



# MASTEROPPGAVE

Hvordan opplever hjelper førstegangssamtalen med eldre ved innsøking av tjenester fra hjemmetjenesten?

How do the helper`s experience first-time conversation with the elderly who seek services from home care service?

**Tove Omdal**

Masterstudium i organisasjon og leiing, helse- og velferdsløing og utdanningsleiing.

Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap. Institutt for samfunnsvitenskap.

14.6.2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## Sammendrag

Tema i denne studien er hvordan hjelper opplever førstegangssamtalen med eldre. Oppgaven har til hensikt å få kunnskap om hvilke faktorer som påvirker hjelpers opplevelse av førstegangssamtalen.

Studien bygger på kvalitativt metode, da dette er en metode som egner seg for å søke forståelse på menneskelige erfaringer gjennom fortolkninger. Svarene på problemstillingen bygger på kunnskap innhentet via fokusgruppeintervju i møte med deltakere fra praksisfeltet.

Studien peker på flere faktorer som har betydning for hjelpers opplevelse av førstegangssamtalen. Det vises blant annet til manglende felles rutiner for gjennomføring av førstegangssamtalen. Videre blir hjelpers opplevelse av å inneha flere roller, trukket frem. Her fremkommer det at hjelper er både leder, saksbehandler og tjenesteyter. Dette fører til at hjelper i møte med eldre opplever å inneha dobbeltrolle. Dette for at de møter den eldre både som saksbehandler og tjenesteyter. Noe som innebærer å ivareta både den eldres behov for hjelp og organisasjonens bestemmelser.

For å kunne yte gode tjenester fremholder hjelper at det er behov for felles kartleggingsverktøy, og samarbeid på alle nivå. Dette for at omgjøring av uttrykt behov for tjenester gjøres på bakgrunn av skjønnsmessige vurderinger, noe som påvirker deres opplevelse av førstegangssamtalen.

## Summary

Theme in this study is how the helper experience the conversation with the elderly who seek services from home care services.

The study builds on qualitative method, as this is a method that is suitable for searching understanding on human experiences through interpretations. The answers to the problem are based on the knowledge obtained through focus group interview in meeting with participants from the practice field.

The study points to several factors that affect the helper's experience of first-time conversation. It shows among other things to the lack of common procedures of the first-time conversation. Furthermore, the experience of having multiple roles is highlighted. Here it the helper leaders, the manager, the case manager and the service provider. This causes the helper in the encounter with the elderly to experience a double role. This is because they meet the elderly both as case officer and service provider. This entails ensuring both the need for help for the elderly and the organization's provisions.

In order to deliver good services, there is a need for common tools and cooperation at all levels. This means that the expressed need for services is converted on the basis of discretionary assessments, which affects their experience with the first- time conversation.

## TAKK!

Jeg ser på meg selv som privilegert som har fått mulighet til å studere i flere år, og nå fullføre studie med å skrive masteroppgave. Det har vært en lang reise, med mange skjær i sjøen, så jeg er svært glad for at jeg har hatt personer rundt meg som har hatt troen på meg, og som har støttet meg hele veien.

Takk til veileder som har stått på sidelinjen, og med jevne mellomrom gitt lyd i fra seg, og vis at hun er der om jeg trenger råde og veiledning. Uten dette hadde jeg ikke kommet dit jeg er nå.

Takk til informantene som har gitt av sin tid for at jeg skulle få kunnskap fra praksisfeltet til bruk i oppgaven min.

Takk til arbeidsgiver som har støttet meg, hatt tro på meg og som gav meg permisjon for at jeg skulle kunne sitte og jobbe intensivt med oppgaven, slik at jeg skulle kunne fullføre studiet. Uten denne støtten hadde jeg aldri klart å komme gjennom dette.

Takk til venner som har vært der, og vist at de skal vente på meg til jeg er klar for å ta del i det sosiale liv igjen. Takk til mine barn og min allerbeste venn og samboer for at dere har holdt ut med meg i denne perioden, og latt meg får reise på hytta og sitte der i flere dager og bare jobbe med oppgaven. Jeg er umåtelig stolt og glad for deres raushet.

Kvinnherad 9.6.2019

Tove Omdal

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	1
Summary .....	2
TAKK! .....	3
1.0 Innledning.....	7
1.2 Problemstilling.....	8
1.3 Litteratur søk.....	8
1.4 Oppgavens oppbygning og struktur.....	9
1.5 Begrepsavklaring .....	9
1.6 Offentlige publikasjoner .....	11
1.7. Lovgivning for helse- og omsorgstjenester .....	13
2.0. Kunnskapsstatus .....	15
2.1. Tidligere forskning .....	15
3.0. Teori .....	21
Når hjelpebehovet melder seg .....	21
3.1 Førstegangssamtalen.....	21
3.2 Kommunikasjon.....	23
3.3 Tverrfaglig samarbeid.....	25
3.4 Profesjonsteori .....	26
3.5 Institusjonell- og strukturell instrumentell tilnærming .....	29
3.6. Lipsky bakkebyråkrati .....	30
4.0 Metode.....	31
4.1 Kvalitativt metode .....	32
4.2 Egen forforståelse .....	32
4.3 Utvalg .....	33
4.4 Fokusgruppeintervju .....	34
4.5 Transkribering .....	38

4.6 Analyseprosessen.....	39
4.7 Etske hensyn.....	43
4.8 Studiens styrker og svakheter .....	44
5.0 Presentasjon av empiriske funn.....	45
5.1 Det første møte .....	46
Reservert holdning.....	46
Ulikt syn på den eldres behov for hjelp.....	46
Bilde av hvem den eldre er .....	48
5.2 Organisering .....	50
Individuell tilpassing .....	50
Felles verktøy .....	51
Samarbeid er gull verdt.....	51
Manglende ressurser fører til at en kommer for seint inn med tjenester .....	53
5.3 Bakkebyråkrater.....	54
Dobbel rolle .....	54
Ny kunnskap.....	55
6.0 Drøfting .....	57
6.1 Eldre møter hjelper med reservert holdning .....	57
Manglende eller feile opplysninger .....	59
Pårørende en viktig ressurs.....	60
Individuell tilpassing tar tid.....	62
6.2 Organisering av tjenestene.....	63
Skjønnsbaserte vurderinger medfører behov for samarbeid.....	64
Hjelpers handlings rom.....	65
Strengere kriterier for tildeling av tjenester der tykket er størst.....	66
6.3 Bakkebyråkrater.....	67
Dobbelt rolle .....	68

Konsekvenser for praksis og behov for videre forskning.....	69
7.0 Konklusjon .....	69
8.0 Referanseliste .....	71
Tabell .....	75
Vedlegg 1. ....	76
Intervjuguide .....	76
Vedlegg 2 .....	78
MELDESKJEMA.....	78
Vedlegg 3 .....	87
Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet med problemstilling .....	87
Samtykke til deltakelse i PROSJEKTET .....	89

## 1.0 Innledning

Temaet i oppgaven er hvordan tilsette i hjemmetjenesten opplever førstegangssamtalen med eldre som søker tjenester fra hjemmetjenesten for første gang, og hvilke føringer som legges til grunn for samtalens innhold. Oppgaven har til hensikt å få en forståelse for om tilsette som gjennomfører denne samtalen opplever å ha nødvendig verktøy og kunnskap til å gjennomføre førstegangssamtalen med eldre som ikke har hatt hjelp fra hjemmetjenesten tidligere.

I deler av dette kapitlet har jeg hentet tekst og omarbeidet den fra eksamensoppgaven min i kurs ORG502 styring, omstilling og ledelse 2017 som var et forberedende arbeid i forbindelse med teoridelen til masteroppgaven organisasjon og ledelse.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er viktig, og blir i årene fremover stadig viktigere for å møte befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester.

Helse- og omsorgstjenestene står ovenfor store utfordringer i årene frem over. Befolkningens sammensetning endres, og kompleksiteten i oppgavene øker. Den offentlige omsorgstjenesten har hatt stor utvikling og har endret seg fra å være tjenester stort sett for eldre til å være omsorgstjenester for alle aldersgrupper, med et mangfold av diagnoser, funksjonsnedsettelse og tilstander. Noen er avhengig av tjenester fra de er født og er avhengig av tjenestene hele livet, mens andre mottar tjenester for kortere periode av livet. I årene fremover er det de demografiske utfordringene med økt andel av eldre i befolkningen som har fått det store fokuset og som blir problematisert. Det har i kjølevann av dette oppstått et begrep for å beskrive den veksten av antall eldre som vi er forespeilet vil komme gjennom befolkningsframskriving utført av Statistisksentralbyrå (2008). Begrepet "eldre bølgen" slo om seg, og gav et metaforisk bilde på det som ble gjort kjent ventet oss av antall eldre som ville komme i årene fremover, og som pleie- og omsorg måtte rigge sine tjenester for å kunne ta i mot.

Det er publisert flere stortingsmeldinger som vektlegger og foreslår endringer i tjenesteytingen for at det offentlige skal være rede til å utøve gode helse- og omsorgstjenester i framtiden. I stortingsmelding 10. *Trygge og gode tjenester* (Helse- og omsorgsdepartementet 2007) frem holdes det at et tegn på gode tjenester er at pasient og brukers behov skal stå i sentrum. Det heter seg i stortingsmeldingen at regjeringen vil bidra til at pasient og bruker i større grad skal oppleve tjenestene mer tilgjengelig og helhetlig. En sterk omsorgstjeneste bør



skapes sammen med innbyggerne, der en vektlegger at innbyggerne tar ansvar for eget liv, og er bevist hva som er viktig for dem når de opplever å bli skadet eller få sviktende helse heter det i stortingsmeldingen.

I følge Statistisk sentralbyrå (SSB) (2018) mottok 6,8 prosent av Norges totale befolkning en eller flere helse- og omsorgstjenester i 2017. Antall brukere og andelen som mottar helse- og omsorgstjenester øker med alderen. I følge SSB hadde 1 av 10 i aldersgruppen 67- 79 år helse- og omsorgstjenester. Dette utgjør 12,6 prosent av antall eldre i denne aldersgruppen. I aldersgruppen 80-89 år er halvparten i denne aldersgruppen brukere av disse tjenestene, og i alderen 90 år og eldre er 90 prosent brukere av en eller flere pleie- og omsorgstjenester (SSB 2018). Tall fra SSB viser at det i 2017 ble registrert 78 000 nye mottakere av pleie- og omsorgstjenester. 18 000 av disse hadde mottatt pleie- og omsorgstjenester tidligere, men der tjenestene var avsluttet. 60 000 av de nyregistrerte var ikke registrert med tjenester tidligere og var med det, helt nye tjeneste mottakere innen pleie- og omsorg (Kommunale helse- og omsorgs tjenester 2018).

Med en slik stor andel nye tjenestemottakere årlig innebærer dette for tjenesteyterne i pleie- og omsorgstjenesten at en stor del av deres arbeid medfører å møte nye tjenestemottakere til en førstegangssamtale. Dette er bakgrunnen for min problemstilling.

## **1.2 Problemstilling**

*Hvordan opplever hjelper førstegangssamtalen med eldre ved innsøking av tjenester fra hjemmetjenesten?*

## **1.3 Litteratur søk**

Jeg har søkt i både norske og internasjonale kilder for å få oversikt over hva som finnes av publisert litteratur innen feltet jeg har valgt (Graverholdt, Jamtvedt, Nordtvedt & Reinart 2007). Jeg har anvendt databasene Google scholar, Swemed+, PubMed, BMJ Evidence Based Nursing, Helsebiblioteket og Idunn. For å finne søkeord har jeg benyttet Swemed+ (Graverholdt, Jamtvedt, Nordtvedt & Reinart 2007). Jeg valgt søkeord som: communication, first- time conversation, home care services, aged, kartlegging, eldre, førstegangssamtale,

samtale, innsøking av tjenester, hjemmetjenesten. For å få overblikk over hva som fantes av litteratur søkte jeg etter oppsummert forskning.

Etter mine søk har jeg ikke lyktes med å finne noe som omhandler direkte førstegang samtale ved innsøking av tjenester fra hjemmetjenesten for førstegang, men jeg finner forskning på eldre, organisering av hjemmesykepleien, samarbeid mellom hjemmetjenesten og andre instanser og sykepleiers opplevelse av og arbeid i hjemmetjenesten. Studiene jeg velger å ta med i oppgaven omhandler tema mine informanter kom innom gjennom intervjuene jeg gjennomførte, og er med det aktuelle for oppgaven min.

Da jeg ikke har funnet kunnskap om hjelpers opplevelse av å samtale med den eldre som søker pleie- og omsorgstjenester for førstegang, ser jeg det som et felt det bør forskes på. Dette for at jeg tenker det har betydning for den eldre hvordan pleie- og omsorgstjenestene utformes, og hjelpers opplevelse av førstegangssamtalen vil være et viktig bidrag her.

#### **1.4 Oppgavens oppbygning og struktur**

I første kapittel vil jeg presentere bakgrunn for oppgaven, lovverk som er aktuelt og begrepsavklaring som har betydning for problemstillingen. I andre kapittelet vil jeg presentere kunnskapsstatus med føringer av offentlige publikasjoner og forskning. teorier som jeg støtter meg til i oppgaven, i tredje kapittel vil jeg presentere teorier som jeg støtter meg til i oppgaven. I fjerde kapittel vil jeg gjøre rede for design og metodevalg, i femte kapittel presenter jeg analyse av empirien som jeg har samlet inn gjennom kvalitativt intervju. I sjette kapittel som er diskusjonsdelen vil jeg drøfte funn opp mot tidligere forskning og teori. I siste og sjuende kapittel presenterer jeg mine funn.

#### **1.5 Begrepsavklaring**

Jeg vil her definere noen begrep som er sentrale i min oppgave. Dette gjør jeg for å gi leserne en forståelse i hva jeg legger i disse begrepene i denne oppgaven.

## **Eldre**

Eldre blir i denne sammenheng regnet som personer over 65 år. I boken *Geriatri i praksis* defineres eldre til å være i aldersspennet 65- 79 år. De i aldersgruppen over 80 år blir definert som eldste eldre (Laake 2003).

## **Tjenestemottaker, bruker, pasient**

I oppgaven bruker jeg begrepet tjenestemottaker, pasient, bruker og eldre. Jeg bruker *tjenestemottaker* når jeg henviser til offentlige publikasjoner, der dette er brukt i publikasjonen, Jeg velger å bruke begrepet *pasient* når jeg omtaler og gjengir lovgivninger. Pasient blir i pasient- og brukerrettighetsloven definert som en person som henvender seg til pleie- og omsorgstjenesten og ber om helsehjelp, eller som blir gitt eller tilbydd helsehjelp i det enkelte tilfelle fra helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet 1999).

Bruker blir definert som: en person som ber om, eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp.

Helsehjelp blir definert som: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell.

Jeg bruker begrepene bruker, eldre og tjenestemottaker likestilt i oppgaven. Dette gjør jeg for at min oppgave omhandler førstegangssamtalen. Dette er det første møte en har med pleie- og omsorgstjenestene, og det er på bakgrunn av denne samtalen en eventuelt fatter vedtak om pleie- og omsorgstjenester.

## **Hjelper- tjenesteyter**

Begrepet hjelper og tjenesteyter bruker jeg om hverandre for å få variasjon i teksten i oppgaven, og jeg nytter disse begrepene om dem som yter tjenester fra pleie- og omsorg. En hjelper/ tjenesteyter blir i denne sammenheng en person med fagkunnskaper innenfor det arbeidsfeltet hun jobber og som er sett til å ha ansvar for å gjennomføre førstegangssamtalen og iverksette tiltak ut i fra hvilke tjenester den eldre har behov for fra pleie- og omsorg (Grimen 2008). I oppgaven er hjelper likestilt med sykepleier.

## **Førstegangssamtalen**

Førstegangssamtale er den første samtalen den eldre har med pleie- og omsorg i hjemme sitt etter å ha søkt om pleie- og omsorgstjenester. En søknad om hjelp kommer i stand etter at den eldre eller andre som har kjennskap til den eldre oppgir at den eldre ikke mestre

hverdagsaktivitet som egenomsorg selv og trenger hjelp til å få utført disse oppgaver. Slik hjelp kan være av kort varighet eller vare livet ut (Helse- og omsorgsdepartementet 2014-2015).

## **1.6 Offentlige publikasjoner**

Det er i de senere årene lagt stor vekt på å involvere eldre og deres representanter i offentlige føringer som er utarbeidet. I St.meld. 26. *Primærhelsemeldingen* fremkommer det at regjeringen ønske er å skape pasientens helsetjenester, der pasienten skal stå i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenestene. I meldingen fremkommer det at målsettingen er at ingen beslutninger skal tas uten at den involverte er med i beslutningen (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). St. meld 15 blir det vektlagt at eldre og deres representanter skal være med å rigge tjenestene slik at de støtter fremtidens behov for omsorgstjenester, samt forberede eldre til å være rustet til å møte alderdommen, og ta valgt som gjelder f.eks. bolig (Helse- og omsorgsdepartementet 2017). Brukermedvirkning er også nedfelt i brukerrettighetsloven § 3 (Helse- og omsorgsdepartementet 2018) og i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten § 3. (Helse- og omsorgsdepartementet 2003). Hjelper som er den forlengende arm, og igangsetter av offentlige bestemmelser, også kalt bakkebyråkraten har en viktig oppgave med å påse at brukermedvirkning blir vektlagt i alle ledd i pleie- og omsorgstjenesten. De må i møte med den eldre være bevist den eldres rettigheter, slik at det legges til rette for at den eldre får formidlet hva som er viktig for dem i førstegangssamtalen, og at en med det sikre å komme dit at ingen beslutninger blir tatt uten at den eldre er involvert.

Tidlig innsats, aktivisering, rehabilitering og nettverksarbeid er noe av det som blir trukket frem som viktige områder og ha fokus på i omsorgstjenesten fremover i St. meld. 29.

*Morgendagens omsorg* (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Da *Samhandlingsreformen* (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009) ble lansert ville en med denne reformen legge til rette for at pasientenes medvirkning og pasientmakt skulle økes og bli mer reel. Dette skulle gjøres både på pasientnivå og på pasient- og brukerorganisasjons nivå, og ble sett på som viktig satsning for å kunne møte de demografiske, samfunnsmessige og helsemessige utfordringene en så ville komme med økning av antall eldre (Helse- og omsorgsdepartementet 2008- 2009).

Samhandlingsreformen ble sett på som en retningsreform som skulle danne grunnlaget for endringer av det offentlige helsevesenet (Helse- og omsorgsdepartementet 2008- 2009). Flere av oppgavene som tidligere var tillagt spesialisthelsetjenesten skulle nå overføres kommunene, og kommunene skulle få økt ramme gjennom helse- og omsorgsbevilgningene. En av intensjonene med samhandlingsreformen var å sikre et sømløst helsevesen, med koordinerte tjenester og tilrettelegge for større innsats for å forebygge og begrense sykdom. Dette skulle gjøres ved å legge tilrette for pasientdeltagelse i eget forebyggings, behandlings, rehabiliterende omsorgsopplegg. For å nå dette målet skulle tjenesteyter sørge for at tjenestemottaker skulle få delta i utforming av sine egne omsorgstjenester. Dette skulle gjøres ved å ta utgangspunkt i den enkeltes behov for hjelp, og ved å møte bruker av tjenestene med respekt for deres synspunkt og ønsker. I tillegg skulle det tilrettelegges for deltaking fra pasient- og brukerorganisasjoner på systemnivå (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009).

Mange av reformens intensjoner ble innført i pleie- og omsorgstjenestene, men forskning viser at tjenestene glipper på viktige og pasientnære oppgaver. I *Morgendagens omsorg* (Helse- og omsorgsdepartementet 2012- 2013) som kom noen år etter innføring av samhandlingsreformen vises det til at en ikke er kommet helt dit Samhandlingsreformen utpeker sin retning. St. Meld 29 fremholder at forskning på pleie- og omsorgstjenestene viste at tjenestene ofte komme seint inn, og ikke er like gode på å ivareta forebyggende tiltak, opptrening, rehabilitering og tilrettelegge for sosiale og kulturelle aktivitet, noe samhandlingsreformen sier er viktig for å utsette behovet for pleie og omsorgstjenester.

I 2018 kom det en rapport utarbeidet av Menon Economics der de konkluderer med at lovnaden den daværende regjering gav om at samhandlingsreformen eksplisitt skulle styrke kommunens økonomiske rammer, og at en større del av veksten innen helsebudsjettet skulle komme kommunen til gode har vært feil slått. Videre konkluderer de med i rapporten at samhandlingsreformen i liten grad har ført til økt kapasitet i helse- og omsorgssektoren i kommunen. De viser også til at kompetansen på helse- og omsorgsområdet i kommunen kun i begrenset grad har blitt styrket i møte med flere og mer krevende pasienter enn tidligere (Menon Economics 2018)

Da Helse- og omsorgsdepartementet lanserte St.meld. 15 *Leve hele livet* i 2017 ble denne presentert som en kvalitetsreform. En ville med denne meldingen komme med nye tiltak for blant annet å nå målsetningen med å bidra til at eldre får bedre hjelp og støtte til å mestre

livet. I kvalitetsreformen legges det vekt på at eldres tjenestetilbud skal ta utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte. Et sentralt virkemiddel som blir presentert er personsentrert tilnærming, der den eldre skal ha velkomstsamtale med hjelpeapparatet ved innsøking av tjenester. I stortingsmelding leve hele livet blir personsentrert tilnærming beskrevet som en tilnærming der en ser hele mennesket, ikke bare sykdom og funksjonsvikt. Målet med denne tilnæringsmetoden er at hver enkelt tjenestemottaker skal få ta i bruk sine ressurser og opprettholde et selvstendig liv så langt så mulig. Tjenestemottakers livsfortelling, verdier og preferanser skal danne utgangspunktet for utforming og gjennomføring av tjenestetilbudet (Helse- og omsorgsdepartementet 2018).

### **1.7. Lovgivning for helse- og omsorgstjenester**

Det er flere lovgivninger som regulerer helse- og omsorgsarbeiderne sitt arbeid, pasientenes rettigheter og virksomhetens organisering. Disse lovgivningene glir mye i hverandre med at det som er plikt i den ene lovgivningen gir rettighet i en annen lovgivning. Helsepersonell har plikt til å kjenne til lovgivninger som regulerer deres arbeid. I denne oppgaven trekker jeg bare inn deler av lovgivningene og det jeg vurderer har størst relevans for oppgaven.

Helsepersonelloven er en lovgivning som skal bidra til sikkerhet for pasient og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, samt skape tillit til helse- og omsorgspersonell og omsorgstjenestene. Loven stiller krav til helsepersonells yrkesutøvelse, og fremholder at helsepersonell skal utøve sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet om omsorgsfullhjelp som forventes ut fra helsepersonells kvalifikasjoner, arbeidets art og situasjon. Det stilles også krav til organisering av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester. Her heter det i helsepersonelloven at virksomheten skal organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (Helse- og omsorgsdepartementet 1999).

Pasient- og brukerrettighetsloven legger føringer for pasientens rettigheter og med det helsepersonell og helse- og omsorgstjenestenes plikter. Formålet med denne lovgivningen er å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet. Den skal bidra til å fremme tillitsforhold mellom pasient og helse- og omsorgstjenestene, samt sikre ivaretaking av den enkelte pasients liv, integritet og likeverd. Den som mottar pleie- og omsorgstjenester har rett til å medvirke ved gjennomføring av tjenestene. Det fremkommer i loven at bruker har rett til

å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer (Helse- og omsorgsdepartementet 1999).

En annen lovgivning som legger føringer for kommunale helse- og omsorgstjenester er helse- og omsorgstjenesteloven. Formålet med denne lovgivningen er blant annet å sikre den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og ha et aktiv og meningsfylt tilværelse. Lovens formål er også å sikre at tjenestetilbudet har kvalitet, og at det jobbes kontinuerlig med systematisk kvalitetsforbedring. Loven legger føringer for at det skal sikres tilstrekkelig fagkompetanse i tjenesten, og at det gis likeverdige tjenestetilbud. Videre skal det sikre samhandling, tilgjengelig tjeneste og sikre at tilbudet tilpasses hver enkelt sitt behov, og at tjeneste tilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet (Helse- og omsorgsdepartementet 2011).

