonellet har og den kompetansen en erverver gjennom erfaring i sykepleieutøvelsen. Faglig skjønn oppstår når vi bruker vår kunnskap og kompetanse til det beste for den vi skal hjelpe (ibid).

Martinsen (ibid) sin tenkning om paternalisme i sykepleien er også av betydning for moralsk omsorg. Paternalisme handler om å overta/bestemme over andre. Martinsen (ibid) snakker om svak paternalisme, der omsorgspersonell overtar noen valg for pasienten for å lette på forventningene til hva pasienten selv skal ta stilling til (ibid). Den svake er avhengig av hjelp, noe som gir den andre parten en form for makt. Hvordan man velger å bruke den makten, er en del av omsorgens moralske dimensjon. En skal handle slik at den svake får muligheten til å leve et best mulig liv, etter de forutsetningene han har. Martinsen (ibid) sier det er viktig at det er en balanse mellom det å overta for mye av ansvaret for den svake.

2.2. Maslows behovspyramide

Med behov forstår vi noe vi trenger. Grunnleggende behov kjennetegnes ved at de er svært viktige for menneskets vekst og utvikling. Felles for brukere som mottar helsetjenester er at de har et hjelpebehov av større eller mindre omfang. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (2003) hevder at pasientene skal få dekket sine grunnleggende fysiologiske behov for mat, drikke, fysiske aktiviteter, personlig hygiene og eliminasjon.

Strengt utvalget (1994) sine anbefalinger for eldreomsorgen tar utgangspunkt i Maslows behovsteori, hvor de grunnleggende behov, livsnødvendige eller basale, må tilfredsstilles da det har avgjørende betydning for helse og trivsel. Maslow sin behovsteori er en sentral teori og trekke inn i oppgaven ettersom teorien har sterkt fokus innen helseutdanning og handler om hvordan menneskers grunnleggende behov må dekket. Jeg vil her presentere grunntrekkene i Maslow sin teori.

Når det gjelder behov for nødvendig helsehjelp, er det viktig å se på hvilke behov og ressurser brukeren har. Maslow sin behovsteori beskriver de objektive behovene som er sentrale i menneskets liv i en pyramideform. Første trinn er fysiologiske behov, som vann, mat, husly, søvn, fysisk bevegelse og eliminasjon. Dette er stort sett behov som man i Norge får dekket. Men innen helsesektoren og hjemmetjenesten som denne studien omhandler, erfarer vi at eldre mennesker av ulike grunner ikke får i seg nok mat, har søvnmangel, eliminasjonsvansker, passivitet osv, der hjemmetjenesten må yte helsehjelp for å sikre at pasienten får dekket sitt livsnødvendige behov (1987).

Det neste trinnet i Maslows behovspyramide er behovet for trygghet, som innebærer sikkerhet, opplevelse av trygghet, beskyttelse, stabilitet og penger (Maslow 1987: 80,84). Trygghet skapes ved pålitelighet, ærlighet og trofasthet (Martinsen 1992, Henderson 1997). Pasientene skal oppleve trygghet i forhold til å bo i eget hjem og til tjenestene de mottar. For de fleste er hjemmet et symbol for trygghet. Der føler vi oss beskyttet, har oversikt og kontroll samtidig som det er et faste holdepunkt i tilværelsen (Solheim 2004). Mange ønsker å bo hjemme tross for omfattende helsesvikt og hjelpebehov. Det som er viktig for den reelle tryggheten når en er overgitt hjelp fra hjemmetjenesten, er at vi som fagpersoner har et stort ansvar for å være faglig og kompetente i arbeidet vi utfører. Skal pasienten få tillitt til tjenesten vi yter, er det viktig med dyktige og omsorgsfulle fagpersoner som opptrer med respekt og verdighet overfor den de skal hjelpe (Henderson 1997). Hjemmet skal være et trygt sted, men det kan oppleves som utrygt når en opplever at en blir hjelpetrengende og prisgitt andres omsorg. Opplevelsen av trygghet er avgjørende for opplevelsen av livskvalitet (Solheim 2004).

Det tredje steget er sosiale behov og her finner en de sosiale behovene for fellesskap, kjærlighet, vennskap, for å kunne høre til eller ha et forhold til enkeltpersoner eller grupper.

Det er også spørsmål om å føle seg akseptert av nære omgivelser, familie, naboer, kolleger, men også som borger i samfunnet. Maslow (1987: 89-90) mener at individet bruker mye energi på å oppnå dette målet, som handler om å oppnå kjærlige relasjoner med andre individer og bli respektert av andre. Relasjoner er viktig for individet for å få bekreftelse på seg selv som individ.

Det fjerde steget i pyramiden er behovet for respekt og anseelse. Behovene dreier seg om aktelse, selvrespekt, selvtilit, anerkjennelse, status og verdighet. Maslow (1987) mente at de fleste individer har behov for å bli verdsatt av omgivelsene, ha et ønske om god selvfølelse og selvrespekt. De fleste av oss ønsker å gjøre oss gjeldende i egne og andres øyne, å få ros og anerkjennelse.

Når det fjerde steget er oppfylt kan individet erfare en rastløshet og/eller misnøye om at det er flere udekkede behov. Dette fører til det femte, og siste trinnet i Maslows behovspyramide; behov for selvrealisering. På dette øverste nivået har man krefter til å få dekket behovene for å virkeliggjøre sine mål, å realisere medfødte eller senere ervervede evner, å oppnå opplevelser som kjennes som høydepunkter eller åpenbaringer (Maslow, 1987:89-91). Dette er behov som styring av eget liv. Behovet for selvrealisering er på sett og vis umettelig. Men det som er selvrealisering for den ene trenger ikke nødvendigvis være det for den andre. Ambisjonene varierer sterkt. Et menneske med stort behov for selvrealisering setter seg stadig nye mål. Maslow (ibid) sier at alle søker etter å tilfredsstille de grunnleggende behov, livsnødvendige eller basale, og de har avgjørende betydning for helse og trivsel.

2.3. Lipsky – bakkebyråkrati

Annen relevant teori som jeg vil presentere er Lipskys (1980) teori om bakkebyråkratiet og de ansatte i offentlige tjenester som bakkebyråkrater. Begrepet bakkebyråkrater er sentralt for min studie, da flere av informantene representerer førstelinjen i arbeids- og velferdsforvaltningen. De er det ytterste ledd og befinner seg sådan på det laveste forvaltningsnivået i organisasjonen, nemlig bakkenivået eller grasroten. Bakkebyråkratene befinner seg i en mellomposisjon mellom politikere og befolkningen og vil da i Lipskys teori være en som utformer og utøver den offentlige politikken i sin praksis og virksomheten de er en del av (Vabø 2014). Mine informanter er sentrale aktører i iverksettingen av sosialpolitiske mål. I følge Lipsky (1980) kjennetegnes bakkebyråkratenes arbeid blant annet ved betydelig

rom for skjønnsutøvelse, liten innflytelse over arbeidets rammebetingelser og store arbeidsmengder i forhold til tilgjengelige ressurser.

Det er to ulike perspektiver når en ser på offentlig politikikk, og i følge Lipsky (1980) handler det om et ”top-down” og et ”bottom-up” perspektiv. Han ser behovet for å forstå hva som skjer fra bakkenivået av et offentligforvaltningssystem. I top-down perspektivet blir de ansatte oppfattet som å være styrt av lover, regler og rutiner og implementering av politikken blir forstått som å være et resultat av politiske beslutninger (Offerdahl 1992). Kontrasten til dette er ”bottom-up perspektivet” hvor Lipsky hevder handlingene til de offentlige ansatte konstituerer de tjenestene som leveres av offentlige myndigheter (Lipsky 1980).

Bakkebyråkratene er på den måten ikke bare nøytrale leverandører av politikken, men gjennom sine daglige rutiner og avgjørelser former de den aktivt ved sin tolkning av regelverk og fordeling av knappe ressurser (ibid).

2.3.1. Tvetydige mål

Lipsky (1980) mener at den kompliserte strukturen til bakkebyråkratenes rolleforventninger på flere måter bidrar til måltvetydighet og konflikter. Bakkebyråkratenes arbeid er preget i stor grad av skjønnsutøvelse. Dette har sammenheng med at beslutningene som tas omhandler enkeltmenneskers situasjoner som ofte kan være for komplekse til at det kan fanges opp av regelverket. Dette krever at bakkebyråkratene justerer og tilpasser forventninger og krav til de rammebetingelsene som er satt ved å anvende ulike strategier i sine møter med klienter. Gjennom disse strategiene og prosessene former bakkebyråkratene politikken fordi summen av innsatsen får politiske konsekvenser (Vabø 2014).

2.3.2. Utilstrekkelige ressurser

Byråkratiske beslutninger er kjennetegnet ved at de blir tatt under forhold som er karakterisert av begrenset tid og informasjon (Lipsky, 1980). Bakkebyråkratenes beslutninger er preget av en relativt høy grad av usikkerhet på grunn av kompleksiteten ved deres ansvar, mennesker. I tillegg må beslutningene fattes hurtig. Bakkebyråkratenes arbeidsforhold er preget av at de har store arbeidsmengder i forhold til ressurser som er tilgjengelige. I en tjeneste som hjemmesykepleien, vil forholdet mellom antall ansatte og antall klienter i hjemmetjenesten er i ubalanse. Pasientmengden er uforutsigbar. Tidspress og mange oppdrag i forhold til ansvarsområde er en kjent utfordring og dette kan medføre at det blir vanskelig for dem å

utføre jobben sin på en tilfredsstillende måte (Vabø 2014). I følge Lipsky (1980) er også organisatoriske faktorer noe som påvirker bakkebyråkratenes arbeid. Et eksempel er rutineoppgaver som dokumentasjon som gjør at det blir mindre tid til klientene (ibid). Bakkebyråkrater kan også mangle personlige og profesjonelle ressurser for å utføre helsehjelp, som gjør at en må bruke uerfarne og/eller ufaglærte for å utføre oppdrag.

2.3.3. Handlingsrom

Lipsky (1980) mener at bakkebyråkratenes handlingsrom og tolkningsmuligheter er relativt stor, da de kan beslutte utformingen og kvaliteten på tjenestene de har ansvar for. Handlingsrommet er viktig for at de skal kunne utføre arbeidet, samtidig som det er begrenset av organisasjonens mål og ressurser, og fra lovverket. Lipsky (1980) sier også at bakkebyråkraterne er under et kontinuerlig press fra målsettingen om effektivitet og økonomiske forhold. Best mulig tjeneste til lavest mulig kostnad.

Hjemmetjenesten skal gi hjelp etter behov, men hva som er legetime hjelpebehov, nok hjelp og god nok hjelp er ikke entydig. Dette er spørsmål som til stadighet er gjenstand for fortolkninger og forhandlinger i hverdagslige møter mellom brukerne og personalet hvor en skal komme til enighet om hvordan situasjonen skal forstås og hvilke tjeneste en skal gi/motta (Vabø 2007). Omsorgspersonalet sitter med et viktig forhandlingskort ettersom det er de som har en overlegen kunnskap om hvilke kapasitet tjenesten har og hva som er mulig å gi av hjelp innenfor den kapasiteten en har til rådighet. Forhandlinger mellom tjenesteyter og tjenestemottaker betyr at det stadig finner sted meningsutveksling om hvilke situasjonsdefinisjon som skal være gjeldene (Vabø 2007).

2.4. Schön – den reflekterende praktiker

I denne studien vil Donald Schön (1983, 1987) sin teori og begreper bli brukt i forhold til å belyse hvordan praktikerer tenker og arbeider i utøvelsen av sitt yrke. Tjenesteutøveren møter uforutsigbare og unike situasjoner i praksis der refleksjonen kommer inn som et viktig element.

Studien sees opp mot Schön og hans fokus på refleksjonens betydning i utvikling av yrkesutøverens profesjonelle kompetanse. Schön (1983, 2001) stiller spørsmål til hvilket forhold det er mellom teoretiske kunnskap og den praktiske kompetanse den profesjonelle verden verdsetter. Praktikeren møter situasjoner som er uforutsigbare og unike og teorien kan ikke foreskrive hvordan situasjonen skal og bør håndteres. Til det er situasjonene ofte for komplekse. Schön sin praksisforståelse er en kombinasjon av utførende praksis og refleksjon. Dette innebærer å være fortrolig med fagets utøvelse i praksis der en finner en bredde av mangfoldighet og tenkemåter (Ibid.).

Schön (1983,2001) sier at praktikeren ofte avslører en evne til å reflektere over den intuitive kunnskapen som brukes midt i handlingen og at de i noen tilfeller bruker erfaringen til å håndtere unike, uvisse og konfliktfylte praksissituasjoner. Vanetenkingens rutiner og kunnskaper i situasjonen er ikke alltid tilstrekkelige og refleksjon er nødvendig fordi situasjonene ofte inneholder et mangfold av muligheter og løsninger (Ibid.). Han sier videre at profesjonsutdanningene ofte unnlater å erkjenne praksisstudienes plass i kunnskapsbyggingen, fordi de ser på teori som en slags oppskrift for handling i praksisfeltet. Han vektlegger at praktikeren gjennom sine erfaringer i konkrete situasjoner kan bygge sine kunnskaper ved å reflektere, og på denne måten utvikles (1987).

I følge Schön (1983, 2001) sin analyse går han ut fra at praktikeren som regel vet mer enn han kan gi uttrykk for, praktikeren formidler en slags kunnskap i selve utøvelsen av yrket. Han bruker begrepene knowing-in-action, reflection-in-action og reflection-on- reflection-in-action sentrale når han argumenterer og utforsker sammenhengen i forhold til hvordan praktikeren tenker og handler i sin utøvelse av yrket (ibid).

2.5. Uforutsigbarhet – "Wicked problems"

Hjemmetjenesten er preget av mangfold, variasjoner og individuelle løsninger, samtidig som det er stort behov for fleksibilitet og kreativitet for å finne de beste løsninger i samarbeid med pasienten, familien og øvrig personale (Solheim & Aarheim 2004). Dette krever at organisasjonen skal håndtere komplekse menneskelige problemer og være forberedt på å møte uforutsette utfordringer (Vabø 2007). Menneskelige problem er sammensatte, vanskelig å avgrense og forklare på en entydig måte. Dette blir kalt "wicked problems", som på norsk

kalles ”uregjerlige” problemer (Vabø 2014). Felles for de uregjerlige problemene er at de ofte er symptom på andre problemer, som henger sammen med andre årsaker knyttet til det enkelte menneskets unike situasjon og livssituasjon. Ettersom problemene er unike, finnes det ingen korrekte løsninger som fungerer likt for alle. Og ettersom problemene er påvirket av et mangfold, er løsningene gjerne midlertidig, de blir ikke permanent løst (ibid). Problemene blir håndtert, men ikke løst, og i min hverdag kaller vi ofte denne utfordringen for ”brannslukking”.

Tamme problem kan også være komplekse, men de lar seg avgrense, der kunnskap om årsak og virkning er kjent og ansvarsforholdene for å løse problemet er udiskuterbart (Vabø 2014). Schön (1983, 2001) påpeker at komplekse problem ikke kan løses teknisk. Brukere av hjemmetjenester har materielle behov, som for eksempel hjelp til personlig hygiene. Dette er et teknisk (tamt) problem som i utgangspunktet lett lar seg gjøre. Det kan gjøres vedtak om hjelp til personlig hygiene, som for øvrig er et basalt behov (Maslow, trinn 1). Imidlertid er brukeren ikke vant til å få hjelp til dette. Han blir redd og sint når pleier kommer for å hjelpe. Da må pleier bruke tid på å gjøre pasienten trygg på pleier og på situasjonen en står overfor. Kanskje får en ikke lov å hjelpe med vask, men en får kanskje lov å bytte undertøy, eller kanskje en prat om hva vedkommende er vant til å gjøre selv. Når pleier må bruke andre tilnæringsmåter for å få lov til å hjelpe bruker, sier Schön (2001) at en ser kompleksiteten i problemet ved å bruke skjønn. Om pleier skulle løst denne problemstillingen teknisk, hadde hun måtte tvinge pasienten til å bli vasket, eller en kunne gått derifra og sagt at pasienten er ”umulig”. En kyndig og reflektert pleier (profesjonell) vil vurdert at i denne situasjonen handler nødvendig helsehjelp både om hjelp til personlig hygiene, men også om å gi bruker omtanke og støtte til å gjenvinne egen psykisk balanse, samt å få medvirke i egen prosess.

2.6. Synlig ledelse – relasjonsledelse

Ledernivå i hjemmebaserte tjenester består som oftest av faglig ledelse, som innebærer sykepleieleidelse. I denne studien handler det om ledelse på alle nivå, der øverste ledernivå (rådmannsnivå) oftest ikke besitter denne faglige innsikten og er avhengig av sine ledere i nivåene under til å kvalitetssikre at innbyggerne får tjenester av god kvalitet. Fagledelse handler om å sikre faglig innhold i prosesser som er knyttet til pasientarbeid og å sikre flyten i arbeidsprosesser, samt bygge relasjoner og utvikle team (Orvik 2006:298).

2.6.1. Relasjonsledelse

Relasjonsledelse handler om å påvirke medarbeidere gjennom tillitsrelasjoner og dialog. Tillit er helt avgjørende for å få innflytelse og påvirkning og det handler om kvalitet (Spurkeland 2005). Inneha evnen til å gjøre andre gode ved å utnytte den enkeltes kompetanse, skape felles målsetting og verdigrunnlag, god rollemodell, lage faglige fora med fokus på fagutvikling og skape god struktur og system i samarbeid med de ansatte.

Synlig ledelse er en konsekvens av relasjonsorientert ledelse. Tilgjengelighet, oppsøkende kontakt og tid til samtaler er medarbeiders oppfatning av synlighet (Spurkeland 2005). Ledelseslitteratur og forskning understreker, at synlig, tilstedeværende ledelse er en av de vesentligste faktorer for jobbtilfredshet og trivsel (Hansen 2012).

2.7. Samarbeid og samhandling

Samarbeid er en forutsetning for samhandling (Orvik 2004:257). Samarbeid kan forstås som en positiv innstilling som gir seg utslag i fortløpende, uformell kontakt mellom enkeltpersoner. Samarbeidet må være organisert slik at de ulike aktøren kan inngå samspill som innebærer gjensidig nytte mellom eget og andres arbeid (ibid).

Orvik (2004) har fire kriterier han legger vekt på i samhandling; der samhandlingen må være mer forpliktende enn samarbeid mellom enkeltpersoner, må bygge på likeverd mellom fagpersonen, bygge på gjensidig forpliktelse og det er en prosess i den fortløpende organiseringen i kunnskapsutviklingen.

2.7.1. Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid kjennetegnes ved at flere profesjoner, ulike profesjoner, jobber tett sammen om en felles oppgave (Willumsen 2009). Målet med tverrfaglig samarbeid i offentlige velferdstjenester er å tilby brukerne integrerte tjenester. Dette betyr at hver aktør skal bidra med bestemte ytelser, som samordnes. Samtidig mener Willumsen (ibid) at det er viktig å inkludere bruker om en skal kunne kalle det tverrfaglig samarbeid, da kunnskapen brukeren har om egen situasjon bidrar til felles tverrfaglig innsikt. Det har betydning for at bruker skal få ivare tatt sine behov som en helhet, der de ulike tiltakene koordineres.

For å få et godt tverrfaglig samarbeid er det viktig å ha en dialog mellom de som skal samarbeide. Vise respekt i hverandres

2.8. New Public Management

Mange norske kommuner har en anstrengt økonomi og kostnadskutt har lenge vært en utfordring. Nødvendig helsehjelp er en rettighet, men der er likevel begrenset av hensynet til økonomi, helsepersonell og utstyr (Fossestøl 2005:20). Mange kommuner opererer derfor med en minstestandard på tjenestene sine for å sikre seg kvalitet. Ved å innføre regnskap og budsjettssystemer skal mål og resultater synliggjøres. Man skal kunne se sammenhengen mellom hva noe koster og hvilke resultater man oppnår for pengene en bruker (Stamsø 2009). Det er viktig å få mest og best mulige tjenester ut av hver krone. Dette økonomiske fokus, sammen med effektivisering er et av hovedfokusene til reformen New Public Management (Vabø 2007).

Offentlig sektor er inspirert av reformbølgen NPM, med sitt hovedfokus på effektivitet, kvalitet, mål og resultat (Stamsø 2009). NPM er en internasjonal trend som i stor grad har bidratt til at metoder og teknikker fra privat næringsliv har blitt overført til offentlig sektor (Stamsø 2009), der tankegangen handler om å redusere offentlige utgifter, øke effektiviteten, bli mer markedsorientert, og samtidig bedre kvaliteten i sitt tilbud av offentlige tjenester. Økt bruk av konkurranse og marked gjør at en må tenke effektivitet (Stamsø 2009). Brukere av helsetjenester blir sett på som "kunder".

Som kritikk til reformen, skriver Vabø (2007) i sin Novarapport at NPM sin markeds- og bedriftsinspirerte styringsdiskurser, bryter ned den etablerte styringsdiskursen som i stor grad baserte seg på at nøkkelen til en ansvarlig god tjeneste var plassert hos utøverne i det ytterste ledd.

2.8.1 Bestiller- utførermodellen NPM inspirert

Bestiller- utførermodellen kommer som er inspirasjon av NPM (Dalby 2005). Begrunnelsen for å innføre modellen var blant annet et klarere skille mellom forvaltnings- og driftsoppgaver, at utførerenheten skulle få større frihet og armslag, styrke politikerens rolle

som ombud, gi brukerne større innflytelse og legge til rette for konkurranse både internt og eksternt (Dalby 2005). Bestilleren identifiserer behov og definerer hvilke tjenester som skal gis (pris, kvalitet) (Vabø 2007). En undersøkelse som Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) (2004) har gjort, viste en positiv tilbakemelding på områder om styrket rettssikkerhet og saksbehandling. Den negative tilbakemeldingen var primært på samarbeidsforholdet mellom utførere og økende byråkratisering. Det var også kritikk for reduserte muligheter til å se helheten og sammenhenger i tjenesteytingen, samt at det var vanskelig å ivareta uforutsette hendelser. I tillegg har ikke modellen medført noen form for effektivisering av ressursbruken og den har hatt liten- eller ingen økonomisk besparelse (RO 2004, Vabø 2007).

3.0. Metode

Det er problemstillingen som bestemmer va som vil være den mest relevante metoden en skal anvende for å komme fram til hensiktsmessige og relevante data. Som tidligere nevnt, er formålet med studien er å undersøke hvilke faktorer som må ivaretas når målet for nødvendig helsehjelp og kvalitet skal oppnås i den kommunale hjemmetjenesten. I tillegg ønsket jeg å undersøke om oppfatningene har konsekvenser for samhandling på de ulike nivå. For å få fram dette har jeg valgt en kvalitativ metode, som i følge Malterud (2013), er egnet for å presentere mangfold og nyanser, og det er dette nyanserte mangfoldet jeg vil ha frem i min studie.

3.1. Kvalitativt casestudie

Kvalitativ metode har til hensikt å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Den kvalitative tilnærmingen går i dybden og har til formål å få frem sammenheng og helhet, å formidle forståelse (Dalland 2007). For å få svar på problemstillingen har jeg valgt kvalitativt intervju, som har til hensikt å få fylldig informasjon, å fange opp opplevelsen og meningen med det jeg skal undersøke. Få frem sammenhenger og helhet. Ved intervju har jeg mulighet til å få innsikt i personers erfaringer, tanker og følelser fra informantens livsverden (Thagaard 2013). Jeg har gjennomført intervju med ulike aktører som har ansvar for nødvendig helsehjelp i hjemmetjenesten i to kommuner; en liten og en mellomstor kommune. Aktørene som ble utvalgt var rådmann, enhetsleder, forvaltningsenhet (saksbehandler), sykepleier og helsefagarbeider (hjelpepleier). Jeg ønsket å få frem de ulike aktørenes oppfatning av hvilke faktorer som må ivaretas for at nødvendig helsehjelp og tilstrekkelig kvalitet skal ivaretas, og kvalitativ metode vil da være egnet. Informantenes meningsinnhold vil være basert på deres forståelse av tema, samt deres erfaringer og opplevelser (forforståelse).

3.2. Fordeler og ulemper med kvalitativ metode

Fordelen med kvalitativ metode er at det kjennetegnes av et fleksibelt forskningsopplegg, som innebærer at en kan arbeide parallelt med de ulike delene av prosessen. Man får store mengder med informasjon med mulighet til å sette seg inn i intervjupersonens situasjon (Thagaard 2013).

Ulempene er at kvalitativ metode med fokus på intervju er tidkrevende. En stor mengde data i form av tekst som skal transskriberes i etterkant. Samtidig kan en stå i fare for å miste en del informasjon om forsker bruker sin egenerfaring på feil måte, ved å gi ledetråder til egen forforståelse (manipulasjon), eller der intervjupersonen er stille og sjenert, og vil ha vansker med å åpne seg for intervjueren. Dette stiller krav til et godt forberedt intervju, og at intervjuer arbeider med å etablere kontakt og opparbeide tillit (ibid).

3.3. Perspektiv og tilnærming

Thagaard (2013) skriver at forskningsintervju kan utformes på ulike måter, med strukturell tilnærming i større eller mindre grad. Et intervju preget av et relativt strukturert opplegg, har utformet spørsmål der rekkefølgen på spørsmålene i stor grad er fastlagt på forhånd. Ved et forskningsintervju med lite struktur, har forskeren bestemt hovedtemaene på forhånd, men der intervjuet blir mer en samtale hvor forskeren kan tilpasse spørsmålene til de tema som kommer fram gjennom dialogen. En tredje fremgangsmåte er en delvis strukturert tilnærming, der temaene forskeren skal spørre om i hovedsak er fastlagt på forhånd, men rekkefølgen av tema bestemmes underveis i samtalen (ibid). Til min studie har jeg valgt et forskningsintervju med delvis strukturert tilnærming.

Studien tar utgangspunkt i en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Den fenomenologiske tilnærmingen innebærer at forskeren tar utgangspunkt i intervjupersonenes sine subjektive opplevelser og oppfatninger (Thagaard 2013). En beskriver det en ser og hører. En hermeneutiske tilnærming betyr at forskeren fortolker det intervjupersonene forteller i lys av egne erfaringer og i lys av teori en finner (ibid). Forforståelsen vil være utgangspunktet når erfaringer og refleksjoner skal deles og diskuteres med informantene og når datamaterialet skal analyseres og fortolkes, for så å komme fram til en ny forforståelse. I min studie søker jeg de ulike aktørenes forståelse av nødvendig helsehjelp og tilstrekkelig kvalitet i deres hjemmebaserte tjeneste. Jeg som forsker har også med meg min forforståelse i møte med informantene.

3.4. Egen forforståelse

Kvale (1997) sier at kunnskapen produseres sentralt i interaksjonen mellom forsker og intervjuperson. Kvaliteten på de produserte data er avhengig av intervjuers ferdigheter, interesse, kunnskap om tema, erfaring, samspill og formulering av gode oppfølgingsspørsmål når intervjupersonen svarer (Kvale & Brinkmann 2009).

Forforståelsen er den ryggsekken en bringer med seg inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter. Innholdet i denne ryggsekken påvirker veien og måten en samler og leser data på (Malterud 2013). Min profesjonelle og personlige erfaring som sykepleier og hovedtillitsvalgt i kommunehelsetjenesten, har vært til hjelp i utforming av forskningstema og intervjuguidegitt meg mulighet til å konstruere gode forskningsspørsmål. Egen erfaringsbakgrunn gir gode forutsetninger for å skape nærhet og fortrolighet til intervjupersonene. Samtidig var jeg observant på å ikke utnytte min posisjon ved å bruke egne reaksjoner og kunnskap som ledetråder. Dette kan oppfattes som manipulering og kan medføre at intervjupersonen reserverer seg i sine svar. En annen utfordring er å ikke over- eller underidentifisere seg med intervjupersonen. Egnerfaring vil kunne påvirke min uavhengighet og medføre at jeg fortolker ytringer som kommer fram. I min studie var det ikke en selvfølge at jeg møter egen profesjon i alle ledd, der for eksempel rådmann ikke besitter det samme faglige ståsted, noe som kan gjøre en utfordring i forhold til forståelse av de andre deltakernes opplevelser.