## 2.0. Kunnskapsstatus

I deler av dette kapitlet har jeg hentet tekst og omarbeidet dette fra eksamensoppgaven min i ORG502 styring, omstilling og ledelse 2017 som var et forberedende arbeid i forbindelse med teoridelen til masteroppgaven organisasjon og ledelse.

Det legges tydelige politiske føringer for at fremtidens helsetjenester må forbedres og at det i årene fremover blir stadig viktigere å møte utfordringene og befolkningens behov for helse og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Helsetjenestenes hovedoppgave er å gi trygghet med å tilrettelegge for gode tjenester, god behandling og omsorg til tjenestemottaker ved å opprette helhetlige, koordinerte og samordnende tjenester (Arntzen 2014). Endringer i samfunnet og helse- og omsorgstjenestens oppdrag vil påvirke de kommunale tjenestene og tjenesteyterne. Det innebærer at en må endre arbeidsformer og arbeidsinndeling, samhandle mer og legge vekt på brukermedvirkning. Tjenestemottakers stemme skal høres og vektlegges gjennom utforming av tjenestene som blir tilbydd, der en vektlegger mestring og muligheter. For å få til dette er det behov for en felles oppfatning av hva samfunnsoppdraget er, og det må gjenspeile seg i retningslinjer kommunen utarbeider (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Det er en rekke ulike utfordringer innen for det offentlige helsevesenet. Utfordringene går blant annet på kompleksiteten i sykdomsbildet til dem i befolkningen som trenger helse og omsorgstjenester, befolkningsøkning av eldre, samtidig som det i årene fremover vil være færre hjelpere og at tjenestene i dag er for fragmenterte. En annen utfordring som vil påvirke helsetjenestene er den stadig økende kostnaden med å drive helsetjenestene slik som i dag. Dette fører til at en vil trenge og omorganisere tjenestene slik at en må satse på koordinerte og sammensatte helse- og omsorgstjenester der en vektlegger forebygging av funksjonssvikt med å tilrettelegge for at en ved første møte med tjenestemottaker bygger på å øke tjenestemottakers mulighet for egen mestring (Helse- og omsorgsdepartementet 2017). For å nå denne målsettingen må en på tvers av helse- og omsorgstjenestene legge føringer for tverrfagligsamarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet 2008- 2009).

## 2.1. Tidligere forskning

Det er gjort en rekke studier som ser på kompleksiteten i omsorgsfelte og sykepleiernes utfordringer i møte med tjenestemottaker, organisering av tjenestene og samarbeid på tvers



med andre instanser. Flere av artiklene jeg har søkt frem viser sprik mellom offentligføringer og dagens organisering.

I en studie gjort av Grimsmo A, Kirchhoff R & Aarseth T (2015) der de ser på samhandlingsreformens organisering i Norge vises det til at reformen har slektskap med helsereformene i våre naboland. Studien trekker frem særtrekk for norske helsetjeneste, der helsetjenestene i alt vesentlig er offentlig eid og drevet, samtidig som de er delt i to adskilte beslutningslinjer. Dette innebærer at vi i Norge har spesialisthelsetjeneste som er statlig, og primærhelsetjeneste som er kommunal. Det er et skarpt skille i eierskap og ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og helsetjenestene er regulert av hvert sitt lovverk, og styrings- og finanssystem. Studien peker på at skille bidrar til tydelig oppgavefordeling, men at det er utfordrende med tanke på kontinuitet og sømløshet i pasientbehandling. Ordet siloer blir ofte brukt for å beskrive organiseringen av det norske helsevesenet. Ved innføring av reformen var bruk av virkemidler sentralt. Et av virkemidlene som ble innført var ordningen med refusjon for utgifter for pasienter som er utskrivingsklare, men som må vente på kommunalt tilbud. Det fremkommer at dette virkemiddelet også anvendes i Sverige og Danmark, men til forskjell fra Norge tar en der mer hensyn til pasientens helsetilstand og behov for planlegging i kommunen ved utskriving. Med samhandlingsreformen ble det innført lovpålagte samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner. Avtalene skulle her støtte opp under målet til samhandlingsreformen om større grad av likeverdighet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det fremholdes at samhandlingsreformens hovedmål var å styrke folkehelsearbeidet i kommunene. Pasientforløpet skulle knyttes direkte til at behov skulle identifiseres, og tjenester skulle settes inn så tidlig som mulig. Målet var å redusere risikoen for funksjonstap og forverring av kronisk sykdom. Dette skulle komme frem gjennom en bedre samhandling hvor pasientens egen mestring skulle stå sentralt. Studien viser til at det er et krevende mål og nå, da mange av pasientene på grunn av sykdom og behandling blir redusert. Det vises også til at kompleksiteten rundt pasientene blir større og større, og de har oftere flere sykdommer.

I en studie gjort av Kassah, Tingvoll & Tønnessen (2016) vises det til utfordringer i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og hjemmetjenesten ved utskriving av pasienter. Det frem kommer at hjemmetjenesten opplever at de har lite å stille opp med når de får meldt utskrivingsklare pasienter, og informasjonen de får er ofte mangelfull. Det kommer også frem i studien at sykepleiere i hjemmetjenesten opplever at pasientene er lovet mer hjelp enn det som hjemmetjenesten kan tilby. Studien viser at samhandlingen mellom

spesialisthelsetjenesten og kommunen ikke er optimal. Makten for å avgjøre om pasienten er utskrivingsklar og kan klare seg med hjelp fra kommunen i egen bolig ligger fortsatt på spesialisthelsenivå, selv om det er kommunen som har ansvar for de kommunale tjenestene. Studien viser et gap mellom hvordan tjenestene fungerer i dag, og optimal organisering, noe det bør sees på for å kunne utvikle kordinerte og sammensatte tjenester mellom første- og andrelinjetjenesten, der makt balansen i utskrivingsforløpet er balansert (Kassah m.fl. 2016).

I en studie basert på et prosjekt på oppdrag av KS der de blant annet ser de på helsetjenestenes mulighet for mer lik beregning av omsorgstjenester har Brunborg og medarbeiderne (2016) intervjuet ledere i ulike kommuner i Norge. Lederne i de ulike kommunene refererer til at deres praksis ved tildeling av førstegangstjenester fra hjemmetjenesten er basert på kartlegging, og vurdering av tjenestemottakers behov. Det er den i tjenesten som har myndighet til slik kartlegging og vurdering som utfører dette. Dette fører til at tjenestemottaker tildeles vedtak og tjenester som er riktig og tilstrekkelig i forhold til behovet (Brunborg B, Schanche P, Sverdrup S, Sørbye L W 2016). Studien viser nytten av kartleggingsverktøy for å få mer lik tildeling av tjenester ut fra tjenestemottakers behov, og at det er fordelaktig for å lykkes at det er fast personal som har myndighet til å tildele tjenester som utfører denne oppgave (Brunborg m.fl. 2016).

Øydgard (2018) ser i sin studie på hvordan saksbehandler omgjør behov til vedtak innen for en bestiller utfører modell. Studien viser til at saksbehandlerne gjennom hele prosessen fra melding om behov til vedtak, gjør et aktivt arbeid for å innpasse behovene i det eksisterende behovshierarkiet av nødvendig tjenester i samsvar med prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå. I studien vises det til at dette i praksis medfører at behovsvurderingene gjenspeiler et begrenset standardisert tjenestetilbud. Videre anføres det at om oppmerksomheten hadde rettet fokuset mot det som selekteres ut underveis i prosessen fra behovet til vedtak ville det kunne gi et tjenestetilbud mer tilpasset bruker og pårørendes hverdag (Øydgard G 2018).

Gjennom utdanningen som offentlig godkjent sykepleier blir en opplært til å være kostnadsbevisst, og forvalte offentlige kroner best mulig. Dyrdal og Heggen (2009) ser på sykepleiers profesjonelle ansvar, og på spenningen mellom moralsk ansvar og ansvar i form av å holde seg til budsjetter. Forfatterne konkluderer med at det ikke finnes ”harmoniresept” men der kravet om effektivitet og styring må fremholdes som en del av sykepleiens helhetlige ansvar (Dyrdal T og Heggen K 2009). Artikkelen viser til at effektivitet og styring blir sett på

som er en del av sykepleienes helhetlige ansvar. Det hadde vært interessant og fått frem forskning på hva sykepleierne opplever som sitt helhetlige ansvar i møte med pasientene i førstegangssamtalen, og hvilke handlings- rom de opplever å ha i spenningsfelte mellom økonomi og pasientens behov. Får pasientene de omsorgstjenestene som blir vurdert nødvendig, eller settes det inn minimum med tjenester for å holde budsjettet?

Damsgaard og Eide (2012) retter søkelys mot utfordringene nyutdannede helse- og sosialarbeidere og lærere opplever som fellestrekk i velferdsstatens yrker. Studien viser til at utfordringene ikke er profesjonsspesifikke, men knyttet til et felles trekk ved velferdsstatens yrker. I et velferdssamfunn med store ambisjoner og begrensede økonomiske rammer delegeres ansvaret for å utforme velferdstjenestene til yrkesutøverne, også omtalt som bakkebyråkratene. Studien viser til at yrkesutøverne beskriver manglende tid og ressurser som et stort problem, og knytter dette til rammene de selv ikke rår over. Videre vises det til at den norske velferdsstaten har høye ambisjoner, og yrkesutøverne i praksisfeltet står ovenfor en rekke utfordringer knytt til å realisere velferdsstatens intensjoner. Studien viser til at dette kommer av at makten i dagens velferdssamfunn er plassert hos beslutningsmyndighetene, mens ansvaret derimot er hos profesjonsutøverne, fordi det er de som i praksis sørger for tjenesteytingen. Damsgaard og Eide (2012) viser videre til at dilemmaene som følger med gapet mellom velferdsstatens uttrykte ambisjoner, og det som lar seg realisere og delegerer ikke blir politisk eller administrativt ansvar, men faglig og personlig for dem som jobber med å yte tjenestene. Damsgaard og Eide (2012) fremholder videre at det er utfordrende for profesjonsutøverne at gapet mellom intensjon og virkelighet, som også kalles velferdsstatens kapasitetsutfordring i økende grad blir forsøkt løst med mer effektivisering (Damsgaard H L & Eide K. 2012).

Arnesen (2005) ser i sin masteroppgave på eldre sin opplevelse av eget hjelpebehov. I denne oppgaven frem kommer det at den eldre opplever hjelpen lite individuelt tilpasset og at de ikke blir spurt om hva de faktisk klarer selv og hva de trenger hjelp til ut fra deres synepunkt. Under resultat i sammendraget i denne masteroppgaven avsluttes det med:

*”håper resultat av denne undersøkelsen kan fører til at tjenestene ser nødvendigheten av en grundigere kartlegging av Eldres ressurser og mestringssevne før hjelpetiltak settes inn, og dermed retter fokuset mer mot tiltak som tar hensyn til Eldres opplevelse og forebygger ytterligere funksjonssvikt” (Arnesen A 2005).*

En studie gjort av Bjørnsdottir (2017) på Island vises det til viktigheten av å avsette nok tid til kartlegging av den eldre. Målet for studien var å øke kunnskapen og forståelsen for hjemmesykepleiers arbeid. Studien ser på organisering av sykepleiers oppgave i hjemmetjenesten ved førstegangssamtalen der organiseringen innebærer å danne nettverk rundt hver pasient som søker tjenester. En slik organisering tok sikte på å trekke med både pårørende og andre instanser, alt etter hvilke behov som ble gjort kjent i førstegangssamtalen. Nettverket bestod av 4- 7 sykepleiere der en sykepleier ble utpekt til gruppeleder, og de andre tre- fem var sykepleiere som jobbet ute i felte. Det kommer frem i studien at arbeidet i hjemmetjenesten var organisert slik at gruppeleder mottok varsel om ny pasient i sitt område, og planlagte innledende vurderingsbesøk hvor vilkårene og innholdet av tilgjengelig hjelp ble diskutert. I noen tilfeller, spesielt hvis pasienten hadde komplekse helseproblemer, fortsatte gruppelederen å foreta besøk en stund fremover. Dette for at de da trengte tid til å utvikle en forståelse av pasientens behov, og hva som var å anse som nyttige tiltak. Når situasjonen ble stabilisert, utarbeidet gruppelederen en plan for tjenesten, og sykepleierne som jobbet ute i felte tok over det meste av arbeidet. Bakgrunnen for organisering av nettverk rundt pasienten var for å sikre nødvendig hjelp. Dette for at den eldre skulle kunne bo lengst mulig i egen bolig. Studien konkluderer med at det er viktig å avsette nok tid til å møte den eldre, for å utvikle forståelse for hver enkel, og med det kunne fatte vedtak og utarbeide tiltak i forhold til hjelpebehovet den eldre har (Bjørnsdottir K. 2017).

Andre studier jeg har søkt frem ser på den eldre og deres pårørendes involvering.

I en casesstudie gjort av Danbolt, Kirkevold og Nyborg (2012) ser de på den eldre og deres familie sin deltagelse for planlegging av hverdagen etter utskrivning fra norske sykehus. Funn i studien viser at brukerdeltagelse i planlegging av hverdagen etter utskrivning synes å være tilfeldig og begrenset både for pasient og deres pårørende. Studien viser også at beslutningsprosessen ved utskrivning virket til å være relatert til sykehusets prosedyrer og ikke sett ut fra familiesituasjonen som helhet, der familien har en viktig rolle (Danbolt L. J, Kirkvold M, & Nyborg I 2017).

Danbolt, m.fl. (2012) har i en annen studie sett på om pårørendes alder har betydning for deltakelse ved planlegging av utskrivelse fra sykehus. Studien viser at pårørende involvering var begrenset uansett alder hos pårørende, men at pårørende involvering ble ytterligere redusert dersom pårørende var eldre. Studien viser at sårbarheten øker med alderen dersom en ikke blir involvert som pårørende ved beslutninger før utskrivelse. Studien viser til eldre

pårørende som får sin ektefelle hjem etter sykehus innleggelse, der de ikke klarer å ivareta sin ektefelle i hjemmet, og må ta kontakt med hjemmesykepleien for å få hjelp (Danbolt m.fl. 2017).

Studiene jeg viser til over viser at det er forskning på Eldres opplevelse av medvirkning, pårørendes involvering, utfordringer med samarbeid mellom hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten ved utskrivning fra sykehus og bruk av kartleggingsverktøy. Det jeg ikke får svar på er hvordan tjenesteyter opplever førstegangssamtalen med eldre som søker tjenester for første gang etter å ha blitt utsatt for sykdom, skade eller har fått redusert funksjonsnivå på grunn av alderdom. Med det vil jeg med min studie søke å finne svar på hvordan hjelper opplever førstegangssamtalen med eldre, og om det er noen faktorer som hjelper opplever har påvirkning på hvordan de opplever førstegangssamtalen.

### **3.0. Teori**

I deler av dette kapittelet har jeg hentet tekst og omarbeidet dette fra eksamensoppgaven min i ORG502 styring, omstilling og ledelse 2017 som var et forberedende arbeid i forbindelse med teoridelen til masteroppgaven organisasjon og ledelse.

#### **Når hjelpebehovet melder seg**

Det er utarbeidet offentlige føringer der det vektlegges at brukers medvirkning skal styrkes. Det blir fastholdt at fremtidens helse- og omsorgstjenester skal utvikles sammen med pasient, brukere og deres pårørende, slik at brukerne får større innflytelse over egen hverdag (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Det at brukerrettighetene er blitt sterkere og kravet om pasientmedvirkning er blitt nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven er viktige faktorer (Helse- og omsorgsdepartementet 2018). Dette medfører at det i større grad blir vektlagt at tjenesteyter skal tilrettelegge for mestring og bistå med tjenester som innebærer at tjenestemottaker i større grad mestrer eget liv der den oppholder seg.

I førstegangssamtalen er det viktig å ha fokus på involvering og medvirkning for den eldre og pårørende slik at en sammen kan bygge tjenestene på den Eldres mål og ressurser, i samarbeid med pårørende. Dette er viktig for at den eldre skal kunne oppleve mestring, og få bo lengst mulig i egen bolig. Brukermedvirkning er også nedfelt som en rett i pasient og brukerrettighetsloven § 3 (Helse- og omsorgsdepartementet 2018) og i kvalitetsforskriften § 3 (Helse- og omsorgsdepartementet 2003).

#### **3.1 Førstegangssamtalen**

Når eldre opplever å få behov for hjelp utløser det ofte behov for å søke tjenester fra hjemmetjenesten. Noen ganger er det den eldre selv som søker hjelp andreganger er det bekymringsmelding fra fastlege, sykehus, pårørende eller andre som står den eldre nært som utløser kontakt med pleie- og omsorgstjenesten, da den eldre ikke selv erkjenner eller har ressurser selv til å se at de trenger hjelp. Denne første kontakten genererer ofte et hjemmebesøk hos den eldre av en representant fra den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Samtalen som da kommer i stand er den første samtalen den eldre har med det offentlige hjelpeapparatet. En slik samtale blir introdusert som en førstegangssamtale. Det er i denne samtalen den eldre fremlegger sine utfordringer og behov eller at tjenesteyter fra pleie- og omsorgstjenesten selv må få frem opplysninger fra den eldre gjennom samtale og observasjon for å kunne gjøre vurderinger om hvilke tjenester det er behov for.

Å møte den eldre som gradvis har tapt noe av sitt funksjonsnivå, brått blitt rammet av sykdom eller skade som har medført en kortvarig eller langvarig helsesvikt er en av oppgavene tjenesteytere i det offentlige helsevesenet er sett til å utføre (Helse- og omsorgsdepartementet 2019). I offentlige publikasjoner legges det føringer for hvilken retning det offentlige ønsker at vi som er sett til å utøve denne oppgaven skal utføre våre tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

Jeg har som helsearbeider alltid vært opptatt av det første møte og samtalen med eldre og hvordan dette møte påvirker den eldre og tjenesteyter. Jeg har også vært opptatt av betydningen samtale har for at den eldre skal oppleve seg sett, hørt, forstått og bekreftet. Det første møte mellom hjelper og bruker er viktig og danner ofte grunnlaget for å skape tillit mellom bruker og hjelpeapparatet. Som tjenesteyter møter en de eldre som har levd et langt liv og har sine erfaringer på godt og vondt med seg i en periode i deres liv der de opplever tap som å miste ressurser som medfører at de trenger hjelp fra andre for å utføre oppgaver som de tidligere selv kunne utføre. Førstegangssamtalen er en individuell samtale der det ofte bare er den eldre og hjelperen fra hjelpeapparatet som er til stede, og med det er den eldre avhengig av at informasjonen som blir formidlet blir fanget opp, forstått og videreformidlet slik at aktuelle i hjelpeapparatet får tilgang til den informasjonen for å kunne yte best mulige tjenester.

Nasjonale føringer som blir publisert legger til rette for at eldre skal få tjenester der de bor, og ut fra deres behov. Det blir også lagt vekt på at det er viktig at en får igangsett tjenester så tidlig som mulig for å forebygge og begrense videre utvikling av sykdom og funksjonssvikt hos eldre, slik at de kan bo lengst mulig i egen bolig (Helse- og omsorgsdepartementet 2019).

Ikke sjeldent blir vi i gjennom media gjort kjent med at dagens omsorgstjeneste har en sterk tilvekst av antall eldre (Statistisksentralbyrå 2018). Regjeringen vil utvikle tjenester som i større grad preges av kvalitet og aktivitet. For å få til det, må brukere og fagfolk gå sammen i kommunene for å skape en helse- og omsorgstjeneste som er faglig sterk med bred og tverrfaglig kompetanse, og som lytter til brukernes egne mål og ønsker (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

I Omsorg 2020 fremholdes det at de største endringene innen helse- og omsorgstjenesten de siste årene har skjedd inne hjemmetjenesten. Det vises til omstillinger der flere av oppgaven spesialisthelsetjenesten før tok ansvar for, nå er overført til kommunene og ved at pasientene blir tidligere utskrevet fra sykehus må mer faglig krevende og komplekse medisinske behov

tas ansvar for i hjemmetjenesten. Tilsette i hjemmetjenesten møter ofte brukere og pårørende i tidlig fase av sykdomsutvikling. Omsorgsplanen fremhever at det ligger et stort potensial i å utvikle enda sterkere hjemmetjenestene. En sterkere hjemmetjeneste kan forebygge ytterligere funksjonssvikt og sykdomsutvikling og bidra til å utsette institusjonsinnleggelse eller gjøre institusjonsopphold unødvendig. Det er derfor behov for å øke satsing på hjemmetjenester og tidlig innsats (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

For å få svar på problemstillingen *Hvordan hjelper opplever førstegangssamtalen med den eldre ved innsøking av tjenester fra hjemmetjenesten for første gang?* må en ha kunnskap og forståelse og hjelpers rolle sett fra ulike perspektiv. I dette kapittelet velger jeg og presenterer teori om kommunikasjon og relasjon, tverrfaglig samarbeid og teori som bringer forståelse for samfunnets forventninger til sykepleierne. I tillegg presenter jeg organisasjonsteori og teori ombakkebyråkratene, da jeg vurderer dette som vesentlig for å få forståelse for organisering og sykepleiers rolle i pleie- og omsorgstjenesten.

### **3.2 Kommunikasjon**

God kommunikasjonsevne og aktiv lytting er en nødvendighet for å kunne gjennomføre førstegangssamtalen med tjenestemottaker. En skal gjennom denne samtalen få tilstrekkelig informasjon til å kunne danne seg et bilde av den eldre og hva den vil trenge av hjelp, uten at den eldre skal oppleve samtalen som overtrapp der en har måtte utlevere seg til et fremmed menneske. Gode samtaleferdigheter er et hjelpemiddel til å forstå den andre som person (Eide og Eide 2005)

Å være lyttende i en førstegangssamtale innebærer å være aktivt tilstede og ha oppmerksomheten fokusert på den andre. En skal gjennom aktiv lytting følge opp det som observeres gjennom samtalen med ulike formere for oppmuntring, støtte, spørsmål og kommentarer (Eide & Eide 2005). Det er gjennom denne samtalen en skal kunne danne seg et bilde av tjenestemottakeren og situasjonen, og med det kunne planlegge for å yte gode tjenester. Det er i møte med den hjelpetrengende viktig å vise omtanke og respekt. Gode kommunikasjonsferdigheter kan også bidra til økt trygghet i vanskelige samtaler for hjelper (Eide & Eide 2005). For å få svar på problemstillingen hvordan hjelper opplever førstegangssamtalen med den eldre er kunnskap om kommunikasjon et viktig bidrag. Kommunikasjonsferdigheter betraktes som en form for kontinuerlig kvalitetssikring av sykepleie og annet omsorgsarbeid (Eide og Eide 2005). I et system der det stadig er krav til



effektivisering har en som hjelper stadig kortere tid på seg til å etablere kontakt og skaffe seg helhetsbilde av situasjonen til den eldre, og med det er kunnskap om kommunikasjon en forutsetning for å lykkes som hjelper i pleie- og omsorgstjenesten (Eide og Eide 2005).

Når vi snakker om kommunikasjon snakker vi både om verbal- og nonverbalkommunikasjon. Vi snakker også ofte om relasjoner når vi snakker om kommunikasjon (Eide og Eide 2005). Å danne gode relasjoner er et viktig grunnlag for samtalen som oppstår i det første møte mellom mottaker og hjelper (Eide og Eide 2005). Dette for at denne samtalen ofte danner grunnlaget for den videre samhandlingen både på godt og vondt. Gjennom kommunikasjon kan det oppstå både feiltolkninger, missforståelser og følelsesmessige reaksjoner. Dette kan få følger for den videre kontakten mellom den eldre og hjelper (Eide og Eide 2005).