3.5. Utvalg for intervju

For å få svar på problemstilling, ønsket jeg å intervju representanter på ulike nivå i kommunen. For studien valgte jeg ut fem intervjupersoner fra to kommuner (totalt 10 informanter); fra toppleder nivå til grasrotarbeiderne. Rådmann som øverste leder med ansvar for kommunens plikter/tjenester, leder med økonomiansvar, forvaltningsenhet med ansvar for saksbehandling/vedtak, sykepleiere og hjelpepleiere. Ut fra hver sitt ståsted, vil disse kunne gi et bredt perspektiv på hva en tenker omkring nødvendig helsehjelp og tilstrekkelig kvalitet på tjenester som gis i hjemmetjenesten. Jeg hadde satt ett kriterium om at deltager måtte ha minst to års arbeidserfaring.

For å få kontakt med de aktuelle kommuner, ringte jeg rådhuset for å få snakke med rådmann og legge fram forskningsprosjektet og spørsmål om deltakelse. Det viste seg å være lettere

sagt enn gjort. Rådmenn er travle personer og vanskelig å få tak i. Jeg valgte da å sende forespørsel og beskrivelse av studien på epost til rådmann i de aktuelle kommuner, som da videresendte forespørselen til leder under seg som fikk mynde til å takke ja til å delta i studien. Det ble da avtalt aktuelle dager for intervjuer til tidspunkt som passet arbeidssituasjonen til den enkelte.

Før jeg reiste ut i de valgte kommuner, hadde jeg et prøveintervju i egen kommune. Jeg oppdaget da at det var noen spørsmål som måtte utdypes litt mer, og fikk justert disse før meldeskjema gikk til godkjenning hos NSD.

3.6. Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført på informantens eget kontor eller i eget møterom som jeg hadde fått til min disposisjon. Jeg hadde på forhånd sendt ut samtykkeskjema, og informantene hadde undertegnet dette i forkant, foruten en som undertegnet i startfasen på intervjuet.

Jeg møtte opp i god tid, slik at jeg fikk forberedt meg med bruk av opptaker, informasjonsskriv og intervjuguide. Jeg hadde også en kort gjennomgang for informantene om bakgrunnen for studien, for å sikre at alle informantene fikk lik informasjon i forkant av intervjuene. Jeg hadde estimert at hvert intervju tok ca 60 minutt. Noen av intervjuobjekter kom innom andre tema, som var interessante, men ikke hadde noe med oppgavens innhold. Det var da noe vanskelig å avbryte, å komme tilbake til de opprinnelige spørsmål. Dette var en medvirkende årsak til at noen av intervjuene gikk over estimert tid.

Jeg opplevde det noe skremmende å gå ut å gjøre de første intervjuene. Det var en ny rolle som jeg følte meg noe utrygg i. Etter samtale med føreste intervjuobjekt, der vedkommende berettet at hun var noe nervøs for hva jeg ville spørre om, følte situasjonen bedre og samtalen gikk veldig fint, og jeg opplevde at atmosfæren var god.

Noen av intervjupersonene hadde forberedt seg på forhånd i forhold til angitt tema fra beskrivelsen av studien som var mottatt i forkant. Dette var noe merkbart i starten av intervjuet, men det ble mer "fritt-talende" etter hvert. Andre var noe nervøse for hvilke spørsmål de ville få, men nervøsiteten forsvant fort etter hvert som samtalen kom godt i gang.

Forskningsintervjuet var basert på en delvis strukturert tilnærming, der hovedtemaene var bestemt på forhånd, men rekkefølgen av temaene ble bestemt underveis i samtalen (Thagaard 2013). Jeg tilpasset spørsmålene til de tema som kom fram gjennom dialogen og hadde en gjennomgang til slutt, for å forsikre meg om at jeg hadde vært igjennom de spørsmål som jeg ville ha svar på. Informantene ble spurt til slutt om det var noe en ønsket å tilføye, som opplevdes som viktig å få fram.

Når jeg transkriberte intervjuene opplevde jeg flere ganger at jeg kunne stilt flere tilleggsspørsmål, for å gå enda mer i dybden. Jeg opplever at denne forståelsen oppstår på bakgrunn av jeg hører etter hva informanten sier på en litt annen måte når jeg lytter til hva som blir sagt. Hva mente hun med det eller hva er det som ligger mellom linjene? Så jeg kan si i etterkant at det var noe vanskeligere å samle inn data ved intervju enn jeg hadde forestilt meg på forhånd.

3.7. Transkribering

Jeg transkriberte selv alle lydopptakene kort tid etter intervjuene. Studiematerialet omfatter 124 sider med transkribert tekst, noe som jeg brukte ganske lang tid på. Jeg gjennomhørte alle intervjuene to ganger, første gang skrev jeg ned teksten og andre gangen hadde jeg teksten foran meg mens jeg lyttet, mens jeg rettet opp det som hadde vært unøyaktig ved første gjennomgang.

Jeg har skrevet ned alt som det er blitt sagt, registrert alle pauser, latter, alle fyllord som ”jaa”, ”eh”, ”hm” og lignende. Når jeg gjennomleste materialet oppdaget jeg at mange av disse fyllordene ikke har noen betydning for det som er blitt sagt. Når det gjelder pausene, så er det tydelig at informanten tenker og overveier hvordan hun skal uttrykke seg. Min opplevelse var at informantene var flink til å ordlegge seg og var reflekterte. Tenkepausene gjenspeiler dette. Jeg opplevde under transkriberingen at jeg noen plasser kunne kommet med noen mer utdypende spørsmål for å klargjøre ytterligere hva informanten mente.

Ved andre gjennomgang av transkriberingen begynte jeg å lage meg merknader i teksten som jeg fant interessant. Disse overførte jeg til et skjema som var inndelt etter emner. Disse skulle hjelpe meg til å holde oversikt på uttalelser som jeg opplevde som viktig for studien.

Arbeidet med transkriberingen gav meg god innsikt i det materialet som jeg ønsket å nytte for analysen.

3.8. Analyseprosessen

Analyseprosessen skal gi leseren innsikt i hvordan jeg har kommet fram til resultatene i studien. Refleksjoner over metodevalg, styrker og svakheter ved metoden vil bli omtalt i drøftingskapittelet til slutt.

Som nybegynner i forskningsfeltet følte jeg behov for å følge en på forhånd gitt analyseprosedyre, og har da valgt å ta utgangspunkt i Malterud sin analysemodell. Analyse av kvalitative data handler om å bygge bro mellom rådata og resultater. Dette gjøres ved at innsamlet datamateriale blir organisert, fortolket og sammenfattet. Med utgangspunkt i oppgavens problemstilling skal vi stille spørsmål til materialet (Malterud 2013, s.91)

Giorgi (Malterud 2013) beskriver en prosedyre hvor analysen gjennomføres via fire trinn, som er:

1. Danne seg et helhetsinntrykk
2. Identifisere meningsbærende enheter
3. Abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene
4. Sammenfatte betydningen

Trinn 1 – danne seg et helhetsinntrykk

Hensikten med første trinn var å bli kjent med materialet. Danne seg et helhetsinntrykk. Jeg har gjennomført ti intervju, og intervjumaterialet består av 124 sider.

Intervjuene har jeg hørt igjennom to ganger før de ble transkribert. Jeg har selv transkribert alle intervju kort tid etter opptak. Intervjuene er blitt lest flere ganger, og det ble notert ned hovedtema basert på intervjuguiden sine tema. Det var imidlertid noen flere tema som skilte seg ut i denne fasen. Temaene ble plassert inn i en midlertidig tabell, for å gi meg mer oversikt over tanker og funn med materialet.

Temaene som ble notert var:

- Nødvendig helsehjelp
- Kvalitet på tjenester
- Kommunens organisasjonsmodell
- Organisering av tjenester
- Samhandling og samarbeid
- Profesjonsrolle
- Utfordringer med samhandlingsreformen
- Økonomi
- Ledelse
- ”for gode tjenester”

Jeg skrev også ned stikkord under veis, uten å ha en begrunnet oppfatning eller relevans om det hadde betydning for forskningsspørsmål eller tema (vedlegg 1).

I lys av intervjuguiden og stikkordene skrev jeg ned forløpige spørsmål til materialet. Hensikten med spørsmålene var å finne fram til den meningsbærende teksten jeg ville ta med videre i analyseprosessen. Spørsmålene ble satt inn i egen rubrikk i tabellen som jeg laget, igjen for å gi en bedre oversikt over tanker og funn.

Trinn 2 – identifisere og kode meningsbærende enheter

Andre trinn i analysen innebærer å organisere den delen av materialet som skal studeres nærmere. Relevant tekst skal skilles fra irrelevant tekst og en skal sortere den delen av teksten som kan belyse problemstillingen (Malterud 2013, s.100).

Jeg gjennomleste intervjuene og markerte tekst som kunne si noe om ett eller flere av de spørsmålene som jeg kom fram til i trinn en. Dette innebar at jeg i etterkant klippet ut de meningsbærende enhetene til et eget dokument for så å noterte stikkord av disse inn i egen rubrikk i tabellen.

Malterud (2013) påpeker at det lønner seg å bruke tid på drøfte hva en tenker om de forskjellige temaene en velger å bygge videre på og hvordan disse kan belyse prosjektets problemstilling. I arbeidet med intervjuguiden hadde jeg systematisert det under fem ulike

tema, som jeg nå valgte å følge i analysebiten for å organisere tekstbitene. Jeg har hatt en del runder med meg selv, om det blir for mange tema, men jeg plukket ut fire foreløpige hovedtema der samtlige har fått undertekster. De seks temaene er:

1. Nødvendig helsehjelp

- Individuelle og grunnleggende behov
- Helhetlig omsorg
- utfordringer i utøvelse av nødvendig helsehjelp

2. Kvalitet

- faglig forsvarlighet
- tilstrekkelig kvalitet/minstestandard
- kompetanse
- økonomi

3. Organisering av tjenestene

- kommunenes organisasjonsmodell
- tjenestenes organisering
- utfordringer med tanke på hvordan tjenestene er organisert
- økonomi

4. Profesjonsrollen

- opplevelse av egen profesjonsrolle og ansvar
- viktigheten av ledelse

5. samhandling/samarbeid/kommunikasjon

- mer dialog og samarbeid, gode relasjoner
- informasjon
- tillit

6. Nye moment

- fokus på forebyggende
- vridning av tjenestene, morgendagens omsorg
- kommunesammenslåing

Trinn 3 – Abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene; fra kode til mening.

Neste steg i prosessen ble å se nøye på innholdet i de ulike temaene. En skal systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet (Malterud 2013, s.104). Noen av temaene gikk igjen i flere av temaene, og noen av gruppene må kanskje deles opp i underpunkt. Som nevnt over så har jeg nå kommet frem til seks hovedtema, eller seks koder, og arbeidet vil nå bestå i å arbeide videre med den enkelte kodegruppen. Tekstene blir tolket ut i fra mitt faglige ståsted, og det er derfor viktig at jeg er bevisst min forforståelse underveis i prosessen.

Kondensatene skal skrives i ”jeg” form for å minne om at vi foreløpig skal representere hver enkelt deltaker. Malterud (2013, s.106) anbefaler å starte med den teksten som oppfattes som mest uttrykksfull og skrive inn tekst fra de øvrige meningene omkring denne teksten. Dersom de er tekst som ikke kan inkluderes i sitatet, legges teksten til side. Kondensatet skal gjenfortelle og sammenfatte det som befinner seg i den aktuelle subgruppen, fortrinnsvis med bruk av deltakerens egne ord og begreper fra de menings-bærende enhetene (ibid).

Jeg startet med å dele inn materialet i etter tema som jeg hadde i intervjuguiden og laget så undergrupper for å sortere materialet som vil kunne gi svar på problemstilling. Arbeidet med å finne kondensater begynte med at jeg gjennomgikk teksten og notater flere ganger og markerte ut kondensater som jeg opplever som interessant for oppgaven. Jeg opplevde at trinn tre var veldig arbeidskrevende.

Trinn 4. Fra kondensering til beskrivelser

I fjerde trinn skal tekstbitene settes sammen igjen – rekontekstualiseres. Funnene skal sammenfattes i form av gjenfortellinger og skrives i tredjepersonsform. Gjenfortellingene skal legge grunnlag for nye beskrivelser eller begreper som kan deles med andre. Hensikten er å formidle til leseren hva forskningsmaterialet forteller om en utvalgt side av studien sin

problemstilling. Sammenfatningen skal formidles på en måte som er lojal overfor informantenes stemmer.

I lys av studiens problemstilling og forskningsspørsmål, valgte jeg å følge tema i forskningsspørsmålene og laget undergrupper som fikk sine eget avsnitt. Jeg hentet ord og uttrykk fra de meningsbærende enhetene i teksten, men selve sammenfatningen er ikke sitater. De er gjenfortellinger som gir en forklaring av flere av informantenes uttalelser (Malterud 2013, s.107).

3.9. Validitet, reliabilitet og overførbarhet

I enhver vitenskapelig studie bør en kritisk reflektere over om forskningsmetoden er egnet til å frembringe data som kan kaste lys over problemstillingen som valgt. I standard metodelitteratur er det særlig tre vurderingskriterier som trekkes frem som sentrale i en analyse: reliabilitet, validitet og generalisering (Thagaard 2013).

Reliabilitet handler om forskningens pålitelighet, om gjentatte målinger gir samme resultat. Er forskningen utført på en tillitsvekkende måte, og har forskeren gjort rede for hvordan dataene utvikles? Hvordan spørsmålene til intervjuguiden formuleres vil være avgjørende for hvor god reliabilitet som kan tillegges intervjuet og intervjuresultatet (Kvale & Brinkmann, 2009). På bakgrunn av mitt arbeid og min analyse som jeg har presentert i et eget kapittel, har jeg hvordan jeg har brukt analyseredskapene og kommet fram til mine funn. Jeg mener av den grunn at studien er pålitelig.

Validitet handler om forskningens gyldighet eller relevans av de tolkninger undersøkelsen fører til. Det er knyttet til hvorvidt studien måler det den har tenkt å måle (Thagaard 2013). Ved å ha redgjort for en systematisk gjennomgang av empiri, og forklart og begrunnet min analyse som gjør at den er gjennomskuelig for andre, mener jeg at det er overbevisende nok til at mine resultater er akseptable, og gir validitet for min studie.

Begrepet *overførbarhet* kommer inn under ekstern validitet hvor vi undersøker om vurderinger av spørsmål om tolkninger som gjøres, også kan gjøres gjeldende i andre sammenhenger (Thagaard 2013). Studien har gitt et datamateriale som er gjort ut fra en liten gruppe informanter som har gitt sine opplevelser ut fra sin synsvinkel. Studien er utført i to vanlige kommuner og jeg tenker at det kan ha en overføringsverdi til andre kommuner.

3.10. Etske hensyn

Før datainnsamlingen startet søkte jeg i samarbeid med veileder NSD (Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste) om godkjenning for innhenting av relevant data og oppbevaring av datamaterialet mens prosjektet pågikk. Godkjenning fra NSD ligger som vedlegg. Alle informantene fikk informasjonsskriv og samtykkeskjema i forkant av intervjuet. Her ble de opplyst om at deltagelsen var frivillig og at de kunne trekke seg fra prosjektet når som helst uten å oppgi grunn. Det ble også informert om at intervjuene ville bli tatt opp på bånd (diktafon og mobiltelefon), transkribert og at materiale ville bli oppbevart konfidensielt, samt at all data i form av lydbånd og transkribert data ville bli slettet etter oppgavens innlevering. Opptak på mobil ble slettet når transkribering var ferdig. Ingen personopplysninger skulle oppgis. Jeg gikk i tillegg gjennom informasjonen før selve intervjuet startet for å forsikre meg om at innholdet var forstått. Alle som møtte til intervju hadde returnert og signert samtykkeskjema.

Alle intervjuene ble transkribert på bokmål slik at ikke det er mulig å gjenkjenne informantene på bakgrunn av dialekt. Når intervjuene var transkribert fikk alle informantene bokstav- og tallstatus i forhold til kommune og nivå for å ivareta anonymiseringen av informantene. Lydbånd ble så slettet og de transkriberte intervjuene oppbevart i låsbart skap.

4.0. Presentasjon av empiriske funn

I denne delen av oppgaven presenteres empiriske funn. Jeg presenterer kun utsagn som er relevant for min problemstilling. Funnene har jeg valgt å dele inn etter tema for å belyse de ulike perspektivene. Det vil likevel være aktuelt å se disse i sammenheng da de alle har betydning for problemstillingen.

4.1. Presentasjon av utvalg og demografiske data.

Presentasjon av funnene er basert på intervju med ti informanter i to kommuner, en mellomstor kommune og en liten, forholdsvis fem informanter i hver kommune. Mellomstor kommune nærmer seg 16000 innbyggere og liten kommune har godt over 1700 innbyggere. Utvalget besto av rådmann, enhetsleder, forvaltningsenhet, sykepleier og helsefagarbeider. En informant var under 30 år, to var mellom 40 og 50 år, syv var mellom 50 og 60 år, og en var over 60 år. En av informantene hadde 6 års erfaring, seks hadde mellom 20 og 30 års erfaring, mens tre hadde over 30 års erfaring. Syv av informantene hadde en eller flere viderutdanninger. På ledernivå var det en av seks som ikke hadde lederkompetanse.

I intervjuene ble det brukt ulike begreper på tjenestemottakerne: brukere, beboere og pasienter. I oppgaven har jeg valgt å bruke ”brukere” som et felles begrep om tjenestemottakerne. I forbindelse med samhandlingsreformen blir begrepet pasient nyttet. Utvalget av informanter består av ni kvinner og en mann, men av hensyn til anonymisering blir alle omtalt i hunkjønn.

Studien baserer seg på intervju av ti informanter, fordelt på to kommuner, en mellomstor og en liten kommune. I de delene av teksten som gjengis som sitater, blir informantene presentert med bokstav og nummer, der kommunene har fått nummer 1 for mellomstor kommune og 2 for liten kommune. Informantene har fått tallkode 1-5. De ulike aktørene og nivåene som presenterer funn i denne studien er:

- A. Rådmannsnivå
- B. Einingsleiarnivå
- C. Forvaltningsenhet/bestillerkontor
- D. Sykepleier
- E. Hjelpepleier

Jeg har valgt å dele inn kapitlene etter forskningsspørsmålene basert på tema for å gjøre det mer oversiktlig for leser.

4.2. Hvordan beskriver/oppfatter aktører på ulike nivå begrepet nødvendig helsehjelp i hjemmebaserte tjenester?

4.2.1. Nødvendig helsehjelp i hjemmetjenesten

Begrepet nødvendig helsehjelp i hjemmetjenesten var ganske likt definert hos alle deltakerne, med fokus på at brukeren skal få den hjelpen han/hun trenger for å kunne bo hjemme så lenge som mulig. Ledernivå definerer begrepet slik:

Nødvendig helsehjelp handler om at den som trenger det får den tjenesten den har krav på for å leve et godt liv (informant A1).

Grasroten sier også at nødvendig helsehjelp handler om å få bo hjemme i vante omgivelser og at ting må tilrettelegges for å gjøre det mulig.

Jeg tenker at nødvendig helsehjelp handler om at de kan få bo hjemme, i vante omgivelser. At det må tilrettelegges for at de kan få bo der. Få den hjelpen de trenger. Det som er mest nødvendig (Informant D2)

4.2.2. Grunnleggende behov

Når informantene forteller sin oppfatning av nødvendig helsehjelp, formidler de at det er viktig at bruker får dekket sine grunnleggende behov. Når vi snakker om behov forstår vi at det er noe vi trenger. Felles for brukere som mottar helsetjenester er at de har et hjelpebehov av større eller mindre omfang som kommunehelsetjenesten har ansvar for å dekke.

Informantene på ulike nivå i begge kommuner har mye samme oppfatning av hva som er grunnleggende og individuelle behov, som mat, drikke, stell og medisiner, det hver enkelt trenger hjelp til. Individuelle behov.

Jeg tenker at grunnleggende behov handler om det å få stelle seg, være rein, få mat og medisiner i seg, gå på wc, tilrettelegging av praktiske ting i hverdagen som gjør at den enkelte kan bo hjemme så lenge som mulig (informant B2)

4.2.3. Sosiale behov som en del av grunnleggende behov

Informantene legger også vekt på at dette med sosiale behov er viktige og er en del av grunnleggende behov, men at det er vanskelig å prioritere dette behovet i henholdt til oppgaver og ressurser. Kommunene prøver imidlertid å iverksette tiltak som dagsenter og samarbeid med frivillige for å imøtekomme noe av behovet. De er alle enige om at det ikke er nok.

Det blir vanskeligere og vanskeligere å dekke grunnleggende behov i forhold til dette med sosial kontakt. En må ha input. (Informant D1)

Det er det som vi ser at folk er veldig ensom. Og det er ikke nok rom for å gi sosial aktivitet. Og det er der vi tenker at de frivillige må komme på banen i framtiden. Å møte utfordringene der. Og dagsenter og andre aktivitetstilbud selvfølgelig. Men det er det som rapporteres. Ensomhet. (Informant A1)

Men det er ikke nødvendigvis helsevesenet som skal dekke alle behov. Det er hele poenget. Noe er frivillig, noe er familie. Det er ikke en selvfølge. For igjen så handler det om hva som er nødvendig helsehjelp? Det er det skjæringspunktet som er så vanskelig. (Informant B1).

I liten kommune forteller de at flere av brukerne har telefonkontakt med hverandre. De opplever at når de har vært på oppdrag, så sitter vedkommende i telefonen med nestemann på listen og forteller hva som er blitt gjort i dag. Dette opplever personalet som morsomt, men ser at det kan skape forventninger i forhold til helsehjelp basert på individuelle behov.

Det er jo litt morsomt. Vi er ikke før ute av døren så ringer de til naboen og forteller hvem som har vært hos dem og hva som er blitt gjort. Så når jeg kommer til nestemann på listen så er de fullt orientert om hva naboen fikk (latter...).

Jungeltelegrafen går (latter). Men det kan jo skape forventninger som kan kollidere med vedtakene som skal være individuelle (Informant D2).

Grasrotarbeiderne er også opptatt av de sosiale behovene, men det er i forhold til å se helheten. Det blir lagt vekt på at de skal jobbe ut fra et helhetlig menneskesyn når de yter tjenester til de som trenger hjelp. Mennesket er ikke bare en kropp med fysiske behov, men

har også andre sider og behov som påvirker hverandre. Grasrotarbeiderne rapportere også om at ensomhet er en utfordring, og at dette kan ha stor innvirkning på brukerens problem og behov for hjelp.

Det er viktig å se brukeren som en helhet, det store bildet. Og vi observerer jo når vi er der, plukker opp om det er noe. Det psykiske, åndelige, og det sosiale er like viktig i mange tilfeller, men disse behovene har mindre fokus. Og det blir ikke rett. For de påvirker jo hverandre. Og vi ser jo det... (Informant D2).

Mange har behov for nærhet, kontakt, få snakke med oss. Ja, de er ensomme. Og vi ser at det har betydning for diagnosen deres. Jeg skulle så gjerne hatt mer tid til hver enkelt. Da kunne jeg gått hjem med god samvittighet. Jeg har lært meg å legge fra meg jobben når jeg går hjem, for hvis ikke ville jeg ikke ha overlevd (Informant E1).

4.2.4. "Rause" eller "stramme" vedtak

For å kunne yte en god tjeneste og se helheten i brukeren sine behov, er grasrotarbeiderne opptatt av at det blir gitt "rause" vedtak. De er opptatt av at det er rom for å kunne sette seg ned å ta en prat. De opplever at denne kontakten har stor betydning for den enkelte bruker og at den er av stor betydning for at den enkelte skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. Det handler ikke bare om å komme inn i heimen å gjøre en praktisk oppgave som å se til at en har fått medisiner eller fått stelt et sår, men om det å bli sett og hørt som menneske.

Jeg skulle ønske at jeg hadde større muligheter for å sitte meg ned brukerne med en kopp kaffe som vi gjorde før. Vi hadde mer tid til det sosiale før i tiden. Og det hjelper brukerne sin hverdag. Så jeg skulle ønske at det var mer rom for det for alle, for det er mange ensomme (Informant E1).

Grasroten formidler at de opplever at brukeren sitter og venter på dem.

Jeg opplever at brukeren sitter å venter på oss. Dei gleder seg til vi kommer; de kaller oss "englene våre". Dei ber oss gjerne om å sette oss ned, slå av en prat. Og noen dager går det fint, mens andre dager har vi ikke tid. Og de har stor forståelse på dager vi har det travelt. Men jeg ser det er viktig at vi tar oss tid. Det har stor betydning for den enkelte, ja for oss og... (informant D2)

Ledersjiktet er opptatt av at det skal være treffsikre tjenester, at en får det en har krav på, verken mer eller mindre.

Vi tar jo utgangspunkt i søknaden, og spør hva de trenger hjelp til. Og så blir det en faglig vurdering omkring behovet som er avgjørende. Og det skal være ganske presist, basert på en totalvurdering (Informant C1)

Utøverne av helsehjelpen i liten kommune opplever at de har rause tjenester. Ledelsen er også tydelig på at det skal være rommelige tjenester som kan nyttes til det beste for den enkelte bruker.

Jeg mener vi har rause vedtak. Vi har tid til å slå av en prat. Høre hvordan de har det. Det er jo sånn vi observerer. Ja, om det er endringer i behovet (D2).

Vi har jo ikke disse voldsomme strenge tidene og stramme programmet sånn sett. Vi har en viss form for fleksibilitet. Det å ha litt ekstra tid til å slå av en prat og ikke springe ut dørene, tror jeg har litt å si for deres del (Informant B2).

4.2.5. Individuell behandling eller standardisering

Tjenestene som ytes er basert på den enkeltes behov for hjelp. Det er likevel stort fokus på likebehandling av tjenester og flere kommuner i landet har standardiserte tjenester, såkalt ”stoppeklokke-standardisering”. Alle deltakerne i studien er enig om at det ikke er mulig å standardisere nødvendig helsehjelp, da det er hjelp ut fra individuelle behov som skal gis.

Det er individuelle behov som gjelder. Og jeg kan ikke gå med på denne ”stoppeklokke-mentaliteten”. Det er jo et hån, både mot oss som skal gi hjelpen og ikke minst de som skal motta den. Alt blir målt i penger. Tid er penger. Nei, det er ikke bra og jeg er glad vi ikke har det sånn her hos oss (E1).

Tjenestene kan ikke standardiseres men vi kan ha noen normative begrep å gå etter. For vi skal se behovene og det er individuelt. For eksempel en dusj. Det er jo veldig individuelt hvor lang tid det tar. Noen er kjappe og gjør det meste selv og det går kanskje toppen en halvtime. Mens andre igjen må du gjerne ha en time til, for det er så omstendelig. Det er store sprik i hvor mye tid det går med til en dusj (Informant B2).

For å få arbeidsvennlige arbeidslister som kan gi et noenlunde tidsperspektiv på hva en har å forholde seg til i tid i løpet av arbeidsdagen, er det enighet i begge kommuner på alle nivå om at det må være en viss veiledende tid på de ulike tjenestene, men at det skal måles opp mot hver enkelt bruker.

Jeg ser at det kan være hensiktsmessig med noen veiledende tider for å planlegge dagen bedre. Ja, planlegging av arbeidslister for eksempel (Informant E2).

4.3. Hvordan beskriver/oppfatter aktører på ulike nivå begrepet tilstrekkelig kvalitet i hjemmebaserte tjenester?

4.3.1. Subjektiv, objektiv

Kvalitet er et begrep som informantene i begge kommuner syntes var vanskelig å definere. Det handler om subjektiv kvalitet, en personlig opplevelse av kvalitet. Det som oppleves som kvalitet for den ene, vil nødvendigvis ikke være kvalitet for en annen. Subjektiv kvalitet tar også utgangspunkt i hver enkelt bruker. Uttalelser som disse var gjenganger blant svarene:

Jeg vil si at det er litt vanskelig å si hva som er kvalitet, for det er jo opp til hver enkelt. For hva som er kvalitet for meg vil ikke være kvalitet for en annen (Informant A1).

Jeg tenker at kvalitet er så ymse. Når jeg tenker kvalitet så skal det være ordentlig. Godt for brukeren, og at det er greit å utføre det. Og pårørende skal oppleve at sine blir ivaretatt på en grei måte. At jeg er fornøyd og at brukeren er fornøyd. Og når de er fornøgd, så er det god kvalitet... (Informant E)

Ut fra et ledersjiktet med ansvar for tjenester, kan man kanskje si at deres syn på kvalitet er både subjektiv, objektiv og organisatorisk i henhold til at de må se på kvalitet ut fra et organisasjonsnivå; hvordan kan tjenestene organiseres på en best mulig måte til en rimeligst mulig kostnad ut fra de ressurser en har til rådighet.

Kvalitet er ikke ensbetydende at de får kva de vil. Men kvalitet er på en måte en forsvarlighet i det vi vil utøve. Kvalitetsforskriften sier jo at "respekt for de individuelle vurderingene". At du skal få grunnleggende behov dekket ut fra det individuelle og at du skal fokusere på mestring. Jeg tenker og at kvalitet, det handler like mye om likebehandling så langt en kan (Informant C1).

Når jeg tenker kvalitet så skal vi ha ganske målretta tjenester, at vi treff ganske godt (Informant C2).

4.3.2. Kompetanse – mål på kvalitet

Hjemmesykepleie omfatter tjenester som stiller høyere krav til faglighet og kompetanse. Alle deltakerne i begge kommuner gir uttrykk for at kommunen har fokus på kompetanse. Alle informantene er enig i at kompetanse er viktig for å kunne gi faglig gode tjenester.

Kompetanse er helt avgjørende for at vi skal kunne gi nødvendig helsehjelp. Folk er sjukere når de kommer hjem. Ting er mer komplekse. Oppgavene blir mer og mer sykepleietekniske og vi trenger mer og mer spesialkompetanse (Informant C2)

Det er nødvendig med god kompetanse. Det må være en god mix av sykepleiere og helsefagarbeidere. Vi må ha mer sykepleiekompetanse ettersom det er mye mer sjukepleietekniske oppgaver ute (Informant D1).

Informantene i begge kommuner opplever at det er nok sykepleiekompetanse per nå, men ser klart behovet for mer kompetanse i årene som kommer, basert på at brukerne skal bo hjemme lengst mulig og de skal få den hjelpen de trenger i hjemmet.

Akkurat nå har vi nok kompetanse. Vi har vært god på å være i forkant. Men vi trenger helt klart mer kompetanse i hjemmetjenesten i fremtiden. Det blir mer og mer sykepleietekniske oppgaver som kommer til å gi oss utfordringer (Informant C2).

Når det handler om ledelsen og kommunen har fokus på kompetanse, så gir alle informantene inntrykk av at de opplever at sin egen kommunen har vært i forkant av samhandlingsreformen og har satset på å skaffe seg den kompetansen de så var nødvendig for å møte utfordringene som ville komme.

Jeg opplever at kommunen har fokus på kompetanse og har lagt langt framme i mange år når det gjelder kompetanse. Og kommunen har gitt tilbud om støtte om det har vært i kommunen sin interesse (Informant C1).

På spørsmål til grasroten om hvordan de opplever fokus på kompetanse, gir både ledersjikt og grasrota i liten kommune uttrykk for at de har god kompetanse.

Vi har god kompetanse. Vi er mange sykepleiere her og i tillegg har kommunen fokus på viderutdanning. Gir støtte til det en ser en har behov for (B2).

Jeg opplever at vi har god kompetanse her ja, det gjør jeg. Vi er et godt team (E2)

I mellomstor kommune gir grasroten uttrykk for at en trenger mer fagpersonell, både sykepleiere og helsefagarbeidere. En av informantene beskriver det slik:

Vel, vi har vel kanskje bra med kompetanse, men jeg skulle ønske vi hadde hatt mer av både sykepleiere og helsefagarbeidere. Det blir stadig flere brukere og oppgaver og det er jo begrenset hva vi kan klare (Informant D1).

Kompetanseplaner er et viktig dokument for å belyse hvilke kompetanse en har og hva en trenger for fremtiden. På spørsmål om kommunen har kompetanseplan, er ledelsen i begge kommuner tydelig på at det har de.

Vi har en strategisk kompetanseplan som gjelder for hele kommunen , og så har hver eining sin kompetanseplan. Og der ligger vi inn at vi for eksempel trenger en sykepleier som tar viderutdanning innen rehabilitering. Så blir det spurt om det er noen som kunne tenke seg viderutdanning, og da får de det dekket (Informant A1).

Grasroten er imidlertid ikke like informert om at det finnes planer for hvilke kompetanse kommunen ønsker seg for fremtiden.

Kompetanseplan. Nei, det vet jeg ikke noe om. Jeg har ikke hørt om det i hvert fall, men det kan godt hende (Informant E2).

Jeg tror det er mye opp til den enkelte og hva en selv tar initiativ til og søker på. Jeg tror egentlig ikke at en får så veldig mye støtte fra kommunen heller, det kommer vel an på hva en ønsker å ha av kompetanse. Men jeg har aldri sett at det kommer

oppslag eller forespørsel om å ta videreutdanning, ja at de oppfordrer noen til å søke. Nei, det har jeg aldri sett! (informant D1).

Samtidig gir helsefagarbeiderne i begge kommuner uttrykk for at det oppleves som om det bare er høyskolegruppene som får mulighet til videreutdanning, mens de må nøye seg med internundervisning. En av dem uttaler seg slik:

Jeg opplever vel at det er høyskolegruppene som får tilbud om videreutdanning. Det er lenge siden vi hjelpepleiere har fått noe. Men vi trenger jo påfyll vi og... (Informant E1)

4.3.3. Tilstrekkelig kvalitet

Begrepet tilstrekkelig kvalitet er et begrep som blir mye nyttet når helsepersonell snakker om kvalitet på tjenestene. Når de blir spurt om hvordan de vil definere begrepet, gir de uttrykk for at det er vanskelig å si noe om. Informantene på ledernivå sier også noe om at kvalitet ikke alltid henger sammen med det som er best. Det handler om hva en har råd til ut fra den økonomiske situasjonen en har. En av informantene beskriver kvaliteten slik:

Vi kan ikke alltid kjøre Mercedes, men vi kan kjøre Toyota, men vi skal nødvendigvis ikke kjøre Lada. Det går jo på dette "hva er godt nok"(Informant B1).

Grasroten knytter begrepet tilstrekkelig kvalitet opp mot tjenesten til bruker og til sin egen faglige vurdering.

Tilstrekkelig kvalitet, ja det kan du si. Det er ikke godt og det er ikke dårlig. Noe midt i mellom. Så har jeg min vurdering ut fra mine kunnskaper om hva som er godt nok, og så har brukeren sine. Men det er vanskelig å si noe om tilstrekkelig, hva som er godt nok (Informant D2).

Tilstrekkelig kvalitet, ja hva er det? Det er vel det som er mest nødvendig, verken mer eller mindre (informant D1).

Det er jo dette med individuell vurdering. Hva brukeren opplever som kvalitet. Og så har jo jeg min faglige vurdering opp mot den tjenesten jeg skal gi (Informant E2)

4.3.4. Faglig forsvarlighet som kvalitetsindikator

Begrepet faglig forsvarlig tjeneste er mye brukt innenfor helsetjenestene når en snakker om kvalitet. Også informantene snakker om faglig forsvarlighet som et mål på kvalitet.

Ledernivå snakker om kompetanse og hvordan tjenesten er organisert.

Jeg tror vi er nødt til å ha utdannet personell for å klare å ivareta og sikre at brukeren får det vi kaller for ”faglige gode tjenester”. Vi må se hele bildet (Informant A1).

Vel, jeg tenker det handler om hvordan tjenestene er organisert og tilrettelagt for gode rutiner og prosedyrer og sånt. Rett kompetanse. Ja, helheten (B2).

Grasroten i begge kommuner mener faglig forsvarlighet også det handler om kompetanse, kunnskap om det en skal utføre av arbeidsoppgaver. En av informantene uttaler seg slik:

Faglig forsvarlighet, det er vanskelig å svare på. Men det må jo handle om at en har kunnskap om det en skal utføre. At det er fagfolk. Utdanning. Kompetanse (Informant E2).

Ledernivået uttrykk for at de opplever at begrepet faglig forsvarlighet blir brukt feil av grasroten. Det er blitt et begrep som ofte blir brukt når de mener at kvaliteten på tjenesten ikke er bra nok.

Jeg tror mye av bruken av begrepet forsvarlighet blir brukt feil. Så hvis en kunne fått avklart forventningene fra alle parter, de som er ute i feltet, bruker og pårørende, så har vi mer å gå etter. Ja, dette med å lage service-erklæringer som kan sei noe om våre plikter og deres plikter i tillegg til rettigheter selvfølgelig (Informant C1).

Ja, for viss tjenesten ikke er faglig forsvarlig, så blir det ”uforsvarlig”. Og da vi ofte spørre: ”mener du det? For hvis vi gir uforsvarlige tjenester, så kan vi ikke sitte her å se på. Da må vi sette i gang straksiltak. Men det er veldig sjelden det er uforsvarlig faktisk. Og då blir det sak av det (Informant B1).

4.3.5. Brukermedvirkning som mål på kvalitet

Alle informantene er tydelig på at brukermedvirkning er viktig når vi snakker om kvalitet. Hvis brukeren er fornøyd med tjenesten en mottar så oppleves det som om tjenestene en gir er av god kvalitet. Informantene på grasrotnivå i begge kommuner er tydelig på at det er viktig at brukerens stemme blir hørt.

Jo, brukermedvirkning er viktig. Og vi spør jo alltid hvordan de ønsker det og så prøver vi så godt vi kan å imøtekomme ønskene (Informant D2).

Brukar og pårørende er mer opplyst. Dei har mye mer greie på hva rettigheter de har. Vi merker jo det. Men samtidig er de fleste veldig glad for å få hjelp. Dei er fleksible og er forståelsesfulle (Informant E1).

Grasrotarbeiderne sier også noe om at det er ikke alltid en kan møte bruker sine ønsker av ulike grunner.

Vi må jo høre deres ønsker, men det er ikke alltid vi kan innfri dem. Da kan de hende at vi må gjøre tjenesten på vår måte, ja det er mange grunner til det. Og når de har vendt seg til det, så er det oftest ok. (Informant D1).

Ledelsesnivået i begge kommuner har et mer overordnet syn på dette med brukermedvirkning. De legger mer vekt på at man skal forholde seg til lover og regler, og at det er mer styrende enn at brukeren får tjenesten slik han vil.

Det er og veldig klart i lovverket, pasient og brukerrettighetsloven, det å involvere brukeren og brukerens representanter. Det å ha brukerråd i kommunene og få brukerrepresentanter med i alle råd og utvalg er viktig. Det jobber vi med (Informant A1).

I tillegg er ledernivået opptatt av at det er fagkompetansen som må ta en avgjørelse på hvilke hjelp brukeren skal få, ut fra det behovet som er meldt. Det betyr ikke at brukeren nødvendigvis får dekket behovet slik han ønsker, men at en har hatt mulighet til å få uttale seg.

Vi tar alltid utgangspunkt i søknaden, og så blir på en måte samtalen uti fra ”dette har du søkt om, og hvorfor det”. Men dette med brukermedvirkning handler jo ikke bare om at de skal få det de vil, men at de skal få, og at de får uttale seg i saken. Vi er

pliktig til å skrive at de er blitt hørt. Men det er ikke sikkert at det blir sånn (Informant C1).

Grasroten i begge kommuner er også opptatt av at brukeren sine ønsker blir hørt, men opplever at ønsker og realitet ikke alltid står i forhold til hverandre. De blir spurt, men nødvendigvis ikke hørt.

Brukermedvirkning er vel litt sånn både og. Det er jo sånn at det oftest er brukeren som må tilpasse seg oss og våre system og rutiner, selv om de har fått si hva de ønsker. Vi har jo så mange å ta hensyn til at det er vanskelig å imøtekomme alle sine ønsker (Informant D1).

Det er også en oppfatning fra grasroten at det er forvaltningsenheten som bestemmer hvilke behov en får dekket og at gitt vedtak ikke alltid står i forhold til det behovet brukeren reelt har og at dette ikke alltid harmonere med virkeligheten.

Jeg vet ikke helt hva jeg skal si. Det er jo forvaltningsenheten som avgjør hvilke tjeneste brukeren får ut fra sin faglige vurdering. Det stemmer jo ikke alltid overens med vårt syn eller brukeren sitt syn. Men de må jo ta imot den hjelpen de får, så får vi prøve å melde fra videre opp i systemet (Informant D2).

4.4. Hva er de ulike aktører sin oppfatning av samarbeid og samhandling på de ulike nivå i forhold til det å yte nødvendig helsehjelp og tilstrekkelig kvalitet i hjemmebaserte tjenester?

Informantene sier en del om nødvendigheten av samarbeid og samhandling og kommer inn på flere moment som de mener er viktig for å kunne oppnå godt samarbeid og samhandling for å oppnå gode tjenester til det beste for brukeren.

4.4.1. Samarbeid på ledernivå

Ledelsen i begge kommuner opplever at de har godt samarbeid i mellom ulike ledersjikt.

Vi har et godt samarbeid i ledelsen. Det er kort vei til å spørre om det er noe jeg lurer på. Jeg får den informasjon jeg trenger og bringer den videre til de andre ansatte(Informant B2).

Jeg opplever at vi einingsledere har et tett og godt samarbeid med nivået over oss, rådgiver og forvaltningskontor. Vi har møter, hver 14.dag som jeg opplever som nyttig. Det er fint å kunne drøfte ting som en opplever som utfordringer og få støtte og hjelp til hvordan løse dem. Samtidig så får vi mye informasjon fra rådmannsnivå på disse møtene (Informant B1).

Rådmann i mellomstor kommune er også tydelig på at det er andre enn ledergruppe man skal ha godt samarbeid med. Hun er tydelig på at det er like viktig å ha gode relasjoner og samarbeid med tillitsvalgte som skal representere alle de ansatte.

Jeg føler i grunnen at det er godt samarbeid mellom aktørene. Og så har vi jo trepartssamarbeidene, og jeg er jo med i HTV-møtene, og om der er ting ute som på en måte blir luftet ute som må opp, så får jeg det i hvert fall vite om det i HTV-møter (Informant A1).

4.4.2. Samarbeid på grasrotnivå

Grasroten sin opplevelse av samhandling dreier seg mer om hvordan en samhandler seg i mellom, at en kan hjelpe hverandre når det er nødvendig.

Kommer jeg skeis ut i forhold til arbeidslisten, ja at noe har oppstått, så trenger jeg hjelp når jeg ser at jeg ikke har mulighet til å få fullført de oppgaver som jeg har. Da er jeg nødt til å ringe noen å få hjelp. Så det er avgjørende at vi kan hjelpe hverandre. En dag er deg meg, en annen dag er det deg (Informant E1).

I liten kommune ringer de privat hjem til en kollega om en ikke har noen i nærheten til å hjelpe seg. Oppstår det noe på seinvakt, er de alene på vakt og har liten mulighet til å få hjelp fra andre som er i tjeneste. Noen ganger så må de ringe ambulanse eller brannvesen, det kommer alt an på alvorlighetsgraden. Men det letteste er å ringe til en kollega.

Det hender vi ringer ambulansen eller brannvesenet, men det kommer an på alvorlighetsgraden. Men stort sett så ringer jeg til en kollega som kommer å hjelper meg. Så får de betaling for to timer (Informant E2).

4.4.3. Samarbeid mellom ledernivå og grasroten

Når det gjelder samarbeid mellom ledelse og grasrot er det tydelig fra grasroten i begge kommuner at det ikke oppleves samarbeid eller samhandling mellom topp og bunn.

Samarbeidet eksisterer mellom den ansatte og nærmeste leder. Det er den som melder fra opp i systemet om det er noe som skal tas opp.

Nei, vi har ingen samarbeid med øverste leder. Alt går gjennom fagleder og eventuelt rådgiver. Så vi har ingen kontakt med rådmann (Informant D2).

Grasroten etterlyser mer kontakt med ledernivå, både øverste ledelse og forvaltning for å få en større forståelse for hverandres utfordringer, for sammen jobbe mot tjenester som oppleves god for alle.

Det hadde vært fint om de stakk innom oss av og til for å slå av en prat. At vi kan utveksle synspunkter om hva som trengs for å gi bedre tjenester. Slik som det er nå oppleves det som om vi driver med hver våre ting, men som alle har konsekvenser for den hjelpen jeg skal gi brukeren (Informant E1).

4.4.4. Nytte kompetanse på tvers og tverrfaglig samarbeid

Informantene i begge kommuner og på begge nivå opplever at det er en utfordring å bruke kompetanse på tvers av enhetene og samarbeide for at bruker skal få en så god tjeneste som mulig. Forholdene er ikke lagt til rette for at en skal kunne samarbeide på tvers av avdelinger eller enheter. Ledernivå snakker om samarbeid på det organisatoriske nivå, at det er vanskelig å få til å låne ressurser av hverandre.

Vi er nok ikke god nok på å samarbeide på tvers, men vi blir bedre og bedre. Vi har ganske mye fokus på det. Ikke tenke sektor. Men at vi jobber på tvers (Informant A1)

Vi er blitt bedre på å samarbeide, til å nytte kompetanse. Men vi kan bli mye bedre. Vi har i dag 5 avdelinger og vi jobber så tett i lag at vi bytter på kompetansen. Og det har vært en prosess, for det er vanskelig å få folk til å bytte arbeidsplass. Så vi har ansatt to sykepleiere på sykepengemidler som faste vikarer som jobber på tvers. De har fast turnus, men de vet at det er 6 og 6 uker, men at nå er det behov i den avdelingen. De går på tvers og det er veldig bra (Informant B1).

Vi har en sykepleier som har delt stilling mellom to avdelinger. 60 % her og 40 i den andre avdelingen. Jeg opplever at det fungerer fint. Det er jo et pluss at en er kjent flere steder. Det skaper trygghet (B2).

Grasroten snakker ikke så mye om å jobbe på tvers. De ser at det kunne vært en gode, men ønsker å jobbe i den avdelingen de opplever som trygg.

Jeg kan endelig hjelpe til i en annen avdeling, men jeg like meg best her. Det er her jeg hører til og er vant til å være (Informant E1).

Tverrfaglig samarbeid er også et ønske som er vanskelig å få til. Både leder- og grasrotnivå er klar på at det er ønskelig med mer tverrfaglig samarbeid, men opplever at det er vanskelig å få til på bakgrunn av for lite ressurser. Men begge kommuner prøver å legge til rette for at det er mulig å få til.

Det er ikke alltid like lett å få den tverrfaglige samhandlingen til, men vi prøver. Vi er jo så avhengig av hverandre. Så det er viktig å lage et godt samarbeid, og det må vi om brukeren skal kunne bo hjemme lenge (Informant B1).

Mellomstor kommune har et samarbeid med fysioterapeut og ergoterapeut, som kan reise på hjemmebesøk til brukeren om det er nødvendig med veiledning til bruker eller til personalet.

Vi har samarbeid med fysioterapeut og ergoterapeut som kan hjelpe oss med vurderinger om vi trenger det. Det kan være til brukeren selv eller til oss i forbindelse med hjelpemidler eller det kan være løfteteknikker og lignende (Informant D1).

I liten kommune har de også samarbeid med fysioterapeut, men i mindre grad på grunn stort arbeidspress for fysioterapeuten. I stedet er det pleiepersonalet som hjelper til med trening og øvelse som brukeren får i oppdrag å gjøre hjemme.

Fysioterapeuten kommer innom av og til, og ellers er det vi som trener med de...ja vi er brukenes til alt vi, skjønner du... (Informant B2).

I tillegg nevner begge kommuner at de har samarbeid med demenssykepleier, kreftsykepleier og leger. Dette fungerer fint og har bidratt til at flere brukere kan bo hjemme og få den behandlingen de trenger. I mellomstor kommune fortelles det at det er opprettet palliasjonsteam.

Vi har en kreftsjukepleier som jobber i avdelingen og hun jobber ei dag i uken som kreftsjukepleier, der hun følger opp våre og andre sine palliative brukere. I tillegg er hun med i et team som jobber sammen. Der er en sjukepleier og lege med fra sjukeheimen, og kanskje er det flere med, men det er iverfall et team til disposisjon (Informant D1).

Annen tverrfaglig samarbeid er mellom fastlegene til brukerne. Mye av denne samhandlingen går via elektronisk meldesystem, som spesielt forvaltningen opplever har gjort det lettere å få dialog med legene.

Etter at det elektroniske systemet med fastlegene har kommet, er det lettere å få svar på spørsmål, innhente helseopplysninger. Vi har mange leger å forholde oss til, både i kommunen og utenfor kommunen (Informant C1).

4.4.5. Samhandlingsreformen – er det samhandling?

Samhandlingsreformen har gitt kommunene flere utfordringer siden den kom, både organisatorisk og økonomisk. Begge kommunene i denne studien hadde i forkant av reformen gjort gode grep som gjorde dem rustet til å imøtekomme de utfordringer som ville komme, blant annet dette med å øke sykepleiekompetanse.

Vi har vært gode på å tilegne oss den kompetanse vi trenger. Det begynte vi med lenge før samhandlingsreformen, så vi har gjort en god investering i forkant (A1).

I dag er det imidlertid nye utfordringer i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som deltakerne i studien ser på som vanskelig.

4.4.6. Tidlig utskrivning

Informantene på begge nivå i begge kommuner opplever at spesialisthelsetjenesten sender pasienter tidligere og tidligere ut fra sykehus, noe som de opplever som en utfordring.

Flere og flere kommer tidligere hjem fra sykehus. Det blir kortere tid til hver enkelt bruker. Og de fleste som kommer hjem er jo sjuke, og de har jo behov for nærhet, for kontakt, å få snakke med oss. Det er en belastning for de å være innlagt og bli sendt hjem uten å være frisk (Informant B1).

4.4.7. Overbelegg i sykehjem

På bakgrunn av at det oppleves som om det er spesialisthelsetjenesten som bestemmer hvor de skal sende pasienten, og kommunen er pliktig til å ta imot pasienter, har det ført til konsekvenser for sykehjemmet i liten kommune.

Samhandlingsreformen har gitt økt press, økte forventninger ute, i forhold til tempo, til hva du skal levere. Spesielt i forhold til dette her med rehabilitering og korttidsplasser. Det har medført at vi har et konstant overbelegg på sjukeheimen. Og vi prøver jo å håndtere det på best mulig måte. Men det blir feil. Jeg opplever at det skulle vært mer rehabiliterings enheter, interkommunalt for eksempel.

4.4.8. Sykehuset bestemmer

Alle informantene i begge kommuner er enige i at samhandlingen blir vanskelig når det er sykehuset som skal bestemme. De opplever det som lite samhandling, men mer som et pålegg. Her er informanter fra ledernivå og grasrot ening om at det er uheldig at det er sykehuset som bestemmer.

Så det er en utfordring at en annen instans skal pålegga at de skal i sjukeheim, det er ikke helt etter intensjonen om samhandling (Informant A2).

Det er jo dette med at kommunen skal gi tilbud om hjelp og brukere kommer tidlig hjem. Og jeg synes kommunen har vært god på å ta i mot. Men det er jo det at sjukeheimen er full, ja heilt full. Alle rom er tatt i bruk. Og nesten alle meldingene om ferdigbehandla som kommer fra sykehusene skal jo inn på opphold før de skal hjem. Ja, det er en tendens. Det er sjukehusene som bestemmer, ikke vi... (Informant D1)

4.4.9. Bakvaksordning – en belastning

Ettersom samhandlingsreformen har bidratt til at pasientene er i dårligere form når de reiser hjem enn tidligere, gjør at de trenger mer oppfølging av fagpersonell, også på natt. Liten kommune har ikke hatt behov for nattevakt tidligere, men har nå fått bakvakt. Personalet ser behovet for at en har nattevakt, men ikke alle opplever ordningen som god. Noen synes det er en belastning.

Vi har måtte få bakvaksordning for ivareta behovet for hjelp på natt. Det er nok en god løsning for de som trenger hjelpen, ja, og for kommunen. Men det er ikke noen god løsning for oss. Vi har jo vakttelefonen med oss hjem, og må vi rykke ut på natten må vi likevel på jobb igjen kl.08. Så en blir liggende ”på otta”. Det oppleves som en belastning (Informant E2).

4.4.10. Elektroniske meldinger bedrer kommunikasjonen

Det er flere av informantene på ledernivå som opplever at det elektroniske meldesystemet som har kommet i forbindelse med samhandlingsreformen, har gjort at kommunikasjonen med sykehusene er blitt bedre. Det er spesielt ledernivået som opplever det.

Det som er bra med samhandlingsreformen er at vi får elektroniske meldinger, at vi kommuniserer med sykehuset. Vi får melding om at folk skal skrives ut og hva som har vært gjort og medisinoversikt. Vi får melding om når folk er innlagt og vi kan sende inn medisinliste. Jeg synes kommunikasjonen med sykehuset er blitt bedre på mange måter, selv om det fortsatt oppstår at folk plutselig kommer hjem uten at vi vet det. Det hender ennå (Informant C1).

Grasroten er noe mer skeptisk til meldesystemet, da de opplever at epikriser og fakta ikke alltid stemmer overens.

En av de tingene som jeg opplever som dumt, er at vi ikke lenger kan ringe sykehuset å høre hvordan det er med dem. I dag har du ikke lov. Alt skal gå gjennom forvaltningen og vi må vente til det kommer opplysninger i journal. Så får vi beskjed om at brukeren kommer hjem og at hjelpebehovet er som før. Og så kommer vi til brukeren, og så er han ikke som før. Og noen ganger stemmer ikke papirene overens, eller medisinlisten er ikke rett. Og da går det ikke an å sende elektronisk melding. Er brukeren utskrevet er systemet stengt. Så da må vi til å ringe, og det kan ta sin tid å få de rette opplysningene... (Informant E1).

4.5. Hvordan oppfatter de ulike aktørene at kommuneorganisering og tjenesteorganisering har betydning for nødvendig helsehjelp og kvalitet?

I henhold til problemstillingen er det interessant å få innsikt i om aktørene med ansvar for helsehjelp opplever at kommunen sin organisering har betydning for kvaliteten på tjenestene.

4.5.1. Kommunemodell - betydning for tjenestene

På spørsmål om kommunens sin måte å være organisert på, var det ulik oppfatning blant informantene om det har betydning for hvordan tjenestene ytes. Mellomstor kommune har trenivåmodell, mens liten kommunen har 2-modells kommune. Ledelsesnivået er tydelig på at kommunens nivåorganisering er viktig for å sikre at informasjon og samarbeid mellom leddene skal fungere.

Kommunens nivåorganisering handler veldig mye om økonomi, med at det er kortere linje mellom rådmann og enhetene ute. At en skal ha mer fokus på kommunen som en helhet og ikke bare på eget område (Informant A2)

Jeg tror at kommunen sin måte å organisere seg på er av betydning. For det handler om likebehandling av tjenester. Det å ha mer kontroll på helheten. Få en god ressursutnyttelse for eksempel. Sånn som vi er organisert nå så har vi mer fokus på en samlende, mer felles holdning. En felles strategi på ting kan ha betydning rett og slett. Så det er klart at det har i hvert fall på sikt betydning (informant C2).