Relasjonskompetanse er derfor et viktig supplement til kommunikasjonskompetanse for å forstå hvordan kommunikasjonsprosessene virker (Eide og Eide 2005). Som hjelper inngår en i en relasjon til tjenestemottaker, og det er i dette møte vår makt som profesjonell lett kan bli synlig for de som er mottaker av våre tjenester. I møte med tjenestemottaker og hjelper er det en balansegang for hvordan hjelper går frem i samtalen. Alle ansikt til ansikt møtene vil på sett og vis være ulik hva gjelder strukturering, og en må som profesjonell være bevist sin adferd og fremtoning, da behovet for å gjennomføre en samtale og innhente informasjon fra den eldre selv er viktig for å kunne tilby tilpassete tjenester ut fra behovet samtidig som en skal ivareta bestemmelser og tilgjengelige ressurser i organisasjonen.

Ved førstegangssamtalen må en som hjelper være klar over hvilke rolle en har, og hvilke makt posisjon en er i ovenfor den eldre. I vår kultur er det en uskreven regel for hva hjelper og mottaker rollen innebærer i møte med helsevesenet. Det å ha felles forståelsen for roller og situasjonen gir en felles oppfatning av hva som er akseptabelt og hva som er uakseptabelt (Thornquist 2009). Den eldre kan i møte med hjelper der tjenestene skal fastsettes oppleve relasjonen som ikke jevnbyrdig, da den eldre kan oppleve at den profesjonelle kontrollerer ressurser som bruker mener seg avhengige av og med det kan oppleves som maktforskjell. Det første møte og relasjonen en klarer å bygge her mellom mottaker og hjelper er viktig for videre samarbeid og for å ivareta den eldre og organisasjonens bestemmelser.

Som hjelper innehar en kompetanse som den eldre ikke har. Samtidig innehar den eldre en kompetanse om seg selv og sin sykdom som hjelper ikke besitter. Begge parter besitter kompetanse som er like viktig i førstegangssamtalen. I teorien beskrives relasjoner som symmetrisk eller asymmetrisk (Eide & Eide 2005).

*En hver omsorgssituasjon innebærer et asymmetrisk forhold i følge Vetlesen og Nortvedt (1994) (hentet fra *Kommunikasjon i relasjon* til Eide og Eide 2005). Dette selv om en er gjensidig avhengig av hverandre og må samhandle for å få frem informasjon for å kunne yte omsorgstjenester ut fra hva den eldre ser på som viktig og nødvendig for å få hjelp, og hva hjelper ser er mulig ut fra gjeldene bestemmelser.*

Formålet med kommunikasjon i en førstegangssamtale er tosidig. Hensikten er å bli kjent med den eldre og bygge opp et tillitsforhold. Det er en åpen og individuell prosess som i liten grad lar seg styre. Samtidig er formålet og få mest mulig informasjon for å kunne fatte vedtak som innebærer at den eldre får de tjenestene den trenger innen for de rammer som er sett av det offentlige. Kommunikasjonen kan med andre ord sies å være målrettet (Eide & Eide 2005).

Som sykepleier er en automatisk tillagt tillit. Koblingen mellom tillit og profesjon er trolig basert på erfaringer en får fra omverden, opparbeidet over lang tid. Tillit tjenestemottaker har til tjenesteyter innebærer at tjenestemottaker overlater noe i andres varetekt i god tro og at en stoler på dens kompetanse, uten å kjenne tjenesteutøver. Dette er svært aktuelt i møte mellom den eldre og hjelper i førstegangssamtalen. I følge Grimen (2008) hører det å stole på andres kompetanse essensielt til relasjonen mellom profesjonelle og klient. I møte mellom tjenestemottaker og tjenesteyter ved førstegangssamtale ved innsøking av tjenester er samtalen basert på tillit.

### **3.3 Tverrfaglig samarbeid**

Med tverrfaglig samarbeid menes samarbeid mellom ulike profesjoner, om brukers mål. For å kunne se helheten i en situasjon er det umulig å se dette fra bare et ståsted (Bredland L E, Linge O A og Vik K 2011). Problemstillingen i oppgaven her er hvordan hjelper opplever førstegangssamtalen med eldre. Førstegangssamtalen med den eldre innebærer å kartlegge den Eldres helhetlige hjelpebehov, og tilrettelegge tjenester ut fra det som fremkommer i samtalen. Tverrfaglig samarbeid er en form for teamarbeid som tilstreber en helhetlig tilnærming for og nå felles mål. Ved å samarbeide tverrfaglig kan en oppleve å få en mer kunnskap om situasjonen som en ikke får om en står aleine. Kartlegging av en persons som har opplevd redusert funksjonsnivå etter sykdom, skade eller alderdomssvekkelse forutsetter tverrfaglig samarbeid for at en skal kunne se helheten i situasjonen. For å kunne se forskjellige sammenhenger og muligheter trenger vi ulike faggrupper som ser ting ulikt (Bredland m.fl. 2011). I møte med den eldre som søker tjenester fra hjemmetjenesten for førstegang er det

mange ulike situasjoner som skal kartlegges for å kunne tilrettelegge for den eldre mål. Å ha fagprofesjoner med ulik fagkompetanse som samarbeide innen pleie- og omsorgsfeltet fører til at en får en helhetlig kartlegging av situasjonen til den eldre, noe en ikke oppnår om en står aleine med dette som sykepleier. Dette innebærer i møte med den eldre at resultatet av kartleggingen forventes å bli bedre enn om hver og en løste sin del av oppgaven aleine. Tverrfaglig samarbeid der en løfter frem de ulike utfordringene i situasjonen og drøfter dem i lys av den enkeltes fagkompetanse innebærer at en raskt kan komme i gang med tjenester ut fra den eldre behov og mål.

Et felles verdigrunnlag i organisasjonen vil legge forholdene bedre til rette for tverrfaglig samarbeid. Det er lettere å samarbeide når man er enig om felles strategi for samarbeidet. For å få en god organisering bør det utarbeides felles samarbeidsavtaler som forplikter organisasjonen og den enkelte yrkesgruppe og delta i tverrfaglige team som blir etablert i organisasjonen (Bredland m.fl. 2011). Ulike yrkesgruppene vil med det bringe med seg ulik kompetanse inn i situasjonen, noe som fører til at en har ulike måter å forstå situasjonen på. Det finnes ulike organisering av tverrfaglig samarbeid, men for å få til kontinuitet slik at en oppnår en høygrad av samarbeid bør det utarbeides prosedyrer som legges til rette for tverrfaglig samarbeid slik at en oppnår helhetlig og kordinerte tjenester. Dette medfører at en sammen alltid har en høyere kompetanse enn en stod aleine (Bredland m.fl. 2011).

### **3.4 Profesjonsteori**

Som sykepleierne har en utdanning innenfor en profesjon.

Hva som forstås som profesjoner er ifølge Molander og Terum (2008) omstridt, samtidig som de fremholder at det er brei enighet i at profesjoner er en type yrke som utøver tjenester basert på teoretisk kunnskap ervervet gjennom en spesiell utdanning. Noe som stemmer godt med sykepleieryrket. Videre fremholder de at profesjoner er yrker med bestemte koblinger til høyere utdanning og forskning (Molander & Terum 2008). Sykepleierne som foretar førstegangssamtalen med eldre innehar med det en profesjonsutdanning.

Ordet profesjon betyr ”å erklære offentlig” at en vet noe andre ikke vet, at en rår over en spesialisert kunnskap som skiller seg fra livsverdens allmennkunnskap (Eriksen og Molander 2008). Et spesielt kjennetegn ved de klassiske profesjonene er at yrkesutøvere er sertifisert til å forvalte bestemte typer kunnskap. For å utøve en profesjon må en ha gjennomgått en

utdanning av en viss lengde. Kunnskapen formidles i utdanningen både teoretisk og vitenskaplig, samt med noen elementer av praksis. Profesjonell yrkesutøvelse er en av metodene vitenskapelig kunnskap er tenkt å komme befolkningen til gode på (Grimen 2008). Profesjonelt arbeid anses ofte å være sterkere koblet til normer enn mye annet arbeid, da tjenestene er mer eller mindre forent med samfunnsoppdrag og ofte har konsekvenser av moralsk karakter for brukere og klienter (Svensson 2008). Som sykepleiere innehar en ansvar som innebærer konsekvenser av moralsk karakter der de skal vurdere hva som er beste pleie eller behandling ut fra en helhetsvurdering av både enkeltindividets behov og samfunnets interesser (Grimen 2008). Dette ansvaret kan ha betydning for hvordan sykepleier opplever førstegangssamtalen med den eldre, slik problemstillingen i denne oppgaven lyder.

Som profesjonell yrkesutøver innen en spesiell profesjon har en som arbeidstaker en vesentlig grad av handlefrihet og en innehar automatisk tillit bygd på lange tradisjoner. Sykepleierne som profesjon er også et politisk konstituert yrke. Abbott kaller dette jurisdiksjon (sitert Profesjonsstudier 2008). Dette innebærer at staten gir sykepleierne en mer eller mindre eksklusiv rett til å ivareta bestemte arbeidsoppgaver på fellesskapets vegner, dette delegert på grunnlag av sykepleiernes kompetanse.

Profesjonelt arbeid beskrives ofte som skjønnsbasert (Grimen og Molander 2008). Skjønn ses som en uomgjengelig side ved en type praksis som anvender generell kunnskap, nedfelt i prosesser og handlingsregler, på enkelttilfeller (Grimen & Molander 2008). Skjønn blir i norsk ordbok definert som forstand, vurdering og verdifastsetting (Taule 2000)

Alle profesjoner bruker skjønn i en eller annen form, og allmenne regler gir sjelden entydig konklusjoner om hva som skal gjøres i konkrete tilfeller (Grimen 2008). Innen sykepleieprofesjonen kalles dette i møte med pasienten det ”kliniske blikket”. For å kunne fatte beslutninger må en også bruke dømmekraft.

Som sykepleier har en et sett av forventninger til seg basert på samfunnets oppfattelse av sykepleiers rolle. Denne forventningen møter sykepleieren ved førstegangssamtalen med eldre. Som profesjonsteorien fremholder er sykepleiers vurderinger basert på skjønnmessige vurderinger i tillegg til kunnskap en har opparbeidet seg gjennom utdanning og erfaring (Grimen 2008). Som profesjonell yrkesutøver har en stor selvstendighet og kontroll over hvordan arbeidet skal utføres, og det kan vanskelig styres helt av detaljerte regler og anvisninger. Profesjonelt arbeid er ofte slik at det krever bedømmelse og beslutninger fra sak til sak ved hjelp av skjønn, kunnskap og erfaringer som bare den bestemte yrkesgruppe

innehar, og det stilles store krav til hvordan arbeidet organiseres og utføres (Svensson 2008). Sett dette i lys av førstegangssamtalen ved innsøking av tjenester har tjenestemottaker og samfunnet forøvrig en forventning om at en får hjelp når en trenger det og at det en selv opplever som behov skal også sykepleieren en møter ha forståelse for at en trenger. Dette innebærer at en som sykepleier har et stort ansvar for å vurdere å sikre at tjenestene som blir tilbydd er basert på tjenestemottakers faktiske behov og at det er forsvarlige tjenester.

Sykepleierprofesjonen er institusjonalisert som yrkesgruppe, der en ser det som en samfunnskontrakt at sykepleierne skal tjene visse allmenne interesser. I samfunnet stilles det forventninger til sykepleierne og de stilles ofte i dilemmaet der de skal ivareta tjenestemottaker samtidig som de skal ivareta tilgjengelige ressurser og organisasjonens utforming av tjenestetilbud til tjenestemottakeren. Som sykepleier har en i kraft av sin profesjon en forvaltningsrolle og vil med det være en del av strukturen og institusjon som tjenesteapparatet representerer. I kraft av forvaltningsrollen vil en også være brukers talsperson ovenfor den samme institusjonen som en skal være en del av. Det innebærer at en står i en krysning der en skal være lojal til offentlige bestemmelser og mottakers behov.

Som sykepleier innehar en plikt til å vise omsorg for mennesker som lider, uansett hva årsaken til lidelsen måtte være (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere 2007). Sykepleierne har også en sentral oppgave i å organisere omsorgen for tjenestemottaker og sikre gode forløp. Det krever handlekraft og evne til å kommunisere, ta beslutninger og følge opp tiltak (Orvik 2004). For å tilrettelegge for førstegangssamtale kreves det kunnskap og erfaring.

Kunnskapen som kreves har profesjonen fått gjennom profesjonsutdanningen, der de har fått en mer viten, samt gjennom aktivt yrkesutøvelse der de også har opparbeidet seg erfaring innen feltet de arbeider i. Å være i felleskap med andre som innehar samme profesjon gjør at en får diskutert faglige utfordringer med dem som innehar ulik erfaring fra yrke. Det er også slik at yrkesfaglig tradisjon blir videre formidlet i fellesskapet, og det igjen preger sykepleierne i utøvelse av sitt yrke.

Profesjonelt arbeid som innebærer møte med tjenestemottaker utføres hyppig på tomannshånd, og en kommer tett innpå tjenestemottaker og pårørende i vanskelige og sårbare perioder i deres liv. Møte med tjenestemottaker og pårørende i sårbare situasjoner krever ofte en viss grad av følelsesmessig engasjement og nærhet som skal balanseres mot distanse og formalitet (Svensson 2013). Det kan være utfordrende og skille mellom offentlig ansvar og tjenestemottakers eget ansvar i møte med tjenestemottaker i sårbare situasjoner. Fagkunnskap

og empati er grunnleggende forutsetningene for profesjonell kommunikasjon og omsorg (Eide & Eide 2005). Fagkunnskap er viktig både for å kunne analysere situasjonen, formidle forståelse og gjennomføre nødvendige tiltak (Eide & Eide). Det er ikke hjelpers oppgave å fjerne den andres vanskelige følelser, men å være tilstede slik at tjenestemottaker kan slippe dem til for å bearbeides (Eide & Eide 2005).

I møte med tjenestemottaker og pårørende er det ikke alltid forventningene til hva det offentlige gir av tjenesten samsvarer med hva det offentlige tilbyr av tjenesten. I slike situasjoner er det ikke nok, og si at dette er oppgave bruker kan utføre selv. Vi må i møte med bruker og pårørende snakke med dem og veilede dem til å finne gode praktiske løsninger slik at de får styrket troen på at de kan klare seg (Bredland m.fl 2011).

### **3.5 Institusjonell- og strukturell instrumentell tilnærming**

Hvordan pleie og omsorgstjenesten har organisert seg har betydning for hvordan førstegangssamtalen blir gjennomført.

I organisasjonsteorien skilles det mellom strukturell instrumentell tilnærming og institusjonelle tilnærming (Christensen, Lægreid, Roness & Røvik 2009). Strukturell instrumentell strategi er lagt opp etter en standardisert struktur, der en konsekvent jobber etter denne strukturen. Målene er gitt utenfra eller formulert av leder, og politikken går i stor grad ut på å finne gode virkemidler for å nå disse målene (Christensen m.fl. 2009).

Organisasjonsmodellen legger føringer for å begrense den enkeltes handlefrihet (Christensen m.fl. 2009). Den instrumentelle tilnærmingen er basert på konsekvenslogikken (Christensen m.fl. 2009). Det vil si at man forsøker å forutsi framtidige konsekvenser av handlingen og dette legger føringer for utarbeiding av strukturelle prosedyrer. Det fører til at en ved førstegangssamtalen med den eldre har retningslinjer og prosedyre for førstegangssamtalen, og ut fra det standardiserte programmet innhenter en informasjon om den eldre og tilbyr tjenester ut i fra det.

Ved institusjonelt perspektivet har organisasjonene egne regler, verdier og normer og det er dette som legger føringer for hvordan den enkelte kan ha innflytelse på beslutningene som skal tas. Ved en institusjonell tilnærming er det et sett av etablert sosial praksis som regulerer normer, verdier og som definerer hva som skal være førende og gir retning til retningslinjer for tjenesteyter sin handling og samhandling. Det innebærer at en kan utvikle ulike retninger

innefor samme organisasjon, og med det utvikles det ulike praksis. Det er med det ikke enkelt og uproblematisk å tilpasse seg skiftende styringssignaler fra ledere (Christensen m.fl. 2009). Det institusjonelle perspektivet åpner opp for at målene gradvis utvikles internt, noe som medfører at politikk også dreier seg om meningsdanning. Det institusjonelle perspektivet viser til forventninger i omgivelsene, og preger hvordan man mener virksomheten bør organiseres, koordineres og ledes (Jacobsen og Thorsvik 2013).

### **3.6. Lipsky bakkebyråkrati**

Teori om bakkebyråkratene er egnet for å drøfte tjenesteyters rammebetingelser og handlingsrom (Lipsky 1980). For å søke svar på min problemstilling om hjelpers opplevelse av førstegangssamtalen, mener jeg denne teorien svært aktuell og presenterer for å få en forståelse for hjelpers arbeidssituasjon. Informantene jeg har i min studie representerer førstelinjen i pleie- og omsorgstjenesten, og er det Lipsky (1980) omtaler som bakkebyråkrat. De befinner seg på det laveste forvaltningsnivået i organisasjonen, dette Lipsky (1980) omtaler som å jobbe på grasrota eller bakkenivået. Som bakkebyråkrat befinner en seg i en mellomposisjon mellom politikere og befolkningen, og vil da være den som utformer og iverksetter den politiske politikken i praksis (Vabø 2014). Som sykepleier og hjelper i hjemmetjenesten slik min problemstilling omhandler står en i denne mellomposisjonen. Typisk for bakkebyråkratene er arbeidssituasjoner der skjønnet er et vesentlig trekk ved yrkesutøvelsen, og der det er lite rom for innflytelse over rammebetingelser og store arbeidsmengder i forhold til tilgjengelige ressurser. Dette er noe sykepleierne i sin arbeidshverdag også kjenner på i møte med den eldre i førstegangssamtalen. Arbeidet til bakkebyråkratene forutsetter vurdering som ikke kan forhåndsprogrammes. Bakkebyråkratenes arbeid preges ofte av spenningsforhold mellom behov, tilgjengelige ressurser og regelverkets begrensning, noe som fører til at tjenesteyter blir stilt i dilemma. Sykepleiers arbeidshverdag på grasrota preges av lite innflytelse for arbeidsmengden og tilgjengelige ressurser. Dette innebærer at sykepleierne i stor grad i førstegangssamtalen med den eldre må foreta skjønnbaserte vurderinger for utmåling av tjenester som er basert på tilgjengelige ressurser like mye som den eldre behov.

Lipsky (1980) fremholder at handlingsrommet og tolkningsmulighetene til bakkebyråkratene er stort. Han viser til at bakkebyråkratene kan beslutte utformingen og kvaliteten på tjenesten de har ansvar for, da de har et selvstendig ansvar for og utformetjenestene i møte med

tjenestemottaker. Handlingsrom er viktig i utforming av tjenester, men samtidig som det er handlingsrom er det også begrensninger da en som bakkebyråkrat må forholde seg til lover og regler, samt organisasjonens mål og ressurser (Lipsky 1980). Det er ikke alltid at ønske for utforming av tjenester samstemmer med tilgjengelige ressurser i organisasjonen. Dette fører til skvis mellom behov og ressurser, noe som preger sykepleiers arbeidshverdag. Den ansatte som er sett til å foreta førstegangssamtalen er den som møter den eldre først i pleie- og omsorgstjenesten i kommunen. Et ansikt- til -ansikt møte innebærer at den eldre involveres i samhandling med velferdsstatens profesjonsutøvere (Hansen, Helgesen & Vabo 2011). Det er i dette møte den eldre skal få frem utfordringene sine som har oppstått og hvilke form for hjelp den eldre ønsker å ha fra det offentlige. I følge Lipsky (1980) er det i den direkte relasjonen mellom hjelper og mottaker av tjenestene velferdstjenestene utformes. Dette innebærer at tjenesteyter transformerer de generelle strukturene og innholdsmessige krav til velferdstjenesten til de konkrete tjenestene bruker faktisk får (Hansen, Helgesen & Vabo 2011). Noen ganger er det sprik mellom ønske og behov. Hjelper kan oppleve at ønsket om hjelp er større enn hva som er det faktiske behovet og noen ganger er det et større behov for hjelp enn hva den eldre selv ønsker.

#### **4.0 Metode**

Deler av dette kapitlet har tekst som jeg har hentet og omarbeidet fra eksamensoppgaven min i ME6- 500 forskningsstrategier og metode 2016 som var et forberedende arbeid i forbindelse med metodedelen til masteroppgaven organisasjon og ledelse.

For å få informasjon om hva som kjennetegner førstegangssamtalen med den eldre ble et kvalitativt design benyttet. Kvalitativt design er blant annet egnet når vi søker en forståelse av sosiale fenomener ved en nær relasjon til deltakere i feltet ved intervju eller observasjon (Thagaard 2013). Fordelen med kvalitativ metode er at metoden kjennetegnes som en fleksibel forskningsprosess (Malterud 2008), noe som innebærer at en kan jobbe parallelt med de ulike delene av prosessen og korrigere kursen underveis i samsvar med det vi møter i praksisfeltet og i nærkontakt med data en blir kjent med. Kvalitativ metode er forskingsstrategi som egner seg for å beskrive og analyse karaktertrekk eller kvaliteter ved fenomen som skal studeres (Malerud 2008). Kvalitativ metode bygger på menneskelige erfaringer og fortolkninger.



## 4.1 Kvalitativ metode

Det er problemstillingen som bestemmer hvilke metode som er relevant å ta i bruk, for å finne relevant data som kan gi svar på forskningsspørsmålet. Formålet med studiet mitt er som tidligere nevnt å undersøke hva som kjennetegner førstegangssamtalen med elder som søker tjenester for første gang, og om de som foretar denne samtalen opplever å ha nødvendig verktøy og kunnskap til å gjennomføre samtalen. For å få dette fram har jeg valgt kvalitativ metode, som ifølge Malterud (2008) er egnet for å få frem mangfold og nyanser.

I kvalitativ forskningsmetode gjør jeg bruk av deskriptivt design der hensikten er både beskrivelser og tolkninger. Dette er i tråd med fenomenologisk og hermeneutisk tenkning, der hensikten er å avdekke deltagerens egne oppfatninger, meninger, motiver og tenkemåte (Aadland 2011). Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og utforsker den meningen informantene tillegger sine erfaringer av det som studeres. Den hermeneutiske tilnærmingen legger vekt på at det ikke finnes en sannhet, men at fenomenet kan tolkes på flere måter i lys av hvordan en kan forstå og tolke omgivelsene i lys av den sammenheng det studeres i (Thagaard 2013).

I denne oppgaven fokuserer jeg på hva som kjennetegner førstegangssamtalen, og søker å få en forståelse for hvordan tjenesteyter opplever førstegangssamtalen, og om de ved gjennomføring opplever å ha nødvendig verktøy og kunnskap til å gjennomføre førstegangssamtalen med eldre som ikke har hatt hjelp fra hjemmetjenesten tidligere.

## 4.2 Egen forforståelse

Jeg har jobbet i helsesektoren i 30 år. Startet karrieren i pleie- og omsorgssektoren som assistent, der jeg jobbet som hjemmehjelp de første årene. Jeg fant fort ut at arbeidet innen helsesektoren lå for meg og ønske om å utdanne meg innenfor feltet førte til at jeg først utdannet meg som fagarbeider og bare noen år etter utdannet meg som sykepleier. Noe av bakgrunnen for ønske om utdanning var at jeg opplevde mangel på kunnskap til hvordan jeg skulle møte den eldre som hadde opplevd å miste ressurser pga alderdomsvekkelse eller akutt sykdom, og hvordan jeg kunne motivere og tilrettelegge for at eldre skulle nytte ressursene sine lengst mulig. Dette har også vært motivasjonen min når jeg i årene som sykepleier har jeg tatt videreutdanninger innen tverrfaglig rehabilitering og tverrprofesjonell samhandling. Jeg har i alle år som sykepleier vært opptatt av hvordan vi som helsearbeidere skal kunne tilrettelegge for at eldre skal kunne leve livet slik de ønsker, kunne ivareta egne ressurser

lengst mulig, og at beslutninger ikke tas uten dem, når det gjelder deres liv (Brendeland, Linge & Vik 2011). Dette er også bakgrunnen for at jeg har valgt å skrive masteroppgave om temaet førstegangssamtale med den eldre som søker hjelp for førstegang. Jeg tenker mye av grunnlaget for samhandling med den eldre legges i førstesamtalen når en søker hjelp for første gang.