4.5.2. Informasjonsutfordringer i forhold til kommuneorganisering

For grasroten har ikke kommunen sin organisering samme betydning som for ledelsen, men de opplever likevel at jo flere ledd i organisasjonen gir utfordringer i henhold til informasjonsutveksling. Dette er ganske likt uttalt i begge kommuner.

Jeg tror det er for lang vei til toppen. For mange ledd, og det går ut over informasjonen som skal ut til oss på gulvet (Informant D1)

Jeg tror informasjonen hadde glidd lettere om det ikke hadde vært så mange ledd. Tror mye forsvinner på veien (Informant E1).

Også i liten kommune som har to-nivå, opplever de at informasjonen ikke når fram.

Det er jo ikke alt vi skal vite, men det som har med oss å gjøre har jo betydning. Jeg opplever vel at ikke all informasjon kommer frem der den skal (Informant E2).

Ledernivå i begge kommuner har jevnlig møter hvor de utveksler informasjon, og det er mellomlederne som skal bringe informasjonen videre. Samtidig er ledelsen i begge kommuner tydelig på at de kan bli bedre i sine rutiner om å gi informasjon, samtidig som det også er den enkelte ansatte sin plikt å ettersøke informasjon.

Informasjon blir vi heller aldri god nok på, men vi jobber veldig med det. Vi har gode informasjonskanaler, intranett, mail, grupper, mailgrupper som en kan sende ut til, så går jo en del informasjon ut på avdelingene og hvordan en informerer der. Og det er jo på personalmøter, oppslag... Og i hjemmetjenesten og på sjukeheimen har jo ikke alle tilgang på pc...og der går jo mye av informasjonen via møter og oppslag. Og så ha vi jo fått denne portalen som vi kan nytte til informasjon. Men det er ikke lett å nå alle, spesielt ikke i vår sektor hvor det er så mye deltidsstillinger. Men så er jo de ansatte og pliktig til å søke informasjon (informant A1).

Grasroten er ikke like fornøyd med deling av informasjon, og de har en opplevelse av at ikke all informasjon når ned i organisasjonen. Dette er en gjengs oppfatning på grasroten i begge kommuner.

Informasjon, det er jo så mangt. Og det er jo ikke alt vi skal vite heller. Men det oppleves som om ikke all informasjon når ned til oss på gulvet. De ansatte snakker jo i lag, og det oppleves at noen vet mer enn andre. Om det er systemet rundt å dele informasjon som svikter, det vet jeg ikke (Informant D1).

Informantene sier ikke noe konkret om at informasjonsutfordringene har betydning for kvaliteten på helsetjenestene.

4.5.3. Ledelsesforankring

Grasroten har også ytringer om at kommunenes organisering gir mindre ledelsesforankring – at det blir for lang vei til toppen som hindrer opplevelsen av å jobbe mot et felles mål. Dette er mest uttalt i mellomstor kommune.

Vi har ganske mange sjefer her, ja og så har vi sjefer oppå der igjen. Det er mye bedre at det er flere på bakken og mindre som sitter der opp. Det er jo her vi gjør jobben, det er jo oss de skal forholde seg til, som kjenner arbeidet som skal gjøres. Og jeg opplever at informasjonen ikke når fram til oss på gulvet eller omvendt (informant E1).

Det trekkes også paralleller tilbake i tid, der ledelsen var mer tydelig for de ansatte i organisasjonen, og det var muligheter for gjensidig dialog og utfordringer man sto overfor i hverdagen.

Før i tiden, for bare ti år siden, kunne vi på gulvet snakke med rådmannen. Da tok han seg tid til å snakke med sine arbeidere. Tok seg en tur i lunsjen, satt sammen med oss på arbeidsplassen hvor vi kunne fortelle om vår hverdag, våre utfordringer. Og det gjør noe med deg når du kan snakke åpent med selve rådmannen og at ikke alt skal gå gjennom andre. Jeg tror ting pulveriseres på veien (informant E1).

4.5.4. Tydelig ledelse

Tydelig ledelse der fokuset om å jobbe mot et felles mål kan virke som om det har betydning for grasroten. Det å bli sett og hørt for det arbeidet de gjør ut mot brukerne. De kommer med uttalelser som handler om at mer synlighet kan bidra til en mer felles forståelse av hverandres ansvar og hverdag. Denne oppfatningen er lik blant grasroten i begge kommuner.

Jeg vet at det er nærmeste leder jeg skal forhold meg til, men det er noe med det at det hadde gjort bedre inntrykk om øverste leder hadde kommet ned til oss en gang i blant, for å gi informasjon og gjerne få informasjon fra oss direkte. Vi vet jo ikke om våre meninger når opp på toppen (Informant E1).

Også ledernivå er opptatt av tydelig ledelse, hvor de har en forståelse av at leder er ”nærmeste” leder, at det er den de ansatte skal forholde seg til.

Vi er opptatt av å være nær, at det skal være kort vei opp til meg om det er noe. Jeg er og opptatt av å være lydhør overfor de henvendelser jeg får, men jeg er opptatt av at personelt går rett tjenestevei. Så nærledelse er viktig, men det er den nærmeste leder og dens oppfølging som blir nærledelse (B1).

4.5.5. Opplevelse av egen rolle og ansvar

Informantene i begge kommuner er tydelig på at det er et stort ansvar å arbeide i hjemmetjenesten uavhengig av hvilket nivå en befinner seg på. Ansvaret opplever de henger sammen men hvordan tjenesten er organisert. Grasroten jobber mye alene i hjemmetjenesten og er avhengig av å stole på egne kunnskaper og å søke støtte hos andre når situasjonen krever det. Grasroten opplever at ansvaret er stort, ansvar for liv og helse.

Jeg opplever at vi har et stort ansvar. Og vi er mye alene i det ansvaret. Det krever styrke. Både faglig og menneskelig. Ja, ansvar for liv og helse. Det er jo mennesker vi har med å gjøre. Vi må jo bry oss. Kan ikke bare gå inn og ut igjen å behandle dem som maskiner. Vi har et stort ansvar (Informant D2).

Vel, jeg tenker det er et stort ansvar vi har. Mye å følge opp. Vi har ansvar for alle brukarene, at de får den hjelpen de har krav på, at kvaliteten er god. At alle utøverne gjør det de skal på en god måte. Ja, opplæring er jo veldig viktig for at vi skal gi gode tjenester. Og så er det jo møte med den enkelte bruker. Jeg tenker vi har et veldig stor ansvar. Ansvar for andre sine liv (Informant E1).

Også ledernivået opplever stort ansvar, men at det er på et mer strategisk nivå.

Jeg har jo et stort ansvar. Men det er jo på strategisk nivå. Min rolle er å legge forholdene til rette for at de kan gi gode tjenester. Se til at vi når målene og følger de strategier vi har valgt og at det faktisk skjer. Være en koordinator i forhold til enhetene. Være tett på, vite hva som rører seg ute. Jeg opplever det som en viktig funksjon (Informant A1).

Jeg synes det er et stort ansvar. Jeg har ikke så mange ansatte under meg som i en større kommune, men det er likevel et ansvar. En jobb som skal gjøres (Informant B2).

4.5.6. Opplevelse av å jobbe mot felles mål?

Opplevelse av å være ”delt i to” er også et moment som kommer fram. Det handler om at organisasjonen er blitt så stor med så mange ledd at det kan være vanskelig å se at en arbeider sammen mot felles mål. Dette er mest uttalt i mellomstor kommune, men også liten kommune opplever for stor avstand. Grasroten forklarer det med ”oss og de”.

Det er en stor organisasjon med mange ansatte. Og det kan sikkert være vanskelig å være leder på toppen og at en derfor trenger så mange mellomledd. Og vi ser jo ikke den øverste ledelsen. Ikke i det hele tatt. Så vi blir jo delt. Oss og de. (Informant D1).

Jeg opplever vel kanskje at slik som vi organisert så er vi delt i to på en måte, ledelsen for seg og vi på gulvet for oss...(Informant E2)

Før kunne vi snakke med rådmannen. Den eneste gangen vi ser rådmannen i dag er i avise. Det skaper på en måte avstand (Informant E1).

4.5.7. Organisering av tjenestene har betydning for helsehjelpen

Når det gjelder organisering av selve tjenestene, så er deltagerne i begge kommuner enig i at det er av betydning for hvilke tjenester en skal ha og hvordan de ytes. Det handler om hvordan tjenesten er lagt opp for at personalet kan utføre sine oppgaver på en tilfredsstillende måte og at brukerne får faglige gode tjenester.

Både ledernivå og grasroten i begge kommuner er her enige i at hvordan tjenesten praktisk er tilrettelagt er av betydning for selve tjenesten og kvaliteten.

Kommunen sin måte å organisere tjenestene på tenker jeg er av betydning. Da tenker jeg på dette med avdelingsvis, hvor store avdelinger en har i forhold til geografisk område og i forhold til responstid ut (Informant B1).

Klart det er av betydning. Det handler jo om hvordan selve tjenesten organiseres. Om hvor mange vi skal være i hver avdeling til enhver tid, til fordeling av brukere. At det blir jevn belastning på personalet i forhold til utfordrende brukere, mye kjøring, til arbeidsmiljø. Ja, til alt (Informant E1).

Ledelsen er i tillegg opptatt av hvordan personalfordelingen er, at det ikke er for mange ansatte per leder, noe som gjør det vanskelig å lede. Derfor er klare ansvarsområder og definerte roller nødvendig. Dette er mest uttalt i mellomstor kommune.

Organiseringen er også viktig i forhold til hvor mange tilsette det er på en leder. Det går jo på å bli sett, bli tatt med på råd (Informant B1).

Vi er i gang nå å se på hvordan vi skal organisere oss. Vi ser det er viktig å ha gode rolleavklaringer med tydelige ansvarsoppgaver. Det har betydning for at vi kan gjøre en god jobb (Informant A1).

4.5.8. Handlingsrom i hverdagen

Å ha handlingsrom i hverdagen er viktig for å kunne gjøre prioriteringer i sitt arbeid. Informantene i mellomstor kommune mener de i utgangspunktet ikke har handlingsrom, men må lage det ved å prioritere mellom oppdragene på arbeidslistene.

Vi har vel ikke handlingsrom sånn i utgangspunktet, men vi lager oss jo handlingsrom. Det er vi nødt til. Det er ikke sånn at vi bare løper inn i huset og gjør akkurat det vedtaket sier. Vi slår jo av en prat, sonderer terrenget litt. Det er jo sånn vi observere om det er endringer i brukeren sine behov. Og det handler jo om kvalitet på det vi gjør. Ikke bare på selve prosedyren, men i møte oss i mellom (Informant D1).

Handlingsrommet er veldig varierende. Og det er jo en grunn til at vi ikke sier så mye om det. For vi er jo redd for at de skal ta det fra oss den tiden vi har. Men vi lager oss rom, men det vil jo gå på bekostning av andre oppgaver. Men vi gjør det likevel. En føler vel at en gjør en bedre jobb når en gjør litt ekstra. Det er jo dette med denne omsorgen (Informant E1).

Informantene i liten kommune mener de har rause vedtak som gir dem handlingsrom.

Ja, jeg opplever vi har handlingsrom. Det er jo varierende, men stort sett har vi mulighet til å være fleksible. Bruke litt ekstra tid der vi ser at det er nødvendig (Informant D2).

Ledelsen sier de er klar over at utøverne lager seg handlingsrom, og de forstår at det er nødvendig i en travel hverdag, men at det likevel er nødvendig at en forholder seg til vedtaket som er gitt. Det oppleves som om det er oppstått en ukultur blant grasrotarbeiderne for å imøtekomme tjenestene de skal utføre.

Ja, vi vet at det lages handlingsrom, og jeg ser at det på den ene siden er nødvendig, men på den andre siden er det galt. Det er en kultur, eller en ukultur som har oppstått. For viss de som utøver helsehjelpen hadde meldt tilbake til forvaltningen om at det er nødvendig med mer tid, så kunne vi tatt en vurdering på det, og justert vedtaket. Slik som det er nå, så blir det jo vanskeligere å dokumentere reell tidsbruk når handlingsrommene blir skjult (Informant C1).

Ledernivå i liten kommune er opptatt av at det skal være handlingsrom, rom for skjønn hos den som utøver tjenesten. Samtidig er det viktig at vedtakene er presise.

Jeg er opptatt av at det skal være handlingsrom. Rom for skjønn hos den som utøver tjenesten, men vi prøver å være så presise som mulig med selve vedtaket og er veldig opptatt av at personalet skal forstå at de må forholde seg til det. Men, jeg seier alltid et "men" til de og, for det skal ikke være sånn at de slavisk skal bare gå etter vedtaket hvis de ser en endring. Og hvis det er endring, så skal de gi beskjed og så vil det bli vurdert (Informant C2)

Ledelsen har også behov for handlingsrom i sin hverdag for å få utført sine arbeidsoppgaver og i begge kommuner ytrer ledelsen at handlingsrommet er litt både og. Det oppleves som om en er mer bundet av lover, regler og økonomi. Likevel oppleves dette med handlingsrom som viktig.

Om jeg har handlingsrom i hverdagen er litt sånn både og. Jeg er bundet av budsjett og økonomien og samtidig veldig bunnnet av lover og regler og holde seg innforbi. Så av og til kan en tenke at "jeg kan jo ikke gjøre noe", i forhold til personalet og rettigheter og sykemeldinger...og der føler jeg meg veldig bunden (Informant B1)

Men samtidig, i forhold til å påvirke, hvilke retning skal vi ta, hvordan skal vi løse oppgavene, innforbi området, det synes jeg at jeg har stor frihet til. Og påvirkning er jo ikke noe som skjer over natta, men det å påvirka retninger i større og lengre perspektiv, der føler jeg at jeg har mer påvirkning. Samtidig er det utrolig mange

lover og regler og rettigheter og fagforbund, ja alt mulig en må ta hensyn til (Informant B1).

Utøverne i mellomstor kommune rapportere om at det er mange ensomme som sitter hjemme og at det er behov for mer sosial kontakt og aktivitetstilbud. Stramme arbeidslister gir mindre handlingsrom, men det varierer hele tiden. Utøverne i mellomstor kommune sier at de prøver å lage seg rom som de kan fordele utover dagen eller uken.

Jeg prøver jo å få gitt meg tid. Vi skal jo ikke vise brukerne at vi har det travelt. Når vi banker på døren og trår inn i deres hjem, er fokuset fullt og helt på den vi er hos. Vi skal ta av oss jakken, hilse og gjerne sette oss ned for å høre hvor det går før vi skal utøve selve tjenesten de har vedtak på. Det handler jo om folkeskikk. Og noen ganger tar det lengre tid enn andre dager. Det kommer jo an på formen til brukeren. Men det er jo klart at blir du for lenge hos en, vil det få konsekvenser hos den neste... Slik er dagene. Vi må prioritere (Informant E1).

I liten kommune opplever de at det er handlingsrom til å få dekket noe av det sosiale behovet, selv om handlingsrommet kan variere fra dag til dag.

Handlingsrommet varierer jo i forhold til arbeidslister, men jeg vil jo si at vi har bra tid til å prate med brukeren i tillegg til å gjøre den praktiske biten. Og jeg opplever jo at det er praten de venter på. Det er den de gleder seg til. "Der kommer engelen min", får vi ofte høre (D2).

4.5.9. Ledelse –viktig faktor for gode tjenester

Å være leder i hjemmetjenesten opplever informantene på ledernivå er en kompleks rolle og alle deltakerne i studien legger vekt på at det er viktig med god ledelse for at personalet skal kunne yte gode tjenester til brukerne. Ledersjiktet i begge kommuner er opptatt av at det er fokus på det å lede, at det er viktig for å kunne gjøre en god jobb.

Det er viktig å ha fokus på lederkompetanse for det blir mer og mer komplisert å lede. Og vi har fokus på nettopp det. Vi har startet opp med et lederutviklingsprosjekt hvor alle som har leder eller mellomlederstilling er med (Informant A1)

Jeg opplever at vi har veldig god dialog på tvers av ansvarsområde. At vi har tillit til hverandre og fokus på å jobbe nedefra og opp. Det har ingen hensikt å tre ting nedover hode på folk. Hvis vi ikke klarer å få personalgruppene med, så jobber vi veldig tungt. Det er viktig med gode relasjoner. Derfor er det med ros, å bli sett for den jobben en gjør, veldig viktig. Uansett hvor en er i organisasjonen (Informant B1).

Grasroten i begge kommuner er også opptatt av god og tydelig ledelse, og ønsker seg ledelse som lytter og som har evner til å samarbeide, se sine medarbeidere, motivere, skape relasjoner og bygge tillit. Gjøre hverandre gode, slik at en sammen kan arbeide for gode tjenester.

Det er viktig med god ledergruppe som er lyttbare, som er tett på. Som er samlende. Som er en støttespiller og gjøre oss selvstendige. Og for å få det til, må det være gode relasjoner mellom ledelse og personalet på gulvet. Det skaper tillit og samarbeid. Det gjør at jeg opplever trygghet i den jobben jeg skal gjøre (Informant D2)

Jeg synes at ledelsen kunne vært mer synlig, være mer til stede på personalmøter. Vise at de bryr seg om oss. Ser oss. Gi oss ros over den jobben vi gjør. Men så er det dette med hvem som er leder. Er det nærmeste leder vi alltid skal forholde oss til? Og det er vel strengt tatt det, men vi trenger å ha dialog med øverste ledelse og. Det trenger ikke være så ofte, men en gang i blant. Det handler igjen om dette å bry seg, få forståelse for hverandre sitt arbeid (Informant E1).

4.5.10. Tjenesten blir aldri bedre enn ledelsen av den

I forbindelse med ledelsesfokusset, ble deltagerne spurt om hva de tenkte om påstanden ”tjenesten blir aldri bedre enn ledelsen av den”, og det var flere som ikke hadde hørt denne påstanden før. Ikke alle informantene svarte, men av de som hadde tanker omkring dette, var det ganske like utsagn.

Det er nok veldig mye i det. Det er jo ledelsen som er nøkkelen her. For hvis du ikke har de ressursene og armslagene til rådighet som du trenger, blir det vanskelig. Og hvis ikke tjenesten er organisert godt nok til at du kan få gjøre en god jobb er det en utfordring. Og då tror jeg at det kan bli dårlige tjenester. Du kan klare det til en viss grad, å kompensere, men ikke på sikt (Informant A1)

Det er viktig med god ledelse som evner å handle, handle til det beste for brukeren og for de som skal utøve tjenestene. Men det som også er viktig er at det må være forståelse av at det ikke bare er ledelsen som skal gjøre arbeidet. At det er et fellesansvar. Som leder har du klart en rolle, men alle har et ansvar. Men det skal tilrettelegges, at arbeidstakerne skal ha mulighet til å gjøre en god jobb og muligheter til å gi tilbakemeldinger. Men det kan ikke være sånn at fordi du er leder så skal du løse alle utfordringer (Informant B1).

4.5.11. Økonomiske utfordringer ved organisering av tjenester

Ingen kommuner kan gå under ”minstestandard” på bakgrunn av dårlig økonomi. Det betyr at kommunen er forpliktet til å yte helsehjelp opp til et forsvarlig minstenivå. På spørsmål om kommunen sin økonomi har betydning for utøvelsen av nødvendig helsehjelp og kvalitet, er alle informantene i begge kommuner enig i at kommunen sin økonomi har betydning for deres arbeidshverdag. Informantene i begge kommuner er ganske like i sine uttalelser omkring økonomiens betydning hvor ledelsen sin er klar på at økonomien har betydning for hvordan organiseringen av tjenestene vil bli.

Kommunen sin økonomi har betydning i aller høyeste grad. Vi har kanskje hatt litt for rause tjenester fordi vi har hatt økonomi til det. Og nå har vi ikke den økonomien og det handlingsrommet for framtiden. Og det er klart at det vil få konsekvenser på hvordan vi skal organisere tjenestene ut fra det budsjettet vi har å forholde oss til. Og det kan igjen få konsekvenser for kvaliteten på de tjenester vi skal gi (informant A1).

Det er klart at det har en betydning. Det handler jo om flere ting. Ikke bare å gjennomføre tjenester, men at vi trenger mer kompetanse i fremtiden, se mer på hvordan vi kan endre tjenestene, få mer fokus på omsorgsteknologi, og dette handler jo om økonomi og prioriteringer (Informant B1).

Grasroten mener også at økonomien har betydning for tjenestene og tenker at det er fare for å skrenke personalressurser på grasroten om økonomien skulle blir redusert.

Det er klart at kommunen sin økonomi har betydning for tjenestene. Det handler jo om hvordan vi er organisert. Blir økonomien dårligere, som det er fare for, så vil det får

konsekvenser for hvordan vi skal endre tjenestene for å holde oss innenfor budsjettet. Det handler jo om personal, kompetanse, ja, alt...(Informant D1).

Om økonomien blir dårligere, så får det het sikkert konsekvenser for oss og for tjenestene. Om det blir nedbemanning se er det klart at vi ikke kan klare å ha den kvaliteten på tjenestene som vi har nå (Informant D2).

4.6. Nye moment

Gjennom intervjuene var det flere av deltagerne, både på ledernivå og på grasroten i begge kommuner, som hadde sterkt fokus på nødvendigheten av forebyggende tjenester som nødvendig helsehjelp, vridning av tjenestene fra å være institusjonstung til hjemmetjenestetung, at det kommer til å blir mer sykepleietekniske oppgaver i hjemmetjenesten for fremtiden. Også fokus på velferdsteknologi (morgendagens omsorg) har kommunen begynt å forberede seg på.

4.6.1. Fokus på forebygging som nødvendig helsehjelp

Flere av deltagerne i studien er opptatt av forebygging, hvor viktig det er å fokusere på for at den enkelte kan bo hjemme i egen bolig så lenge som mulig. Både ledelsesnivå og grasrotarbeidere i mellomstor og liten kommune ser viktigheten av å være tidlig inne med forebygging skal en bidra til at den enkelte bruker skal kunne bo hjemme så lenge som mulig.

Vi opplever at forebygging er av stor betydning om brukeren skal bo hjemme så lenge som mulig. Det handler om trygghet, at noen kommer å ser til en. Og jeg mener at å bruke ressurser på for eksempel tilsyn vil gi en gevinst i andre enden, at de faktisk kan bo hjemme (Informant B2).

4.6.2. Grunnleggende behov henger sammen

Flere av informantene sier at forebygging handler om tidlig innsats. Behovene følger hverandre. Er det svikt i et behov vil det få innvirkning på de andre.

Forebygging er et behov som jeg ser mer og mer hvor viktig det er. Vi må tidlig inn, sånn at vi kan forebygge. Vi får mer og mer kunnskap om at det behov henger sammen. Og det er faktisk en ny tanke. Jeg var mye mer firkanta før, i forhold til dette her grunnleggende behov. Det er så mye mer enn bare mat og medisiner. Men erfaring og kunnskap har lært meg at hvis vi ser litt større på det, så ser en hvor viktig dette med forebygging er. Så å er det vinn vinn situasjon for å hjelpe den enkelte til å bo hjemme lengst mulig (Informant B1).

4.6.3. Tilsyn som forebyggende helsehjelp mot ensomhet?

Informantene fra ledernivå og grasrot opplever at det er mange ensomme mennesker som bor i egen bolig og som skulle fått dekket sitt sosiale behov og opplevelse av trygghet for å kunne bo hjemme så lenge som mulig.

Vi har jo handlingsplan som er tydelig på hva som er mål og strategier for at innbyggerne mottar forutsigbare og helhetlige tjenester, der det å legge til rette for at folk kan bo lengst mulig hjemme er viktig. Og da må vi være ute med tidlig innsats og ta i bruk nye arbeidsmetoder og nye faglige tilnærminger. Vi har blant annet et prosjekt gående nå med velferdsteknologi eller omsorgsteknologi som vi kaller det. Og så har vi fokus på kvardagsrehabilitering og det er jo veldig aktuelt (Informant A1).

Jeg opplever at det er mange ensomme som bor hjemme, og jeg mener at dette med tilsyn er viktig. Ja nødvendig for at de skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. Det er viktig å føle seg trygg, vite at det er noen som ser til. Men det er viktig at det er begrunnet godt. At vi ikke går der for å være selskapsdame (Informant E2)

4.6.4. Vekst i pleie-og omsorgstjenester

Informanter fra ledernivå forteller om at det vil komme stor vekst i hjemmetjenesten, der en skal dreie fra å være institusjonstung til hjemmetjenestetung.

Aktiv omsorg og eventuelt vekst i pleie-og omsorgssektoren skal komme i hjemmetjenesten. Det går på det at vi dreier fra institusjonstung til hjemmetjenestetung om vi skal kalle det det... ”baset” omsorg. Og det er jo tråd med utviklingen i

samfunnet og brukerens ønsker – at de ønsker å bu lengst mulig i heimen (Informant A).

Dette vil få innvirkning på de tjenester som kommunen vil stå overfor i fremtiden. Det vil bli mer fokus på kompetanse i hjemmetjenesten, mer fokus på teknologi som skal frigjøre sykepleieressurser slik at kompetansen blir brukt mer rettet mot pasientnært arbeid.

Jeg tenker at det blir spennende hvordan fremtidens helsetjenester vil bli. For det vil bli flere oppgaver, og da er det spørsmål om hva oppgaver som skal ligge til kommunen, og hjemmesykepleien. Det må jo defineres. For viss oppgavene blir mer sykepleieteknisk, som det allerede er, så sier det seg selv at da må en ha mer sjukepleiekompetanse og se andre måter å jobbe på. Derfor tror jeg at velferdsteknologi er fremtiden i helsevesenet (Informant B1).

4.6.5. Vridning av tjenester og morgendagens omsorg

Informantene på ledernivå er opptatt av fremtidens helsetjenester. Målet er at brukeren skal bo hjemme så lenge som mulig, at en skal iverksette tiltak som bidrar til at en utsetter sykehjemsopphold lengst mulig. Dette gjør at kommunene må endre sitt fokus og se andre muligheter for å gi tjenester og begge kommuner har begynt å se på nye måter å gi tjenester på. Informantene sier at det er tydelig at en allerede nå har begynt å vri tjenestene fra å bli mer hjemmetjenestetung.

Vi holder på med en vridning av tjenestene der vi skal ut av heimen. Vi skal ikke ha institusjon i heimene. Det er konkludert med at om det er behov for heldøgn tjeneste så skal det gis i institusjon. Så jeg er veldig spent på hvordan det utvikler seg, om vi i kommunen blir mer spesialister. Det er jo en utvikling i forhold til det at de sender pasientene fort ut i fra sjukehuset, og det er mer spesialoppgaver med cvk, nye veneporster, veldig mye mer sykepleieteknisk (Informant C1).

Velferdsteknologi har også fått et stort fokus for fremtidens helsetjenester, og dette er teknologi som er kommet for å bli. Det er stadig ny teknologi som kommer til å bli nyttet i kommunehelsetjenesten. Mellomstor kommune har stort fokus på dette og har fagpersonell med viderutdanning innenfor velferdsteknologi som skal være med å bidra til at kommunen kan ta nytte seg av de hjelpemidler som kan bidra til at brukeren kan bo hjemme lengst mulig.

Det snakkes mye om fordelene med å ha en ressurspsykepleier i kommunen som kan tilby hjemmebesøk til de over 65-70 år for å sammen med bruker kartlegge bolig og gi informasjon om hva kommunen kan tilby av tilrettelegging og hjelp når behovet oppstår, slik at bruker kan bo hjemme så lenge som mulig. Det handler om omsorgsteknologi og tekniske dupetter, til å ha det i hendene den dagen du trenger det. Så vi er på god vei, tenker jeg (informant B1).

Grasroten er noe mer skeptisk. De er redd for at tekniske hjelpemidler skal gå på bekostning av nære relasjoner som bidrar til trygghet.