Vår forforståelse og interesse for temaet er ofte motivet for at vi går i gang med et forskningsprosjekt. Jeg har som sykepleier stor interesse for samhandling og tverrprofesjonell, og tverrfaglig samhandling. Dette har ført til at jeg flere ganger har involvert meg i samtale med kollega og samarbeidspartnere om utfordringene en opplever ved å få informasjon om pasienter i et samhandlingsperspektiv, og dette motiverte meg til å få informasjon om hvordan hjelper erfarer førstegangssamtalen med eldre.

Halvveis i studiet, før jeg hadde endelig valgt tema for min oppgave brukte jeg tid på å sette meg inn i litteratur som jeg tenkte var innefor det området jeg ønsket å fordype meg i når den tid kom at jeg skulle skrive masteroppgave. Da jeg mot slutten av studiet skulle bestemme meg for tema til oppgaven var jeg godt i gang med og søke meg frem til aktuell litteratur, og til å få forståelse for kunnskapsstatus for feltet som jeg ønsket å undersøke (Malterud 2012). Som forsker må en være oppmerksom og reflektert over egen forforståelse til forskningsspørsmålet, da dette kan påvirke fortolkninger og funn. Kunnskapen vi har med inn i feltet kan også påvirke måten vi samler og leser data på (Malterud 2008).

Min forforståelse er noe jeg har reflektert over flere ganger underveis i arbeidet med oppgaven, og tenker at en med forsker i dette prosjektet hadde kunne sikre at jeg ikke trekker inn min forforståelse underveis i arbeidet.

### **4.3 Utvalg**

Jeg ønsker å belyse temaet gjennom intervju med hjelper som foretar førstegangssamtalen med eldre. For å avgrense oppgaven har jeg valgt hjelpere som jobber i hjemmetjenesten og som har til oppgave gjennom sin stilling å gjennomføre førstegangssamtale. Jeg har valgt hjelpere som samtaler med eldre over 65 år, og der eldre ikke har hatt hjelp fra hjemmetjenesten tidligere. Jeg har også sett avgrensning til at det skal gjelde der en foretar førstegangssamtalen i hjemmet til den eldre. Hovedhensikten med oppgaven er å si noe hvordan hjelper opplever førstegangssamtalen med eldre. For å få frem dette har jeg valgt en

fenomenologisk tilnærming der hensikten er å forstå informantenes opplevelse av den aktuelle situasjonen. Fenomenologi er et felt innen filosofisk teori, og representerer en forståelse der menneskers "subjektive" erfaringer regnes som gyldig kunnskap (Malterud 2008).

Utvalget jeg har foretatt er strategisk (Malterud 2012). Jeg har ut fra problemstillingen vurdert at jeg ønsker å inkludere et utvalg som best mulig kan bidra til å gi mest mulig presis kunnskap som belyser problemstillingen i prosjektet mitt (Malterud 2012). Deretter vurderte jeg hvordan jeg best kunne rekruttere til et slikt utvalg. Jeg måtte her ta geografiske vurderinger, vurderinger til antall personer i hver kommune jeg hadde vært i kontakt med som hadde som oppgave og foreta førstegangssamtale, og vurdere dette opp mot mulighet for å kunne samle disse i en eller flere grupper med utvalg. Da jeg bor i en kommune som innebærer at vi kommunikasjonsmessig i stor grad er avhengig av ferjer og båter for å komme til og fra kommunen valgte jeg utvalg i egen kommune. Dette er gjort etter en vurdering, da jeg i forkant hadde informasjon om at det i de omkringliggende kommunene var en- tre personer som foretok førstegangssamtale med eldre, og at det å samle personer utenfor vår kommune som foretok førstegangssamtale med eldre ville kreve at jeg måtte involvere flere kommuner for å få tilstrekkelig med deltakere, og at dette tidsmessig ville føre til utfordringer med å få gjennomført fokusgruppeintervju (Malterud 2012). Det er med det de som jobber i hjemmetjenesten som er sett til å gjennomføre førstegangssamtalen med eldre som er mitt utvalg, og i dette utvalget er det avdelingsledere og fagsykepleier som inngår.

Litteraturen jeg støtter meg til viser til at det tidligere ble anbefalt at deltakerne i fokusgrupper ikke skulle kjenne hverandre på forhånd, da dette med fordel ville føre til at en fikk friske meninger og erfaringer inn i gruppen. Dette er en anbefaling som er blitt betydelig nyansert, der en nå fremholder at ved å nytte allerede etablerte grupper har dette fordel med at konteksten stemmer bedre med dagliglivets rammebetingelser, og at deltakerne kan trekke på et større repertoar av felles erfaringer, enn når en møter fremmede mennesker (Malterud 2012).

#### **4.4 Fokusgruppeintervju**

I litteraturen blir kvalitative forskningsintervjuet beskrevet som en samtale mellom forsker og intervjupersonen, der samtalen styres av de temaene forskeren ønsker å få informasjon om (Bjørndal, Flottorp & Klovning 2007). Fokusgruppeintervju ledes av en moderator, i dette fokusgruppeintervjuet er det jeg som innehar denne rollen (Malterud 2012).

Jeg bestemte meg tidlig i prosessen for å velge intervju og da gruppeintervju som metode for å innhente emperi fra praksisfeltet. Gruppeintervju blir omtalt som fokusgruppeintervju (Malterud 2012). I litteraturen jeg har støttet meg til fremkommer det at fokusgruppeintervju gir et særlig godt grunnlag der vi ønsker å få innsikt i fenomener som gjelder felles erfaring, tanker, holdninger eller meninger der mange personer samhandler (Malterud 2012).

Fokusgruppeintervju kan bidra til at en får en mer kunnskap fra informantene som en ikke vil kunne få ved enkelt intervju. Dette for at ved fokusgruppeintervju vil informantene få mulighet til og følger opp hverandres utsagn i gruppen ved å utdype tema som blir drøftet ytterligere (Malterud 2012). Samhandlingsdynamikken i fokusgruppeintervjuet er avgjørende for hvorvidt en lykkes i prosessen med å få informantene til å dele erfaringer og kunnskap som fører til at en får fruktbare data (Malterud 2012).

Kommunikasjon i et fokusgruppeintervju er mer enn samtale og tekst. I kommunikasjonen inngår også nonverbal kommunikasjon. Dette er et virkemiddel som bevist eller ubevist blir nyttet i sosiale sammenhenger der vi ut fra roller i dagliglivets sammenhenger skaper bestemmelser for hva som kan sies og hvordan det oppfattes. I etablerte grupper i arbeidslivet kan en som arbeidstaker og kollega over tid sette historiske og kulturelle rammer som etablerer forståelse betingelser for forløp og tolkning. Dette er spesielt viktig og ha oppmerksomheten rettet mot, for å få frem om slik kommunikasjon forekommer under fokusgruppesamtalen, og hva dette har av betydning for den empiriske dataen en har samlet inn (Malterud 2012).

Jeg hadde også tidligere nyttet fokusgruppeintervju som metode der jeg skulle skrive en oppgave om leders opplevelses i en gitt situasjon. Erfaringen min fra den gang til sa at fokusgruppeintervju var en fin måte og komme tett inn på de som jobber innen temaet jeg ønsket og få mer kunnskap om. Samtidig hadde jeg erfaring og var forberedt på at fokusgruppeintervju ville kreve mye arbeidsinnsatts fra meg med tanke på planlegging og forberedelser til intervjuet, i tillegg til bearbeiding av tale på lydbåndopptak som skulle transkriberes og analyseres (Malterud 2012). Jeg utarbeidet intervjuguide (Vedlegg 1) til bruk under intervjuet, og har der nytte det som innen forskningsfeltet heter delvis strukturert intervjuguide (Malterud 2008). Det innebærer at rekkefølgen på temaene underveis kan variere slik at jeg kan følge informantenes fortelling, samtidig som jeg har kontroll på at alle spørsmålene som jeg mener er viktig for å få svar på problemstillingen blir stilt. (Thagaard 2012). Jeg hadde også testet ut båndopptakeren og gjort meg kjent med innstillingene på deg, samt vurdert hvor opptaker måtte ligge for å få god kvalitet på lyden på intervjuet.

Jeg hadde også utarbeidet et samtykkeskjema (vedlegg 3) der jeg gjorde rede for oppgavens tema og problemstilling. Jeg gjorde også rede for at deltakerne var sikret anonymitet og hvordan jeg skulle oppbevare det innkomne materialet som jeg skulle hente inn ved fokusgruppeintervju. Videre redegjorde jeg for at deltaking var frivillig og at en kunne trekke seg når som helst og krevet at innkomne materiale som en hadde levert ikke ble nyttet. Til slutt i samtykkeskjemaet skulle informantene signere at de hadde lest og forstått informasjonen jeg presenterte i skjemaet og at de samtykket til å delta som informant.

Jeg fikk tilbake 7 signerte samtykkeskjema ganske umiddelbart, og fikk signal om at det er to personer til som ønsker å delta, og vil ta med seg signert samtykkeskjema når de stiller til intervju. Litteraturen jeg har støttet meg til beskriver at anbefalinger om antall deltakere og praksis varierer betydelig. Det fremkommer at for at en skal kalle det en fokusgruppe, må en samtale kjennetegnes av uttalt interaksjonen mellom deltakerne, slik at det ikke bare blir to på samme lydopptak (Malterud 2012).

Jeg velger ut fra geografi å dele de i to grupper, og velger å dele dem inn basert på organiseringen i kommunen. I vurderingen med å benytte allerede eksisterende arena vurderte jeg dette som hensiktsmessig da jeg skulle rekruttere deltakere. Dette for at det ville være fordel logistiskmessig for dem jeg hadde vurdert skulle inngå i utvalget for min studie (Malterud 2012).

Første intervjuet ble avholdt på et møterom på et av sykehjemmene i kommunen. Jeg møtte tidlig og hadde klargjort rommet slik at vi skulle sitte samlet, og jeg hadde plassert båndopptakeren midt på bordet. Jeg hadde også testet at jeg ved den plasseringen klart og fange opp det som ble sagt under fokusgruppeintervjuet på båndet, noe jeg gjorde (Malterud 2012).

Jeg hadde avtale med 5 informanter, der det møtte bare 4. Jeg valgte allikevel og gjennomføre intervjuet som planlagt. Jeg hadde fått signerte samtykkeskjema fra alle (Malterud 2012). Informantene var sykepleiere, og hadde jobbet i tjenesten i fra 15- 30 år. Før intervjuet startet orienterte jeg igjen om hensikten med studiet, og at det var frivillig å delta og at en når som helst i prosessen kunne trekkes seg og kreve at informasjon som var blitt utlevert ikke ble nyttet. Jeg stilte også spørsmål om det var ok at jeg nyttet lydbåndopptaker under intervjuet (Malterud 2012). Alle informantene kjente hverandre fra før, og jobbet under samme leder. Intervjuet varte i 1 time. Jeg nyttet båndopptaker under intervjuet. Informantene var noe nølende i starten, og den gode diskusjonen uteble de første 5 min, før det tok seg opp og ble

gjennomført ved at jeg støttet meg til intervjuguiden (vedlegg 1) for å få belyst alle temaene, men der informantene fulgte opp hverandres utgagn og fylte på med sine erfaringer (Malterud 2012). Vi hadde ingen forstyrrelser under intervjuet og alle fire informantene deltok like aktivt under intervjuet. Korttid etter jeg var ferdig med intervjuet hørte jeg igjennom innspillingen på båndopptakeren. Dette for å danne meg et bilde om jeg hadde fått med relevant informasjon i intervjuet, og for å vurdere om jeg burde endre på måten jeg som moderator forholdt meg under intervjuet.

En uke seinere gjennomførte jeg intervju med informantene i den andre sonen. Jeg startet også dette intervjuet med å møte tidlig og organisere rommet slik at vi kunne sitte samlet rundt lydbåndopptakeren (Malterud 2012).

Her opplevde jeg det samme, det var 4 som hadde bekreftet at de ville delta som informanter, men på intervju- dagen var det en som var syk og med det ikke stilte. Jeg valgte også her å gjennomføre intervjuet som planlagt. Denne gangen var oppmøte stedet på et annet sykehjem i kommunen, der vi hadde avtalt å sitte på kontoret til den ene informanten. Alle informantene var også her sykepleiere. Informantene hadde jobbet i 20- 25 år i pleie og omsorgstjenesten, kjente hverandre og hadde samme leder. Jeg orientert også her om prosjektet, at det var frivillig og delta og at en kunne trekke seg når som helst, samt gi melding om at informasjon ikke skulle nyttes. Spurte også om det var ok at jeg nyttet lydbåndopptaker under fokusgruppeintervjuet (Malterud 2012).

Jeg brukte båndopptaker også under dettefokusgruppe intervjuet som varte i 105 min. I dette fokusgruppeintervjuet var det en deltaker som tok ordet oftest i starten, og jeg måtte jobbe mer med å få de andre to informantene på banen (Malterud 2012). Etter hvert gikk dette seg til og alle tre deltok like mye, og samtalen seg i mellom med å følge opp hverandres utsagn samtidig som de førte inn nye moment i intervjuet. Vi hadde to avbrudd under intervjuet der det ene gangen var en telefon som ringte, og den andre gangen var det noen som banket på døren. Også her kjente alle informantene hverandre fra før.

I etterkant ser jeg at det var mer hensiktsmessig å møtes på et møterom enn på et kontor, da vi ikke var så tilgjengelig på møterommet for andre (Malterud 2012).

## 4.5 Transkribering

Etter intervjuene skulle rådata bearbeides og organiseres til tekst slik at det skulle kunne nyttes til analysen (Malterud 2012). Jeg begynte prosessen med transkribering allerede uken etter siste intervjuet. Dette for at jeg da hadde begge intervjuene tett på, og var godt inni arbeidet.

Ved transkribering og i kapittelet der jeg presenterer funn bruker jeg koder fra 1- 7 på informantene. Dette for å anonymisere data, og samtidig kunne vise tilbake i råmaterialet hvem som har sagt hva, for på den måte vise til kilde for kunnskapen jeg formidler (Malterud 2012).

Det ble mye tale som skulle omgjøres til tekst, der hvert ord og lyd skulle ned på papiret. Jeg hadde i forkant av dette arbeidet ordnet meg slik at jeg hadde en uke fri fra jobb for å jobbe intensivt med transkriberingen.

Transkriberingen var en omfattende og langvarig prosess, der jeg satt sammenhengende i flere timer omgangen for å få ned alt (Malterud 2012). Jeg erfarte tidlig at det var utfordrende og få omdannet tale til tekst slik at samtalen gav god gjenfortellende resultat. Ved transkribering oppdaget jeg mange ”fyll ord” som, ”ja”, ”hm”, ”heh”, ”eee”, og pauser der informanten virket til å tenke seg om før det kom et utdypende svar, eller setningen ble værende halvveis, og en annen informant grep ordet og gav sin uttalelse. Jeg hørte tidlig at disse ”fyllordene” ikke hadde betydning for innholdet i det som ble sagt, og jeg fikk en nysgjerrighet for hva informanten ikke hadde fått formidle da setningen ikke ble fullført. Jeg har vært særlig oppmerksom på og ikke tillegge teksten mer mening enn hva informanten formidler (Malterud 2012). Jeg hadde også noen ganger utfordring med å høre hva informantene sa da de snakket i munnen på hverandre. Når jeg da skulle skille mellom hvem som sa hva, og hva de sa måtte jeg høre det samme om igjen mange ganger, før jeg klarte å få det ned på arket. Det var også en del latter samtidig som andre snakket, også her var det utfordrende og skille ord fra annen lyd og få det rett ned på arket.

Etter en uke hadde jeg fått transkribert begge intervjuene, og begynte å lese igjennom teksten. Jeg begynte da å lage merker i teksten på uttalelser som jeg fant interessant, og som jeg mente var viktig, og overførte disse til et eget ark som jeg tenkte kunne komme til nytte i analyseprosessen (Malterud 2012). Under gjennomlesingen oppdaget jeg at det noen plasser virket som om jeg ikke hadde fått med alt informantene hadde sagt, og måtte til igjen med båndopptakeren for å lytte og høre om jeg manglet noe. Det viste seg at jeg flere plasser

hadde glippet på noen ord, og med det måtte jeg igjen høre gjennom alt på lydbåndet og føre til det som manglet i det skriftelige materialet. Dette tok ytterligere en uke, da dette skulle kombineres med at jeg var i 100 % jobb.

Tiltross for at jeg synes dette var en omfattende og tidkrevende prosess, opplevde jeg at denne prosessen førte til at jeg fikk god forståelse for det materialet som jeg hadde fått fra informantene, noe som var viktig i den videre prosessen med analysen (Malterud 2012).

#### **4.6 Analyseprosessen**

Forsvarlig analyse av empiriske data krever systematisk og refleksiv behandling. Kvalitativ analyse skal foregå slik at andre på et senere tidspunkt kan følge den veien vi har gått (Malterud 2012).

Malterud (2008) beskriver analyseprosessen som å bygge en bro mellom rådata og resultat ved at det organiserte datamaterialet blir fortolket og sammenfattet. En skal gjennom analysen vise hvordan en er kommet frem til resultatet.

Jeg har liten eller ingen erfaring fra analysearbeid og velger å støtte meg til Malterud (2008) sin analysemodell. Dette gir meg et godt styringsredskap under analyseprosessen. Målet med analysen er at funn skal åpne for innsikt som vi ikke har fra før. Analyseprosessen skal være transparent, det vil si en skal som leser kunne gjennom beskrivelse av prosessen kunne følge teksten fra tale til meningsbærende komponenter. Samtidig skal en ivareta anonymiteten til informantene, slik at det ikke skal kunne spores til hvem som har hvilke uttalelse. Under transkribering satt jeg en tall kode på hver setning ut fra hvem som sa hva. Hver informant hadde fått sin tall kode. Denne tallkoden har fulgt teksten hele veien, slik at ved å gå tilbake til transkriberingen kan jeg vise til de ulike tekstbidragene som en finner igjen i oppgaven (Malterud 2012).

Jeg har i analyseprosessen tatt utgangspunkt i analyseprosess Malterud presenterer og som er delt inn i fire trinn (Malterud 2008).

Trinnene består av:

1. Få et helhetsinntrykk - bli kjent med materialet
2. Identifisere meningsbærende enheter – skille relevant tekst fra irrelevant tekst, begynne å sortere den teksten som kan tenkes belyser problemstillingen.



3. Abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enheter – systematisk uthenting av mening.
4. sammenfatte betydningen – sammenfatte den en har funnet i form av gjenfortelling.

Analyseprosessen startet for meg ved at jeg leste igjennom det jeg hadde transkribert flere ganger og samtidig skrev merknader i teksten for å markere ulike tema tekstene representerte. Jeg prøvde å ha en ovenfra og ned tanke ved gjennomlesing av teksten. Dette for å danne et helhetsbilde.

Malterud (2008) sier: "*helheten er viktigere enn iøynefallende detaljer*", og vi må legge vekk vår forforståelse og teoretiske referanseramme (Malterud 2008).

Det transkriberte arbeidet bestod av 74 sider med tekst. Etter hvert som jeg hadde dannet meg et bilde av en kode løftet jeg dette ut på eget dokument. Underveis i prosessen med gjennomlesing av transkripsjonen kom jeg frem til 9 koder. Kodene jeg kom frem til var reservert holdning, ulikt syn, bilde av den eldre, individuelltilpassing, samarbeid, felles verktøy, for seint inn, dobbeltrolle og ny kunnskap.

Jeg vurderte så om jeg kunne plassere kodene under kategoriene som jeg hadde sett opp i intervjuguiden (vedlegg 1). Jeg oppdaget da at noen av kodene passet under kategoriene (vedlegg 1), men at jeg også hadde koder som ikke passet inn. Med bakgrunn i dette valgt jeg å sette opp nye kategorier. Kategoriene ble da organisering, det førstemøte og bakkebyråkrat.

I trinn 2 i analyseprosessen skal en organisere det som skal studeres videre (Malterud 2008). En skal skille ut tekst som ikke har relevans, og finne frem til tekst som har relevans for å belyse problemstillingen.

Arbeidet på dette trinnet startet med å hente frem dokumentet jeg hadde laget med kategorier. Deretter fordelte jeg kodene jeg hadde kommet frem til i første trinn under de ulike kategoriene. Kategoriene var *organisering*, *det første møte*, og *bakkebyråkrat*. Kodene under kategorien *organisering* kom jeg frem til var samarbeid, felles verktøy individuelltilpassing, og for seint inn. Under kategorien *første møte* plasserte jeg reservert holdning, ulikt syn, bilde av den eldre, og i den siste kategori *bakkebyråkrat* kom jeg frem til kodene dobbeltrolle og ny kunnskap. Disse kodene omhandlet slik jeg ser der ulike sider av samme sak som kategorien den er plassert under representerte.

Deretter kopierte jeg de meningsbærende tekstene systematisk, og plasserte de under kategoriene slik jeg hadde kommet frem til basert på kodene de representerte.

I skjemaet satt jeg teksten informanten formidlet under *informant*, så vurderte jeg hva informanten uttrykte/ mente med denne teksten, dette sette jeg under *kode*. Dette ble videre plassert under kategorien den tilhørte.

**Tabell 1 Meningsbærende enheter kode og kategori**

Informant- meningsbærendetekst	Kode	Kategori
<i>Jeg synes enkelte ganger det kan være vanskelig å være både saksbehandler og hjelper</i>	dobbeltrolle	bakkebyråkrat

I trinn 3 sammenfattet jeg kunnskapen som hver kodegruppe representerte (Malterud 2008). De fire hovedgruppene jeg hadde notert i trinn to, skulle nå representere kodene i det videre arbeidet. Jeg skulle nå hente ut mening i tekstene ved å kondensere innholdet i tekstene (Malterud 2008). Tekstene som ble sett sammen var tekster som representerte samme kode. De tekstene som jeg vurderte som ikke meningsbærende tok jeg ikke med.

Prosessen med tekst kodingen består av systematisk uthenting av deler av tekst fra sin opprinnelige sammenheng, å sammenfatte den, for senere å kunne leses i sammenheng med beslektede tekstelementer og i den teoretiske referanserammen (Malterud 2008). Jeg har utformet de sammensatte tekstelementene slik at det er informantens egne ord som blir brukt og jeg har skrevet de i ”jeg” form. Eksempel på dette er:

*”Som tjenesteyter og saksbehandler skal jeg ivareta den enkelte sine behov og organisasjonens bestemmelser om å være restriktiv i tildeling av tjenester. Jeg synes det er utfordrende og klare å holde meg oppdatert i forhold til bestemmelser som er gjort, og være igangsetter av politiske vedtak samtidig som en skal ivareta den eldre og gi tjenester etter individuelle behov”.*

Da det er jeg som har jobbet med teksten, er den tolket ut fra mitt faglige ståsted. Det har bidratt til at jeg måtte være bevist min forforståelse i prosessen og det videre arbeidet (Malterud 2008).

I trinn fire skal en sette tekst bitene settes sammen igjen – rekontekstualisere (Malterud 2008). En skal da sammenfatte det en har funnet og sett opp under kode i form av gjenfortellinger som skal skrives i tredjepersonsform, og som kan danne grunnlag for nye beskrivelser eller begrep (Malterud 2008).