Det er sikkert mye som er gode hjelpemidler som gjør at den enkelte kan bo hjemme lenger, men jeg er redd det vil gå på bekostning av nærhet, ja, den personlige nærheten vi har når vi er tilstede. Det er det som er viktig. At vi er der, gir dem trygghet (D2).

I tillegg åpner lovverket opp for at kommunen kan gjøre vurdering av tjenester, om de kan ta seg betalt for dem. En kan stille spørsmål om det er praktiske bistanden om bruker trenger hjelp som ikke krever fagpersonell, og da kan en ta seg betalt for tjenesten.

Det som er interessant er hvis du for eksempel får et vedtak som går på å få et stell, og du bare trenger hjelp til det av en assistent, en ufaglært, da er det faktisk noe som sier, at da kan vi ta betaling. Altså, krever vedtaket bare en assistent til å gjennomføre oppdraget, til personlig stell eller dusj, eller hva det måtte være, så kan kommunen ta betalt. Og dette er no en vridning av tjenester. Men jeg personlig er ikke så enig i det da, men det er interessant hvordan tjenestene er på vei til å vris. Men hvem skal bestemme hva som trenger assistent og fagpersonell når vi kommer inn på disse områdene? (Informant C1).

4.7. Oppsummering

Nødvendig helsehjelp og kvalitet på tjenester vil være et aktuelt tema for både nåværende og fremtidens helsetjenester og alle aktørene med ansvar for hjemmetjenesten har en betydelig rolle for at brukerne mottar forsvarlige helsetjenester. Formålet med studien har vært å få innsikt i hvordan de ulike aktørene opplever begrepet nødvendig helsehjelp og tilstrekkelig kvalitet på tjenestene vi yter.

4.7.1. Nødvendig helsehjelp

Aktørene i studien har lik oppfatning av hva nødvendig helsehjelp er i hjemmetjenesten og at det skal gis hjelp ut fra individuelle behov. Det er stor enighet i at helsehjelp ikke kan standardiseres, men at det kan lages veiledende tider som skal sikre likebehandling av tjenester, men at det ikke skal gå på bekostning av individuelle behov. Sykepleiens tjenesteideologi står i fokus på grasroten, der kompetanse og profesjonell kunnskap er hovedfokus for å hjelpe brukeren med grunnleggende behov og se enkeltmennesket som en helhet, et helhetlig menneskesyn. Grasroten er også opptatt av at vedtakene bør være rause slik at det er handlingsrom til å utøve kvalitetsmessige tjenester. Det kommer fram av analysen at liten kommune har mer rause tjenester enn mellomstor kommune, som gjør at de opplever at det er mer handlingsrom i hverdagen. Ledernivået sitt fokus på nødvendig helsehjelp sees fra et mer overordnet perspektiv, der økonomi og ressursutnyttelse har betydning for hvordan tjenestene skal gis. Tjenestene skal være presise og dekke eksakt det behovet brukeren har.

4.7.2. Kvalitet

Kvalitet er et subjektivt begrep. Det som er kvalitet for en, er ikke kvalitet for en annen. Ledelsen ser også på kvalitet på en objektiv måte i henhold til at det er de som utarbeider standarder og prosedyrer på tjenester som brukerne skal motta. Det betyr at kvalitet ikke er ensbetydende med at bruker nødvendigvis ikke får den tjenesten de ønske, men det som kommunen kan tilby.

Informantene er enig i at kompetanse er en viktig faktor for kvalitet. Hjemmesykepleie omfatter tjenester som stiller høye krav til faglighet og kompetanse. Begge kommunene har god kompetanse, men ser samtidig at det er utfordringer i fremtidens helsevesen som gjør at kommunene vil trenge mer kompetanse. Det kommer fram at grasroten opplever at det er høyskolegruppene som prioriteres i form av videreutdanning, men det er også viktig at helsefagarbeidere også får økt sin kompetanse. Profesjonene utfyller hverandre, noe som gjør at det er en gjensidig avhengig av å arbeide side om side.

Kvalitet handler også om økonomi. Det handler om å nytte de ressurser en har til rådighet på en best mulig måte. Det handler om å organisere tjenestene slik at kvaliteten blir tilstrekkelig og innenfor faglig forsvarlighet. Brukermedvirkning er også et mål på kvalitet, og alle informantene er enig om at bruker sitt ønske skal ivaretas. Ledernivå i begge kommune er på sin side opptatt av likebehandling av tjenester, for å sikre at det blir lik kvalitet på det som bruker mottar. Grasroten opplever mer at brukermedvirkning blir satt til side og at bruker må tilpasse seg tjenesten sine system og rutiner. Dette er mest uttalt i mellomstor kommune. Bruker skal få hjelp, men det er hjelp som er gjort ut fra en faglig vurdering, en vurdering gjort av en ekstern person (forvaltningen).

4.7.3. Samarbeid/samhandling

Det er mange aktører som skal samarbeide innenfor hjemmetjenesten. Aktørene i denne studien har alle ansvar for hjemmetjenestene, men på ulike nivå. Det var interessant for meg å få svar på hvordan samarbeide var mellom de ulike aktører og om det har betydning for kvaliteten av nødvendig helsehjelp. Det kommer fram i studien at grasroten i begge kommuner opplever at det er et stort skille mellom ledernivå og tjenesteyter. Ledernivå bekrefter på en måte dette når de snakker om at samarbeidet mellom ledernivået er godt. De nevner lite samarbeid ned i organisasjonen. Grasrotarbeiderne på sin side er mest opptatt av samarbeidet seg i mellom, at det fungerer bra. At de får hjelp til å gjennomføre arbeidsoppgavene sine når uforutsette ting oppstår. Her oppleves det at grasroten strekker seg langt for å hjelpe sine kolleger. Samtidig gir de uttrykk for at det er ønskelig med mer kontakt med ledelsesnivå. Grasroten snakker da ikke om nærmeste leder, som de samhandler med ofte, men leder over i nivå. Det oppleves som viktig å få en dialog, et møtepunkt der en kan utveksle informasjon og hverdagslige utfordringer som har betydning for bruker og for de ansattes arbeidsforhold.

Tverrfaglig samarbeid og samarbeid på tvers av enhetene er også et ønske alle informantene ønsker skal bli bedre. De ser alle at det er vanskelig å organisere arbeidet grunnet at det er flere avdelinger og sektorer som kan bli involvert og problemet bunner ofte i økonomi og kapasitet. Begge kommuner har fokus på muligheter for å arbeide på tvers og å nytte den tverrfaglige kompetansen en har til rådighet. Samhandlingsreformen er også et faglig samarbeid, som har bidratt til at begge kommuner har fokus på kompetanse for å kunne ta

imot pasienter som blir skrevet ut. Tendensen er at pasientene er dårligere når de sendes ut, noe som gjør at kommunene må ha den kompetanse som kreves for å ivareta pasientene. Studien viser også at det er utfordringer i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. Alle informantene opplever at det er sykehusene som sitter med makten til å pålegge hvor brukeren skal sendes etter sykehusopphold. Dette har ført til at sykehjemmet i liten kommune konstant har overbelegg. I tillegg har samhandlingen tvunget fram nattevaktordning for liten kommune på bakgrunn av at pasientene er sykere når de kommer hjem. Bakvaktordningen er en trygghet for de som bor hjemme og trenger hjelp på natten, men oppleves som en belastning for noen av de ansatte.

Samhandlingsreformen har også bidratt til gode løsninger, som elektronisk meldesystem. Ledernivå er positiv til systemet og melder om lettere kontakt med sykehus og fastleger. Grasroten er noe mer skeptisk til systemet ettersom det er vanskeligere å få vite noe om pasienten underveis i innleggelsen, når de blir utskrevet fra sykehuset og at det elektroniske systemet er stengt når det oppdages feil i utsendelsesskriv og medisinlister. De opplever også at det er utfordrende at alt skal gå gjennom forvaltningsenhet.

Samarbeid og samhandling oppleves som viktig for å få til helsetjenester av god kvalitet. Samarbeid på eget nivå og felles mellom nivåene oppfattes som viktig for å kunne utvikle tjenesten til det beste for bruker.

4.7.4. Organisering av tjenestene

Det er ulik oppfatning blant informantene om kommunen sin organisasjonsmodell har betydning for tjenestene, mens det derimot har betydning hvordan selve tjenesten er organisert, hvor mange ansatte per leder, hvor mange ressurser i hver avdeling, kompetansefordeling og arbeidsbelastning. Også informasjonsdeling er viktig, men informantene på grasroten i begge kommuner opplever at å få informasjon er en utfordring. De opplever at det er for mange ledd informasjonen skal igjennom før den når frem der den skal, om den når fram. Ledelsen på sin side opplever at de har god dialog og faste møtepunkt hvor informasjon deles og at det er opprett flere informasjonskanaler som skal være med å kvalitetssikre at informasjon går ut til de ansatte. I tillegg er ledelsen klar på at det også er den enkelte ansatte sin plikt å søke informasjon.

Alle informantene opplever at de har et stort ansvar, uavhengig av hvilket nivå de befinner seg på. Ledelsesjiktet har stort ansvar i forhold til budsjett og sørge for at en har faglig forsvarlige tjenester innenfor lovverket. Grasroten opplever også at de har et stort ansvar, ansvar for liv og helse. En arbeider mye alene og må stole på egne ferdigheter og kompetanse. Dette ansvaret kan en se opp i mot faglig forsvarlighet og kvaliteten på tjenestene som skal gis, der sykepleieidealet står sterkt hos tjenesteutøver.

Nye moment som kommer fram i studien er viktigheten av forebygging som nødvendig helsehjelp og at hjemmetjenestene er i gang med en vridning fra å være institusjonstung til hjemmetjenestetung. I tillegg er det også en vridning i forhold til hva som krever fagkompetanse og ikke. Er det behov som skal dekkes som kan utføres av ufaglærte, er det mulig for kommunen å ta betalt for tjenesten. Spørsmålet er da hvem som skal bestemme hva som trenger fagkompetanse og hva som trenger det ikke. Dette er momenter som er interessant for fremtidens hjemmetjeneste.

5.0. Drøfting

Med bakgrunn i studiens empiriske funn vil jeg først i dette kapittelet drøfte de ulike aktørene sin oppfatning av begrepet nødvendig helsehjelp. Kapittel 5.2. vil se nærmere på aktørene sin forståelse av begrepet kvalitet og kapittel 5.3. vil ta for seg aktørenes opplevelse av samarbeid og samhandling på og mellom de ulike nivå og hvordan dette har betydning for nødvendig helsehjelp og kvalitet. Kapittel 5.4. tar for seg aktørenes opplevelse av hvilke betydning kommune- og tjenesteorganiseringen har for nødvendig helsehjelp og tilstrekkelig kvalitet. Til slutt i oppgaven vil det foreligge en konklusjon på hvilke faktorer som har betydning for nødvendig helsehjelp og kvalitet i hjemmetjenesten.

5.1. Hvordan beskriver/oppfatter aktører på ulikt nivå med ansvar for hjemmetjenesten, begrepet nødvendig helsehjelp?

Nødvendig helsehjelp i hjemmetjenesten handler om å gi omsorg til mennesker som har behov for hjelp for å ivareta sine grunnleggende behov for å kunne mestre hverdagen og bo i eget hjem så lenge som mulig. Felles for brukere som mottar helsetjenester er at de har et hjelpebehov av større eller mindre omfang. Grunnleggende behov kjennetegnes ved at de er svært viktige for menneskets vekst og utvikling, for helse og trivsel (Strengenhagenutvalget 1994).

5.1.1. Sosiale behov som en del av grunnleggende behov

Funn i studien viser at sosiale behov er et grunnleggende behov. Ifølge kvalitetsforskriften (§3, 2003) skal brukere av helsetjenesten skal ha mulighet for samvær, sosial kontakt og felleskap. Informantene i studien er alle av den oppfatning at sosiale behov er et grunnleggende behov og kommer da innunder nødvendig helsehjelp. Det er imidlertid en utfordring i hvordan en skal kunne imøtekomme dette behovet i forhold til kravet om effektivitet og ressurser en har til rådighet.

Målet for helsetjenesten er at en skal kunne få bo hjemme så lenge som mulig med tilrettelegging og hjelp fra hjemmetjenesten. Mange av brukerne bor alene i egen bolig og flere er alene store deler av døgnet. Informantene i studien uttaler at det er mange ensomme mennesker som har behov for sosiale stimulering. Slik som hjemmetjenesten er organisert i dag, er det lite rom for å ivareta de sosiale behovene. Kulturen i hjemmetjenestene fokuserer i hovedsak på de fysiske behovene, mens de sosiale behovene er på en måte noe som imøtekommes ved siden av de praktiske oppgavene. I følge Martinsen (2008) er den sosiale dimensjonen av helhetlig omsorg en sosial relasjon. Det betyr at omsorg handler om fellesskap og solidaritet men andre mennesker (ibid). Også Maslow (1987) mener at alle mennesker har behov for å høre til, føle seg akseptert av omgivelsene. Når tjenesteutøver bruker relasjonen til å utføre vedtaket, som ofte er praktiske handlinger, bruker utøver også samtalen til å gjøre vurderinger omkring brukeren sin situasjon og behov for hjelp.

5.1.2. Hvem har ansvar for å dekke sosiale behov

Denne studien viser at det er ulike oppfatninger om hvem sitt ansvar det er å ivareta sosiale behov. I følge Rønning (2003) er det uklare oppfatninger om hjelpetilbudet til eldre når det gjelder omsorg, av hva som er offentlig ansvar eller ikke. Videre sier Rønning (ibid) at det er tydelige forventninger om at familien skal stille opp, men det er imidlertid ingen formelle krav om at familien skal påta seg omsorgsansvar. Men det moralske ansvaret for den hjelpetrengende er både familiens og det offentlig (ibid). Dette kan en se igjen i denne studien, der det er uenighet mellom informantnivåene om hvem sitt ansvar det er å dekke det sosiale behovet, til tross for at lovverket definerer det som et grunnleggende behov. Det er i dag ikke rom for å dekke sosiale behov på bakgrunn av mengde arbeidsoppgaver. For å imøtekomme dette behovet til en viss grad, har flere kommuner opprettet få tiltak som skal ivareta brukernes behov for sosial kontakt og aktivitet. Begge kommuner i studien har tilbud om dagavdeling noen dager i uka. Mellomstor kommune har i tillegg tilbud om dagrehabilitering. Men dette er ikke tilbud som er åpen for alle. Tilbud i kommunen sin regi, trenger vedtak. I tillegg har begge kommuner opprettet samarbeid med frivillige organisasjoner og enkeltindivid, som arrangerer ulike tiltak for hjemmeboende brukere. I følge tjenesteutøverne er det ikke bare aktivitetstilbud som må ha fokus for å dekke sosiale behov, for det er ikke alle som ønsker å delta i aktivitetstilbud, eller kan delta på bakgrunn av blant annet helsemessige årsaker. En kan stille spørsmål om hvilke muligheter disse har til å få dekket sitt sosiale behov, når de ikke kan nytte seg av for eksempel dagavdeling.

Funn i denne studien viser at ledernivå ser på frivillig samarbeid for å dekke sosiale behov, som en nødvendighet og ønsker mer av dette for fremtiden. Det vil ikke være mulig å ivareta sosiale behov i fremtiden sett i forhold til de oppgaver som skal løses og i i henhold til at det vil bli enda flere eldre i årene fremover. Bruk av frivillige er i tråd med regjeringens satsing på fremtidens eldreomsorg. I ”Morgendagens omsorg” (2012-2013:22) er bruk av frivillige aktører et satsingsområde. Strategien ved frivillighetsarbeid skal angi tiltak for å rekruttere og beholde frivillige i omsorgstjenesten, der den skal sikre økt frivillig aktivitet og redusere ensomhet gjennom å re-etablere eller bygge ut den enkeltes sosiale nettverk (ibid).

Regjeringen sitt satsingsområdet på bruk av frivillige kan jeg tolke som en måte og unndra seg ansvar for et behov som er sentralt for menneskets helhetlige helse.

Det som kan være en utfordring med bruk av frivillige, er at det ikke er en del av den kommunale tjenesten og en kan ikke forlange at frivillige skal stille opp. En kan i beste fall inngå samarbeid på de ulike arena. Kommunen kan også oppleve å ha liten innvirkning på organisering og gjennomføring av tiltakene. I tillegg vil tiltak organisert av frivillige trenger koordinering og ressurser for å få gjennomført tiltakene (St.meld 29, 2012-2013).

Verdighetssenteret (Verdighetssenteret.no) viser til sin satsing på frivillighetskoordinering som skal bidra til å mobilisere, organisere og koordinere frivillighetsarbeid. Men samtidig er kommunen forpliktet overfor lovverket å ivareta behov for sosiale stimulering, men ved bruk av frivillige vil det bli ”uforpliktende tiltak”, noe som kan være en utfordring. Skal en få dekket de sosiale behov kan det være nødvendig å få til forpliktende tiltak, noe som vil kunne få økonomiske konsekvenser for kommunene.

Funn i studien viser at behovet for samtale er viktig for å ivareta sosial stimulering. Sosiale behov er grenseløse og vil omtrent alltid være et symptom for andre problemer (Vabø 2007), noe som grasroten vil observere og vurdere i sin samhandling med den enkelte bruker. Flere av grasrotinformantene i min studie, gir uttrykk for at behovet for en-til-en-samtale har stor betydning for den enkeltes hverdag. Samtidig er grasrotens hverdag preget av store arbeidsmengder og det er til en hver tid variabelt hvor mange som trenger hjelp og hvor omfattende hjelpen er (ibid). Det er imidlertid forskjell fra liten og mellomstor kommune i opplevelse av tidspress, noe som samsvarer med Kirchhoff (2013), som viser til at det er forskjeller i utformingen av vedtak mellom by- og landkommune, der landkommunen hadde relativt åpne vedtak som gav rom for mer helhetlig tjenestetilbud, mens vedtakene i bykommunen var i større grad avgrenset av handlingsrommet til utøverne. Flere studier

formidler blant annet at brukere ønsker at personalet har mer tid til å snakke med dem , at de kommunikative sidene er viktig for kvaliteten(Slagsvold 2000, Digre 2001, Rønning 2003), noe som samsvarer med funnene i min studie.

Resultat i denne studien viser at kommunen og hjemmetjenesten må gi mer rom for tid om de skal kunne dekke brukerens sosiale behov. Behovet må i hovedsak dekkes i møte mellom bruker og hjelper. For grasroten handler det om å gi omsorg gjennom nærhet i relasjonen. Martinsen (2005) påpeker at relasjon og empati er grunnleggende premisser for å kunne handle omsorgsfullt.

For å imøtekomme behovet for sosial stimulering, må grasrotarbeiderne ha mer rause vedtak som gjør at det blir mer tid til samtale og fleksibilitet i sitt arbeid. Dette vil ha betydning for kvaliteten på tjenesten. Når behovet for sosial stimulering ikke er dekket, kan man spørre seg om nødvendig helsehjelp er fullverdig ettersom behovet for sosial stimulering ikke blir forpliktende ivaretatt. På bakgrunn av studiens funn der grunnleggende behov som sosial stimulering, ikke blir fullverdig ivaretatt av kommunehelsetjenesten, vil opplevelsen i å få dekket eller ikke dekket de sosiale behov, være en faktor som har betydning for opplevelsen av kvalitet i nødvendig helsehjelp.

5.2. Hvordan beskriver/oppfatter aktører på ulikt nivå begrepet tilstrekkelig kvalitet i hjemmetjenesten?

Hva vi som personer ligger i begrepet ”god kvalitet” henger ofte sammen med hvilken rolle vi har i helsevesenet; bruker, pårørende, helsepersonell eller om en besitter en lederposisjon. På bakgrunn av dette ønsker jeg i denne oppgaven å finne ut av hvilken oppfatning disse aktørene har av begrepet kvalitet og hva de mener er tilstrekkelig kvalitet på tjenestene.

5.2.1. Faglig forsvarlighet som kvalitetsindikator

Begrepet faglig forsvarlighet er et begrep som blir mye nyttet i tema om helsetjenester og mål på kvalitet. Forsvarlighetskravet er regulert i lover og myndighetskrav og har en sammensatt

funksjon, både som er rettslig norm, en etisk og en skjønsmessig norm (Kjelland 2016). Det bygger blant annet på å beskytte pasienter og samfunn mot handlinger og unnløtelser som kan innebære risiko (ibid:81); sikre tillit til helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven §1). Norsk sykepleierforbund (2013) sier at det enkelte helsepersonell i utgangspunktet ikke skal gå inn i situasjoner man ikke er kvalifisert til å håndtere. Forsvarlighetskravet bygger altså på hva som vanligvis bør kunne forventes av helsepersonell i den aktuelle situasjonen. Kravet tar utgangspunkt i den enkeltes kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Det er imidlertid viktig å merke seg at det ikke er det optimale/ ideelle/perfekte som ligger til grunn for kravet. Ei heller forventes det at alle tilgjengelige ressurser eller tenkelige behandlingsmetoder tas i bruk i oppfølgingen av den enkelte bruker (ibid).

Funn i studien viser at de ulike nivåene har forskjellig oppfatning av betydningen av faglig forsvarlighet. Ledernivå har systemansvar for å sørge for faglig forsvarlige tjenester, som innebærer at en har plikt til å legge forholdene til rette for at det enkelte helsepersonell kan få utføre oppgavene på en forsvarlig måte (Kjelland 2016). Dette innebærer blant annet sikring av rutiner, dokumentasjon og tilstrekkelig faglig bemanning. Ledernivå sin oppfatning av faglig forsvarlighet handler om kompetanse og organisering av tjenestene, som gode rutiner og prosedyrer. Grasroten på sin side sier at faglig forsvarlighet må sees i lys av konteksten. Det er situasjonen som bestemmer hva som er forsvarlig til en hver tid. Dette er i tråd med Schön (1983) som sier at praktikerer må ta utgangspunkt i situasjonen slik som den er, den unike situasjonen der og da. Det handler om at praktikerer ikke alltid vet hvilke problem som skal løses, da det er situasjonen som bestemmer hva som er problemet. Uforutsette utfordringer krever fleksibilitet og kreativitet for å finne de beste løsningene, og i følge Vabø (2007) kaller hun dette ”wicked problems”. Felles for disse uregjerlige problemene er at de ofte er et symptom på andre problemer som henger sammen med andre årsaker tilknyttet brukers unike situasjon og livssituasjon. Etersom problemene er unike, finnes det ingen korrekte løsninger som kan fungere på alle, men en må tenke over hva som kan være en hensiktsmessig løsning der og da.

Kontrasten til forsvarlige tjenester er ”uforsvarlige” tjenester, som blir nyttet av helsepersonell når tema handler om kvalitet som ikke holder faglig standard. Det kan være vanskelig å si hva som er faglig forsvarlig opp mot hva som er uforsvarlig. Det vil også kunne være en utfordring for grasroten å få definert hva som er forsvarlig ettersom det er en annen instans som avgjør hvilke vedtak som gis, hvilke rutiner og prosedyrer for tjenesten

grasroten skal utføre. Dette kan sees i sammenheng med at den profesjonelle på en måte mister litt av sin autonomi i sitt virke, at det blir stilt spørsmål ved grasroten sin kompetanse (Kirchhoff 2010). Den individuelle autonomien knytter seg til den enkelte helsearbeider sitt møte med bruker, hvor en gjør vurderinger og handlinger basert på kompetanse og ferdigheter. Lipsky (1980) påpeker at grasroten sitt arbeid i stor grad er preget av skjønnsutøvelse, ved at de justerer og tilpasser hjelpen de gir ved å anvende ulike strategier i møte med brukerne. Helsepersonellens autonomi handler om en frihet til å bruke sin erfaring og sin skjønnsvurdering til beste behandling for bruker. Dette er i tråd med Martinsen (2005) som sier at det er viktig å bruke skjønn før en handler, for å kunne skille det viktige fra det uviktige.

5.2.2. Tilstrekkelig kvalitet

Denne studien viser at informantene på begge nivå i begge kommuner opplever tilstrekkelig kvalitet som vanskelig å definere. I følge Schreiner (2004) henger tilstrekkelig kvalitet sammen med begrepet faglig forsvarlighet. Det er både den enkeltes ansvar og virksomhetens ansvar, og det handler om pasientsikkerhet og kvalitet. Det er både en lovregulert minstestandard for det som kan godtas og en rettesnor for god praksis. For å sikre at man ikke risikerer å opptre faglig uforsvarlig, må det planlagte nivået på helsehjelpen ligge høyere enn minstestandarden (ibid).

Begrepet tilstrekkelig kvalitet er et tøyelig begrep i den forstand at en tolker det ut fra en subjektiv opplevelse. Det handler om at den enkelte bruker får tjenester basert på sine individuelle behov. Kjernen i forsvarlighetskravet for hvordan tjenestene bør være handler om god praksis, men samtidig skal det fastlegges hvor grensen til det uforsvarlige går. Hva kan en akseptere før tjenesten blir vurdert som uforsvarlig, er en situasjon som helsevesenet står overfor. Mellom det som en ser på som god praksis og forsvarlighets nedre grense vil kommunen kunne bruke skjønn, slik at en holder seg innenfor en minimumsstandard som en kan se på som tilstrekkelig. Helsepersonell har egne yrkesetiske retningslinjer som skal si noe om hvilke menneskesyn og grunnleggende verdier som bør vernes i praksis, hvordan man bør oppføre seg i rollen som sykepleier i møte med pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet (Norsk sykepleierforbund 2013). Disse retningslinjene har som

formål å ivareta sikkerheten i helsetjenesten (Kjelland 2016:84), og brudd på yrkesetiske retningslinjer indikerer at det foreligger et pliktbrudd (ibid).

For å ta et eksempel i forhold til hva som er tilstrekkelig kvalitet opp mot tjenesten og det som er lovpålagt, kan en se tilbake på behovet om å få dekket sosial stimulering. Grasrotene gir uttrykk for at det ikke er tid til å ivareta behovet for sosial stimulering på bakgrunn av tidspress i sitt arbeid. Ettersom sosiale behov regnet som grunnleggende behov har kommunen ansvar for å ivareta dette behovet, noe de også gjør i henhold til å opprette for eksempel en dagavdeling. Dette er gjerne bare en gang i uken og er et lite tilbud i forhold til hvem som hadde hatt behov for tiltaket. Kommunen oppfyller lovverket og kan vurdere tiltaket som tilstrekkelig, mens fagpersonalet og brukere kan vurdere tilbudet til utilstrekkelig. Samtidig kan kvaliteten på tiltaket den ene dagen i uken oppleves som god, mens de som er hjemme og/eller ikke har mulighet til å nytte seg av tilbudet oppleve dårlig kvalitet i forhold til det å få dekket sitt sosiale behov. Kommunen sin skjønsmessige vurdering handler her om hva som er tilstrekkelig for å imøtekomme lovverket. Ved tilpasning av forsvarlighetsstandarden må det tas hensyn til den økonomiske og faglige ressursituasjonen (Kjelland 2016:90) som kommunen har. Målestokken for det som er forsvarlig er ikke det ideelle eller det som er ønskelig som om en hadde hatt ubegrensede midler og kompetanse (ibid).

5.2.3. Brukermedvirkning – mål på kvalitet

Denne studien viser at informantnivåene i begge kommuner er delt i opplevelsen om brukermedvirkning blir ivaretatt. Brukermedvirkning er en nedfelt rett som er beskrevet i lover og forskrifter som skal sikre bruker kvalitet på tjenestene. Det stilles større krav til å organisere tjenestene som skal være tilrettelagt for individuelle løsninger ut fra den enkeltes grunnleggende behov (St.meld.25, 2005-2006). I følge Dalby (2005) har brukermedvirkning betydning for å sikre kvaliteten på tjenestene. En forutsetning for at brukeren skal oppleve brukermedvirkning, er at brukeren møter en helsetjeneste hvor holdninger og handlinger er preget av et humanistisk menneskesyn. En må kunne se brukeren som informanter, hvor bruker blir tatt med på råd om blant annet tjenestens omfang og om kvaliteten (ibid:10).