*Tabell 2 Sammenheng mellom koder og kategorier*

<b>Kode</b>	<b>Kategori</b>
Reservert holdning Ulikt syn på den eldres behov for hjelp Bilde av hvem den eldre er	Det første møte
Individuell tilpassing Felles verktøy Samarbeid er gull verdt Manglende ressurser fører til at en kommer for sein inn med tjenester	Organisering
Dobbelrolle Ny kunnskap	Bakkebyråkrat

Omtalen av hver enkelt gruppe får sitt avsnitt med overskrift som blir presentert i kapittel 5. Malterud (2008) kaller dette resultat kategorier. Under resultat kategorien sammenfatter en innholdsbeskrivelsen ved og bruker uttrykk hentet fra den meningsbærende teksten Malterud (2008). Hensikten er å formidle til leserne på en lojalmåte ovenfor informantene hva forskningsmaterialet forteller om en utvalgt side av oppgavens problemstilling. Underveis i dette arbeidet kan en se at en har festet seg med enkelte koder som ikke har sterk nok forankring i materialet, noe som innebærer at en ikke klarer å lage en slik sammenfatning. Om en kommer til at en skal ta vekk tekst bør en tenke gjennom hva som gjorde at en festet seg med den i utgangspunktet (Malterud 2008). Når denne prosessen er gjentatt gjennom alle resultat kategoriene, går en tilbake til teksten med de meningsbærende enhetene for å finne noen utvalgte sitat som gir et bilde av det som er omtalt i teksten (Malterud 2008). Dette har vært en utfordrende prosess da jeg opplever at alt har en verdi, og med det har jeg hatt flere runder med å gå tilbake til analyse materialet for å gjøre nye vurderinger i fht kategorier og koder.

Når selve analysen er ferdig skal en validere funnene og beskrivelsene i forhold til den opprinnelige sammenhengen de er hentet fra. Dette har jeg gjort ved å hente frem dokumentet der jeg hadde kopiert inn tekstene under kodegruppene, samt at jeg hadde det transkriberte arbeidet tilgjengelig, for på denne måten og dobbelt sjekke at jeg ikke har tillagt noe mer i teksten enn det informantene har produsert i intervjuet (Malterud 2008).

#### **4.7 Etiske hensyn**

For å komme frem til hvilke kommune jeg skulle henvende meg til for å innhente informanter, valgte jeg å ta en ringe runde rundt til kundetorgene i de omkringliggende kommunene for å høre hvilke faggrupper og hvor mange de hadde i kommunen som foretok førstegangssamtaler med eldre slik jeg hadde formulert problemstillingen (Malterud 2012). Det viste seg å være liten variasjon fra kommune til kommune. Alle kommunene jeg var i kontakt med hadde opprettet tildelingskontor, der det var de tilsette på kontoret som foretok førstegangssamtalene. Det varierte hvilke faggrupper som var ansatt på tildelingskontorene i de ulike kommunene. Faggrupper som var representert var sykepleiere, vernepleiere og ergoterapeuter. Det var fra 2- 3 personer i hver kommune som foretok førstegangssamtalen. Av de 5 kommunene jeg ringte til var det en kommune som hadde valgt å gjøre endring ved tildelingskontoret slik at det var hjemmetjenesten selv som saksbehandlet forespørsel om tjeneste i hjemmet, og med det var det personer i den tjenesten som foretok førstegangssamtalen. Det innebar at det var et større antall ansatt som foretok førstegangssamtalen (Malterud 2012).

Da jeg bor i en kommune der det å samle tilsette på de ulike tildelingskontorene ville medført lang reise tid for alle, samt at en ville vært avhengig av å nytte ferje som kommunikasjonsmiddel, valgt jeg å forholde meg til en kommune (Malterud 2012).

For å kunne sette i gang prosjektet med oppgaven har jeg søkt NSD (Norsk senter for forskningsdata) om godkjenning av mitt prosjekt (vedlegg 2). Der prosjektet fikk saksnummer 55352. (Malterud 2012).

For å komme i kontakt med informanter kontaktet jeg sektorleder innen pleie og omsorg i kommune for å informere om mitt prosjekt, og spørre om jeg kunne få lov til å gjennomføre prosjektet i kommunen der. Da jeg fikk positiv respons fra sektorleder, avtalte vi at jeg skulle få komme på en samling i sektoren der enhetsledere og avdelingsleder fra hele kommunen var

samlet for å informere om prosjektet. Etter å ha informert om prosjektet delte jeg ut informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg 3) til enhetslederne i hjemmetjenesten, slik at de kunne formidle dette skrevet til målgruppen for min problemstilling (Malterud 2012). I informasjonsskrivet rettet jeg forespørsel om deltakelse i mitt forskningsprosjekt, og jeg redegjorde for prosjektet. Det frem kom også i informasjonsskrivet at deltakelsen er frivillig og at en kan trekke seg når som helst underveis (Malterud 2012). Jeg redegjorde også for hvordan informasjon jeg innhenter vil bli oppbevart, og at jeg lover anonymitet (Malterud 2012). Vi avtalte også at enhetslederne skulle hente inn signerte samtykkeskjema og sende de tilbake til meg. Dette for at informantene ikke kunne oppleve at jeg påvirket deres valg, da deltagelsen er basert på frivillighet (Malerud 2012).

#### **4.8 Studiens styrker og svakheter**

For å vurdere forskningens legitimitet brukes begrepene *reliabilitet* og *validitet* (Thagaard 2015).

*Reliabilitet* knyttes til spørsmålet om forskningens pålitelighet. Dette innebærer en kritisk vurdering av om forskningen er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte. Spørsmålet om reliabilitet knyttes til spørsmålet om en annen forsker som anvender de samme metodene ville kommet frem til det samme resultatet (Thagaard 2015).

Jeg har valgt intervju som metode, og har i etterkant transkribert intervjuene og skrevet ned ordrett det som er blitt sagt. Jeg har nyttet koding for å ivareta anonymiteten (Malterud 2012). Jeg har tatt med alle fyllordene og markert når informantene har tatt pause og evt ikke fullført setningene. Jeg har i transkriberingen vært bevisst på at jeg ikke har fylt på med egen tolkning og forforståelse når jeg opplever at informanten stopper opp i samtalen, eller ikke fullfører setningen. Transkribering er en tidkrevende prosess, og en kan stå i fare for og miste verdifull informasjon om forsker bruker egenerfaring, som ledetråder for forforståelse av det materiale en skal transkribere (Malterud 2008s.74). Videre i arbeidet med emperien har jeg i analysearbeidet og i kapittelet der jeg presenterer funn vist hvordan jeg etappevis har nyttet Malteruds (2008) ”verktøykasse” for analysearbeid, og jobbet meg frem til mine funn. Jeg har vært åpen for at analysearbeidet og presentasjon av funn skal være transparent.

*Validitet* knyttes til kunnskapens gyldighet, hva er den gyldig for, og under hvilke betingelser. I følge Malterud (2008) er ingen kunnskap allmenngyldig, i den betydningen at kunnskapen

gjelder under alle omstendigheter og for et hvert formål. Gjennom forskningsprosessen er vurdering av validitet et viktig virkemiddel for kritisk refleksjon (Malterud 2008). Validitet handler om kunnskapens gyldighet i forhold til de tolkningene en er kommet frem til. En kan med det stille spørsmålet om det en er kommet frem til er virkeligheten av det vi har studert (Thagaard 2015).

Jeg har i min problemstilling formulert at jeg ønsker å studere hva som kjennetegner førstegangssamtalen med elder. For å få kunnskap om dette har jeg vurdert intervju som en egnet metode for og få kunnskap direkte fra dem som utfører førstegangssamtalen, og med det har relevant erfaring og opplevelse knytt til min problemstilling. Jeg kunne også nyttet litteraturstudie som metode for min problemstilling, men ville ikke da fått førstehåndskunnskap gjennom møte med informanter om hva hjelper opplever, noe jeg hadde ønsker å få kunnskap om gjennom arbeidet med oppgaven (Malterud 2008).

*Overførbarhet* knyttes til vurdering av forståelse og tolkning som utvikles i studie, og om den kan overføres og være gyldig i andre sammenhenger. Ekstern overførbarhet blir nyttet i denne sammenheng (Thagaard 2015). Jeg har gjennom arbeidet med prosjekt hatt fokus på relevans til fagfeltet. Dette har vært viktig for meg, da jeg ønsker å kunne overføre mine funn tilbake til praksisfeltet i kommunen jeg jobber. Jeg finner det sannsynlig at mine funn også er overførbar til andre kommuner. Jeg har allerede under arbeidet med denne oppgave fått spørsmål fra andre kommuner om jeg har erfaring og kunnskap å dele med dem, da de jobber med utarbeiding av rutiner og retningslinjer for førstegangssamtalen.

## **5.0 Presentasjon av empiriske funn**

I denne delen av oppgaven presentere jeg empiriske funn, og det som er relevant for min problemstilling. Jeg har valgt å dele funn inn i tema for å belyse de ulike elementene, men det må allikevel sees i sammenheng da alt har betydning for problemstillingen. Gjennom analysen kom jeg frem til følgende kategorier: Det første møte, organisering og bakkebyråkrat.

## 5.1 Det første møte

### Reservert holdning

Den første henvendelsen om tjenester for den eldre kan komme fra den eldre selv, fra pårørende, fra nabo eller fra andre i hjelpeapparatet som fastlege eller sykehus. En henvendelse om hjelp kommer via en søknad der det blir beskrevet den eldre sitt hjelpebehov. Når søknaden er registrert tar hjelper kontakt med den eldre på telefon for å gjøre avtale om førstegangsbesøk. Den aller første kontakten mellom hjelper og den eldre oppstår slik det er i dag ved at hjelper ringer den eldre for å avtale hjemmebesøk. Informantene oppgir at det er enklere og møte den eldre når den eldre selv tar kontakt for å søke om hjelp, eller at denne kontakten er en felles bestemmelse mellom den eldre og den som tar kontakt. Det at den eldre har erkjent for seg selv at han trenger hjelp, og er åpen for kontakt med pleie- og omsorgstjenesten gjør den første kontakten betydelig enklere.

*Den eldre kan ha litt reservert holdning til å møte oss når han selv ikke har bedt om hjelp, det har jeg opplevd (Informant 7).*

Når det er andre som tar kontakt for den eldre er det ikke alltid avklart med den eldre at det er oppstått kontakt med pleie- og omsorgstjenesten, og det blir da pleie- og omsorgstjenesten som tar kontakt og forteller at andre mener den eldre trenger hjelp. Informantene oppgir at alt da får en et lite førsteinntrykk av den eldre, men at det likevel er spennende når en ringer på og ikke helt vet hva som venter. Informantene beskriver at det er ulikt hvordan den eldre opplever at andre mener at de trenger hjelp, og dette påvirker hjelpers opplevelse av hvordan de opplever førstegangssamtalen.

*Det gjør noe med settingen, hvordan en møter den eldre når det er andre som har gitt melding om at den eldre ikke klarer seg uten hjelp lenger (Informant 1).*

Det at andre mener at den eldre ikke klarer seg aleine lengre, er for noen sårt, og blir opplevd som at noen overkjører dem. Dette kan føre til at det første møte blir anstrengt, Det er vesentlig at hjelper kjenne seg selv og er trygg på egne reaksjoner ut fra hva en møter. Hjelper må bruke seg selv, og må trø varsomt for å komme i en god dialog med den eldre.

### Ulikt syn på den eldres behov for hjelp

Informantene opplever at det er ulikt syn på hva de i spesialisthelsetjenesten vurderer som den eldres behov, og hva som blir vurdert fra kommunen. Informantene oppgir at de alltid ringer sykehuset for å få snakke med personalet på sykehuset før pasienten blir utskrevet. Dette for

at den informasjonen som er kommet skriftelig i forbindelse med søknaden om hjelp ofte ikke stemmer overrens med det som er aktuelt med den eldre behov i hjemmet ved utskriving, og dette er noe som kan prege forberedelsen til førstegangssamtalen.

*Noen ganger kan en få inntrykk av at pleiepersonellet på sykehuset helgraderer seg, for at kommunen i etterkant ikke skal kunne si noe på at de ikke hadde søkt tilstrekkelig med hjelp til den eldre. (Informant 4).*

Informantene frem holder at endringen kom ved innføring av samhandlingsreformen. At kommunen har ansvar for å ta i mot pasienter som blir definert utskrivingsklare fra spesialisthelsetjenesten er utfordrende, da de opplever at det er ulikt syn på den eldre behov. Informantene sier de opplevde å få mer informasjon om pasienten før. Nå opplever de at pasientene plutselig blir meldt utskrivingsklar. Informantene erfarer etter innføring av samhandlingsreformen og elektronisk meldingsutveksling at fokuset til spesialisthelsetjenesten er mer på det praktiske. Der de er mer opptatt av å holde seg til samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene, enn å innhente tilstrekkelig med informasjon om pasienten sine utfordringer og ressurser. Dette fører til at informantene erfarer at det som blir sendt ved elektronisk meldingsutveksling har lite relevans for pasientens helhetlige situasjon. Å ha fokus på utskriving i samme øyeblikk som den eldre blir innlagt, fører til at personalet på sykehuset ikke har fått oversikten over hva som er det egentlige behovet.

*Sist jeg hadde førstegangssamtale etter søknad fra sykehuset der den eldre hadde vært innlagt på sykehus var behovet helt annerledes enn det var søkt om (Informant 5).*

Informantene forteller om episoder der de har førstegangssamtale som er kommet i stand etter søknad fra sykehus, der sykehuset søker om hjelp til den eldre som viser seg ikke nødvendig. De oppgir at de ikke sjeldent opplever at sykehuset informerer at den eldre trenger hjelp til enten ikke er et behov når de snakker med den eldre selv, eller at det kan løses med at de får tildelt hjelpemidler som toalett forhøyer, baderomskrakk, eller arbeidsstol.

*Ja, noen ganger opplever jeg at sykehuset oppgir at den eldre trenger mer hjelp enn det som er behovet, og andre ganger opplever jeg at den eldre trenger mer hjelp enn det er søkt om også, ja, jeg lurte faktisk noen ganger på om den eldre i det hele tatt kan bo hjemme (Informant 2).*



Informantene sier det kan være utfordrende når andre instanser gir den eldre lovnad om pleie- og omsorgstjenester før de kommer på hjemmebesøk, og har førstegangssamtalen. Det kan da bli ubehagelig å si at de ikke kan få så mye eller ofte hjemmetjenester som andre har lovet dem, sier informantene.

*Opplever spesielt når pasienten kommer fra sykehus at de er forespeilet høgere nivå på hjelpen enn vi kan tilby, og det er da ubehagelig å måtte si at de ikke kan få så mye hjelp (Informant 4).*

Informantene fra de to sonene har ulik erfaring i hvilke forventninger pårørende har til hjelp fra det offentlige. Det kommer frem at de opplever det utfordrende om det er mange forskjellige pårørende med sterke meninger med på førstegangssamtalen, og der de har ulikt syn på hva den eldre trenger hjelp til. Ekstra utfordrende er det om det er missforhold mellom behovet til den eldre, og pårørende sitt ønske om hjelp for den eldre.

*Pårørende kan ha forestilling om at vi bare skal ta et tilsyn hos den eldre, selv om de ikke trenger hjelp til noe, for det vil gi de pårørende trygghet. De forstår ikke at vi ikke har sånne tjenester (Informant 4).*

Det er utfordrende for hjelper i førstegangssamtalen og skulle gå i mot pårørendes ønske for hjelp til den eldre. Det å skulle argumentere for at de vurderingene en gjør som hjelper, skal være tilstrekkelig, når de som står den eldre nærmest ikke opplever det krever mye av hjelper som står aleine i slike situasjoner.

### **Bilde av hvem den eldre er**

Å komme hjem til den eldre gir informantene et bilde av hvem den eldre er og hvordan han har det. Tjenesten er organisert slik at alle jobber i tildelte geografiske områder, og med det har de i enkelte tilfeller relasjon til den eldre som har betydning når de skal innhente informasjon. Før en tar kontakt med den eldre og avtaler førstegangssamtalen leses søknaden og annen skriftlig informasjon som er kommet, og på bakgrunn av dette danner en seg et bilde av hvem den eldre er. Om søknaden kommer fra en som en alt har relasjon til oppleves det annerledes å jobbe med informasjonsinnhenting. En har da et bilde av den eldre og med det er det lettere å vite hva en ønsker å få informasjon om.

*Det er alltid kjekt å gå på hjemmebesøk, det å få se hele situasjonen gir meg en god plattform i tillegg til innhentet informasjon (Informant 3).*

Informasjons innhenting er en viktig del av jobben før en skal møte den eldre, og en bør bruke tid på denne prosessen slik at en møter godt forberedt. De gangene den eldre er kjent for hjelpe har en ofte informasjon som kan være utfyllende til den informasjonen som kommer med søknaden. Andre ganger er det kollega som kjenner til den eldre, og kan gi noe informasjon. Når en avtaler møte for førstegangssamtalen blir det spurt om de ønsker at noen skal være med på samtalen. Informantene opplever at det er en fordel om pårørende er med. Informantene opplever at pårørende som er med under førstegangssamtalen ofte tar på seg oppgaven med å formidle hvordan den eldre klarer seg i det daglige, og hvordan de ordner boligen og dette er nyttig informasjon. Informantene oppgir at ved å møte den eldre aleine kan en oppleve at det reelle hjelpebehovet ikke blir synlig, da den eldre noen ganger ikke erkjenner at den har behov for hjelp, eller at hjelpebehovet blir nyansert. Det kan være ulike grunner for dette, men for noen er det vanskelig å motta hjelp, eller at den eldre ikke synes han har behov for hjelp, da han opplever og mestre livet slik han ønsker ut fra hva han mener er viktigst i hans liv.

*Det er en fordel om pårørende er med på hjemmebesøk, du får relasjon til de pårørende, du får se de, du får en masse opplysning som kanskje ikke den eldre hadde beskrevet (Informant 1).*

Det er viktig at den som utøver tjenesten går på hjemmebesøk og har førstegangssamtalen. De oppgir at det gir de viktig informasjon med tanke på at de ut fra førstegangssamtalen skal bestemme om den eldre har rett på tjenester, og hvilke tjenester den eldre har rett på. Førstegangssamtalen gir en trygghet ved tildeling av tjenester og det er viktig.

*Før når det ble tildelt tjenester fra tildelingskontoret rett fra sykehus eller etter at de hadde hatt samtale med pårørende ble det mye feil på tjenestene. Så jeg synes det er nyttig å gå på hjemmebesøk, vi treffer rettere med tjenestene nå.. (Informant 4).*

Å møtes i en førstegangssamtale er verdifull for alle involverte. Førstegangssamtalen åpner opp for informasjon som er verdifull for alle. gjennom samtalen kan en skape et bilde av den eldre og situasjonen, noe en ikke kan lese seg til i en søknad om tjenester, og den eldre får et bilde av hjemmetjenesten som en bare kan få i det direkte møte.

## 5.2 Organisering

### Individuell tilpassing

Informantene i begge sonene er enig at det er viktig å tilrettelegge for brukermedvirkning og individuelt tilpasset hjelp, og er oppmerksom på at de er pålagt og tilrettelegge for dette gjennom offentlige bestemmelser. Informantene beskriver at de innen for et kommunalt system opplever å ha begrensa muligheter for å tilrettelegge for hver enkelt, da de har mange de skal yte tjenester til. Informantene sier de kunne tenke seg at det var større mulighet for å tilrettelegge tjenestene slik at de i større grad er individuelt tilpasset, men at de ikke opplever at det lar seg gjøre da ressursene er knappe. Informantene oppgir at brukermedvirkning i førstegangssamtalen omhandler å få et innblikk i hva den eldre klarer selv.

*En førstegangssamtale der vi skal få et godt innblikk tar tid, og den tiden har vi ikke (Informant 3).*

For å få et innblikk i den Eldres ressurser blir førstegangssamtalen ofte gjennomført med at den eldre får hjelp til f. eks. å stille spørsmål om det er det den har søkt om. Informantene oppgir at de er tydelig på at den eldre må gjøre det de klarer selv. Det kommer frem at informantene også noen ganger får den eldre til å ta de med på en omvisning rundt i huset. For på denne måten og får et innblikk i den Eldres ressurser, og innblikk i hvordan den eldre har det i det daglige. Informantene sier det er ofte mange ting som skal tas hensyn til, ikke bare i forhold til hva brukeren ønsker, men også i forhold til hva en vurderer det offentlige har ansvar for. Informantene i begge sonene oppgir allikevel at det er behovet til hver enkelt som styrer tankene deres, og det vektlegges under førstegangssamtalen.

*Jeg gir tjenester ut fra den enkelte sitt behov. Det er ingen av de eldre som er helt like, om det sies at vi ikke skal gi hjemmehjelp mer enn hver 14. dag, så kan jeg ikke se blindt på det. De eldre kan jo ikke vasse i søppel og skit i to uker. Det er hver enkel jeg skal se, og ut i fra det vurderer hvor mye hjelp de skal få (Informant 5).*

Informantene beskriver at de innen for et kommunalt system opplever å ha begrensa muligheter for å tilrettelegge for hver enkelt, da de har mange de skal yte tjenester til. Informantene fremholder at eldre som oftest har mulighet for å bidra med noe selv, og det er viktig at det blir informert om at det er forventet at de skal gjøre det de kan ved at de utnytter restevnen sin.

### **Felles verktøy**

Informantene angir at de stort sett alltid har med seg noen skjema, som signering av søknad ved bestilling på nøkkelboks, skjema for søknad om trygghetsalarm, og evt. overføringsskjema for medikamenthåndtering. Informantene opplever at disse skjemaene ikke har verdi når en skal kartlegge helheten av den eldres behov for tjenester, men at dette er mer skjema for å få på plass det formelle innen for saksbehandlingen.

*Vi har snakket mange ganger om at vi skulle ønske vi hadde kartleggings skjema til førstegangssamtalen som var likt for alle. Slik det er nå er det opp til hver enkelt å vurdere hva en synes er viktig, og slikt kan det blir store forskjeller av (Informant 7).*

Informantene forteller at de er pålagt å fylle ut Iplos ved kartlegging av eldres funksjonsnivå ved søknad om omsorgstjenester. Dette er et standardisert skjema, men informantene erfarer at Iplos aleine ikke får frem de reelle behovene til den eldre da det er for generell. Om to personer kartla samme person, ville resultatet mest sannsynlig blitt svært ulikt. Det er alt etter hvilke forståelse du har av spørsmålene og situasjonen som avgjør hvordan skåren blir. For Iplos skal ha verdi må alle ha samme forståelsen, og for å få det burde det vært gjennomført felles opplæring i Iplos registrering med jevne mellomrom.

*Vi skulle hatt et skjema som ble brukt i hele kommunen, der Iplos var en del av kartleggings skjemaet, da ville førstegangssamtalen blitt enklere og tjenestene hadde blitt likere, det ville også sikret oss at vi fikk alle opplysningene vi trengte slik at vi blir litt mer effektiv og ikke bruker så mye tid på og innhente opplysninger som vi mangler, ja noen ganger glipper jeg helt og får aldri på plass det jeg mangler av opplysninger (Informant 6.)*

Informantene oppgir at det er ulikt om de fyller ut Iplos underveis i samtalen med elder, eller om de fyller det ut når de skal skrive saksutgreiingen. I førstegangssamtalen med eldre skal en innhente tilstrekkelig informasjon slik at en tilpasser tjenestene individuelt. Det kommer frem at ulik arbeidserfaring og bruk av skjema fører til at gjennomføring av førstegangssamtalen blir ulik, og det er tilfeldig hvilke informasjon som blir opplevd viktig å innhente.

### **Samarbeid er gull verdt**

Da omorganiseringen ble endret for et halvt år siden ført det til at kommunen gikk fra tre soner med hjemmetjeneste til to soner. Informantene oppgir at de opplevde at intensjonen med omorganiseringen var at arbeidshverdagen skulle bestå av tettere samarbeid mellom

gruppene, og med det skulle tildeling av tjenester bli likere. Informantene oppgir at omorganiseringen ikke har før til et tettere samarbeid. Informantene forteller om en langstrakt kommune der omorganiseringen har ført til at hver sone har grupper som er lokalisert for seg selv, på grunn av geografiske utfordringer. Med det opplever informantene i begge sonene som er geografisk plassert aleine at det kan oppstå situasjoner der de føler seg mer aleine når de skal planlegge førstegangssamtalen.

*Jeg kan ikke bare gå inn på nabo kontoret og diskutere, jeg må ringe om jeg vil snakke med en av de andre som også tar førstegangssamtaler. Det fører ofte til at jeg diskuterer med de andre sykepleierne på gruppen, om det er noen til stede akkurat når jeg trenger noen å rådføre meg med. Det kan føre til at tjenestene jeg tildeler ikke samsvarer med det de andre ville gitt (Informant 6).*

Informantene oppgir at fokus på samarbeid både innad i gruppen og tverrfaglig er viktig for dem for å kunne utvikle gode tjenester. I den ene sonen har de møte en gang i uken der de fordeler søknaden og oppgir at dette er en viktig treffplass. Samarbeidet har betydning for både planleggingen og gjennomføring av førstegangssamtalen. Det er viktig å få drøfte søknader som er kommet inn før en skal ta den første kontakten med den eldre. En har jobbet seg litt inn i saken ved å drøfte den med de andre som også har erfaring med å gjennomføre førstegangssamtalen. Det å drøfte problemstillinger med de andre når en er usikker, og trenger råd gir trygghet.

*Samarbeid er gullvert, for vi er ikke så mange som gjennomfører førstegangssamtaler, og da er det godt å vite at en har noen å få hjelp hos vis en skulle trenge det (Informant 7).*

Det er enighet hos informantene at fokus på tverrfaglig samarbeid også er nyttig og viktig. Før omorganiseringen var det tverrfaglige møter en gang i uken med lege, ergoterapeut, fysioterapeut i begge sonene. I møtene diskuterte en søknader som var kommet inn tverrfaglig. Ved å delta i disse samarbeidsmøtene for så å gjennomføre førstegangssamtalene opplevde informantene at de hadde et breiere syn på hva de burde kartlegge i møte med den eldre. Det tverrfaglige samarbeidet var nyttig for å kunne se helheten, og en kunne i møte avtale å gå sammen med ergoterapeut eller fysioterapeut på førstegangssamtalen. En oppnådde et breiere fokus når en hadde hatt en tverrfaglig diskusjon i forkant av førstegangssamtalen oppgir informantene.

*Ja, vi ser jo at vi har ulikt fokus, og det fører til at den ene ofte ser noe som den andre ikke ser. Det har jo med at vi har ulik fagkompetanse, og det kommer godt med. Når vi har tverrfagligfokus kommer vi forttere i gang med rett hjelp, begge har fokus på at den eldre skal kunne øke sitt funksjonsnivå igjen, og vi treffer med det rettere med tjenestene (Informant 7).*

Tverrfagligsamarbeid som bygger på å se helheten i situasjonen har verdi for den eldre og hjelper. Bare ved å samarbeide tverrfaglig kan en få til en helhetlig tjeneste, slik offentlige føringer legger føringer for.

### **Manglende ressurser fører til at en kommer for seint inn med tjenester**

Informantene oppgir at de stadig blir minnet om fra leder å være så strenge som mulig innen for lovverket, ved tildeling av tjenester. I følge informantene fører dette til at den eldre ikke blir tilbydd tjenester før funksjonsnivå er så redusert at en ikke kan drøye lenger med å sette inn hjelp.

*Slik jeg ser det nå kommer vi for seint inn med tjenester, det blir liksom ikke til at jeg tillater meg og tenke forebygging når jeg har førstegangssamtalen, jeg tenker bare på hva den eldre trenger der og da for å kunne bo hjemme (Informant 3).*

Informantene gir uttrykk for at de gjør ulike vurderinger under førstegangssamtalen når det gjelder å tenke alternativer for og sette inn hjelp. Noen av informantene er opptatt av at budsjettet de har fått tildelt er for lite til å yte tjenester til innbyggerne i det geografiske området de har ansvar for, og det ligger i bakhode og kverner under førstegangssamtalen.

*Det hender vi foreslår bruk av privat hjelp, spesielt om det er snakk om praktiskbistand med hjelp til husvask, skifte på sengen, eller bære ut boss. Jeg foreslår også gjerne trygghetsalarm, dette er jo betalingstjeneste og det er ikke alltid greit for den eldre at vi tilbyr tjenester som koster penger, når den som søker tjenester opplever at han trenger noen som kan komme inn og se til (Informant 1).*

Andre informanter angir at budsjettet ikke styrer hvilke tjenester de eldre får fra dem. De sier at de har budsjettet i tankene, men at det ikke er styrende for dem i førstegangssamtalen. Det er hva de har av ressurser som styrer i størst grad. At det skal være slike vurderinger som styrer er ikke greit for lovverket er likt uavhengig av hvor den eldre bor.

*Jeg tenker ikke nødvendigvis økonomi, men det blir styrt av hvilke ressurser jeg har. Om en må kjøre 1 time en vei for å komme til den eldre, styrer det hvor mye jeg kan gi av hjelp, det skal ikke styre oss, men det gjør det (Informant 7).*

Det fremkommer at informantene opplever at det er forskjell på tildeling av tjenester mellom gruppene, og det er forskjell innad i gruppene på tildeling av tjenester alt etter hvor den eldre bor. Noen av informantene oppgir at der det er størst trykk på tjenestene er de strengere ved tildeling av tjenester. Informantene uttrykker at om den eldre hadde og bodd i en annen del av kommunen så hadde de fått mer hjelp. Det frem kommer også fra noen av de andre informantene at om den eldre hadde bodd nærmere hadde vurdering for tildeling av tjenester blitt gjort på et annet grunnlag. Dette viser at informantene i møte med den eldre gjør ulike vurderinger alt etter hvor den eldre bor, og dette er noe som preger hvordan informantene opplever førstegangssamtalen med eldre.

### **5.3 Bakkebyråkrater**

#### **Dobbel rolle**

Som hjelper er en sett til å utøve tjenestene slik de offentlige føringene blir presentert, og innen for de kommunale bestemmelsene som bli gjort. En blir som hjelper i det offentlige bilde sett på som den forlengende arm for politikken som er vedtatt ved at en skal igangsette tiltak for å organisere tjenesten slik de folkevalgte har vedtatt, og publisert ut i offentlige dokumenter. Informantene meddeler at de er bevisst og opptatt av at det er viktig å ha kunnskap og forståelse for at føringene som blir utarbeidet politisk er ment for å utvikle tjenestene i tråd med samfunnet for øvrig. Som hjelper er en i møte med den eldre sett til å ha rollen både som saksbehandler og tjenesteyter, dette er to roller som kan være utfordrende og ha på samme tid, og som informantene oppgir har innvirkning på hvordan de opplever førstegangssamtalen med eldre.

*Jeg synes enkelte ganger det kan være vanskelig å være både hjelper og saksbehandler (Informant 7)*

Førstegangssamtalen innebærer ansikt til ansikt møte mellom den eldre og hjelper, og det kan være svært utfordrende i møte med den eldre og inneha to roller. Vi får sympati med den eldre. En sitter på den ene siden og tenker at vi burde gitt så og så mye tjenester, og så vet vi

som saksbehandler at vi må være restriktiv. Det er derfor viktig at vi er trygge på at det vi gjør er rett.

*Jeg synes det er vanskelig for vi skal jo gjøre individuelle vurderinger, og gi hjelp etter det. Samtidig kan vi ikke gjøre det i alle situasjoner selv om vi som hjelper ønsker det. Da kommer det inn dette med at vi har to roller når vi møter den eldre. Jeg har for eksempel opplevd at jeg i førstegangssamtalen får sympati med den eldre for det blir uttrykt at det er vanskelig å få nok mat i seg, og ønsker hjemmelaget middag, og at noen skal steike fisk. Dette har jeg da lyst å kunne hjelpe henne med, men så kommer rollen som saksbehandler og da vet jeg at det ikke er rom for å gi hjelp til slikt (Informant 1).*

Rolle som saksbehandler og hjelper kan fremstå som motstridene roller. En skal i vare ta både den eldre og organisasjonens behov. Å stå i et slikt krysningsspress kan være krevende, da det forventes at en skal ta kloke og faglige avgjørelser for begge parter, noe som kan være utfordrende i pressa situasjoner.

### **Ny kunnskap**

Informantene ser at det hadde vært nyttig i forhold til planlegging og gjennomføring av førstegangssamtalen og holde seg oppdatert på hvilke endringer som blir vektlagt i offentlige føringer. Å holde seg oppdatert bidrar til engasjement, og en får en annen forståelse for oppgavene en skal utføre. Informantene sier de kunne justert førstegangssamtalen i tråd med det som blir lagt i de politiske føringene om det var avsett tid til å holde seg oppdatert innen for sitt arbeidsområde.

*Jeg kunne tenkt meg at det ble vektlagt viktigheten av å holde seg oppdatert, at det ble lagt inn fast tid for at vi i sammen skal få oppdatering, vi kunne hatt det som fast sak på avdelingsledermøtene slik at vi fikk diskutere offentlige føringer. Jeg tror jobben hadde blitt mer interessant om vi så det store bilde (Informant 1).*

Informantene sier om de skal klare å lese og holde seg oppdatert på det som blir publisert må jobben med å foreta førstegangssamtaler og skrive vedtak fordeles på flere. Informantene fremholder at deres arbeidshverdag ikke er organisert slik at det er tilrettelagt for at de skal holde seg oppdatert på politiske føringer. Noe som fører til at de ikke klarer å rigge tjenestene slik offentlige føringene tilsier, og med det opplever informantene å være bakpå. Det meddeles at det er krevende og være leder samtidig som en skal ivareta rollen som offentlig forvalter.



*Det er tilfeldig hva jeg får med meg, det kommer an på hvor mye jeg selv følger med, eller hva leder informerer om. Jeg kunne tenkt meg at vi var bedre forberedt på hvilke endringer som ville komme, slik at vi kunne være i forkant med planlegging og tilpassinger ut fra de offentlige føringene som blir publisert. Nå er vi alltid bakpå (Informant 6).*

For å skape sammenhengende tjenester er en avhengig av å utvikle tjenestene i takt ut fra offentlige føringene. For å få dette til må spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten samarbeide om å se tjenestene i et helhetsperspektiv. Om en ikke får dette til kan dette gå utover tjenestetilbudet til de som trenger tjenestene.

## 6.0 Drøfting

Jeg vil i dette kapitlet drøftet studiens funn i lys av tidligere forskning, nasjonale føringer, og lover. I kapittel 6.1 vil jeg drøfte hjelpers opplevelse av førstegangssamtalen med den eldre, der hjelper møter den eldre som pga alderdomssvekkelse, sykdom eller skade, og trenger hjelp fra den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. I kapittel 6.2 vil jeg drøfte hjelpers opplevelse av førstegangssamtalen i lys av organisasjonens organisering. Kapittel 6.3 vil jeg drøfte hjelpers opplevelse av førstegangssamtalen i lys av dobbeltrolle i møte med den eldre, samt rollen som iverksetter av politiske beslutninger i møte med den eldre, og muligheten for innhenting av kunnskap av offentlige føringer.

### 6.1 Eldre møter hjelper med reservert holdning

Funn i studien min viser at hjelper definerer den første kontakten med eldre til når de ringer for og avtale tid for førstegangssamtalen. I studien til Øydgard (2018) fremkommer det at startpunktet blir sett på fra det tidspunktet det kommer inn meldinger om behov. Dette for at en allerede på dette tidspunktet begynner aktivt å vurdere behov omgjort til vedtak innenfor eksisterende behovshierarkiet (Øydgard G 2018). Empirien jeg har innhentet viser også at informasjonsinnhenting starter før førstegangssamtalen, ved at en leser søknad, elektroiskkommunikasjon, og innhenter informasjon fra andre samarbeidspartnere, men der dette ikke blir vektlagt som den første kontakten.

Om det er andre enn den eldre selv som har tatt kontakt med pleie- og omsorgstjenesten for å be om hjelp til den eldre, og den eldre ikke er orientert om kontakten opplever hjelper noen ganger den eldre reservert. Dette påvirker hjelper i førstegangssamtalen. Hjelper opplever i slike situasjoner at de må være tydelig i kommunikasjonen ved å bruke hele seg selv, sin faglige kunnskap og erfaring i møte med den eldre for å lykkes med førstegangssamtalen. Hjelper ser det som sitt ansvar gjennom kommunikasjon å bygge tillit på vegne av alle som jobber i tjenesten, samtidig som de skal bygge tillit mellom den eldre og pleie- og omsorgstjenesten som organisasjonen. Førstegangssamtalen mellom hjelper og den eldre er todelt. Hjelper skal gjennom samtalen informere om hvilke tjenester de kan tilby, samtidig som de skal få informasjon om hva den eldre trenger av tjenester. Øydgard (2018) viser også til dette i sin artikkel der hun peker på at formålet med hjemmebesøket er å få nærmere forståelse av behovet for hjelp, og at kommunen skal gi informasjon om hva de kan tilby av tjenester.

Intensjonen med Samhandlingsreformen var å legge til rette for pasientmedvirkning slik at pasient makten skulle bli mer reel. Dette skulle gjøres både på pasient- og på brukerorganisasjonsnivå (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Dette ble på nytt trukket frem noen år senere. Det ble da fremholdt at en skulle skape pasientens helsetjeneste, der beslutninger ikke skulle tas uten at den eldre var involvert (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). I empirien jeg har hentet vises det til at hjelpere opplever at det er begrenset muligheter for og tilrettelegg for pasientmedvirkning for hver enkelt. Informantene oppgir at det er knapphet på ressurser som er årsaken til manglende tilrettelegging for pasientmedvirkning. Hjelper uttrykker at det og ikke kunne tilrettelegge for hver enkelt sitt behov og mestringsmulighet fører til at førstegangssamtalen noen ganger blir utfordrende.

Som sykepleier er en automatisk tillagt tillit. Koblingen mellom tillit og profesjon er basert på erfaring fra omverden opparbeidet over lang tid (Grimen & Molander 2013). For å opprette relasjon mellom hjelper og den eldre i førstegangssamtalen innebærer dette at en må være bevisst hvilke rolle en har, og hvilke maktposisjonen en er i ovenfor den eldre (Eide & Eide 2005). I kraft av å være definert som helsepersonell er en underlagt helsepersonelloven (1999). Denne loven skal bidra til å fremme tillitsforhold mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten, som skal sikre ivaretagelse av den enkelte pasients liv og integritet og likeverd. Teori jeg har støttet meg til og som ser på møte mellom hjelper og den eldre fremholder at profesjonelt arbeid ofte beskrives som skjønnsbasert, der allmenne regler sjelden gir entydige konklusjoner på hva som skal gjøres i de konkrete tilfellene (Grimen & Molander 2013). Informantene fremholder at det krever faglig vurdering og at de er sterke, og trygge i rollen sin for å kunne ta skjønnsbaserte beslutninger i møte med den eldre og pårørende alene, og dette er situasjoner som preger hvordan de opplever førstegangssamtalen. I Lipskys teori (1980) omtaler han dem som jobber på det laveste forvaltningsnivået bakkebyråkrater. Han fremholder i sin teori om bakkebyråkratene at et vesentlig trekk i arbeidssituasjonen deres er at arbeidet er basert på skjønn. Det trekkes frem i teorien at arbeid ofte preges av spenningsforhold mellom behov, tilgjengelige ressurser og regelverkets begrensninger, noe som fører til at tjenesteytere blir stilt i dilemma. Informantene oppgir at de er opptatt av å gi tilpassa tjenester basert på skjønnsmessige vurderinger, men at det i et kommunalt system opplever å ha begrenset muligheter for det. Dette viser også Lipsky (1980) til i sin teori om bakkebyråkratene.

### **Manglende eller feile opplysninger**

Studien min viser at når første henvendelsen kommer fra spesialisthelsetjenesten opplever hjelper ofte manglende eller feile opplysninger om den eldre situasjon og hjelpebehov. Noen ganger er den eldre også lovet mer hjelp enn hjemmetjenesten kan gi. Dette vises det også til i studien til Kassah, Tingvoll & Tønnessen (2016). I samme studie trekkes det også frem at hjemmetjenesten opplever å ha lite å stille oppmed når de får meldt utskrivingsklare pasienter. Studien viser til at makten for å avgjøre om pasienten er utskrivingsklar, og kan klare seg med hjelp fra kommunen i egen bolig fortsatt ligger i spesialisthelsetjenesten, selv om det er kommunen som har ansvar for de kommunale tjenestene. Dette stemmer også godt med empirien jeg har hentet inn, der informantene oppgir at de har lite påvirkning på situasjonen når pasienter blir meldt utskrivingsklar fra sykehus. I kommunehelseloven heter det at det skal inngås samarbeidsavtaler mellom kommunen og det regionale helseforetaket i helseregionen (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Samarbeidsavtalen skal bl.a. inneholde retningslinjer for samarbeid om utskrivingsklare pasienter som har behov for kommunale tjenester etter utskrivning, og det skal i slike samarbeidsavtaler klargjøres ansvarsforholdet. Grimsmo, Kirchhoff & Aarseth (2015) viser i sin studie til samarbeidsavtaler, der det pekes på at intensjonen ved bruk av samarbeidsavtaler er at en skal bygge oppom mer like rettigheter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Grimsmo m.fl.(2015) viser videre til utfordring i forhold til kontinuitet og sømløshet i pasientbehandling med den organiseringen en har innen for offentlig helsevesen. Det vises her til utfordringer med at norsk helsevesen som i alt vesentlig er offentlig eid og drevet, er delt i to adskilte beslutningslinjer, med et skarpt skille i ansvarsfordeling. Det vises videre til at helsetjenestene også er regulert av hvert sitt lovverk og styrings- og finanssystem, noe som kan vanskeliggjøre samhandlingen. Ordet siloer blir brukt for å beskrive organiseringen slik den er i dag.

Offentlige føringer viser til at en ikke er kommet dit en ønsker, og at tjenestene med det glipper på viktige og pasientnære oppgaver (Helse- og omsorgsdepartementet 2012-2013). På bakgrunn av dette kan en stille seg spørsmål om organisering av offentlig helsevesen med to adskilte beslutningslinjer er medvirkende til utfordringene informantene opplever med at de har lite å stille opp med i møte med spesialisthelsetjenesten, noe som igjen medvirker til deres opplevelse av førstegangssamtalen.

Grimsmo m.fl. (2015) har videre i sin studie sett på hvordan spesialisthelsetjenesten håndterer prosessen rundt utskrivingsklare pasienter, og viser til at i Sveige og Danmark tas det hensyn til pasientens helsetilstand og kommunens behov for planlegging før de skriver ut pasienten,

noe de viser til ikke er praksis i Norge. Jeg velger å tenke at en slik praksis som forekommer i Sverige og Danmark kan føre til tryggere og mer sømløs overføring av pasienter mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, ved at beslutningsmakten er delt mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Videre kan en på bakgrunn av dette hevde at ved bedre samhandling rundt forløpet av utskrivingsklare pasienter mellom spesialist- og primærhelsetjenesten vil en kunne oppnå noe av intensjonen med samhandlingsreformen om å danne et sømløst helsevesen, der samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene står i fokus (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Ut fra det jeg har innhentet fra informantene om hvordan de opplever førstegangssamtalen hos eldre som søker tjenester for førstegang når de involverte har ulikt syn på den eldres behov, og ut fra hva tidligere forskning viser, kan en her tenke at det i samarbeidsavtalene som er utarbeidet ikke har vært vektlagt nok viktigheten av at kommunen burde medvirke i beslutningene rundt utskrivingsklare pasienter, slik det vises til at det gjøres i Sveige og Danmark (Grimsmo m.fl. 2015). Med bakgrunn i empiri og studier jeg støtter meg til viser det til gap mellom hvordan tjenestene fungerer i dag, offentlige publikasjoner og optimal organisering. Informantene uttrykker at manglende samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten preger dem i førstegangssamtalen. Noe av det som påvirker opplevelsen er sprikende forventninger mellom ulike aktører, og der hjelper ikke kan innfri forventningene ved tildeling av tjenester. Som en konsekvens av disse funnene kan en tenker at kommune og spesialisthelsetjenesten i fremtiden bør sette fokus på å utvikle kordinerte og sammensatte tjenester der maktbalansen i utskrivingsforløpet er balansert mellom dem.

### **Pårørende en viktig ressurs**

I studien min blir pårørende sett på som en viktig ressurs. Informantene fremholder at pårørende besitter viktig informasjon om den eldre, noe som bidrar til at de får dannet et bilde av den eldre, som igjen fører til at det fattes vedtak om helsetjenester ut fra pasientens situasjon. Informantene oppgir at samarbeid med pårørende er viktig, og det gir dem en trygghet under førstegangssamtalen om det er pårørende med. En studie jeg har søkt frem som ser på pårørende involvering ved utskrivning av eldre fra sykehus vises det til funn som sier at det er begrenset og tilfeldig hvordan pårørende blir tatt med i planlegging av hverdagen til den eldre etter utskrivning. Funn viser at beslutningsprosessen ved utskrivning virker til å være bygget på sykehusets prosedyrer og ikke familiesituasjonen som helhet, der pårørende vil være en viktig ressurs for den eldre (Danbolt, Kirkvold & Nyborg 2017). En oppfølgings studie med de samme forskerne ser på om pårørendes alder har betydning for deltakelse og

planlegging ved utskrivning fra sykehus. Studien viser at pårørende er begrenset uansett hvilke alder den pårørende har, men at pårørende involvering ble ytterligere redusert dersom pårørende var eldre (Danbolt m.fl. 2017). En annen studie jeg har fremhentet der det nyttes bestillingsenhet for utforming av vedtak vises det til at for pårørende som forsøker å forstå hvordan behov omgjøres til vedtak, kan samarbeidet mellom saksbehandler og utfører føre til at det fremstår noe uklart hvem som egentlig gjør vurderinger av behovet. I studien vises det til at dette bidrar til å forstå hvorfor pårørende opplever og ikke få helse- og omsorgstjenester tilpasset den enkeltes behov (Øydgarden 2018). Offentlige publikasjoner fremholder at det er viktig med pårørende involvering. Det vises til forskning som fastslår at involvering av pårørende kan ha betydning for sentrale forhold som må tas i betraktning når helsehjelp skal ytes. Det vises også til at pårørende kan gi informasjon om den eldre som kan gi helsegevinst både for pasient og pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Samtidig som informantene i empirien min fremholder at pårørende er en viktig ressurs, så fremkommer det at pårørende kontakten er tilfeldig. Hva som er årsak til den tilfeldige kontakten frem kommer ikke i empirien. I følge lov om helse- og omsorgstjenester plikter kommunen å sikre at tjenestetilbudet blir tilgjengelig og likeverdig, og at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Informantene oppgir at det noen ganger er utfordrende gjennom førstegangssamtalen og sikre seg at de har fått tilstrekkelig informasjon om den eldre til å gjøre faglige vurderinger. Informantene oppgir at førstegangssamtale med eldre aleine kan føre til manglende informasjon, og at det kan føre til utfordringer med å danne seg et bilde av den eldre og situasjonen rundt.

Det fremkommer også at informantene opplever at det noen ganger er ulikt syn på hva pårørende opplever den eldre trenger hjelp til, og hva det offentlige opplever den eldre trenger av tjenester. Noen ganger opplever hjelper at det i førstegangssamtalen kan komme forventning fra pårørende om at den eldre må få hyppigere tilsyn enn hva pleie- og omsorgstjenesten vurderer som nødvendig. Dette er en forventning som ofte kan komme når den eldre bor sentralt. Informantene opplever det motsatte hos pårørende til dem som bor usentralt. Da strekker pårørende seg lenger og har mindre forventning til offentlige tjenestene. Informantene sier de tror pårørende i større grad ser det som sin oppgave å ivareta den eldre når de bor usentralt. Som hjelper i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten jobber en på det laveste forvaltningsnivået, og er dem som møter den eldre og deres pårørende i ansikts til ansikts møte. Å argumentere i mot pårørendes opplevelse av hva den eldre trenger av tjenester, er utfordrende når en på den ene siden opplever at pårørende er en viktig ressurs og

bidragsyter til god informasjon om den eldre, og på den andre siden opplever at pårørende har større forventninger enn hva de oppgir av informasjon som bakgrunn den Eldres behov for hjelp. Det er også utfordrende i møte med den eldre og pårørende å gå i mot anbefalinger fra spesialisthelsetjenesten på hva de ser som den Eldres behov for nødvendig helsehjelp.