I følge denne studien, viser det imidlertid at det er ulikt syn fra aktørene om bruker har brukervedvirkning. På ledernivå er det opplevelse av at brukervedvirkning blir tatt på alvor og at den enkelte bruker får medvirkning i vedtaket. Forvaltningen er likevel klar på at det er vanskelig å imøtekomme alle sine ønsker men at prøver å finne løsninger. Det betyr at bruker ikke nødvendigvis får tjenesten slik som en vil. Grasroten opplever at brukervedvirkning er litt ”så som så”, og at det i stor grad må tilpasse seg tjenesten sine rutiner og behov. Dette er mest uttalt i mellomstor kommune. I mange tilfeller har også bruker vanskelig med å si noe om sine behov på bakgrunn av helsesvikt, og er avhengig av andre, pårørende eller helsepersonell, til å si noe om behovet for hjelp. Dette underbygges av funnene til Kirchhoff (2013) som viser at brukeren av helsehjelpen antas å være den svakeste part og er avhengig av at andre aktører ivaretar deres interesser. Sykepleierens tjenesteideologi har størst påvirkningskraft på innholdet og omfanget av nødvendig helsehjelp (ibid).

Grasrotinformantene i mellomstor kommune forteller også om brukere som ikke ønsker seg tjenesten slik vedtaket er utformet, og uttrykker sin misnøye til dem. Det kan da være vanskelig for tjenesteutøver å imøtekomme brukers ønske på bakgrunn av at en skal være tro mot vedtaket. Resultatet blir at bruker aksepterer tjenesten slik den er skissert etter en tid. En av informantene skisserer det som at de eldre ofte er ”inngrodd i gamle vaner”, men at opplevelsen endrer seg etter litt tid. Begrepet ”til brukers beste” kan her sees i sammenheng med at det er forvaltning som bestemmer vedtak i lys av en faglig vurdering av hva den enkelte har behov for. En kan kanskje se at det ligger en skjult maktdimensjon i saksbehandlingen. Dette kan en se i sammenheng med uttalelsen om at brukervedvirkning ikke er ensbetydende med at du får det du vil. Lipsky (1980) hevder at fagutøverne bruker skjult makt i sin samhandling, at en bruker i bakkebyråkratiet til slutt vil tro at han har tatt avgjørelsen selv, men at det egentlig gjenspeiler hva bakkebyråkraten har foreslått som en løsning på brukerens utfordringer. Lipsky (ibid) beskriver at mennesker kommer som enkeltindivider til bakkebyråkratiet og går derifra kategorisert som en bruker. Dette kan stemme overens med hjemmetjenesten, der enkeltindividet blir kategorisert under begrepet ”bruker”.

I følge Dalby (2005) utfordres den profesjonelle makten når en vektlegger brukerens synspunkt, men om en skal kunne få en god nok tjeneste må det faglig erkjennelse av at brukerens kunnskap er viktig. Det betyr at tjenesteyter, uavhengig av posisjon, må være bevisst på egen rolle i relasjon med bruker. Tillater tjenesteyter brukervedvirkning vil det

være med på å styrke brukerens selvfølelse, noe som en kan se i sammenheng med det fjerde trinnet i Maslow (1987) sin behovspyramide som handler om behovet for respekt og anseelse, der behovet for å bli sett fra omgivelsene har betydning for selvrespekt og selvfølelse.

Studien viser at informantene på begge nivå i begge kommuner er av oppfatning at standardisering av tjenester ikke er hensiktsmessig, at det er individuelle behov som er styrende. I følge Stortingsmelding 25 (2005-2006) stilles større krav til å organisere tjenestene ved å tilrettelegge for individuelle løsninger, ut fra den enkeltes grunnleggende behov. Det skal i følge meldingen være mindre muligheter for standardiserte løsninger (ibid), Jeg tolker dette som en utfordring for forvaltningsenhet som fattet vedtak, der likebehandling og presise tjenester er i fokus. Det kan ikke være lett å ha likebehandling når det er de individuelle behovene som skal vektlegges, sett i forhold til en faglig vurdering. I følge denne studien fremkommer det at standardisering av tjenester ikke er hensiktsmessig ettersom det er individuelle behov som er i fokus. Til tross for dette er det i begge kommuner veiledende tider som ligger til grunn for vedtakene som grasroten skal forholde seg til. En av informantene på forvaltningsnivå beskriver at individuelle hensyn blir likevel ivaretatt selv om det er veiledende tider. Hun gir eksempel i en dusj som har estimert 30 minutt, har vedtak på 60 minutt fordi behovet for lengre tid er til stede.

Som en oppsummering kan en si at brukermedvirkning er ivaretatt når brukeren er deltagende i planleggingen, gjennomføringen og evaluering av tjenesten. Denne studien viser at brukermedvirkning i ulik grad blir involvert i beslutninger som angår tjenesten de mottar. Skal brukermedvirkning følges som lovverket tilsier, må ikke bare fokuset være til stede i teorien, men også i den praktiske deltakelsen. Det betyr at fokus på brukermedvirkning må forankres i hele organisasjonen, skape en felles forståelse for hvorfor dette er viktig og hvordan dette kan gjennomføres praktisk i den enkeltes hverdag. Dette kan bidra til å bedre kvaliteten på tjenestene kommune skal gi sine innbyggere, og er således en faktor som har betydning for kvaliteten i nødvendig helsehjelp.

5.3. Hvilke betydning har aktørenes oppfatning av begrepene nødvendig helsehjelp og tilstrekkelig kvalitet i hjemmetjenesten, for samarbeid/samhandling på og mellom de ulike nivå?

For å få svar på min problemstilling har samarbeid og samhandling mellom aktørene vært en faktor som jeg stiller spørsmål om har betydning for kvaliteten på nødvendig helsehjelp, og jeg vil her drøfte de funn som er kommet fram i studien.

5.3.1. Samarbeid og samhandling

I hjemmetjeneste er det mange aktører som skal samarbeide og samhandle mot et felles mål om gode tjenester til kommunens innbyggere. I følge Orvik (2004:257) er samarbeid en forutsetning for å kunne samhandle og at yrkesutøverne er organisert slik at det kan inngå samspill som innebærer gjensidig nytte mellom eget og andres arbeid. I denne studien handler samarbeid og samhandling på et organisatorisk plan og ikke om brukergruppen.

Denne studien viser at samarbeid på eget nivå oppleves som godt, med god dialog og godt samarbeid i begge kommuner. I følge Orvik (2004:257) kan samarbeid forstås som en positiv innstilling som gir seg utslag i fortløpende, *uformell kontakt* mellom enkeltpersoner. En norm om samarbeid kan prege en arbeidskultur, men graden av forpliktelse til konkrete handlinger trenger ikke å være like sterk (ibid). Ledernivå i denne studien gir uttrykk for at det er gode arena for samarbeid og samhandling, med faste møtepunkt hvor informasjon og annen delegering av ansvar foregår.

Grasrotnivå i begge kommuner opplever at det er godt samarbeid i det ytterste ledd. De er avhengig av godt samarbeid, for å kunne hjelpe hverandre for å få arbeidsoppgavene utført i en travel hverdag. I følge Orvik (2004) kan en se samarbeid som en dynamisk prosess der forholdene medlemmene i mellom er under kontinuerlig utvikling. Dette tolker jeg dit hen at samarbeidet mellom de på grasroten, uavhengig av nivå, vil utvikle seg i takt med de utfordringer en står overfor. Nye utfordringer krever nye løsninger og nye måter å samarbeide på. Dette vil også bidra til økt kunnskap der en gjennom egne refleksjoner, dialog og

samarbeid lærer av hverandre. Dette samsvarer med Schön (1983) som skriver at kunnskap og læring handler om å reflektere over det en gjør både i praksis og i handling. Eksempel på svært godt samarbeid er liten kommune som ringer hjem til en arbeidskollega om det trengs hjelp på ettermiddag og kveld. Rønning (2003:62) viser i sin studie til at de ansatte tar ansvar og strekker tjenestetilbudet, noe de betaler prisen for gjennom lenger arbeidstid, høyere stressfaktor og større belastninger. Denne fleksibiliteten grasroten har i liten kommune er til gode for bruker, som får rask hjelp. Dette samarbeidet kan en se i sammenheng med det Martinsen (2003) kaller for praktisk og moralsk omsorg, der handlingen er situasjonsbetinget og betingelsesløs.

For at organisasjonen skal kunne produsere tjenester av best mulig kvalitet er det nødvendig med godt samarbeid og samhandling mellom aktørene som har ansvar på ulike nivå. Å tilrettelegge for en god samarbeidskultur vil kunne gi gode resultater som kommer både de ansatte og bruker til gode i lys av gode tjenester. Behovet for samarbeid og samhandling er av den grunn en faktor som har betydning for kvaliteten av nødvendig helsehjelp.

5.3.2. Samarbeid på tvers

Studien viser at samarbeid og samhandling på tvers av nivåene er lite nyttet og grasroten opplever at det er lite samarbeid mellom topp og bunn. Ledersjiktet i begge kommuner bekrefter på en måte denne opplevelsen til grasroten når de snakker om samarbeid på eget nivå. De nevner lite samarbeid ned i organisasjonen.

Grasroten i begge kommuner formidler også lite samarbeid og samhandling med forvaltningsenhet som har ansvar for vedtak som tjenesteutøverne skal utføre. Dette opplever grasroten som vanskelig ettersom det er de som er tett på bruker. Orvik (2004) sier det er viktig at aktørene inngår samspill som innebærer gjensidig nytte mellom eget og andres arbeid, noe som vil komme bruker til gode. Ønske fra grasroten om å være delaktig i evaluering av vedtak er eksempel på delaktighet som kan sikre tjenester med bedre kvalitet. Så kan man på den andre siden se på begrunnelsen for opprettelsen av forvaltningsenhet, der et av målene var å gi standardiserte vedtak og redusere ekstra tjenester som ble gitt utover vedtak (Vabø 2007). Kirchhoff (2010) viser til at tjenesteyter velger å bryte den formelle

normen, da normen bryter ned utøvers vurdering av brukerens behov og deres forståelse av innholdet i stell og pleie. Slik jeg tolker grasrotens opplevelse i min studie, samsvarer dette med Kirchhoff (ibid).

I denne studien ønsker ledersjikt i begge kommuner større muligheter til å nytte kompetansen de har på tvers. Dette opplever de er vanskelig i henhold til økonomi og vegring fra personalet. Fra økonomisk perspektiv er det spørsmål om hvilken avdeling som skal dekke utgifter til vikar når kompetansen lånes ut til annen avdeling. Det handler oftest om inntak av vikar, da det er vanskelig å ”bytte” personalressurs. Dette kan en se i lys av mangel gode rutiner for samarbeid som gjør det vanskelig å samarbeide på tvers av avdelinger. På grasrotnivå blir det i liten grad lagt vekt på å arbeide på tvers mellom avdelinger. De kan tilby seg å hjelpe i annen avdeling ved behov, men vil helst være der de er kjent. Dette tolker jeg kan ha med opplevelsen av utrygghet å gjøre, og kan kople det til Maslow (1987) sin beskrivelse av trygghetsbehovet som er viktig for å kunne utføre et godt arbeid i den relasjonen en befinner seg i. Samtidig er det lettere for ledelsen å si noe om hvorfor og hvordan en skal arbeide på tvers for å nytte kompetansen, enn grasroten som skal gjennomføre det. Begge kommuner har fokus på å nytte kompetansen på tvers, der mellomstor kommune har kontraktfestet arbeidsavtale, mens liten kommune har delt stilling mellom to avdelinger. Skal en lykkes med å bruke kompetanse på tvers, vil ikke adhoc løsninger, eller frivillighet for å flytte på seg fungere. Da er kanskje kontraktfestede avtaler veien å gå.

5.3.3. Tverrfaglig samarbeid

Studien viser at det i liten kommune er mindre tverrfaglig samarbeid, men at det er et ønske å få mer ressurser som fysio- og ergoterapeut. Det er en fysioterapeut i kommunen som har stort arbeidspress og må av den grunn prioritere brukere. Dette fører til at hjelpepleier og sykepleier får ansvar for å gjennomføre treningsopplegg som fysioterapeuten har laget. Etersom liten kommune har begrensede tverrfaglige ressurser har samarbeidet mellom fysioterapeut, sykepleiere og hjelpepleiere (helsefagarbeidere) blitt en samhandling som baserer seg på et tilbud til det beste for bruker. I følge Willumsen (2009) kan en se på dette samarbeidet som en integrert faglighet, der faggruppene har en felles forståelse. For å få dette

til er det viktig med forbindelser og samarbeid på personnivå for å oppnå kvalitet i felles innsats (ibid). Dette samarbeidet kommer bruker til gode i henhold til målet om å vedlikehold eller bedring i sitt funksjonsnivå.

Mellomstor kommune har tverrfaglig samarbeid med ergo- og fysioterapeut, men begge nivåene, både ledersjikt og grasrot ønsker seg mer samarbeid med disse profesjonene. Samtidig sier ledernivå at det er vanskelig å få til gode samarbeidsarena og begrunner det med at det er forskjellige kulturer som skaper hindring. Dette kan ha sammenheng med at faggruppene ivaretar egne fagfelt hvor interesser og motsetninger er involvert, noe som kan bidra til et hierarkisk forhold mellom dem (Willumsen 2009). Mellomstor kommune har iverksatt tilbud om hverdagsrehabilitering der ulike faggrupper er representert. Leder gir uttrykk for at dette har langt på vei bidratt til en større felles forståelse for hverandres roller og fagområder, men at en fremdeles har en vei å gå for nå intensjonen å få til et ideelt tverrfaglig samarbeid.

Det å arbeide tverrfaglig gir mange positive muligheter, men det krever at det blir gitt rom, tid og ressurser for å benytte seg de mulighetene samarbeidsformen kan gi. På bakgrunn av ulikheten aktørene i mellom, er utfordringen å få til samarbeid med felles forståelse og nytten av å kunne arbeide sammen. Det må legges til rette for at man kan snakke sammen, da det er gjennom dialog med hverandre at forståelse og ny kunnskap oppstår.

5.3.4. utfordringer i samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten og fastlegeordningen har profesjoner som betegnes som tverrfaglig samarbeid. Funn i studien viser at alle informantene i begge kommuner påpeker at det er sykehusene som sitter med makten til å pålegge hvor brukeren skal sendes etter sykehusopphold. I følge Orvik (2004) må samhandling være mer forpliktende enn samarbeid mellom personer, det må bygge på gjensidig forpliktelse og likeverd mellom partene. Intensjonen med Samhandlingsreformen (2010) er å få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen, samtidig som det er en plikt for kommuner og sykehus å samarbeide. Konsekvensen av at spesialisthelsetjenesten overstyrer kommunens egen vurdering om hvor pasienten skal sendes, har i liten kommune ført til at sykehjemmet konstant har overbelegg.

Presset og overstyringen fra spesialisthelsetjenesten og ut mot kommunehelsetjenesten kan skape utfordringer for kommunehelsetjenesten i forhold til at de ikke får selv bestemme om bruker kan få behandling hjemme. I følge studien til Haukelien, Vikne & Vardheim (2015:37) var det 48% av de de ansatte i hjemmetjenesten som mener at sykehuset går for langt i å prøve å bestemme hva slags tilbud pasientene skal ha når de skal utskrives. Slik jeg tolker informantene, er tendensen at de fleste pasientene kan få hjelp i egen bolig og at kommunen har kompetansen de trenger for ivareta den syke.

Grasrotinformantene i mellomstor kommune rapporterer om sykere pasienter som kommer fra sykehus, mer sykepleietekniske oppgaver og stort arbeidspress, uten at bemanningen er trappet opp tilsvarende. Haukelien (et.al.2015) sier at det er behov for flere som kan ta seg av de enkelte pleieoppgavene og flere spesialister som kan ta seg av brukere som har mer behov for spesialisert sykepleieroppgaver. Dette kan jeg finne igjen i min studie der begge kommuner har kompetanseplaner som sier noe om hvilke kompetanse det trenger o tilegne seg i fremtiden. Når det gjelder sykepleiernes vurdering av tjenestekvalitet, viser resultatene at en klarer å ivareta pasientenes primærbehov, men at de har liten tid til å ivareta brukernes behov for omsorg, sosial kontakt og fellesskap (ibid). Dette er også funn som jeg finner i min studie.

Resultatet i denne studien viser at samarbeid og samhandling er viktige faktorer som har betydning for kvaliteten på nødvendig helsehjelp. Samarbeid og samhandling på eget nivå er av betydning, det å kunne samarbeide på tvers av egne avdelinger, tverrfaglig samarbeid er av betydning både for den ansatte i form av å bruke egen kompetanse og erverve seg ny kompetanse, men også for bruker som vil kunne oppleve et bedre tjenestetilbud. Men for å få dette til er det nødvendig med god organisering og tilrettelegging, både i form av tid til samhandling og praktiske måter å bruke kompetansen som gir den enkelte opplevelse av trygghet i den relasjonen en står i.

5.4. Hvordan oppfatter de ulike aktørene at kommuneorganisering og tjenesteorganisering har betydning for nødvendig helsehjelp og kvalitet?

I denne studien har det vært interessant for meg å se om aktørene på de ulike nivå opplever at kommuneorganiseringen og tjenesteorganiseringen har betydning for kvaliteten på helsehjelpen innbyggerne får.

5.4.1. Kommunemodell betydning for tjenestene

Det står fritt for en kommune å velge hvilke kommunemodell som passer best til sin organisasjon. Hvilke organisasjonsmodell en velger handler om å finne avveininger mellom løsninger for effektivitet og for godt arbeidsfellesskap (Moland 1999). Hierarkimodeller har lett for å skape en organisasjon med lang avstand fra det utøvende ledd til toppledelsen, mens flat struktur har kort vei fra toppen og til det utøvende ledd (ibid). Kommunene denne studien baserer seg på, har tre-nivåmodell og to-nivåmodell. Begge disse modellene er å regne som relativ flat struktur. I følge Moland (ibid) vil små fagmiljø kunne drive effektivt med en flat struktur, dels fordi miljøet er lite, slik at transaksjonskostnadene er små, og dels fordi alle som inngår i organisasjonen har høy faglig kompetanse. Dette er i samsvar med min studie som viser at valg av modell i liten kommune var på bakgrunn av økonomiske avveininger og at felles holdninger og felles strategier vil få betydning for tjenestene.

Funn i denne studien viser at kommunen sine organisatoriske løsninger har noe betydning for tjenestene. Kommunenes organisatoriske løsninger har betydning for organisasjonens indre liv, der ledelse og samarbeid, fordeling av oppgaver, ansvar og myndighet, gjennom beslutningsprosesser og bruken av formelle og uformelle kommunikasjonskanaler (Ibid:177). Dette er i samsvar med ledernivået i min studie som sier at kommunens nivåorganisering har betydning for å sikre at informasjon og samarbeid mellom leddene skal fungere. Det skal være kort vei mellom nivåene. Grasrotnivået gav uttrykk for at de ikke var så opptatt av hvordan kommunemodellen var organisert, men hadde likevel meninger i forhold til utfordringer om hvordan informasjonsdeling og ledelse har innvirkning på tjenestene.

5.4.2. Synlig ledelse

Denne studien viser at synlig ledelse er et behov som er viktig for å skape en felles forståelse for hvordan en skal kunne oppnå målsetting for gode tjenester. Enhver organisasjon er avhengig av kravet til god ledelse, og ledelsens interesse og målklarhet er ganske avgjørende for hvordan utviklingen av en god eller mindre god ledelse er (ibid). Bærebjelken i god ledelse handler om tillit og dette kan en bare oppnå ved å bygge relasjoner sammen med dem en skal lede (Spurkeland 2005). Ledernivået i min studie opplever at de har god oversikt og er tett på sine ansatte som man har ansvar for. Toppledere har kontakt med sine ledere og enhetsledere har ansvar for det ytterste ledd. I følge Moland (1999) er det mange kommuner som har en målsetting om at ”beslutninger skal foretas på laveste nivå”, nærmest mulig brukeren, noe som forutsetter at en har en utstrakt delegering av myndighet og ledere med tilstrekkelig kompetanse. Begge kommuner i min studie gir uttrykk for at en har denne målsettingen og delegering av ansvar.

Grasrotnivået i denne studien gir uttrykk for at det er ønskelig at ledelse er mer synlig. De snakker da ikke om nærmeste leder, som de samhandler med daglig, men ledere på nivåene over. Opplevelsen av å bli sett for den jobben en gjør, få anerkjennelse, har betydning for selvfølelsen. I følge Maslow (1987) er behovet for å bevare den indre selvfølelsen, få respekt fra andre, handler om å bli sett og hørt. Ledere som ikke samhandler med det ytterste ledd kan ha lett for å miste detaljer og oversikt som er nødvendig for å sikre at en leverer god kvalitet i alle ledd. I følge Spurkeland (2005) er ledelse å oppnå målbare resultater sammen med andre og dette kan best realiseres ved å bygge tillitsfulle relasjoner til sine medarbeidere. For å få det til må både leder og medarbeidere arbeide med likeverdighet og dialog som et verdigrunnlag (ibid).

Grasroten gir også uttrykk for at lite synlig ledelse og samhandling mellom nivåene gir en opplevelse av to leire; ledelsen og de på gulvet, og at målet om at en skal sammen sørge for gode tjenester til innbyggerne ligger til de som skal utføre tjenesten. I følge Moland (ibid) vil tjenesteenheter som har synlige ledere som inngår i en organisasjon med klar forankring i kommuneledelsen, være mer robuste for endringer, uenigheter og hardt arbeidspress fra andre. Samtidig øker dialogen med ledere i nivå under og ansattes forståelse av egen rolle i en organisasjon. Dette skaper tilhørighet til tjenesteenheten, økt forståelse av kollektive mål og øker de ansattes trivsel og motivasjon (ibid).

5.4.3. Informasjonsdeling – betydning for kvalitet

Denne studien viser at informasjonsdeling er en utfordring mellom de ulike nivåene i begge kommuner. Planlegging, informasjon, rapportering er eksempler på indirekte arbeid som er nødvendige forutsetninger for å gi tjenesteytøerne tilstrekkelig kunnskap og trygghet til å jobbe selvstendig og faglig optimalt (Moland 1999). Studien min viser at deling av informasjon oppleves som en utfordring på begge nivå i begge kommuner. På ledernivå oppleves det som en utfordring å nå alle ansatte med samme informasjon, på bakgrunn av at det er mange ansatte og mye deltidsstillinger. For å sikre at informasjon når ut, er det opprettet flere tekniske ordninger som kan hjelpe til med å spre informasjon ut i organisasjonen, både muntlig og skriftlig. På ledernivå er det også en forventning om at den enkelte ansatte har en plikt til å skaffe seg informasjon.

Grasrotinformantene på sin side opplever at en del informasjon som er viktig for deres utførelse av tjenestene, ikke når fram der en skal. Dette begrunnes med at de opplever at det er for mange ledd informasjonen skal gå igjennom, dette til tross for at begge kommuner har en flat modell som skal gi kort vei mellom aktørene på de ulike nivå. Også i liten kommune med to-nivåmodell oppleves dette som en utfordring. Ettersom grasroten opplever at informasjonsdeling er en utfordring til tross for at det er opprettet ulike informasjonskanaler der den enkelte kan søke opp den informasjon den etterspør, kan en kanskje se utfordringen i sammenheng med behovet for tydelig ledelse. Behovet for å se øverste ledernivå og få direkte informasjon, har slik jeg tolker det, har større verdi for den enkelte. Det handler om dialog. Det er denne dialogen som grasroten opplever som fraværende, at de er lite delaktig i prosesser som omhandler deres arbeidshverdag. Et eksempel fra liten kommune der grasroten formidlet om vedtak som ble gjennomgått og redusert uten at de var informert på forhånd. Dette skapte uro og misnøye på grasroten og en opplevelse av mistro av deres faglige vurderinger. Gode relasjoner og dialog mellom nivåene, gode informasjonsrutiner og informasjonskanaler som alle i personalet har innsikt i, vil kunne avhjelpe informasjonsutfordringene. I følge Moland (1999) er det ikke tvil om at informasjonen som går ut til de ansatte ikke er tilstrekkelig, og at ansvaret for dette ligger hos både ledelsen og de ansatte selv.

På bakgrunn av studiens funn, har kommunen sin nivåorganisering noe innvirkning på kvaliteten av nødvendig helsehjelp, spesielt i henhold til ledelsesutøvelse og hvordan informasjon deles.

5.4.4. Tjenestemodell – betydning for helsetjenestene

Det står fritt for kommunen å organisere de hjemmebaserte tjenestene sine slik de ønsker (Kommuneloven 1992), så lenge de holder seg til lover og regler som er gjeldende for kommunehelsetjenesten. Hensiktsmessig organisering på alle nivå er nødvendig for at tjenesteutøver skal oppleve at arbeidshverdagen skal oppleves som god. Dette har også betydning for hvordan tjenestetilbudet til brukeren oppleves.

Studien viser at organisering av tjenestene er av betydning for både ledernivå og grasrotnivå i begge kommuner, men det er noe ulikt hva nivåene opplever som viktig. Opplevelsen av å ha kontroll over eget arbeidsområde er nødvendig. Ledernivå er opptatt av effektive tjenester, at en nytter ressursene en har til rådighet på en hensiktsmessig måte og at ansvarsområde ikke er for stort, at en kan være leder og ha tid til å ta seg av de en skal lede.

Helse- og omsorgstjenesten er en resultatenheter som skal drives på en mest mulig effektiv måte for å nå sine mål med lavest mulig kostnader (Moland 1999). Dette er også i samsvar med St.meld.nr 45 (2002-2003:26) som sier at dersom tjenestene bli produsert mer effektivt vil tjenestetilbudet kunne omfatte flere. Dette stiller krav til ledernivå om å se etter smartere måter å organisere tjenesten på, hvor kan en spare penger, samtidig som de har ansvar for å ivareta og styrke kompetansen til de ansatte. I tillegg må en ta høyde for de stigende forventningene til brukere og pårørende når det gjelder kvalitet og tjenesteutøvelse.

Grasroten vektlegger mer organiseringen av selve tjenesten, tjenesten opp mot bruker. Også her er de opptatt av nok ressurser og fagkompetanse, men her handler det om å nytte den, fordele den slik at ansvaret blir fordelt mellom utøverne. Fordeling av arbeidsbelastning. Også for grasroten har kravet om effektivitet påvirkning på hvordan tjenestene blir utført. Det handler om å ha gode arbeidsforhold og brukeren i sentrum. De har mindre tid til å utøve faglige og kvalitetsmessige tjenester. Økning i antall brukere uten tilførsel av ressurser, mindre tid til faglig fordypning vil kunne få konsekvenser for både brukersikkerheten og

brukerens opplevelse av kvalitet (Kirkevald, Holter, Brurås-Leine & Nereng 2013). Helsepersonell opplever at den profesjonelle omsorgen for enkeltmennesket ikke lenger er i sentrum, men de lever i krysspresset mellom fagets kunnskaps- og verdigrunnlag og den rådende styringsideologien (ibid:64), som her kan sees i sammenheng med New Public Management. Dette kan en sette i en sammenheng med Lipsky (1980) sin teori *top-down-perspektivet der grasroten skal følge* stramme regler og instruksjer, med krav om effektivitet og likebehandling. Det oppleves vanskelig for helsepersonell å imøtekomme ledelsen stramme krav og forventninger og de lager seg egne organiseringer av arbeidet for å kunne imøtekomme brukernes behov. Denne friheten til å organisere til det beste for brukeren er viktig og kan sees i sammenheng med det Lipsky kaller for *bottom-up-perspektivet* (ibid).