En kan en stille seg spørsmålet om ulikt syn mellom hjelper og pårørende kan være medvirkende årsak til at pårørende samarbeidet er tilfeldig.

### **Individuell tilpassing tar tid**

Informantene legger vekt på at det er viktig og tilrettelegge for brukermedvirkning, og individuelt tilpasset hjelp. Samtidig fremholder de at innen for et kommunalt system opplever de begrenset mulighet for å tilrettelegge for den enkelte. Det tar tid om hver og en skal få individuell tilrettelegging, og den tiden finnes ikke. Informantene sier brukervirkning i førstegangssamtalen handler om å få informasjon om hva den eldre klarer selv. Informantene sier at det er utfordrende at en under en kortsamtale som blir presset innimellom alt annet skal klare å danne seg et bilde av hva den eldre klarer selv, og hva den trenger hjelp til. Arnesen (2005) oppgir at den eldre opplever kontakten med pleie- og tjenesten lite individuelt tilpasset, og mener med det at de ikke blir spurt om hva de klarer selv og hva de trenger hjelp til i det første møte. Ut i fra dette kan en si at det er urovekkende at pasienten slik det frem kommer i forskning ikke blir spurt om hva de klarer selv under førstegangssamtalen. Ser en dette i sammenheng med det informantene fremholder om lite tid, kan en tenke at en konsekvens av dårlig tid er at det ikke legges opp til medvirkning og mestring for de eldre. Om det er slik at individuell tilpassing og brukermedvirkning blir sett på som noe som de ikke har anledning til å tilrettelegge for, har dette uheldig konsekvens, med at den Eldres ikke får bevare de resursene de har, og med det risikerer funksjonssvikt.

I den siste stortingsmeldingen som ble publisert sies det at fremtidens helsetjenester må vektlegge forebygging av funksjonssvikt med å tilrettelegge for at en i det første møte med tjenestemottaker bygger på å øke tjenestemottakers muligheter for egen mestring (Helse- og omsorgstjenesten 2017). Grimsmo m.fl. (2015) viser i sin studie til at målet med samhandlingsreformen var at en skulle redusere risikoen for funksjonstap og forverring av kronisktilstand gjennom bedre samhandling hvor pasientens egen mestring skulle stå sentralt. Videre viser de til at dette målet har vært krevende å oppnå, da pasientene i dag er sykere og kompleksiteten rundt hver pasient er stor.

Ut fra det jeg presenterer fra empirien og forskning, viser dette at vi ikke er der de offentlige føringene fremholder helsetjenester bør være i møte med den eldre. Vi er heller ikke der hvor hjelper opplever en bør være i fht pasientmedvirkning. Da de trekker frem manglende ressurser som årsak til manglende medvirkning. Trekker en så inn de utfordringene vi står ovenfor med befolkningsveks og kompleksitet i sykdomsbild hos eldre, vet vi at dette vil føre til økte kostnader med å drive helsetjenestene slik som i dag (Helse- og omsorgsdepartementet 2017- 2018). Med bakgrunn i dette kan en fremholde at det er viktig å avsette nok tid og ressurser til førstegangssamtalen, slik at hjelper kan spørre den eldre hva de mestrer selv, og legge til rette for medvirkning.

## **6.2 Organisering av tjenestene**

Informantene oppgir at organisering av tjenestene er viktig for gjennomføring av førstegangssamtalen. Informantene angir at det er fast personale, og det er sykepleiere som gjennomfører førstegangssamtalen, men at de har ulik arbeidserfaring, og med det tilfeldig hvilke informasjon de opplever som relevant ved innhenting av opplysninger i møte med den eldre og deres pårørende, om de er med under samtalen. Det er i kommunen ikke utarbeidet felles rutiner for tverrfagligsamarbeid eller kartleggingsverktøy som skal nyttes under førstegangssamtalen, og med det oppgir informantene at det er deres informasjon om den eldres behov for hjelp i forkant av det første møte, erfaring fra tidligere samtaler, eller kjennskap til den eldre som avgjør hvilke skjema den enkelte hjelper tar med til førstegangssamtalen. I en studie basert på et prosjekt på oppdrag fra KS (Brunborg m.fl. 2016) vises det til nytten av et felles kartleggingsverktøy for å få mer lik tildeling av tjenester ut fra tjenestemottakers individuelle behov. Dette er også noe informantene oppgir at de har tro vil være nyttig for deres opplevelse av førstegangssamtalen, og for å utvikle likere tjenester. Informantene oppgir at det er en overordnet felles bestemmelse for dem når det gjelder kartlegging, og det er at det skal gjøres en Iplos kartlegging. Denne kartlegging skal være en del av vurderingen som gjøres ved utmåling av pleie- og omsorgstjenester, men det ligger ikke føringer for at denne kartlegging skal gjøres i hjemmet til den eldre. Med det er det ulikt om Iplos kartleggingen gjennomføres under førstegangssamtalen, eller om hjelper fyller den ut når en er tilbake på kontoret. I organisasjonsteorien skilles det mellom institusjonell- og strukturell instrumentell tilnærming (Christensen m.fl. 2009). Strukturell instrumentell tilnærming er lagt opp etter en standardisert struktur, der en konsekvent jobber etter denne strukturen. Dette fører til at den enkeltes handlefrihet i innhenting av informasjon



om den eldre i førstegangssamtalen er begrenset. Ved institusjonell tilnærming er det et sett av etablert sosial praksis som regulerer normer, verdier og med det definerer hva som skal være førende og gi retning for tjenesteyter sin handling og samhandling. Informantene oppgir at de i førstegangssamtalen med eldre savner en strukturell tilnærming, der de har et standardisert skjema for informasjons innhenting. Samtidig som de gir uttrykk for at de ønsker å ha institusjonell tilnærming når de skal gjøre vurderinger om den eldres behov for tjenester. Det fremkommer at informantene opplever å ha handlingsrom, men at det er begrenset da organisasjonens rammer og betingelser setter begrensinger for dem når det skal fattes vedtak om tjenester. I artikkelen til Øydgard (2018) frem kommer det at vedtakene som formuleres er innen for individuell behovsvurdering, men da saksbehandlerne selekterer ut hva som skal tas med av tjenester i vurderingen, gjør det til at de skriftelige vedtakene består av tjenester innen for et begrenset standardisert tjenestetilbud. Slik jeg ser det stemmer dette godt overens med hva jeg kommer frem til i min studie også. Dette stemmer også godt overrens med det Lipsky (1980) fremholder i sin teori om bakkebyråkratene. Der han oppgir at handlingsrommet og tolkningsmulighetene for bakkebyråkratene er stort, og at handlingsrommet er viktig. Samtidig som han viser til at handlingsrommet er begrenset da en som bakkebyråkrat må forholde seg til lover og regler, samt organisasjonens mål og ressurser. Ut fra empiri, forskning og teori som her er frembrakt kan det hevdes at bruk av standardisert felles kartleggingsskjema vil ha betydning for hjelpers opplevelse av førstegangssamtalen og en kan også oppnå likere informasjonsinnhentning.

### **Skjønnsbaserte vurderinger medfører behov for samarbeid**

Informantene i min oppgave oppgir at samarbeid innad i gruppen og tverrfaglig er gull verdt for dem. Samtidig fremkommer det at informantene ikke opplever fast struktur for samarbeid, noe de opplever utfordrende. Det oppgis at de noen ganger føler seg aleine om vurderingene som skal gjøres i møte med eldre, og dette påvirker hvordan de opplever førstegangssamtalen. En artikkel jeg har fremhentet vises det også til viktigheten av samarbeid. Det fremkommer i artikkelen at saksbehandlerne alltid er flere sammen når de skal vurdere tjenestebehovet. Dette for at vurderingene som gjøres i stor grad er skjønnsbasert, og at en gjennom diskusjon kommer frem til felles forståelse for om brukeren er berettiget tjenester for å dekke retten til nødvendig helsehjelp (Øydgard 2018).

Informantene fremholder også at tverrfaglige samarbeidet er viktig. Et tverrfaglig møte fører til at en i førstegangssamtalen med den eldre har opparbeidet seg mer kunnskap som en bare kan erverve i tverrfagligsamarbeid. Og utvikle faglig sterke hjemmetjenester som preges av

kvalitet, innebærer at fagfolk med bred og tverrfagligkompetanse går sammen om å bygge pleie- og omsorgstjenester slik at tjenestene kan bidra til å forebygge ytterligere funksjonssvikt og sykdomsutvikling hos de eldre (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

En studie som bygger på organisering av sykepleiers oppgaver i hjemmetjenesten ved førstegangssamtalen vises det til viktigheten av nettverksarbeid i møte med den eldre, og trekker frem at det er viktig å samarbeide med både pårørende og tverrfaglige instanser, slik at de sammen kan bygge tjenestene til den eldre på hverandres kompetanse. Studien viser også til at det er viktig å avsette nok tid til møte med den eldre, for å kunne utvikle forståelse for den enkelte, og med det fatte vedtak og utarbeide tiltak i forhold til hjelpebehovet den eldre har (Bjørnsdottir K. 2017).

Teorien jeg har presentert viser til viktigheten av samarbeid slik at en kan bygge gode omsorgstjenester til den eldre på hverandres kompetanse. Teorien viser til at ved å trekke inn fagkompetanse fra ulike profesjoner i pleie- og omsorgsfeltet vil en få en mer kunnskap som en ikke besitter aleine. Tverrfaglig samhandling innebærer å ta del i den andres fagkunnskap slik at en får et helhetlig bilde, og på bakgrunn av dette kan igangsette tjenester som er basert på individuelle behov (Bredland, Linge & Vik 2011). Også i offentlige publikasjoner blir tverrfagligsamarbeid trukket frem som viktig å ha fokus på fremover (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Med bakgrunn i forskning, empiri og teori jeg har innhentet viser det gap mellom dagens praksis og det som fremkommer som god praksis. Forskning og teorien jeg har støttet meg til viser til at god praksis er det informantene etterlyser, når de trekker frem behov for organisering av tverrfagligsamarbeid. Ut fra dette kan en derfor si at tverrfagligsamarbeid vil gjøre førstegangssamtalen for hjelper enklere å gjennomføre, da de inne har mer kunnskap på bakgrunn av det tverrfaglige samarbeidet.

### **Hjelpers handlings rom**

Informantene oppgir at de stadig blir minnet om begrensede økonomiske bevilgninger til hjemmetjenesten, og med det får de beskjed om å være restriktiv ved tildeling av tjenester. Informantene er delt i syne på hvordan dette påvirker dem. Noen av informantene melder at dette påvirker dem i førstegangssamtalen med eldre. Informantene oppgir at de på bakgrunn av begrenset økonomi i hjemmetjenesten gjør ulike vurderinger for å utsette og tildele kommunale tjenester til eldre. Bruk av betalingstjenester som trygghetsalarm og forslag om bruk av private til å utføre praktiskbistand i hjemmet som reingjøring, klesvask og sengeski

er hyppig brukt. En kan her trekke paralleller til en artikkel jeg har søkt frem som viser til at det hele tiden blir gjort vurderinger om hvor lite tjenester en kan gi. I studien vises det til at vurderinger som blir gjort er med utgangspunkt i tildeling av tjenester på lavest effektive omsorgsnivå (Øydgard 2018). I empirien jeg har innhentet er ikke definisjonen lavest effektiv omsorgsnivå nyttet når en har omtalt behov for tjenester, men en kan imidlertid tenke at det er samme tanken som ligger bak vurderingene da informantene oppgir at de hele tiden vurderer alternativ som trykghetsalarm og bruk av privathjelp.

Informantene oppgir videre at det slik de ser det ikke er rom for å sette inn hjelp for og forebygge funksjonssvikt, og det fører til at en tilbyr tjenester akkurat nok til at eldre kan klare seg hjemme. Noen av de andre informantene oppgir at det ikke er økonomien direkte som for dem er styrende for hvilke tjenester de tilbyr den eldre, men tilgangen på ressurser. Informantene tilkjenner at om en må kjøre i opptil 1 timer for å yte tjenester til den eldre, styrer dette hvor mye en kan gi av hjelp. Dyrdal & Heggen (2009) viser til at kravet om effektivitet og styring må fremholdes som en del av sykepleiers helhetlige ansvar i helsetjenesten. Dette innebærer at det moralske aspektet der en gjør vurderinger på av hva som er gode tjenester, blir tilsidesatt, for og imøtekommer forventningen til sykepleierens ansvar når det handler om og være lojal til de økonomiske bevilgningene en har fått tildelt. Om utfordringen informantene oppgir handler om tildeling av tjenester med bakgrunn i manglende ressurser eller om det handler og hvilke tjenester en kan tilby med bakgrunn i bevilgninger bunner dette til slutt i manglende økonomiske ytelser. Dyrdal og Heggen (2009) viser til at regnskapsplikten er kommet i tillegg til den moralske ansvarsplikten og må forstås og håndteres av den enkelte profesjonsutøver i møte med den enkelte tjenestemottaker. Derav viser det at sykepleiers ansvar ikke handler om enten å ivareta pasientens behov eller organisasjonens bevilgninger, men at den eldres behov blir vurdert opp mot organisasjonens organisering og bevilgning, og er utslagsgivende for tildeling av tjenester, noe som informantene oppgir preger dem i førstegangssamtalen med den eldre.

### **Strengere kriterier for tildeling av tjenester der tykket er størst**

Informantene som jobber i den delen av kommunen som har størst trykk på tjenestene oppgir at de opplever å være strengere ved tildeling av tjenester, enn de er i andre deler av kommunen. Dette innebærer slik de ser det at det er forskjell i praksis på hvordan en forholder seg til informasjonen som blir gitt om å være restriktiv ved tildeling av tjenester. Informantene oppgir at det gjør noe med dem å vite at om den eldre hadde bodd i en annen del av kommune hadde de fått mer hjelp. Informantene oppgir at det føles feil at de som har det

største trykket skal ha strengere tildelingskriterier for tjenester enn andre. Damsgaard og Eide (2012) viser til at det er utfordrende for profesjonsutøverne at det er gap mellom velferdsstatens intensjoner og virkelighet. Dette kalles i studien for velferdsstatens kapasitetsutfordring, og blir i økende grad forsøkt løst med effektivisering. Det som informantene her beskriver som strenge kriterier for tildeling av tjenester kan derav sees som et forsøk på å løse kapasitetsutfordringen i organisasjonen. I en rapport der de ser på lovnaden den daværende regjering gav om at samhandlingsreformen eksplisitt skulle styrke kommunens økonomiske rammer, blir det i rapporten hevdet at denne lovnaden er feilslått (Menon Economics 2018). Dette sett i lys av at samhandlingsreformen (2009) gav kommunene nye og omfattende oppgaver og som det her frem kommer ikke har ført til økte økonomiske bevilgninger, kan en uten videre forstå at informantene som arbeider i den sonen som har størst trykk opplever å være strengere i tildelingen enn de som jobber der det er mindre trykk på tjenesten. Når en ser denne kunnskapen i sammenheng med artikkelen som vises at bruk av felles kartleggingsverktøy kan være et hjelpemiddel for effektivisering og for å få til likhet i tildeling av tjenester (Brunborg, m.fl. 2016) kan felles kartleggingsskjema være en god løsning på effektivisering av tjenestene, for å få likhet i tildeling av tjenester uavhengig av hvor en bor i kommunen.

### **6.3 Bakkebyråkrater**

Informantene fremholder at de er bevist og har forståelse for at føringer som blir utarbeidet politisk er ment for å utvikle tjenestene i tråd med samfunnet for øvrig, og at som hjelper blir de sett på som den forlengende arm for politikken som blir vedtatt. Samtidig oppgir informantene at det er tilfeldig hva de får med seg av offentlige publikasjoner. Informantene forteller at arbeidsdagen er svært travel og at det ikke er avsett tid til i deres arbeidsdag til å holde seg oppdatert på alt som blir publisert og som er aktuelt for deres tjenester.

Informantene oppgir at de opplever å være bakpå da de ikke klarer å rigge tjenestene slik offentlige føringer tilsier. Det fremkommer at informantene ser nytten av og hold seg oppdatert, og fremholder at oppdatert kunnskap kan være nyttig i forhold til å utvikle rutiner for førstegangssamtalen. De oppgir også at jobben hadde blitt mer interessant om de kunne nyttet kunnskap de ervervet til å utvikle tjenestene. Informantenes opplevelse av å være igangsetter for utforming av velferdstjenestene og manglende tid er noe også Damsgaard og Eide (2012) viser til i sin artikkel der de ser på utfordringer i velferdsstatens yrker. Det fremholdes i artikkelen at det er utfordrende i et velferdssamfunn med store ambisjoner og

begrensede økonomiske rammer at ansvaret for utforming av velferdstjenestene delegeres til profesjonsutøverne som på sin side beskriver manglende tid og ressurser som et stort problem for å kunne ivareta ansvaret. Manglende tid er også noe som går igjen hos mine informanter, og som blir sett som en konsekvens for at de opplever å være bakpå, og ikke får med seg føringer som har tilhensikt og utvikle tjenestene i takt med samfunnet for øvrig. Dette med manglende tid kan igjen være årsak til at tjenestene glipper på viktige pasientnære oppgaver, og at tjenestene kommer seint inn (Helse- og omsorgsdepartementet 2012- 2013).

### **Dobbelt rolle**

Mine funn i studien viser at som hjelper er en sett til og inne ha rolle som saksbehandler og tjenesteyter. Dette innebærer to roller som informantene oppgir kan være utfordrende og ha i ansikt til ansikts møte med den eldre under førstegangssamtalen. Det å skulle gjøre individuelle vurderinger samtidig som en skal ivareta rollen som saksbehandler innebærer noen ganger at tildeling av tjenester til den eldre begrenses av organisasjonens mål og ressurser. Dyrdal og Heggen (2009) fremholder i sin artikkel at den enkelte sykepleiers evne til å stå i motsetningsfylte hensyn må styrkes i yrkesfeltet og gjennom utdanning for at sykepleieren skal klare å stå i dette krysningssfelte. Artikkelen viser til at der er sykepleiers ansvar å vurdere hva som er beste pleie eller behandling ut fra en helhetsvurdering av både enkeltindividets behov og samfunnets interesser. Videre vises det til at det er viktig at omsorgsfunnen holdes høyt i møte med den eldre. Dette samtidig som økonomiske effektivitets krav må tas hensyn til og forvaltes i samarbeid med brukers krav, og tjenestens ressurser. En rapport fra Menon Economics (2018) konkluderer med at etter innføring av samhandlingsreformen har kommunene i liten grad fått økt kapasitet i helse- sektoren, og at kompetansen i helsesektoren i kommunen også i liten grad har blitt styrket i møte med flere og mer krevende pasient situasjoner. Lipsky (1980) fremholder at handlingsrommet og tolkningsmulighetene til hjelper er stort i utforming og kvalitet på tjenestene. Samtidig fremholder han at handlingsrommet har sine begrensninger da hjelper skal forholde seg til organisasjonens mål og ressurser. Funn i artikkelen, teori og informantenes opplevelse kan slik jeg ser det likestilles. Det fremholdes både fra informantene, i forskning og teori at det er motsetningsforholdet som å være lojal til bruker, organisasjonens lover, regler og økonomiske ramme som fører til at det er utfordrende for hjelpe og inneha dobbelt rolle, slik de oppgir at de har i møte med den eldre.

### **Konsekvenser for praksis og behov for videre forskning**

Studien jeg presenterer peker på svakheter i dagens praksis ved organisering og gjennomføring av førstegangssamtalen med eldre. Noe av det studien viser er manglende eller tilfeldig samarbeid på flere nivå slik jeg forstår empirien.

Om det skulle gjøres mer forskning innen for dette feltet som ville kunne ha betydning for hvordan hjelper opplever førstegangssamtalen med eldre som søker tjenester for første gang, tenker jeg det hadde det vært interessant og sett på hvordan organisere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten i kommunene ved utskrivingsklare pasienter. Er det mulig og flytte beslutningsmakten fra spesialisthelsetjenesten i form av tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, slik at ansvaret er hos profesjonsutøverne som i praksis sørger for tjenesteytingen?

Et annet tema som hadde vært interessant og sett nærmere på er hva som skal til for å organisere pleie- og omsorgstjenestene slik at en ivaretar Eldres rett til medvirkning og utforming av egne tjenester?

## **7.0 Konklusjon**

Hovedfunn i studien min viser at hjelper opplever førstegangssamtalen utfordrende i ulike situasjoner. Det fremkommer at hjelper opplever at manglende kartleggingsskjema fører til at hver enkelt vurderer hva som er viktig å kartlegge, noe som fører til ulikheter innen for samme tjeneste område. Informantene oppgir også at organisasjonens organisering av tjenestene kan føre til at tjenestene kommer for seint inn, da de ikke tillater seg å tenke forebyggende i førstegangssamtalen, men tenker hva den eldre trenger der og da for å kunne bo hjemme. Videre vises det til utfordringer på grunnlag av manglende samhandling og samarbeid. Det kommer frem at hjelper erfarer samarbeid med pårørende formålstjenelig, da pårørende ofte besitter informasjon som er viktig. Allikevel er det tilfeldig hvilke samarbeid hjelper har med de pårørende. Samarbeid innad i gruppene og på tvers av gruppene oppleves også nyttig da vurderinger som blir gjort i stor grad er skjønnsbasert, men også her er det begrenset samarbeid. Dette gjelder også tverrfagligsamarbeid. Tverrfagligsamarbeid blir trukket frem som viktig og resurssparende, ved at en kommer fortere i gang med rett hjelp når en samarbeider tverrfaglig rundt pasienten. Allikevel er det tilfeldig om det er

tverrfagligssamarbeid rundt pasientene. Det vises til at beslutningsmakten ved utskrivingsklare pasienter ligger i spesialisthelsetjenesten, ansvaret for tjenestene er hos profesjonsutøverne i kommunehelsetjenesten. Dette også påvirker hjelpers opplevelse av førstegangssamtalen, da det ut fra organisasjonens organisering er de som skal tilby å yte tjenestene innen for rammene som er fastsett. Videre fremkommer det at hjelper som gjennomfører førstegangssamtalen opplever å bli trukket mellom flere roller. Hjelper er avdelingsleder, saksbehandler og tjenesteyter på samme tid. Dette innebærer at i møte med den eldre under førstegangssamtalen skal hjelper ivareta både pasientens interesser og behov, samt organisasjonen lover og ressurser. I tillegg skal hjelper være avdelingsleder, og ha fagansvar, personalansvar og ansvar for utvikling av tjenestene etter offentlige føringer. Og inneha så mange roller påvirker hjelper i førstegangssamtalen, da de opplever å stå i et krysningspress mellom å skulle ivareta både pasientens, organisasjonens og de tilsette sitt behov innen for organisasjonens rammer.

Informantene oppgir at det er krevende og være leder samtidig som de skal være offentlige forvaltere, og frembringer ønske om endring i oppgavefordeling. Samtidig er de klare på at de ikke ønsker tilbake til organiseringen med tildelingskontor, der de ikke hadde beslutningsansvaret. Dette likestiller de med den situasjonen de er i dag med spesialisthelsetjenesten, der spesialisthelsetjenesten har beslutningsmyndighet og kommunehelsetjenesten har utfører rollen, og de har liten påvirkning på prosessen.

## 8.0 Referanseliste

Arnesen Audhild (2005) *Eldres opplevelse av eget hjelpebehov*, masteroppgave Hentet fra: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:733261/FULLTEXTGT01.pdf>

Arntzen E (2014) *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten* Arbeidsglede og orden i eget hus. 1 utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S

Aadland E (2011) ”og eg ser på deg...” vitenskapsteori i helse- og sosialfag 3. utgave Oslo: Universitetsforlaget.

Bjornsdottir Kristin (2017) 'I try to make a net around each patient': home care nursing as relational practice, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 32 s.177-185. Hentet fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/scs.12443>

Bredland E. L, Linge O. A, & Vik K (2011) Det handler om verdighet og deltakelse, *Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Brunborg Birgit, Schanche Per, Sverdrup Sidsel, Sørbye Liv Wergeland (2016) Heldøgnsomsorg- kommunens dekningsgrad Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjeneste. KS Hentet fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2419439/Heldognomsorg2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Christensen, T. og Lægreid, P, Roness P. G & Røvik, K. A. (2013). *Organisasjonsteori for offentlig sektor 2*. utgave, Oslo: Universitetsforlaget.

Damsgaard, Hilde L. og Ketil Eide (2012) ”Utfordringer i velferdsstatens yrker – slik nyutdannede profesjonsutøvere ser det”. *Fontene Forskning* Nr. 1 2012 s. 69-81. Hentet fra: <http://fonteneforskning.no/forskningsartikler/utfordringer-i-velferdsstatens-yrker-6.19.264688.6c9d66c12a>

Danbolt L J, Kirkevold M, Nyborg I (2017) User participation is a family matter: A multiple case study of the experiences of older, hospitalized people and their relatives, *Journal of clinical Nursing* vol. 26. utgave 23-24, s.4353- 4363) Hentet fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.13765>

Danbolt L J, Kirkevold M, Nyborg I (2017) Few opportunities to influence decisions regarding the care and treatment of an older hospitalized family member: a qualitative study



among family members (2017) *BMC health Services Research* 17: 619. Hentet fra:

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2563-y>

Eide H & Eide T (2005). *Kommunikasjon i relasjon, Samhandling, konfliktløsning, etikk*, 11. opplag, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eriksen E O & Molander A (2008) *Profesjon, rett og politikk* I Molander A & Terum L I (red) Profesjonsstudier , 2008. Oslo: Universitetsforlage

Erikson- Zetterquist U, Kalling T, Styrhre A og Woll K (2014) *Organisasjonsteori* Latvia: Cappelen Damm Akademisk

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (2003)

Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene (2003-06-27). Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Grimen D (2008), *Profesjon og kunnskap*, i boken Profesjons studier Anders Molander og Lars Inge Terum (red) Oslo: Universitetsforlaget

Grimen D (2008) *Profesjon og skjønn*, i boken Profesjons studier Anders Molander og Lars Inge Terum (red) Oslo: Universitetsforlaget

Grimen D (2008) *Profesjon og tillit*, i boken Profesjons studier Anders Molander og Lars Inge Terum (red) Oslo: Universitetsforlaget

Graverholdt B, Jamtvedt G, Nortvedt M & Reinart L. M (2007) Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- *en arbeidsbok for sykepleiere*. Bryne Offset AS

Hansen G. S, Helgesen M. K, Vabo S. I (2011) *Politikk og demografi*, En innføring i stats- og kommunalkunnskap. 3. utgave, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Heggen K og Solbrekke D T (2009) Sykepleieransvar- fra profesjonelt moralsk ansvar til teknisk regnskapsplikt? *Arbeidsliv* 11 (3), <http://docplayer.me/5655576-Sykepleieansvar-fra-profesjonelt-moralsk-ansvar-til-teknisk-regnskapsplikt-kristin-heggen-tone-dyrdal-solbrekke.html>

Helse- og omsorgsdepartementet. *Leve hele livet*. (Meld. St. meld 15 (2017-2018) Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet *Primærhelsemeldingen*. (Meld. St. 26 2014- 2015) Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. 29. 2012–2013). Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet.. *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (Meld. St. nr. 472008–2009). Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven LOV- 2011-06-24 nr 30 (20.12.18). Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven>

Helsepersonell, LOV- 1999- 07-02 (20.07.2018) Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Jacobsen D I og Thorsvik J (2013) *Hvordan organisasjoner fungerer* 4. utgave Bergen: Fagbokforlaget.

Kassah B L L, Tingvoll W A, & Tønnessen S (2016) Samhandling med spesialisthelsetjenesten – sett fra hjemmesykepleiens perspektiv. *Forskning* 1, (11) s.14-23.

Hentet fra: [https://static.sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/16fo1\\_art\\_tonnessen\\_3899.pdf?c=1457356375](https://static.sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/16fo1_art_tonnessen_3899.pdf?c=1457356375)

Laake K (2003) *Geriatr i praksis* 4. utgave, 2. opplag 2006. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Lipsky, Michael (1980), *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation

Malterud K (2008) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud K (2012) Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag 1. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Molander A og Terum L I (2008) i *Profesjons studier- en introduksjon*, i boken Profesjonsstudier Anders Molander og Lars Inge Terum (red) Oslo: Universitetsforlaget

Norsk sykepleierforbund (2013). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Omsorg 2020 (2015) *Regjeringens omsorgsplan for omsorgsfeltet 2015- 2020*, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf)

Pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02 nr. 63 (20.7.2018) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Statistisksentralbyrå (2018) Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017 *Statistikk om tjenester og tjenestemottakere* rapport 2018/26, Oslo. Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/358290?ts=165a44eac404>

Svensson L G & Karlson A (2008) *Profesjoner, kontroll og ansvar* I Molander A & Terum L I (red) Profesjonsstudier Oslo: Universitetsforlaget

Svensson L G & Karlson A (2008) *Profesjon og organisasjon*, I Molander A & Terum L I (red) Profesjonsstudier Oslo: Universitetsforlaget

Thagaard T (2013). *Systematikk og innlevelse*, en innføring i kvalitativ metode 4. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Theie M. G, Lind L. H, Jenssen T. B, Skogli E. (2018) *Bemanning, kompetanse og kvalitet*, Oslo. Hentet fra: <https://www.menon.no/publication/bemanning-kompetanse-kvalitet-status-kommunale-helse-omsorgstjenestene>

Thornquist E (2009). *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*, 2.utgave, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Øydgard Guro (2018) Individuelle behovsvurderinger eller standardiserte tjenestetilbud? *Tidsskrift for velferdsforskning* 01/ 2018 (Volum 4).

Hentet fra:

[https://www.idunn.no/tidsskrift\\_for\\_omsorgsforskning/2018/01/individuelle\\_behovsvurdering\\_eller\\_standardiserte\\_tjenest](https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2018/01/individuelle_behovsvurdering_eller_standardiserte_tjenest)

## **Tabell**

Tabell 1 Meningsbærende enheter kode og kategori s. 40

Tabell 2 Sammenheng mellom koder og kategorier s. 41

## Vedlegg 1.

### Intervjuguide

For å få svar på problemstillingen jeg stille følgende spørsmål:

- Hvilke kunnskap bygger førstegangssamtalen på?
  - erfaringsbasert kunnskap?
  - forskningsbasert kunnskap?
  - basert på offentlige føringer?
  - felles opplæring?
  - brukes erfaringsformidling mellom de som foretar hjemmebesøk?
  
- Hvordan blir førstegangssamtalen organisert?
  - Tanker om forberedelsen til førstegangssamtalen, hva gjør dere i forkant av samtalen?
  - har dere samarbeid med de andre som også foretar førstegangssamtalen tilrettelegger førstegangssamtalen ut fra erfaringene deres?
  - tilrettelagt i forhold til når det er mest hensiktsmessig for tjenestemottaker?
  - basert på at det skal passe inn i tjenesteyteren sine planer?
  - basert på organisasjonskultur?
  - legges det til rette for at pårørende eller andre som står den eldre nært kan være med på førstegangssamtalen?
  - opplever dere det ulikt om dere møter denne eldre aleine til førstegangssamtalen, eller om det er andre med?
  
- Hvordan opplever tjenesteyter at samtalen bidrar til utforming av kordinerte og tilpasset tjenestetilbud?
  - bruk av mål og strategi ved førstegangssamtalen
  - variasjon eller struktur ved førstegangssamtale

- førstegangssamtalen aleine med tjeneste mottaker eller samarbeid med samarbeidspartnere?
  - er det tilrettelagt for tverrfagligsamarbeid med ergoterapi- og fysioterapitjenesten, slik at en kan ha et tverrfagligfokus ved førstegangssamtalen?
  - har budsjett og tilgjengelige ressurser betydning for hvordan en opplever førstegangssamtalen?
- 
- Hvordan opplever tjenesteyter at det blir lagt vekt på offentlige publikasjoner som forskrifter og lover ved planlegging og gjennomfører førstegangssamtalen samt tildeler tjenester?
    - hvordan får en kunnskap om nye publikasjoner
    - hvordan blir offentlige føringer implementert inn i kommunens hjemmetjenester
- 
- Hvilke ønsker har de for hvordan førstegangssamtalen skulle vært gjennomført og hva ville de ønsket å legge vekt på?

## Vedlegg 2



## MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.6) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Intro		
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer, eller andre personentydige kjennetegn.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Navn <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Adresse <input type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/> Telefonnummer <input type="checkbox"/> Annet	Les mer om hva <a href="#">personopplysninger</a> er.  NB! Selv om opplysningene skal anonymiseres i oppgave/rapport, må det krysses av dersom det skal innhentes/registreres personidentifiserende opplysninger i forbindelse med prosjektet.
Annet, spesifiser hvilke		Les mer om hva <a href="#">behandling av personopplysninger</a> innebærer.
Samles det inn bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (indirekte personidentifiserende opplysninger)?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	En person vil være <a href="#">indirekte identifiserbar</a> dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke	i oppgaven vil jeg omtale det som en kommune på Vestlandet, jeg vil benevne informantene som tjenesteytere som foretar førstegangssamtaler med eldre og jeg vil kode dem slik at en ikke vet hvem som har kommet med hvilke informasjon. jeg vil benevne de ulike enhetene i kommunen med nummerering fra 1-8. Dette for at utenforstående ikke skal kunne identifisere personer eller kommune. Om oppgaven frem skaffer ny kunnskap og dette vil være til interesse for kommunen jeg henter informanter fra vil de ikke få personopplysninger som identifiserer informantene.	NB! For at stemme skal regnes som personidentifiserende, må denne bli registrert i kombinasjon med andre opplysninger, slik at personer kan gjenkjennes.

Skal det registreres personopplysninger (direkte/indirekte/via IP-/epost adresse, etc) ved hjelp av nettbaserte spørreskjema?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om <a href="#">nettbaserte spørreskjema</a> .
Bli det registrert personopplysninger på digitale bilde- eller videoopptak?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Bilde/videoopptak av ansikter vil regnes som personidentifiserende.
Søkes det vurdering fra REK om hvorvidt prosjektet er omfattet av helseforskningsloven?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	NB! Dersom REK (Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) har vurdert prosjektet som helseforskning, er det ikke nødvendig å sende inn meldeskjema til personvernombudet (NB! Gjelder ikke prosjekter som skal benytte data fra pseudonyme helseregistre).  <a href="#">Les mer.</a>  Dersom tilbakemelding fra REK ikke foreligger, anbefaler vi at du avventer videre utfylling til svar fra REK foreligger.
<b>2. Prosjektittel</b>		
Prosjektittel	Hvordan opplever tjenesteyter førstegangssamtalen med den eldre ved innsøking av tjenester fra hjemmetjenesten?	Oppgi prosjektets tittel. NB! Dette kan ikke være «Masteroppgave» eller liknende, navnet må beskrive prosjektets innhold.
<b>3. Behandlingsansvarlig institusjon</b>		
Institusjon	Høgskulen på Vestlandet	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, har den ikke avtale med NSD som personvernombud. Vennligst ta kontakt med institusjonen.  <a href="#">Les mer om behandlingsansvarlig institusjon.</a>
Avdeling/Fakultet	Nærregion Sogn og Fjordane	
Institutt	Avdeling for samfunnsfag	
<b>4. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)</b>		



Fornavn	Anne Marie	<p>Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt. Les mer om <a href="#">daglig ansvarlig</a>.</p> <p>Daglig ansvarlig og student må i utgangspunktet være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig.</p> <p>Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.</p> <p>NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.</p>
Etternavn	Sandvoll	
Stilling	Førstemanuensis	
Telefon	57677631	
Mobil	41610684	
E-post	Anne.Marie.Sandvoll@hvl.no	
Alternativ e-post	Anne.Marie.Sandvoll@hvl.no	
Arbeidssted	Avdeling for helsefag, HVL - Førde	
Adresse (arb.)	postboks 523	
Postnr./sted (arb.sted)	6803 Førde	
5. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det er flere studenter som samarbeider om et prosjekt, skal det velges en kontaktperson som føres opp her. Øvrige studenter kan føres opp under pkt 10.
6. Formålet med prosjektet		
Formål	Formålet er å få kunnskap om tjenesteyter sin opplevelse av å foreta førstegangssamtale med eldre ved innsøking av tjenester fra hjemmetjenesten og få informasjon om de nytter felles maler eller om det er tilfeldig hva de legger vekt på under samtalen og hvordan de opplever dette. Videre undrer jeg meg på om de som foretar førstegangssamtalen har kunnskap om offentligeføringer som blir publisert og om de tar dette med i planleggingen og gjennomføringen av førtsegangssamtalen.	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.
7. Hvilke personer skal det innhentes personopplysninger om (utvalg)?		
Kryss av for utvalg	<input type="checkbox"/> Barnehagebarn <input type="checkbox"/> Skoleelever <input type="checkbox"/> Pasienter <input type="checkbox"/> Brukere/klienter/kunder <input type="checkbox"/> Ansatte <input type="checkbox"/> Barnevernsbarn <input type="checkbox"/> Lærere <input checked="" type="checkbox"/> Helsepersonell <input type="checkbox"/> Asylsøkere <input type="checkbox"/> Andre	Les mer om forskjellige <a href="#">forskningstematikker og utvalg</a> .

Beskriv utvalg/deltakere	Informantene jeg ønsker jobber i hjemmetjenesten og foretar førstegangssamtale med dem som søker tjenester fra hjemmetjenesten. Dette er i stor grad ledere og fagsykepleiere	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om.
Rekruttering/trekking	etter at jeg har fått godkjenning fra sektorleder vil jeg ta kontakt med enhetslederne å informere om prosjektet og for å gjøre avtale om at hun/han levere ut det jeg har utarbeidet av skriftlig informasjon om prosjektet og samtykkeskjema til informantene i målgruppen min	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø eller eget nettverk, eller trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre.
Førstegangskontakt	Jeg vil først kontakte sektorleder for helse, omsorg og sosial og få godkjenning til å kontakte enhetslederne	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den.  Les mer om førstegagskontakt og forskjellige utvalg på våre <a href="#">temasider</a> .
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	Les om forskning som involverer <a href="#">barn</a> på våre nettsider.
Omtrentlig antall personer som inngår i utvalget	10	
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om <a href="#">sensitive opplysninger</a> .

Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om <a href="#">pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse</a> .
Samles det inn personopplysninger om personer som selv ikke deltar (tredjepersoner)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan identifisere personer (direkte eller indirekte) som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem, som identifiseres i datamaterialet. <a href="#">Les mer.</a>

8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Papirbasert spørreskjema <input type="checkbox"/> Elektronisk spørreskjema <input type="checkbox"/> Personlig intervju <input checked="" type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Deltakende observasjon <input type="checkbox"/> Blogg/sosiale medier/internett <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata (medisinske journaler)	<p>Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).</p> <p>NB! Dersom personopplysninger innhentes fra forskjellige personer (utvalg) og med forskjellige metoder, må dette spesifiseres i kommentarboksen. Husk også å legge ved relevante vedlegg til alle utvalgsgruppene og metodene som skal benyttes.</p> <p>Les mer om <a href="#">registerstudier</a>. Dersom du skal anvende registerdata, må variabelliste lastes opp under pkt. 15 Les mer om <a href="#">forskningsmetoder</a>.</p>
	<input type="checkbox"/> Registerdata	
	<input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	
Tilleggsopplysninger		
9. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget/deltakerne informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	<p>Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.</p> <p><a href="#">Les mer</a>. Vennligst send inn mal for skriftlig eller muntlig informasjon til deltakerne sammen med meldeskjema.</p> <p>Last ned en veiledende mal <a href="#">her</a>.</p> <p>Les om <a href="#">krav til informasjon og samtykke</a>.</p> <p>NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 15 Vedlegg.</p>

<p>Samtykker utvalget til deltakelse?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ja</li> <li>○ Nei</li> <li>○ Flere utvalg, ikke samtykke fra alle</li> </ul>	<p>For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, må det være frivillig, uttrykkelig og <a href="#">informert</a>.</p> <p>Samtykke kan gis skriftlig, muntlig eller gjennom en aktiv handling. For eksempel vil et besvart spørreskjema være å regne som et aktivt samtykke.</p> <p>Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes. <a href="#">Les mer</a>.</p>
---	---	--

#### 10. Informasjonssikkerhet

<p>Hvordan registreres og oppbevares personopplysningene?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ På server i virksomhetens nettverk</li> <li>□ Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten (dvs. ingen tilknytning til andre datamaskiner eller nettverk, interne eller eksterne)</li> <li>□ Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten</li> <li>■ Privat datamaskin</li> <li>□ Videoopptak/fotografi</li> <li>■ Lydopptak</li> <li>□ Notater/papir</li> <li>□ Mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon)</li> <li>□ Annen registreringsmetode</li> </ul>	<p>Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.</p> <p>Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.</p> <p>Med «virksomhet» menes her behandlingsansvarlig institusjon.</p> <p>NB! Som hovedregel bør data som inneholder personopplysninger lagres på behandlingsansvarlig sin forskningsserver.</p>
<p>Annen registreringsmetode beskriv</p>		<p>Lagring på andre medier - som privat pc, mobiltelefon, minnepinne, server på annet arbeidssted - er mindre sikkert, og må derfor begrunnes. Slik lagring må avklares med behandlingsansvarlig institusjon, og personopplysningene bør krypteres.</p>

<p>Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?</p>	<p>datamaskinen har personlig passord</p>	<p>Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?</p>
<p>Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler</p>	<p>Ja ○ Nei ●</p>	<p>Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, transkriberingsassistent eller tolk, er</p>

(ekstern aktør)?		dette å betrakte som en <a href="#">databehandler</a> . Slike oppdrag må kontraktsreguleres.
Hvis ja, hvilken		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved overføring av data til samarbeidspartner, databehandler mm. Dersom personopplysninger skal sendes via internett, bør de krypteres tilstrekkelig.
Hvis ja, beskriv?		Vi anbefaler ikke lagring av personopplysninger på nettskytjenester. Bruk av nettskytjenester må avklares med behandlingsansvarlig institusjon. Dersom nettskytjeneste benyttes, skal det inngås skriftlig databehandleravtale med leverandøren av tjenesten. <a href="#">Les mer</a> .
Skal andre personer enn daglig ansvarlig/student ha tilgang til datamaterialet med personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem (oppgi navn og arbeidssted)?		
Utleveres/deles personopplysninger med andre institusjoner eller land?	<input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Andre institusjoner <input type="radio"/> Institusjoner i andre land	F.eks. ved nasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles eller ved internasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles.
11. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om <a href="#">dispensasjon fra taushetsplikten</a> .
Hvis ja, hvilke		Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement.
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	I noen forskningsprosjekter kan det være nødvendig å søke flere tillatelser. Søkes det f.eks. om tilgang

Hvis ja, hvilken		til data fra en registreier? Søkes det om tillatelse til forskning i en virksomhet eller en skole? Les mer om <a href="#">andre godkjenninger</a> .
12. Periode for behandling av personopplysninger		
Prosjektstart Planlagt dato for prosjektslutt	05.10.2017 21.06.2018	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når kontakt med utvalget skal gjøres/datainnsamlingen starter.  Prosjektslutt: Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet.
Skal personopplysninger publiseres (direkte eller indirekte)?	<input type="checkbox"/> Ja, direkte (navn e.l.) <input type="checkbox"/> Ja, indirekte (identifiserende bakgrunnsopplysninger) ■ Nei, publiseres anonymt	Les mer om <a href="#">direkte</a> og <a href="#">indirekte</a> personidentifiserende opplysninger.  NB! Dersom personopplysninger skal publiseres, må det vanligvis innhentes eksplisitt samtykke til dette fra den enkelte, og deltakere bør gis anledning til å lese gjennom og godkjenne sitater.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	■ Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	NB! Her menes datamaterialet, ikke publikasjon. Selv om data publiseres med personidentifikasjon skal som regel øvrig data anonymiseres. Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.  Les mer om <a href="#">anonymisering av data</a> .
13. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?		Fylles ut ved eventuell ekstern finansiering (oppdragsforskning, annet).
14. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		Dersom prosjektet er del av et prosjekt (eller skal ha data fra et prosjekt) som allerede har tilrådning fra personvernombudet og/eller konsesjon fra Datatilsynet, beskriv dette her og oppgi navn på

		prosjektleder, prosjekttittel og/eller prosjektnummer.
15. Vedlegg		

Vedlegg	Antall vedlegg: 2. <ul style="list-style-type: none"><li>• temaguide_til_intervju_for_masteroppgave_2017.docx</li><li>• infoskriv_voksne_v2015_01__1_.doc</li></ul>	
---------	---	--

### **Vedlegg 3**

#### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet med problemstilling**

*Hvordan opplever tjenesteyter førstegangssamtalen med den eldre ved innsøking av tjenester fra hjemmetjenesten?*

Jeg er fortiden student ved Høgskolen på Vestlandet avd Sogndal og skal nå i gang med å skrive masteroppgave som avsluttende eksamen på et 4 års studie. Jeg vil på bakgrunn av dette fremstille spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt, der formålet med oppgaven er å søke kunnskap hos dem som foretar førstegangssamtaler for å få frem hvordan det oppleves for tjenesteyter å ha slik samtaler.

#### **Hva innebærer forespørselen?**

For å få svar på min problemstilling ønsker jeg å samle dem som foretar førstegangssamtalen i hjemmetjenesten Sør og hjemmetjenesten Nord til intervju. Jeg ønsker å gjennomføre to intervju slik at jeg intervjuer de som jobber i hjemmetjenesten Nord og Sør hver for seg.

Jeg vil nytte intervjuguide og båndopptaker under intervjuet. Intervjuguide for at jeg skal kunne gjennomføre begge intervjuene mest mulig likt med de samme spørsmålene og båndopptaker for å gjengi informasjonen jeg får gjennom intervjuet riktig. Jeg garanterer anonymitet for dem som deltar i min studie, samt at all informasjon jeg nytter i oppgaven vil bli anonymisert ved hjelp av koding.

Intervjuene vil bli gjennomført slik det passer best for informantene og som forslag fra meg kan jeg møte dere i forkant eller etterkant av at hjemmetjenesten er samlet til ledermøte. Intervjuet vil vare i 60 minutter.

#### **Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke



ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i oppgaven og at denne er levert. Dersom du ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Tove Omdal Tlf: 90944865, [tove.omdal@knett.no](mailto:tove.omdal@knett.no) eller prosjektansvarlig Anne Marie Sandvoll *Førsteamanuensis / Avdeling for helsefag, Førde* Tlf: 57677631 [anne.marie.sandvoll@hvl.no](mailto:anne.marie.sandvoll@hvl.no)

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

Informasjonen som registreres skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien.

All informasjon vil bli nyttet uten navn eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste som vil bli lagret uten tilknytning til oppgaven.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger du gir blir behandlet på en sikker måte. Informasjon vil bli anonymisert eller slettet senest fem år etter prosjektslutt.

### **Godkjenning**

Prosjektet er godkjent 13.09.17 av NSD (Norsk senter for forskningsdata) saksnummer 55352.

**Samtykke til deltakelse i PROSJEKTET**

Jeg er villig til å delta i prosjektet

Jeg bekrefter å ha fått informasjon og har forstått informasjonen om prosjektet og samtykker til å delta i intervju.

---

Sted og dato

---

Deltakers signatur

---

---

Deltakers navn med trykte bokstaver

---