Det er ulike opplevelser av organiseringens betydning hos de to nivåene, men slik jeg tolker funnene, har begge betydning for opplevelsen av å kunne utføre et arbeid av kvalitet, noe som vil gi utslag i kvaliteten ut til bruker. Kommunens tjenesteorganisering er således en faktor som har betydning for kvaliteten i nødvendig helsehjelp.

5.4.5. Handlingsrom – mål på kvalitet

Funn i denne studien viser at grasroten lager seg handlingsrom i hverdagen for å få gitt gode tjenester til brukeren. Å ha handlingsrom i hverdagen er viktig for å kunne gjøre prioriteringer i sitt arbeid. Grasroten formidler at det ikke er deres vurderinger som ligger til grunn for vedtakene som gis brukerne, og tidsperspektivet opp mot hva som er nødvendig stemmer til tider ikke overens med brukeren sitt behov. På bakgrunn av stramme vedtak og lite rom, lager grasroten seg egne handlingsrom ved å prioritere og være fleksible i forhold til arbeidsoppgavene på listene sine. Beslutninger om vedtak er forbeholdt forvaltningsenhet.

I følge Vabø (2007) ble forvaltningsenheten opprettet for å få ansatte til å innordne seg etter en felles standard for tjenesten. Målet var å sikre en forutsigbar og jevn kvalitetsstandard på tjenestene. Denne modellen kommer som en inspirasjon av New Public Management (Dalby 2005), for å få et klarere skille mellom forvaltnings- og driftsoppgaver, samtidig som tjenesteutøver skulle få større frihet og armslag (ibid). Vabø (2007) sier at nødvendigheten av å utvikle en felles standard for tjenestene var rettet mot å ”disiplinere” visse grupper av ansatte, men ble imidlertid oftere relatert til nødvendigheten av å få ansatte til å sette grenser for hjelpen. Dette på bakgrunn av at det ble sett på som et problem at grasroten var ”for

snille” ved at det ble utført ekstratjenester som lå utenfor det nivået kommunen hadde råd til å yte (ibid). Dette bildet kan en fortsatt kjenne igjen i hvordan vedtak og utførelse av tjenestene er på grasrotnivå. Det er forventet fra ledernivå at grasroten skal forhold seg til gitte vedtak. Dette for å sikre likebehandling.

I følge Rønning (2003) strekker de ansatte seg langt for å hjelpe brukerne. Noen går også utover egen arbeidstid for å få gjort mer for brukerne og det utøves ekstra oppgaver enn det som er kontraktfestet. Vabø (ibid) kaller dette for et gi-og-ta-forhold der de ansatte anvender ekstratjenester som kompensasjon overfor dem som har måtte bli nedprioritert på travle dager. Kirchhoff (2010) viser også til at alle de ansatte i hjemmetjenesten utførte skjulte tjenester og at legitimiteten for å utføre skjulte tjenester ble hentet inn i det kollektive normsystemet, gjennom fleksibilitet i arbeidslister. De skjulte tjenestene var oftest knyttet til brukerens behov på bakgrunn av utøvers identifisering av behov. Organisasjonen ønsket ikke at de ansatte skulle utføre skjulte handlingene (ibid) og dette kan en også finne igjen i min studie, der ledelsen er klar over at det utøves skjulte tjenester, men at det ikke skal forekomme. Forvaltningsenheten i mellomstor kommune kaller dette for en ”ukultur”. Grasroten formidler også i min studie at de skjulte tjenestene er noe en ikke ønsker å snakke om, i fare for at handlingsrommet blir tatt fra dem.

I lys av mine funn, tolker jeg handlingsrommet som grasroten har som nødvendig, da det bidrar til fleksibilitet der den enkelte tjenesteutøver vurderer hva som er nødvendig helsehjelp. Handlingsrommet blir dermed en faktor som har betydning for kvaliteten på nødvendig helsehjelp i hjemmetjenesten.

5.4.6. Nye moment

Morgendagens brukere vil komme til å utfordre hjemmetjenesten på andre måter enn dagens brukere gjør. Det vil bli stilt større krav og ønsker om å bestemme mer selv. Fremtidens eldre vil være ressurssterke, og de vil være mer aktive og stille andre krav til tjenestene, både på bakgrunn av høyere utdanning og bedre økonomi (Birkeland & Flovik 2011). Det er stort fokus på hvordan helsetjenesten vil bli i fremtiden og informantene på ledernivå i begge kommuner kommer fram med nye moment som en allerede i dag ser konturene av.

Samhandlingsreformen legger press på at kommunene ved at helsetjenestene skal i størst mulig grad løses i kommunene, som skal ha ansvar for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon og diagnostisering, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad blir ivaretatt innenfor et effektivt omsorgsnivå (Birkeland & Flovik 2001). Dette stemmer overens med informantenes opplevelse av fokus på forebygging som nødvendig helsehjelp og at hjemmetjenestene er i gang med en vridning fra å være institusjonstung til hjemmetjenestetung. Dyre prosjekt som koster mye prøver man å slippe unna ved å gi tilbud i sykehjem, der en allerede har den kompetansen og der ressurser som skal til, til enhver tid. I hjemmetjenesten vil denne type omsorg koste for mye. En kan da stille spørsmål om brukermedvirkning blir tatt hensyn til. Fagutøverne bruker skjult makt i sin faglige vurdering (Lipsky 1980) med skjulte anliggender som økonomiske anliggende. Martinsen (2003) vil kunne hevde at helsepersonell bruker paternalisme i sin samhandling, med det formålet at "de vet best" hva som er best for den enkelte bruker. Det kan da være en fare for at det som Martinsen (ibid) kaller "svak paternalisme" ikke lenger vil være svak, men heller det motsatte på bakgrunn av krav om å holde seg innenfor økonomiske rammer. Det blir da ikke den helhetlige ideologien, tjenester etter individuelle behov som råder.

Trekker en paralleller til dagen ungdom og ser hvilke sosiale medier de har for å dekke sine sosiale behov, så kan en se konturene av en endring i framtiden. Velferdsteknologi er allerede et tema som mange kommuner er opptatt av. Teknologi som kan bidra til at hverdagen for den enkelte kan bli lettere, med mål om at bruker skal kunne bo hjemme lengst mulig. Det vil også komme teknologi som vil erstatte menneskelige relasjoner, noe som kanskje vil føre til at flere oppgaver som trenger menneskelig kontakt i dag, ikke vil trenge det i framtiden. Slike ordninger er allerede på markedet i dag, og det er umulig å spå hvor mye teknologi som vil erstatte behovet for personal. Teknologi koster også penger, men det vil være langt rimeligere enn menneskelig ressurser.

5.5. Forslag til videre forskning

Når jeg startet tankeprosessen rundt denne oppgaven og hvilke tema og problemstilling jeg skulle velge, var dette med de ulike aktørene sin oppfatning viktig. Jeg var også innom tanken på å få innsikt i hvordan det politiske nivå i kommunen oppfattet begrepene nødvendig helsehjelp og kvalitet, men da måtte jeg ha hatt informanter fra alle partiene i kommunestyret. Dette måtte jeg slå fra meg av hensyn til antall informanter. Det hadde derfor vært interessant å få innsikt i hvordan aktørene som bevilger budsjettene tenker omkring disse tema, med tanke på at de på ett eller annet tidspunkt vil bli brukere eller pårørende av nødvendig helsehjelp i egen kommune.

I forhold til nye momenter som kom fram i studien, med vridning av tjenester der dyre ressurskrevende brukere får tilbud om hjelp i institusjon, hadde det vært interessant om noen vil forske på i hvilken grad brukermedvirkning blir ivaretatt.

5.6. Konklusjon

Felles for de som mottar helsetjenester fra kommunen er at de har et hjelpebehov av større eller mindre omfang. Uavhengig av diagnose og hjelpebehov, er alle svært ulike og har behov for individuelle tjenester basert på grunnleggende behov.

Når det gjelder begrepet nødvendig helsehjelp har informantene en felles forståelse for at det handler om å få dekket individuelle, grunnleggende behov, noe som gjenspeiler at nødvendig helsehjelp ikke kan standardiseres. Informantene er likevel enige i at det er mulig å ha veiledende tider som kan gi en noenlunde pekepinn for hvor lang tid et vedtak skal ta. De er alle opptatt av at dette ikke skal gå på bekostning av individuelle behov. Når det gjelder sosiale behov som er et av de grunnleggende behov, har grasroten og ledernivå noe ulikt syn på hvem som har ansvar for å dekke dette. Ledernivå gir uttrykk for at det er et viktig behov å få tilfredsstilt, men kommunene har ikke ressurser nok til å ivareta dette behovet og ønsker at frivillige organisasjoner skal ta mer av ansvaret for å dekke dette behovet. Dette kan være problematisk på bakgrunn av at frivillige ikke er en del av den kommunale tjenesten. Grasroten mener at å dekke deler av de sosiale behovene hører inn under deres arbeidsområde, helhetlig omsorg. Alle informantene er samsvarte i at det ikke er nok sosiale tiltak til hjemmeboende, men at de prøver å lage tiltak i samarbeid med frivillige organisasjoner.

Begrepet kvalitet opplever informantene er vanskelig å definere, da det er en subjektiv opplevelse. Det er dermed ikke mulig å standardisere kvalitet. Informantene snakker om faglig forsvarlighet opp mot kvalitet, og er alle enig i at det handler om å ha rett kompetanse. Brukermedvirkning er også et mål på kvalitet, og det gis uttrykk for at brukeren (og/eller pårørende) sine ønsker skal bli hørt i forbindelse med et vedtak. Her er det imidlertid noen forskjeller på informantnivå, der ledernivå er av den forståelse av at det er en faglig vurdering som skal ligge til grunn for vedtaket. Bruker skal bli hørt, men vedtaket kan bli annerledes. Grasroten uttrykker at brukermedvirkning er litt så som så, da de opplever at bruker må tilpasse seg hjemmetjenesten sine system og rutiner enn omvendt.

Samarbeid og samhandling opplever alle informantene er viktig for at innbyggerne skal få tjenester av god kvalitet. De ønsker seg mer samarbeid på tvers, nytte egen kompetanse, mer tverrfaglig samarbeid og mer fokus på ledelse. Samarbeid på ledernivå oppleves som viktig i

henhold til organisasjonens mål og til utførelsen av tjenestene. På grasrotnivå handler samarbeid om arbeidsforhold og hvordan de samhandler seg i mellom. Når det snakkes om samarbeid mellom nivåene, er det forvaltningsenheten som blir nevnt av grasroten, som har en opplevelse av at det ikke fungerer til det beste for bruker. De etterlyser mer samarbeid og dialog omkring brukers behov for å sikre at den enkelte bruker får den hjelpen han trenger. Det oppleves som en utfordring at forvaltningsenheten lager vedtak og evaluerer vedtak uten å ha dialog med utøver som ser bruker daglig. Samarbeid mellom øverste ledernivå og grasroten gir ingen av informantene uttrykk for er til stede. Ut fra disse funnene kan en konkludere med at samarbeid og samhandling mellom de ulike nivåene har delvis betydning for kvaliteten på nødvendig helsehjelp.

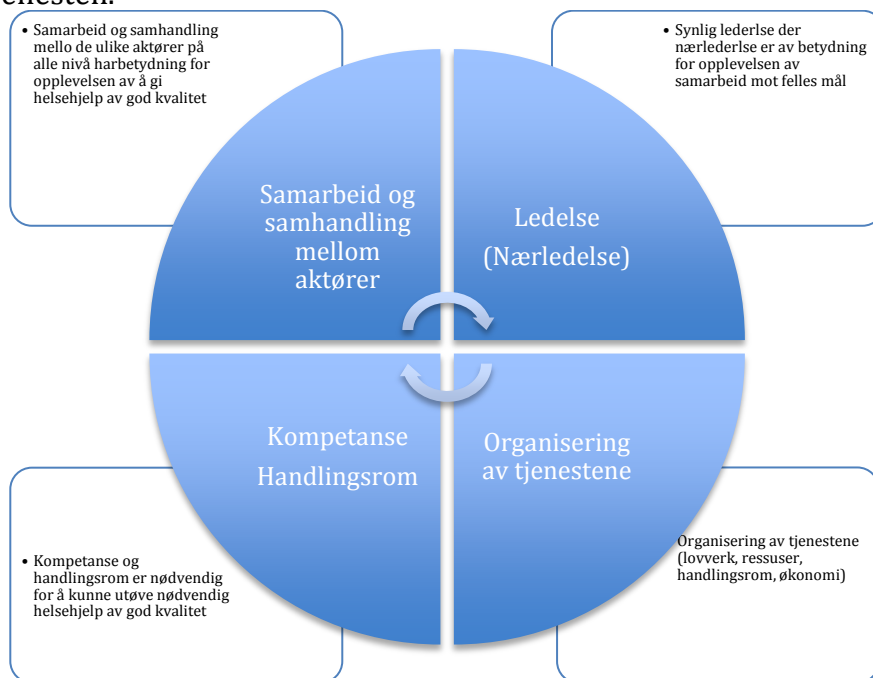
Det er ulik oppfatning blant informantene om kommunen sin organisasjonsmodell har betydning for tjenestene, mens det derimot har betydning hvordan selve tjenesten er organisert, hvor mange ansatte per leder, hvor mange ressurser i hver avdeling, kompetansefordeling og arbeidsbelastning. Også informasjonsdeling er viktig, men informantene på grasroten opplever å få informasjon er en utfordring. De opplever at det er for mange ledd informasjonen skal igjennom før den når frem der den skal, om den når fram. Ledelsen på sin side opplever at de har god dialog og faste møtepunkt hvor informasjon deles og at det er opprett flere informasjonskanaler som skal være med å kvalitetssikre at informasjon går ut til de ansatte. I tillegg er ledelsen klar på at det også er den enkelte ansatte sin plikt å søke informasjon. På bakgrunn av informantenes oppfatning om tjenesten sin organisering har betydning for kvaliteten, kan en svar ja, mens oppfattelsen av om kommunen sin organisasjonsmodell har betydning for kvaliteten på tjenesten kan en svare nei.

Studien er basert på en liten og en stor kommune, og det var lite forskjeller mellom de to kommunene på eget nivå. Ledernivåene i begge kommuner hadde mye lik oppfattelse av nødvendig helsehjelp og kvalitet. Grasrotnivå i begge kommuner var også ganske lik i sine oppfatninger. Den største forskjellen mellom dem var at liten kommune har et større handlingsrom enn mellomstor kommune, noe som gir utslag for opplevelsen av å kunne ivareta helhetlig omsorg på en god måte. Mellomstor kommune har mindre handlingsrom med større arbeidspress. Når det gjelder forskjeller mellom nivåene, er det sprik mellom hvordan grasroten og ledersjiktet opplever begrepene. Ledernivå er opptatt av helhetsbilde, fra å ha gode system og bruke ressurser på best mulig måte. Grasroten er opptatt av hvordan

tjenesten er organisert opp mot bruker og hvilke tjeneste brukeren får. Omsorgsbegrepet er sterkt representert hos grasroten og det er her den store forskjellen ligger mellom nivåene.

På bakgrunn av de svar jeg har fått på forskningsspørsmålene, kan jeg konkluderer med at det er mange faktorer som har betydning for at kvaliteten på nødvendig helsehjelp i hjemmetjenesten skal oppnås. Faktorer som nærledelse, nok kompetanse og ressurser for å ivareta alle grunnleggende behov, organisering av tjenestene, brukermedvirkning og samarbeid mellom aktørene på de ulike nivå er faktorer som står i et gjensidig forhold til hverandre. Opplevs det svikt i en av faktorene, vil det kunne få konsekvenser for de andre som igjen vil kunne ha betydning for kvaliteten på tjenestene. Modellen under sammenfatter hvilke faktorer som er nødvendig for å utøve nødvendig helsehjelp av god kvalitet.

Modell 1:1. Faktorer som har betydning for nødvendig helsehjelp og kvalitet i hjemmetjenesten.



Modell 1:1. Faktorer som har betydning for nødvendig helsehjelp og kvalitet i hjemmetjenesten.

Modell 1:1 Sammenfatter faktorer som har betydning for nødvendig helsehjelp og kvalitet i hjemmetjenesten. Modellen viser at dette er et gjensidig forhold som aller er avhengig av hverandre for å sikre helsehjelp med faglig forsvarlige tjenester. Det betyr at om det er brudd i en av faktorene, vil det få konsekvenser for de andre, som igjen vil påvirke kvaliteten av tjenestene.

6.0. Litteraturliste

Dalby, K. (2005). *Omstilling i kommunene med fokus på New Public Management*. Hamar. Stiftelsen IMTEC

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgave skrivning for studenter*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS

Digre, E. (2001). *Ivaretagelse av grunnleggende behov. En intervjuundersøkelse av brukers syn på kvalitet og deres behov for pleie og omsorg*. Høgskolen i Buskerud. Rapport nr.27.

FOR-2003-06-27-792. *Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene*. Helse- og omsorgsdepartementet

FOR-2010-11-12-1426. *Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)*. Helse- og omsorgsdepartementet

Fossestøl, K. (2005). *Regler og skjønn i norsk forvaltnings- og velferdsforskning: en kritisk analyse med særlig fokus på velferdsstatens rettighetsorientering*. (Vol.2005:106). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Halvorsen, M. (2004). Nødvendig helsehjelp som redskap for prioriteringer. I: Kirchhoff, J. (2013). *Fra vedtak til tjeneste – Om utformingen av nødvendig helsehjelp i hjemmebaserte tjenester*. Halden. Rapport 2013:1

Hansen, S.S, 2012. *Synlig ledelse er langt fra nok – lær dine unge medarbeideres behov*. Væksthus for ledelse. Hentet fra <http://www.lederweb.dk/dig-selv/lederrollen/artikel/111266/synlig-ledelse-er-ikke-nok-for-dine-digitale-indfodte-medarbejdere>

Henderson, V (1997). *Sykepleiens grunnprinsipper*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund

Haukelien, H, Vikne, H, Vardheim I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene*. (TF-rapportnr: 362/2015). Hentet fra <https://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/filer/2794.pdf>

Kirchhoff, J.W. (2013). *Fra vedtak til tjeneste – Om utformingen av nødvendig helsehjelp i hjemmebaserte tjenester*. Halden. (Rapport 2013:1)

Kirchhoff, J.W. (2010). *De skjulte tjenestene – om uønsket atferd i offentlige organisasjoner* (Doktoravhandling. Karlstad University Studies). Hentet fra <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:287297/FULLTEXT01.pdf>

Kirkevold, M, Holter, I.M, Brurås-Leine, C, Nereng, M.K. (2013). *Gjenreis helsefagenes verdigrunnlag*. Sykepleien. Hentet fra <https://sykepleien.no/2013/05/gjenreis-helsefagenes-verdigrunnlag>

Kjelland, M (2016). Forsvarlighetskravet i helseretten. I: Befring, A.K. Kjelland, M & Syse, A (2016). *Sentrale helserettslige emner*. Gyldendal Akademiske

Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo. Gyldendal.

Kvale, S, og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2.utgave. Oslo. Gyldendal.

Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2004). Helsedirektoratet.
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten/Sider/default.aspx> Lastet ned 28.november 2014.

Lipsky, M (1980). *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York. Russel Sage Foundation

LOV 1999-07-02 nr.63 *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Helse- og omsorgsdepartementet.

LOV 2011-06-24 nr. 30 *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet.

LOV 1999-07-02. Lov om helsepersonell. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_1

Malterud, K. (2011). *Kvalitative Metoder i medisinsk forskning*. Oslo. Universitetsforlaget

Martinsen, I. (2005). Rett til nødvendig helsehjelp. Et krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp.(Mastergradavhandling Universitetet i Oslo). Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/20267/26141.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Martinsen, K (1992). Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I: Jensen, K (red): *Moderne omsorgsbilder*. Oslo. Ad Notam Gyldendal

- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays*. Otta: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe
- Maslow, A (1987). *Motivasjon and personality*. New York. Harper & Brothers
- Moelven, O. (2012). *Helse og jus*. Oslo. Gyldendal juridisk. I: Kirchhoff, J.W. (2013). *Fra vedtak til tjeneste – Om utformingen av nødvendig helsehjelp i hjemmebaserte tjenester*. Halden. Rapport 2013:1.
- Moland, L. (1999). *Suksess og nederlag i pleie- og omsorgstjenestene. Kvalitet, effektivitet og miljø. (Fafor rapport 269)*.Forskningsstiftelsen 1999. Sentraltrykkeriet. Hentet fra http://www.faf.no/~faf/media/com_netsukii/269.pdf
- Nordhaug, O. (2004). *Strategisk kompetanseledelse*. Oslo:Universitetsforlaget
- Norsk Sykepleierforbund (2013). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_1
- NOU 1992:1 (1991). *Trygghet, verdighet, omsorg*. Oslo. Sosialdepartementet.
- Nygård, L & Vist, O (2006). *Fremtidens omsorgstjenester. Et debattinnlegg om verdivalg, kvalitet i kommunale pleie- og omsorgstjenester*. Oslo. Kommuneforlaget
- Offerdahl, A. (1992). *Den politiske kommunen*. Oslo. Det Norske samlaget
- Orvik, A. (2004) *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Cappelen Akademisk Forlag. Oslo
- Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO). (2004).
- Rønning,R (2003). *Når omsorg blir en vare. Om sammenhengen mellom organisering og kvalitet i hjemmetjenesten*. Høgskolen i Lillehammer. Forskningsrapport nr 111/2003.
- Schreiner, A. (2004). *Kom i gang. Kvalitetsforbedring i praksis*. Den Norske Lægeforening. Oslo. Hentet fra <http://legeforeningen.no/PageFiles/25883/komigang.pdf>
- Schön, D.A. (1983, 2001). *Den reflekterende praktiker, hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. Randers. Forlaget Klim

Schön, D.A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco. Jossey-Bass INC, Publication

Slagsvold, B (2000). *Velferd og levekår for sterkt hjelpeavhengige eldre tjenestebukere. En datadokumentasjon med kommentarer*. Oslo. NOVA

Solheim, M (2004). Heimesjukepleie – Eit spegelbilette av samfunnet og helsetenesta. I: Solheim, M og Aarheim, K.A (red) (2004). *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Solheim, M og Aarheim, K.A (red) (2004). *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Spurkeland, J. (2005). *Relasjonskompetanse. Resultater gjennom samhandling*. Oslo. Universitetsforlaget

Stamsø, M.A. (2009) *Velferdsstaten i endring. Norsk Sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS. 2.utgave. 1.opplag. Oslo

Strandquist og Fosaas (2005). *Samordning og kvalitet i hjemmetjenesten*. Tønsberg. Høgskolen i Vestfold. Rapport 4/2005

Stortingsmelding Nr. 10 (2012-2013). *God kvalitet – trygge tjenester — Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Stortingsmelding Nr. 11 (2014-2015). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. 2013. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet

Stortingsmelding Nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Fremtidens omsorgsutfordringer*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet

Stortingsmelding Nr 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Stortingsmelding Nr 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen — God helse – felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Stortingsmelding Nr. 45 (2002-2003). *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Stortingsmelding Nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Strengshagenutvalget (1994). *Kvaliteten i eldreomsorgen*. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund, Oslo.

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 4.utgave. 27

Fagbokforlaget Vigmonstad & Bjørke AS. Bergen

Troye, S.V., 1999, *Marketing: forventninger, tilfredshet og kvalitet*, Bergen, Fagbokforlaget

Vabø, M. (2007). *Organisering for velferd - Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*. Oslo. NOVA-rapport 22.

Vabø, M. (2014). Dilemma i velferdsorganisering. I: Vabø, M (red) og Vabo, S.I.(red). *Velferdsorganisering*. Oslo. Univeristetsforlaget

Verdighetscenteret. Omsorg for gamle. Hentet fra <http://www.verdighetscenteret.no/2013/03/04/opplaeringsprogram-for-frivillighetskoordinatorer/>

Willumsen, E. 2009. *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og Utdanning i helse- og sosialsektoren*. I *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Elisabeth Willumsen (red.). Oslo: Universitetsforlaget.

7.0. Vedlegg

1. **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt**
2. **Intervjuguide**
3. **Godkjenning fra NSD**

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Helsehjelp og kvalitet – sett ut fra ulike aktørers perspektiv”

Bakgrunn og formål

Tema for studien er helsehjelp og kvalitet i hjemmetjenesten.

Bakgrunnen for valg av tema er at jeg i mitt virke som sykepleier ofte opplever at det er ulikt fokus på hva som er nødvendig helsehjelp og kvalitet på tjenester vi skal gi brukerne i hjemmetjenesten.

Ettersom det ikke er opplagt hva som ligger i begrepet nødvendig helsehjelp og hva som er tilstrekkelig kvalitet, er formålet med studien å få innsikt i hvordan de ulike aktørene i helse- og omsorgstjenesten, med ansvar for hjemmesykepleie, oppfatter nødvendig helsehjelp og kvalitet, og hvilken betydning dette får for samhandlingen mellom aktørene på de ulike nivå.

Studien er en masteroppgave for studiet Organisasjon og ledelse, avdeling for samfunnsfag ved Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Det er ulike aktører i kommunen som har ansvar for hjemmebaserte tjenester. Jeg vil innhente data fra en stor og en liten kommune. I hver kommune ønsker jeg å intervjuje rådmann, enhetsleder i hjemmetjenesten med ansvar for økonomi, personal og fag, forvaltningsenhet som vedtar tjenester (vedtak) og grasrotarbeiderne som utfører vedtakene (sykepleier, helsefagarbeider).

Rådmann og einingsleiar blir valgt i forhold til sin stilling.

Når det gjelder forvaltningsenheten vil jeg intervjuje en saksbehandler. Det er noe usikkert hvordan forvaltningsenheten er organisert i de ulike kommunen, om det er flere saksbehandlere. Jeg be dem om å melde seg dem som har lyst å delta, for så å ta loddtrekning mellom de påmeldte.

Det samme gjelder sykepleier og helsefagarbeider. Det er ønskelig at det er personell i store stillinger, forholdsvis 100% med erfaring i mer enn to år.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien baserer seg på personlig intervju. Intervjuet vil ha en varighet på mellom 60-70minutt. Spørsmålene vil bl.a. omhandle tema som går på forståelse av begrepene nødvendig helsehjelp og kvalitet, profesjonsrollen, samhandling mellom ulike aktører.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt.

Personidentifiserende opplysninger (navn, telefon) vil bli notert på eget ark med koplingsnøkkel (bokstav og tall) til datamaterialet. Disse opplysningene vil bli oppbevart nedlåst adskilt fra datamaterialet

Privat datamaskin har eget passord og både maskin og minnepenn vil bli oppbevart i låsbart skap når den ikke er i bruk. Lydopptak vil bli oppbevart i låsbart skap inntil det er transkribert. Lydopptaket vil så bli slettet. Notater vil også bli oppbevart i låsbart skap.

Prosjektet skal etter planen avsluttes august 2016. Datamaterialet vil bli anonymisert, lydopptak blir slettet og koplingsnøkkel blir makulert etter at prosjektet er avsluttet (8/2016).

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 **Anne Jørgensen 47237095**.

Masteroppgaven skrives under veiledning av Olina Kollbotn (mobil 93641256) ved Høgskolen i Sogn og Fjordane

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Nødvendig helsehjelp og kvalitet – sett ut fra ulike aktørers perspektiv

Intervjuguide

Bakgrunn

Bakgrunnen for valg av tema er at jeg i mitt virke som sykepleier opplever at det er ulik fokus av hva som er ”nødvendig helsehjelp og kvalitet” på tjenestene vi skal gi brukerne. Jeg opplever at arbeidsgiver har et synspunkt der de gir uttrykk for at helsepersonell er på ”tilbudssiden”, at det gis *mer* helsehjelp og kvalitet enn nødvendig, mens helseprofesjonene gjerne opplever at det skulle vært gitt mer hjelp til den enkelte, og at vedtak gjerne ikke blir evaluert eller justert i takt med brukerens behov. Ved noen anledninger opplever en også at både pasienter og pårørende ønsker mer hjelp enn kommunen tilbyr.

Det er ulike aktører i organisasjonskartet som har ansvar for kommunehelsetjenesten.

Rådmann lager budsjett, enhetsleder med ansvar for økonomi, personal og fag, forvaltningsenhet som vedtar tjenester (vedtak) og grasrotarbeiderne som utfører vedtakene (sykepleier, helsefagarbeider). Det er disse aktørene som er deltagende for denne studien.

Nødvendig helsehjelp er en lovpålagt tjeneste hvor norske kommuner er forpliktet til å tilby nødvendig helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011). I lovteksten står det at: ”*Pasient og bruker har rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester fra kommunen*”, og at: ”*Kommunen skal gi den som søker eller trenger helse- og omsorgstjenester, de helse og behandlingmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett*” (Lov om pasient- og brukerrettigheter 2012).

Omsorgstjenester og nødvendig helsehjelp er kjerneoppgavene til i kommunens hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester, men det er ikke opplagt hva som ligger i begrepet nødvendig helsehjelp, ettersom det ikke er spesifisert i lov eller forskrift.

Kvalitet for pleie og omsorgstjenester, Kvalitetsforskriften (2003), er hjemlet i lov om helsetjenestene i kommunene. Forskriften skal medvirke til at personer som tar imot pleie- og omsorgstjenester etter sosial- og helse lovgivningen, får tilfredsstilt sine grunnleggende behov. Tjenester av god kvalitet er blant annet at tjenestene er virkningsfulle, trygge og involverer brukerne, brukermedvirkning, som har et viktig fokus i kvalitetsforskriften. Tjenestetilbudet skal så lang det er mulig utformes i samarbeid med brukeren, han/hun skal være med å bestemme hvordan tjenesten skal utføres, tjenestene skal leveres til rett tid, være

tilgjengelige, rettferdig, samordnede og preget av kontinuitet slik at tjenestemottakeren (eller pårørende) opplever at tjenesten dekker fysiske og sosiale behov (Kvalitetsforskriften 2003).

Formål med studien

Ettersom det ikke er opplagt hva som ligger i begrepet nødvendig helsehjelp og hva som er tilstrekkelig kvalitet, ser en at helsehjelp og kvalitet på tjenesten utøves forskjellig fra kommune til kommune. På bakgrunn av denne uklarheten, er formålet med studien å få innsikt i hvordan de ulike aktørene i helse- og omsorgstjenesten, med ansvar for hjemmesykepleie, oppfatter nødvendig helsehjelp og kvalitet, og hvilke betydning dette får for samhandlingen mellom aktørene på de ulike nivå.

Jeg har valgt å gjøre en komparativ casestudie mellom en stor og en liten kommune. Bakgrunn for dette er at jeg undres på om det er forskjeller i måten de ulike aktørene vurderer og handler i henhold til spørsmål om nødvendig helsehjelp og kvalitet på tjenestene en yter. Kan en anta at det i en stor kommune vil vurderingene være mer formaliserte og mindre rom for skjønn, mens det i en liten kommune kan tenkes at også uformelle faktorer kan spille en rolle, som kjennskap til lokalmiljøet, alle kjenner alle, en mer uformell samhandling mellom aktørene

Jeg har valgt å tematisere de ulike områdene jeg ønsker å belyse for å få svar på problemstilling, som forståing av begrepene nødvendig helsehjelp og kvalitet, organisering av tjenestene, profesjonsrollen, samhandling/samhandling/kommunikasjon mellom de ulike aktørene.

Problemstilling

Hvordan blir nødvendig helsehjelp og tilstrekkelig kvalitet vurdert av de ulike aktørene med ansvar for omsorgstjenester i kommunen , og hvordan opplever aktørene at ulik forvaltningsmessig ståsted påvirker samhandlingen dem i mellom ?

Innledende spørsmål

Hvilken stilling har du?

Hvor stor stillingsprosent har du (ønskelig med 100 % stilling (eller 75% og oppover), samt erfaring over 2 år).

Hvor gammel er du?

Hvilken fagbakgrunn/utdanning har du?

Hvor lenge har du vært i nåværende stilling?

- **Hvilke stillinger har du hatt tidligere?**
- **Hvilken arbeidserfaring har du fra tidligere?**

1. Forståelse av begrepene nødvendig helsehjelp og tilstrekkelig kvalitet

Hvordan forstår du begrepene nødvendig helsehjelp og kvalitet i hjemmetjenesten og hvilke faktorer opplever du påvirker begrepene, positiv og negativt?

Nødvendig helsehjelp

Hva legger du i begrepet nødvendig helsehjelp innenfor hjemmetjenesten?

Kan du gi eksempel på hva du oppfatter som nødvendig helsehjelp, og hva som *ikke* er nødvendig helsehjelp?

Er nødvendig helsehjelp noe som kan standardiseres, eller bør det tilpasses hver enkelt bruker? Kan du komme med eksempler?

Hvilke behov tenker du (som fagperson) er viktig å få dekket innenfor nødvendig helsehjelp?

- ⇒ **er det noen behov du tenker har mer fokus enn andre? Hvorfor? Kan du komme med eksempel?**
- ⇒ **Tenker du det er en utfordring i din arbeidshverdag å få dekket den enkelte brukers behov for hjelp? Kan du gi eksempel?**

Hvilke fagkompetanse mener du er påkrevd for å kunne yte nødvendig helsehjelp?

- **hvorfor mener du dette er viktig kompetanse?**
- **Har hjemmetjenesten tilstrekkelig kompetanse?**
 - ⇒ **evt hvilke kompetanse tenker du en trenger og hvorfor?**
 - ⇒ **Har samhandlingsreformen bidratt til at kommunen har tilegnet seg mer kompetanse for å sikre brukerne hjelp? Har du eksempel?**
- **Har kommunen fokus på kompetanse?**
 - ⇒ **på hvilke måte (tilbud og støtte til utdanning/videreutdanning)**

- ⇒ **har kommunen utarbeidet kompetanseplan? Blir denne nyttet som et styringsdokument? Er den kjent for de ansatte når de tenker på å tilegne seg mer kompetanse?**
- **Er det lik kompetanse i de ulike enhetene? Kan evt ulikheter medføre risiko for hvordan helsehjelpen utføres og ulik kvalitet på tjenesten?**

Kvalitet

Kvalitet er ikke et entydig begrep, og det er i betydelig grad verdiladet og subjektivt. Det er flere politiske føringer og krav til hva god kvalitet skal være i helsetjenesten. *Forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (2003)* skal bidra til å sikre god kvalitet til brukerne, uavhengig av hvilke kommune en bor i.

Hvordan forstår du begrepet kvalitet?

Hvordan definerer du kvalitet i hjemmetjenesten?

Hva tenker du innebærer kvalitet for

- **brukeren**
- **pårørende**
- **for kommunen**

Kan du gi et eksempel på hva som er god kvalitet og hva som er dårlig kvalitet?

Hva mener du er ”tilstrekkelig” kvalitet og hva er ”utilstrekkelig kvalitet”

Hvilke ”standard” har kommunen på sine tjenester?

⇒ **Hvordan definerer kommunen ”minste standard”**

Har kommunen systemer for ressurstildeling til brukere av hjemmetjenester?

- **Hvordan er dette organisert?**

I kvalitetsforskriften står det at den skal medvirke til at personer som tar imot pleie- og omsorgstjenester etter sosial- og helse lovgivningen, får tilfredsstilt sine grunnleggende behov.

- **Hva tenker du er grunnleggende behov?**

- **Hvordan defineres grunnleggende behov i hos dere og hvordan sikres dette i utførelsen av helsehjelpen som gis?**
- **Hva tenker du har for lite fokus på av grunnleggende behov? Hvorfor? Hva tenke du om det?**

Kvalitetsforskriften er tydelig på viktigheten av opplevelse av respekt, forutsigbarhet, trygghet , mulighet for å få dekket sosiale behov i forhold til tjenestetilbudet som gis.

- Opplever du at brukerne blir møtt med respekt, og vis a versa? Kan du gi eksempel?
- Er tjenestene som skal gis forutsigbar for brukeren? På hvilke måte?
- Mener du at brukeren opplever trygghet i sin møte med hjemmetjenesten? Hvordan?
- Hvordan ligger en til rette for sosial kontakt for bruker? Kan du gi eksempel?
- Mange eldre opplever ensomhet. Hvilke tilbud har kommunen for mulighet til sosialt samvær, fellesskap og aktivitet? Hvem gir opplysninger, eventuelt vedtak om deltakelse i tilbud?

Kvalitetsforskriften er tydelig på at tjenestene skal involverer brukerne, brukermedvirkning, hvor en så langt det er mulig utforme tjenesten i samarbeid med brukeren.

- **I hvilken grad blir brukermedvirkningen ivaretatt? Kan du gi eksempel?**

Kvalitetsforskriften sier at brukeren skal ha en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser.

- **har dere prosedyrer for palliativ behandling?**
- **Hvis JA: Opplever du at prosedyrene blir fulgt?**
- ⇒ **Opplever du at prosedyrene gir deg trygghet i din utførelse av oppgaver?**

Hvis nei: Hvorfor? Hvem har ansvar for at prosedyrer blir fulgt?

⇒ **Føres det avvik om prosedyrer ikke blir fulgt?**

Ja: Hvordan og hvem har ansvar?

Nei: Hvorfor ikke? Hvordan løser en da problemene som oppstår?

- **Hvis Nei: Hvordan følges den palliative brukeren opp?**
- ⇒ **Er det planer om å lage prosedyrer for denne type pleie og behandling?**

- **Har kommunen brukerråd (består av brukere/representanter for brukere av en tjeneste, enhetsleder og ansatte ved tjenesten. Det er en arena for dialog, et sted for fruktbart samspill mellom alle parter hvor det utvikles synspunkter, erfaringer, verdier og fagkunnskap for at tjenestekvaliteten skal bli basert på et bredest mulig grunnlag).**
 - ⇒ **Hvis ja: Hvordan fungere dette?**
 - ⇒ **Hvis nei: Er dette noe som er blitt vurdert?**

Har kommunen en fungerende internkontroll?

- **Hvordan fungerer denne?**
 - ⇒ **Hvor lett tilgjengelig er denne for de ansatte?**
- **Hvordan blir avviksregistrering nyttet?**
 - ⇒ **Hvor lett tilgjengelig er denne for personalet?**
 - ⇒ **Tror du at personalet skriver nok avvik?**
 - ⇒ **Hva skjer med avvikene?**
 - ⇒ **Får personalet tilbakemelding på registrerte avvik?**
 - ⇒ **Hvem har ansvar for dette?**

Utføres det jevnlig brukerundersøkelser?

- **Evt hvor ofte?**
 - ⇒ **Hvordan blir undersøkelsen nyttet i etterkant (kvalitetsforbedring)?**
- **Hvis nei: Har kommunen planer om å gjøre en slik undersøkelse?**
 - ⇒ **Hvorfor ikke?**

I hvilken grad mener du at et vedtak om helsehjelp tilfredsstiller nødvendige krav til kvalitet?

- ⇒ **Har du eksempel?**

Tror du det blir gitt mer- eller mindre helsehjelp enn det vedtaket tilsier?

- ⇒ **Hva tenker du om det?**

- ⇒ **Har du eksempler på at det er blitt gitt mer? Eksempel på at det er blitt gitt for lite?**
- ⇒ **Hva er grunnen? Kan du gi et eksempel på hvorfor?**
- ⇒ **Tenker du at dette kan ha økonomiske konsekvenser?**
- ⇒ **Tenker du at denne fleksibiliteten en lager seg, er en kultur? Hvorfor ?**
- ⇒ **Hvordan tenker du det blir slik?**
- ⇒ **Hva kunne vært annerledes og hvorfor?**

2. Organisering av tjenestene

På hvilken måte tenker du organiseringen av tjenestene har betydning for hvordan nødvendig helsehjelp og kvalitet på hjemmesykepleie utøves?

Til rådmann og leder:

- Hvor mange innbyggere har kommunen?
- Hvor stor andel av innbyggerne mottar hjemmesykepleie?

Hvordan er kommunen organisert?

- **I to-nivå eller tre-nivå?**
- **Hvorfor har kommunen valgt denne modellen?**

(Hierarkisk modell – mange ledernivåer, ansvarsområder er oppdelt og klart avgrenset med linjer oppover og nedover, men gjerne ikke like åpne linjer på tvers av tjenester og fagområder.

- **Hva tenker du er positivt med denne modellen?**
- **Er det noe du ser som negativt ved å være organisert slik?**
- **tenker du dette kan gi utfordringer for eksempel ved tverrfaglig samarbeid?**
- **Hvordan fungerer informasjonsflyten med så mange nivå?**
- **hvordan opplever at lederens mulighet for kontroll av ansvarsområde? Er det stort ansvar?**

Til leder

- **Hvor mange ansatte har du ansvar for?**

- **Hvordan opplever du dette? Er det overkommelig med god oversikt eller er det stort?**
- **Hvordan opplever du at organiseringen har betydning for kommunikasjonsflyten mellom nivåene? Kan du gi eksempel?**
- **Hvordan opplever du som leder at organiseringen bidrar til muligheter for å gjøre beslutninger og disponere ressurser en har til rådighet?**

Flat modell – to-nivå, er basert på at kommunikasjonslinjene er kortere og skal være mer effektive. Lederne som er nærmest brukerne skal ha stor selvstendighet og myndighet til å foreta beslutninger, samt disponere ressursene.

- **Hva ser du som positivt med denne type organisering?**
- **Er det noe du ser som negativt ved å være organisert slik?**
- **Hvordan fungerer det tverrfaglige samarbeidet på tvers av sektorer?**
- **Hvordan fungerer informasjonsflyten mellom de ulike nivå?**

Til leder

- **hvordan opplever du din mulighet for kontroll av ansvarsområde? Er det stort ansvar?**
- **Hvor mange ansatte har du ansvar for?**
- **Hvordan opplever du dette? Er det overkommelig med god oversikt eller er det stort?**
 - ⇒ **Hvordan opplever du at organiseringen har betydning for kommunikasjonsflyten mellom nivåene? Kan du gi eksempel?**
 - ⇒ **Hvordan opplever du som leder at organiseringen bidrar til muligheter for å gjøre beslutninger og disponere ressurser en har til rådighet?**

Tenker du at de ansatte nedad i organisasjonen er orientert om hvordan kommunen er organisert?

Har det betydning for de ansatte hvordan kommunen er organisert?

- **Evt hvorfor?**
- **Har de ansatte har påvirkningsmuligheter for å fremme saker til organisasjonen?**
- **På hvilken måte? Kan du gi eksempel?**

- **Vet de ansatte hvilke tjenestevei de skal gå om de vil fremme saker, for eksempel spørsmål om faglig forsvarlighet?**

Hvordan er hjemmetjenesten organisert (dag/kveld/natt, flere soner, ledelse)?

- **praktiseres det primærsykepleie?**
 - ⇒ **Om JA: Hvordan fungerer dette? Kan du gi eksempler?**
 - ⇒ **Om NEI: Hvordan organiserer en da personalet omkring brukeren? Kan du gi eksempler?**
 - ⇒ **Opplever du at tjenestemottakerne er fornøyd med denne organiseringen?**
- **evt hvor mange (ca) mottar hjemmesykepleie i hver sone?**

Hvordan får brukerne tildelt tjenester? (Forvaltningsenhet/bestillermodell).

- **Evt: Hvem har da ansvar for å lage vedtak?**
- **Har hjemmetjenesten ventelister?**

Har kommunen visjon –og strategiplaner (mål) innenfor helsesektoren?

- **Hvilke?**
- **Hvordan organiseres og praktiseres dette?**
- **Hvilken rolle har du i dette arbeidet?**

Har kommunen utarbeidet en helse- og omsorgsplan?

- **Hva sier denne planen om tjenestene kommunen skal gi til dem som søker hjemmesykepleie?**
- **I hvilken grad er planen kjent i organisasjonen?**
- **Hva gjør du for å gjøre den kjent i organisasjonen?**
- **Blir den brukt som et styringsdokument i tjenesten?**
- **Hvordan blir dette fulgt opp i organisasjonen?**
- **Er innbyggerne/brukerne kjent med helse- og omsorgsplanen?**
- **Hvem har ansvar for å gjøre innbyggerne kjent med den, og hvordan blir den fulgt opp?**

Har samhandlingsreformen hatt innvirkning på organisering av hjemmetjenestene?

- **på hvilke måte?**

- **Tenker du det er bra eller mindre bra? Har du eksempler?**

3. Profesjonsrollen

Hvilke faktorer påvirker din yrkesrolle i utøvelse av helsehjelp og kvalitet og hvordan handler personalet for å imøtekomme brukerens behov og ønsker? Hvilke handlingsrom, rom for skjønn, har en utover gitt vedtak?

Rådmann/leder:

- **Hva tenker du om din rolle opp mot ansvaret for at kommunen gir nødvendig helsehjelp og kvalitet på hjemmesykepleie til innbyggerne i kommunen.**
 - ⇒ **Hvor synlig tenker du din rolle opp mot sektoren har betydning for både brukerne og personalet?**
 - ⇒ **Et ordtak sier ”at tjenesten blir aldri bedre enn ledelsen av den”. Hva tenker du om dette ordtaket?**
 - ⇒ **Hvordan er samarbeidet med sektorledelse i forbindelse med budsjett og utfordringer som personalet står overfor?**
 - ⇒ **hvordan sørger du for at utfordringer blir tatt tak i?**
 - ⇒ **Har kommunen fokus på kvalitetsforbedring?**
- **Hvilke faktorer opplever du påvirker vurderingen av nødvendig helsehjelp og kvalitet på tjenestene en skal gi innbyggerne?**
 - ⇒ **her tenker jeg på forventninger fra brukerne, spesialisthelsetjenesten, personalgruppen...**
 - ⇒ **hvordan opplever du at tjenestene kommunen gir blir karakterisert av utøverne og brukerne?**

Til leder og øvrig personal:

- **Hvordan får du informasjon om brukeren sine ønsker om helsehjelp? (bruker, pårørende, sykehus, rapporteringsrutiner)**

- **Hvordan skaffer du deg nødvendig informasjon om brukeren?**
- **Hvilke dokumentasjonssystem bruker dere?**
- **Hva gjøres med informasjonen en mottar om brukeren?**
- **Hvem har ansvar for utarbeiding av vedtak og hvordan gjøres dette?**
 - ⇒ **Kartleggingsbesøk? Kan du gi eksempler?**
 - ⇒ **Hvilke kartleggingsverktøy nyttes?**
 - ⇒ **Har kommunen egne kartleggingsverktøy, som supplement?**

Hvordan blir vedtakene klassifisert? Tid/kostnad?

- ⇒ **For eksempel hvor lang tid og kostnad bruker en på medisinerings, sårstell, dusj?**
 - ⇒ **Hvor mye bestemmer vedtaket innholdet i tjenesten?**
 - ⇒ **Kan bruker klage på vedtaket?**
 - ⇒ **Når det er mottatt klager, blir det tatt til følge? Hva skal til for at det blir tatt til følge?**
- **Blir brukermedvirkning ivaretatt? Hvordan?**
 - **Hvordan definerer og ivaretar en brukerens grunnleggende behov?**
 - ⇒ **Kan du komme med et eksempel på saker der bruker har hatt reell medvirkning?**
 - ⇒ **Vet du om eksempler der bruker ikke blir hørt – og hvilke begrunnelse blir da vektlagt?**
 - ⇒ **Hvordan blir evt avslag håndtert?**
 - **Hvor ofte blir vedtakene evaluert? Regelmessig, ved behov? Hvem melder i så fall behov?**
 - **Hvem evaluerer/justerer vedtakene? Hvordan gjøres dette?**
 - **Hvem er involvert i evalueringen? (bruker/pårørende/utfører)**

Faglig forsvarlighet er et begrep som ofte nyttes.

- **Hva innebærer begrepet faglig forsvarlig?**
- **Hvem er det som bestemmer hva som er faglig forsvarlig? Kan du gi eksempler? (for eksempel bruken av ufaglærte i hjemmetjenesten)**

- **Kan du gi eksempler på når en tjeneste ikke er faglig forsvarlig?**
 - ⇒ **Hvorfor er det ikke faglig forsvarlig?**
 - ⇒ **Hva gjør du når du opplever at tjenesten ikke er forsvarlig?**
 - ⇒ **Opplever du at din vurdering blir hørt, at det blir gjort en forbedring?**
- **om nei: Hva gjør du da?**
- **Hvem har ansvaret for forbedringen og hvordan blir evt forbedringen gjennomført?**

- **Hvilke utfordringer opplever du i hverdagen er med på å svekke tilbudet om nødvendig helsehjelp og kvalitet på tjenestene du har ansvar for?**
 - ⇒ **Kan du gi eksempler?**
 - Eks: arbeidspress? Personlig og hos arbeidstakerne?**
 - Hva med ressurser? Er det nok tilgjengelig?**
 - Hva med kompetanse?**
 - ⇒ **Hvilke utfordringer gir dette, både i forhold til det praktiske arbeidet og organisasjonen for øvrig? Kan du gi eksempler?**

- **Opplever du at du har handlingsrom i din arbeidshverdag, at du har mulighet til selv å vurdere og fatte beslutninger innenfor visse rammer i arbeidsdagen din?**
 - ⇒ **Hvordan nytter du dette handlingsrommet?**
 - ⇒ **Er dette innlagt handlingsrom i arbeidsplanen?**
 - ⇒ **Hvilke konsekvenser får det for brukerne om du går ut over gitt vedtak?**
 - ⇒ **Gir du tilbakemelding til forvaltning når det blir ytt mer helsehjelp enn vedtak tilsier?**
- **hvis ja: hva skjer da?**
- **Hvis nei: hvorfor ikke?**
 - ⇒ **Har handlingsrommet konsekvenser for vedtakene?**
 - ⇒ **Får det innvirkning på samarbeidet mellom aktørene (utøvere, leder, forvaltning)?**
 - ⇒ **Er mer helsehjelp gitt med utgangspunkt i skjønn eller er det en kultur?**
 - ⇒ **Blir gitt mer helsehjelp dokumentert? Hva blir da gjort med det? Blir vedtakene evaluert?**
 - ⇒ **Blir handlingsrommet akseptert? Av hvem?**

⇒ **Hvilke signaler tenker du dette gir?**

Er det spesielle forhold innenfor sektoren som du ser som spesielt utfordrende for din rolle som

- **Kan du gi eksempler?**
 - **Hvorfor er dette vanskelig?**
 - **Hvordan prioriterer du for å løse utfordringene?**
- ⇒ **Hvem er i fokus? Brukerne, pårørende eller utøverne?**

4. Samhandling/samarbeid/kommunikasjon

På hvilken måte blir samhandling og kommunikasjon mellom de ulike aktørene med ansvar for helsehjelp i hjemmetjenesten tilrettelagt og hvordan fungerer samhandlingen dere i mellom?

Tenker du at størrelsen på kommunen har betydning for hvilke tjenester og kvalitet en gir?

- **Eks. Dette er en liten kommune. Hvilken fordeler tror du dette har når det gjelder å sikre kvaliteten på hjemmebaserte tjenester. Hva er ulempene?**
 - **Eller: Dette er en stor kommune: Hvilke..... Hva er ulempene?**
- Hvorfor? Kan du komme med eksempel?**

Kan kommunen sin organisering (hierarkisk/flat modell) har betydning for hvilke tjenester og kvalitet en yter innbyggerne?

- **Hvorfor tror du? Kan du komme med eksempel?**

Hvordan opplever du at informasjonsflyten er mellom de ulike aktørene på stigen? Da tenker jeg på nærsamarbeid og fjernsamarbeid – på de ulike forvaltningsnivåene.

- ⇒ **Kan du gi eksempler?**
- ⇒ **Hvem har ansvar for informasjonsflyten?**
- ⇒ **Hvordan fungerer dette?**
- ⇒ **Når informasjonen fram der den skal- og til rett tidspunkt?**

Hvordan opplever du at samarbeidet er mellom aktørene?

(rådmann/ledelse/forvaltning/sykepleier/omsorgsarbeider)

- **hvorfor tenker du det er slik?**

- **Kan du gi eksempler på godt- og mindre godt samarbeid, både oppad og nedad i organisasjonen?**
 - ⇒ **Hvorfor tenker du det ble/er slik?**

- **Hva er utfordrende i samarbeidet mellom de ulike forvaltningsnivå? Kan du gi eksempler?**
- **Hva kunne vært bedre? Hvorfor?**
- **Hvordan ligger du forholdene til rette for samhandling mellom de ulike aktørene?**
- **Er organisasjonen lydhør overfor utfordringer som oppstår?**
- **Er det felles arena for samhandling? Faste møter?**
- **Hva tenker du en kunne vært bedre på? Hvorfor og på hvilken måte?**

5. Økonomi

I hvilken grad har kommunens økonomi påvirkning på tjenestene som gis?

- **På hvilken måte? Kan du komme med eksempler?**
- **Hvordan prioriterer du i henhold til ditt arbeidsforhold?**
- **Hva legger du til grunn for prioriteringene?**
- **Er det noen prioriteringer som er vanskeligere enn andre? Har du eksempel?**
 - ⇒ **Har du et eksempel på en god prioritering?**

Hva tenker du om brukerens forventninger til tjenesten (og lovverket; som kommunehelsetjeneste loven, kvalitetsforskriften, fokus på brukermedvirkning) de skal motta opp mot økonomi?

- **Er dette vanskelig å imøtekomme?**
 - ⇒ **Hvorfor? Har du eksempler?**
 - ⇒ **Hvis økonomien er utfordrende og tjenestene må reduseres, hvordan informeres da brukerne?**

⇒ **Er det prosedyrer på dette? Fungerer dette?**

- **Hjemmetjenesten har ofte stor variasjon i brukertall og brukernes behov noe som medfører utfordringer med budsjettering. Hvor ofte blir budsjettet i hjemmetjenesten justert?**
- **Er denne justeringen nødvendig med tanke på å kunne yte nødvendig helsehjelp og gi god kvalitet på tjenestene til innbyggerne?**
⇒ **på hvilken måte?**

Jeg har ved flere anledninger fått høre at utøver-rollen yter ”for god helsehjelp”, noe kommunen ikke har råd til.

- **Hva tenker du om dette?**
- **Stemmer dette overens med din (faglige) oppfatning av utøvelsen og kvaliteten på helsehjelpen som ytes? Hvordan?**

Hvordan defineres ”minstestandard” på tjenester hos dere?

- **Kan du gi noen eksempler?**

Har samhandlingsreformen gitt økonomiske utfordringer i henhold til hjemmetjenestene?

- **Hvilke? Hvordan? Hvorfor?**
- **Hvilke konsekvenser har dette fått for hjemmetjenesten? Gi eksempel**
- **Er utfordringene blitt gjort noe med? Hvordan?**
- **Hva tenker du om det?**

Avslutningsspørsmål

Er det noe du ønsker å tilføre?

Noe som du tenker er viktig å gå belyst som vi ikke har vært innom?



Olina Kollbotn
Institutt for samfunnsvitenskap Høgskulen i Sogn og Fjordane
Vie, Postboks 523
6800 FØRDE

Harald Hårfagres gate
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 10.12.2015

Vår ref: 45949 / 3 / ASF

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.12.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

45949	<i>Helsehjelp og kvalitet - sett ut fra ulike aktørers perspektiv</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Olina Kollbotn</i>
Student	<i>Anne Berit Jørgensen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.08.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Amalie Statland Fantoft

Kontaktperson: Amalie Statland Fantoft tlf: 55 58 36 41

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SUE, Universitetet i Tromsø, 9007 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 26. nerfmas@svt.uib.no



Deltagerne i studien informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet. Personvernombudet anbefaler at det gis informasjon om at full anonymitet ikke kan garanteres fordi deltakerne vil kunne kjenne igjen hverandre i publikasjonen.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskulen i Sogn og Fjordane sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc og mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 31.08.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres.

Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak