



HVORDAN IVARETAS DEN SOSIALE OMSORGEN?

En studie av brukeres, pårørendes og ansattes
erfaringer med hjemmebasert eldreomsorg

Mai Camilla Munkejord • Helga Eggebø • Walter Schönfelder



Uni Research Rokkansenteret, Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, har en todelt publikasjonsserie. Publikasjonsserien redigeres av et redaksjonsråd bestående av forskningsdirektør og forskningsledere. I rapportserien publiseres ferdige vitenskapelige arbeider, for eksempel sluttrapporter fra forskningsprosjekter. Manuskriptene er godkjent av redaksjonsrådet, normalt etter en fagfelleevaluering. Det som utgis som notater er arbeidsnotater, foredrag og seminarinnlegg. Disse godkjennes av prosjektleder før publisering.

ISBN 978-82-8095-118-2
ISSN 2387-5615

Uni Research Rokkansenteret
Nygårdsgaten 112
5008 Bergen
Tlf. 55 58 50 00
E-post: rokkansenteret@uni.no
<http://rokkan.uni.no/>

Postadresse
Uni Research Rokkansenteret
Postboks 7810
5020 Bergen

Hvordan ivaretas den sosiale omsorgen?

En studie av brukeres, pårørendes og ansattes erfaringer med hjemmebasert eldreomsorg

Mai Camilla Munkejord

Helga Eggebø

Walter Schönfelder

Rapport 3 – 2017

STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER

Uni Research AS, Bergen

Oktober 2017

Innhold

Forord	4
Sammendrag	5
1. Innledning	6
Aldring	7
Omsorg	8
Sosial omsorg	9
Noen trekk ved det kommunale pleie- og omsorgstilbudet.....	10
Innovasjon i offentlig sektor	11
Innholdet i rapporten.....	12
2. Steigen og Tana	13
Steigen.....	13
Tana	16
3. Datagrunnlag og metode	19
Rekruttering	19
Utvalg	19
Gjennomføring av intervjuene	21
Observasjonsdata.....	22
Analyse av datamaterialet	22
Håndtering av persondata	23
4. Eldreomsorg i Norge	25
Fra institusjoner til hjemmebasert omsorg.....	25
Mer ansvar til kommunene	26
Todelt hjemmetjeneste	27
Fra faglig skjønn til vedtaksbasert omsorg.....	28
Velferdsstat og familiens omsorgsarbeid.....	28
Oppsummering	29
5. Eldre i Steigen og Tana	31
Livshistorier	31
Dekkes de eldres (sosiale) omsorgsbehov?	34
Jeg har ingenting å klage på!	34
Jeg har ingenting å klage på, men.....	35
Jeg har ikke noe å klage på – for mange har det verre!.....	36
Ulike kommunale botilbud	37
Hjemme alltid best?	38

Gode erfaringer med å flytte til omsorgsbolig	39
Når hjemmet blir et offentlig pleiested – en pårørendes erfaringer.....	40
Avslutning	41
6. Eldreomsorg i Steigen og Tana fra et ansatte- og lederperspektiv	43
Innledning.....	43
Ansattes betraktninger om det å jobbe med hjemmebasert omsorg.....	43
Sosial omsorg og hjemmesykepleiens arbeidsoppdrag	44
Sosial omsorg er ikke vår oppgave.....	45
Egentlig burde noen andre ta seg av den sosiale omsorgen	46
Sosial arbeid er en oppgave for miljøterapeuter og sosionomer	46
Sosial omsorg, ja, det er vår oppgave, men vi skulle hatt flere ansatte og mer tid... ..	47
Lærdommer	48
Problematiske kontaktflater i et helhetlig omsorgstilbud	48
Kontaktflater mellom hjemmesykepleien og hjemmehjelpen	48
Kontaktflater mellom hjemmetjeneste og frivillig sektor	51
Møteplasser for eldre i Steigen og Tana.....	53
Avslutning	55
7. Sosiale relasjoner og meningsfulle aktiviteter	57
Skagstad gård	57
Engelen	60
Avslutning	62
8. Innovative forslag for et mer helhetlig omsorgstilbud	64
Grep for å ivareta omsorgens sosiale dimensjon	64
Bedre miks mellom helse- og sosialfaglig yrkeskompetanse.....	64
Viktigheten av å få informasjon om aktiviteter og tilbud ut til målgruppene.....	65
Styrke primærkontaktfunksjonen for bedre oversikt over den eldres totalsituasjon	66
Tettere samarbeid mellom ansatte i hjemmetjenestene	66
Tettere samarbeid mellom kommunale hjemmetjenester og frivillig sektor	67
Et nytt hjem i kommunal leilighet eller i omsorgsbolig.....	67
Forebyggende arbeid – gjerne gjennom systematiske hjemmebesøk.....	68
Avrunding	69
Referanser:.....	70
VEDLEGG	75
Vedlegg 1: Kort om forebyggende hjemmebesøk.....	75

Forord

Denne rapporten er skrevet med utgangspunkt i prosjektet *Ageing at home – innovation in home-based elderly care in rural parts of Northern Norway*, finansiert av Regionalt forskningsfond Nord (RFF Nord) med 3 millioner kroner for perioden 2016–2018. I tillegg har UiT Norges arktiske universitet (UiT NAU) og KUN (Steigen) bidratt med egeninnsats i form forskningstid inn i prosjektet. Studien er gjennomført av Mai Camilla Munkejord (prosjektleder), UiT NAU og Uni Research Rokkansenteret, Walter Schönfelder, UiT NAU og Helga Eggebø, ansatt ved KUN i 2016–2017 og ved Nordlandsforskning fra august 2017. Vi har samarbeidet med gode partnere i Tana og Steigen kommuner med mål om å undersøke utfordringer og muligheter i den hjemmebaserte eldreomsorgen. En stor takk går således til Anu Saari og Kati Kannisto i Tana Kommune, og Bergitte Gabrielsen, Sissel Grimstad og Siv Johansen i Steigen kommune for tilrettelegging for datainnsamling og gjennomføring av intervjuer våren og høsten 2016, og ellers for deltakelse, engasjement og deling av kunnskap gjennom hele prosjektperioden. En stor takk også til Tord Lindén (Uni Rokkansenteret), samt til medlemmer av vår referansegruppe; Ragnhild Waldahl (Nordlandsforskning) og Torunn Hamran (Senter for omsorgsforskning Nord, UiT NAU) for gjennomlesning av rapporten, og for verdifulle innspill og kommentarer i slutfasen. Vi vil også takke alle som stilte opp til intervju, ikke minst dere som tok vel imot oss på hjemmebane. Vi håper at denne rapporten kan være til nytte for det videre utviklingsarbeidet av hjemmebasert eldreomsorg med en særlig vekt på hvordan man bedre kan ivareta brukernes sosiale omsorgsbehov – i både Tana, Steigen og andre kommuner av ulik størrelse og i forskjellige deler av landet.

Sammendrag

Denne rapporten belyser eldres erfaringer med aldring, omsorg, meningsfylt hverdagsliv og valg av bosted. Rapporten belyser også ansattes perspektiver på hvordan det er å jobbe i den kommunale hjemmetjenesten med et særlig fokus på sosial omsorg, og på hvorvidt de ansatte opplever at ivaretagelse av brukernes sosiale behov inngår i deres arbeidsmandat. Basert på et bredt kvalitativt materiale, inkludert intervjuer med representanter fra frivillig sektor, ledere av kommunal helse- og omsorgssektor samt noe observasjonsdata, viser rapporten at de eldres sosiale behov ikke alltid er godt nok ivaretatt, og at sosial omsorg således kan beskrives som en *blind flekk* i dagens hjemmebaserte eldreomsorg i Norge. Dette i motsetning til mange europeiske land hvor satsingen på ivaretagelse av eldres livskvalitet og verdighet har ført til at eldreomsorg i stor grad er blitt et sosialfaglig anliggende. På den annen side viser rapporten at de hjemmeboende eldre stort sett opplever at helserelaterte omsorgsbehov ivaretas på en god måte, mens deres behov for praktisk bistand ivaretas i litt mer varierende grad. Rapporten foreslår en rekke grep som kan sette kommunene bedre i stand til å imøtekomme eldre brukeres behov for hjemmebaserte tjenester i et mer helhetlig perspektiv.

Rapporten baserer seg på funn fra studien *Ageing at Home: Innovation in Elderly Care in Rural parts of Northern Norway*, finansiert av RFF Nord for perioden 2016–2018.

1. Innledning

Antallet og andelen eldre i det norske samfunnet stiger. I 2017 var 14,6 % av befolkningen i Norge 67 år eller eldre.¹ I følge befolkningsframskrivinger fra Statistisk Sentralbyrå (SSB 2014) er dette tallet ventet å stige til 21 % frem mot 2050². Det er særlig andelen av de aller eldste som vil øke fremover: Mens det i Norge i dag er ca. 30.000 eldre over 90 år, vil antallet i denne aldersgruppen stige til ca. 110.000 i 2050 (SSB 2014). Tjenester til eldre utgjør dessuten en stor andel av det offentliges utgifter til helse- og omsorgstjenester. En av tre sykehuskroner og to av tre kroner til kommunale pleie- og omsorgstjenester blir brukt på eldre over 67 år (Kjelvik og Mundal 2013). Utviklingen er imidlertid ikke entydig. Selv om andelen eldre har steget de siste tiårene, har deres andel av helse- og omsorgsutgiftene faktisk blitt redusert fra 1998 til 2011 (Mørk, 2013, se også Otnes 2015). Målt i kostnader per innbygger er det dessuten slik at det brukes langt mer penger på yngre brukere av hjemmetjenestene, sammenlignet med eldre (Holmøy og Kjelvik 2013).

Merkelappen «eldre» brukes dessuten om en sammensatt befolkningsgruppe med et stort aldersspenn. Det store flertallet er friske mennesker som greier seg selv i hverdagen. Tre av fire personer over 67 år mottar ikke kommunale omsorgstjenester (Mørk, 2013). Blant dem som trenger og mottar kommunale tjenester, får mange i tillegg hjelp fra familie og nettverk. Estimer tyder på at slik hjelp fra familie og andre pårørende utgjør mellom 40 og 50 prosent av den totale arbeidsinnsatsen innenfor omsorg (NOU 2011:11; Otnes, 2013). Likevel er det liten tvil om at behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester kommer til å øke i tiden som kommer. For å møte denne utviklingen på en best mulig måte, er det nødvendig med kunnskap om hvordan disse tjenestene kan forbedres.

I denne rapporten presenterer vi funn fra en studie om aldring og hjemmebasert eldreomsorg. Dette prosjektet med tittelen *Ageing at Home: Innovation in Elderly Care in Rural parts of Northern Norway* er finansiert av RFF Nord for perioden 2016–2018. Utgangspunktet for studien var et ønske å om belyse hva det innebærer å eldes i rurale strøk, samt hva som kan sies å være særlige utfordringer og muligheter når det gjelder det å utvikle gode hjemmebaserte tjenester i kommuner kjennetegnet av spredt bosetning og lange avstander mellom brukerne. Mer konkret var opplegget for studien, basert på datainnsamling i Tana og Steigen kommuner i henholdsvis Finnmark og Nordland fylker, kort oppsummert som følger:

¹ <https://www.ssb.no/befolkning/nokkeltall/befolkning>

² <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram/aar/2014-06-17>

1. Basert på hjemmebesøk og intervjuer med eldre som mottar kommunale hjemmebaserte tjenester: Studere Eldres opplevelser rundt aldring, helse og omsorg (tjenester) med vekt på deres fortellinger om trygg alderdom, meningsfull hverdag, og valg av bosted.
2. Basert på intervjuer med ansatte i helse- og omsorgstjenesten: Studere de ansattes roller, oppgaver og deres syn på hva som er god eldreomsorg med vekt på å undersøke hvordan kontinuitet i tjenester sikres.
3. Basert på intervjuer med lederne i pleie- og omsorgssektoren i våre samarbeidskommuner, intervjuer med personer fra frivillig sektor, intervjuer med pårørende samt data fra øvrige deler av prosjektet: Gi anbefalinger for å styrke kvaliteten i tjenestene i hjemmebasert eldreomsorg.

Vi har i prosjektperioden holdt fast ved denne brede tilnærmingen. Samtidig er det slik at datainnsamlingen og analysene tidlig førte oss på sporet av et særlig fokus på hvordan de Eldres behov for sosial omgang, fellesskap og meningsfull hverdag imøtekommes i dagens hjemmebaserte eldreomsorg. Det underliggende forskningsspørsmålet som forfølges i denne rapporten kan formuleres på følgende måte:

- Hvordan ivaretas sosial omsorg i den hjemmebaserte eldreomsorgen?

Før vi presenterer rapportens oppbygning, vil vi kort diskutere rapportens hovedbegreper, nemlig aldring, omsorg og sosial omsorg. Deretter vil vi kort presentere den hjemmebaserte eldreomsorgen, samt skissere hvordan vår studie kan bidra til innovasjon i denne sektoren.

Aldring

I tidligere tider var det å bli riktig gammel et privilegium for de få, mens de aller fleste døde av harde levekår og sykdommer som barn eller voksen. Som følge av medisinske nyvinninger og velstandsøkning har levealderen økt betydelig. Med en forventet levealder på over 80 år³ vil de fleste i Norge leve til de blir gamle. Det å bli eldre speiler en rekke biologiske, psykologiske og sosiale endringer i livet (Johnson, 2005). Aldring innebærer funksjonstap og økt risiko for sykdom. Når en blir eldre, erfarer man videre gjerne å miste mange av sine kjære.

³ Se <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/dode>

Aldringsprosessen har imidlertid endret seg: En 70-åring i dag har gjerne en kropp som er mindre preget av alderdom enn en person på samme alder for hundre år siden. Vår forestilling om alderdom har også endret seg: På den ene siden ser mange på pensjonsalderen som en fase i livet hvor man har anledning til å reise, oppleve verden, utvikle hobbyer og ha tid til fritidsaktiviteter. På den andre siden frykter man kanskje å havne i en livsfase der kroppen og helsen svekkes, og man gradvis blir mer avhengig av hjelp fra andre og der man får mindre anledning til å leve et aktivt liv. På bakgrunn av dette siste scenariet er «eldre» blitt en merkelapp som mange ikke ønsker å bruke om seg selv. Noen har argumentert for at samfunnet er preget av «alderisme», det vil si at man på liknende vis som rasisme og sexisme, gjør en gruppe mennesker til gjenstand for stigmatisering, andregjøring og diskriminering (Høie, 2005). Samfunnsforskerne Chris Gilleard og Paul Higgs (Gilleard og Higgs, 2011; Higgs og Gilleard, 2014, 2015) mener at samfunnsmessige forståelser av alderdom er preget av en skarp todeling: På den ene siden har man det de betegner som «den tredje alderen». Det er et optimistisk scenario som handler om aktivitet, selvrealisering og livskvalitet. På den andre siden har man «den fjerde alderen», som er et skremmebilde av påfølgende fysisk og kognitiv svekkelse, passivitet og avhengighet. I likhet med en rekke andre forskere argumenterer Gilleard og Higgs (ibid.) for at det er viktig å studere ikke bare befolkningsutvikling, sykdom og fysiske aldringsprosesser, men også folk sine erfaringer, opplevelser og forståelser av aldringsprosesser. Dette prosjektet er et lite bidrag i en slik sammenheng.

Omsorg

Omsorg er et nøkkelbegrep i dette forskningsprosjektet. Begrepet er komplekst og har et mangetydig innhold. Omsorg handler både om det å *bry seg om* og det å *ta seg av* andre mennesker (Wærness og Ringen, 1987). Det innebærer med andre ord både følelser og praktiske aktiviteter. Omsorg er en helt grunnleggende del av det å være menneske. I løpet av livet vil alle mennesker både yte og motta omsorg i en eller annen forstand. Som barn, syk eller gammel vil vi alle være avhengige av praktisk omsorg fra andre, og som mennesker og sosiale vesener er vi også grunnleggende avhengige av at noen bryr seg om oss. Omsorg i form av praktisk hjelp kan ytes til friske voksne som strengt tatt greier seg selv i hverdagen, som for eksempel når en ektefelle stryker den andres klær og lager mat. Men det som vanligvis forstås som omsorg er imidlertid først og fremst det å gi hjelp til personer som er avhengige av denne bistanden.

Omsorg for forskjellige målgrupper organiseres ulikt innenfor ulike velferdsstatsregimer (Esping-Andersen, 1989, 1990, 2009). Den norske velferdsstaten tilbyr befolkningen en omfattende pakke av stønader og omsorgstjenester i ulike livsfaser. Omsorg fra det offentlige betegnes gjerne som formell omsorg eller

omsorgstjenester. Selv om de fleste omsorgstjenester i Norge ytes fra det offentlige, kan slike tjenester også i økende grad kjøpes i et marked. Omsorg som ytes fra familiemedlemmer omtales gjerne som familieomsorg eller uformell omsorg. Men i tillegg til omsorg fra familiemedlemmer kan uformell omsorg også inkludere hjelp og bistand fra naboer, venner og frivillige aktører. Omsorgsarbeidet kan videre være betalt eller ubetalt for den som yter omsorgen. Omsorg forstått som å bry seg om andre forbindes gjerne særlig med den omsorgen man yter for familiemedlemmer og venner, men også offentlige omsorgstjenester kan innebære at den ansatte bryr seg om den som mottar omsorgen. Profesjonell omsorg utelukker ikke personlig og følelsesmessig engasjement.

Sosial omsorg

Forståelsen av alderdom har forandret seg, og med dette også utformingen av politiske føringer for tjenestetilbudet til en aldrende befolkning. Fra å bli diskutert hovedsakelig som en fase ved livets slutt, diskuteres alderdom i stadig større grad som en aktiv fase der behovet for helsetjenester hverken må eller skal være særlig større enn i tidligere faser i livet. Nasjonalt kommer dette til uttrykk i regjeringens satsing på *flere aktive og sunne år* (Norges forskningsråd, 2012). Sosial deltakelse, gjensidig omsorg, selvrealisering og verdighet er imidlertid ikke enkelt å opprettholde for eldre som gjerne har eventuell familie boende i andre deler av landet, og som etter hvert kommer i en situasjon der man opplever at personer i egen omgangskrets går bort. I alle livsfaser er det en stor oppgave å opprette nye sosiale nettverk. I en livsfase der gamle nettverk svekkes er det for mange eldre en oppgave som de ikke makter på egenhånd. En del eldre er ensomme og føler seg isolerte. De negative konsekvensene av ensomhet når det gjelder fysisk og psykisk velvære er godt dokumentert (Taube, Jakobsson, Midlov, og Kristensson, 2016). Flere studier viser i så måte hvor viktig det er å ivareta Eldres behov for samvær og sosial kontakt (Skaar, Fensli, og Söderhamn, 2010; Tønnessen og Nortvedt, 2012; Skatvedt og Norvoll, 2016). I denne forbindelsen har begrepet sosial omsorg, som del av et helhetlig tjenestetilbud for eldre, fått økt betydning i løpet av de senere årene.

Ivaretagelse av sosiale omsorgsbehov har en sentral posisjon i mange europeiske land. Eldreomsorg i Sverige er først og fremst en sosialfaglig forankret oppgave. I vårt naboland er flere modellforsøk på gang der helseomsorg skal integreres i sosial omsorgssektoren, heller enn omvendt (Bäck og Calltorp, 2015). I Storbritannia har i de siste tiårene stadig flere ansvarsområder blitt omdefinert fra å være helse- til sosiale omsorgsoppgaver (Wanless, 2006, s. 2). I Norge er sosial omsorg hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, § 3.2.6 b der spesielt personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, er nevnt. Sosialt

omsorgsarbeid omfatter imidlertid langt mer. Det kan innebære å ta de brukerne som trenger det med ut på kafé, eller det å kjøre vedkommende til apoteket slik at de selv kan hente sin medisin. Det kan innebære å ta seg tid til en god prat når man kommer på besøk, for å høre hvordan det går, til å avdekke om den eldre har det bra eller er nedstemt, eller om den eldre opplever endringer i sin fysiske eller psykiske helse eller sine sosiale omstendigheter. Det å ivareta brukeres sosiale omsorgsbehov handler med andre ord blant annet om lyttende tilstedeværelse, og om å møte brukeren som et helt menneske, heller enn som en pasient (jf. Skatvedt og Norvoll, 2016). I denne rapporten er vi særlig opptatt av hvordan sosiale omsorgsbehov ivaretas innenfor rammen av de kommunale hjemmetjenestene.

Noen trekk ved det kommunale pleie- og omsorgstilbudet

Det kommunale pleie- og omsorgstilbudet for eldre i Norge varierer (Huseby og Paulsen, 2009), slik vi vil gjøre nærmere rede for i kapittel 4. Noen kommuner har satset på institusjonsomsorg, mens andre kommuner har lagt langt mer vekt på å utvikle hjemmebasert omsorg. Enkelte kommuner har jobbet frem et godt samarbeid med frivillig sektor og med pårørende, mens andre har lagt mindre vekt på dette. Flere studier tyder på at kommuneøkonomien er den enkeltfaktoren som i størst grad kan forklare variasjoner i tjenestetilbudet for eldre: Det betyr at kommuner med solid økonomi generelt sett bruker mer penger på pleie- og omsorgstjenester pr bruker enn kommuner med svak økonomi (Daatland og Veenstra 2012, s. 85). En annen faktor som har betydning for variasjoner i tjenestetilbudet er geografiske avstander. Generelt har det vært slik at kommuner med liten befolkning og store avstander har særlig høy institusjonsdekning (ibid.).

Det som gjerne er felles for kommunale hjemmetjenester for eldre i Norge, er at det på en eller annen måte skilles mellom hjemmesykepleie og praktisk bistand. Hjemmesykepleie viser til helsemessig eller medisinsk behandling og rehabilitering i forbindelse med sykdom og skader, samt sårbehandling og medisinerings. Praktisk bistand deles gjerne inn i «praktisk bistand person» som blant annet inkluderer hjelp til dusjing, det å komme seg på toalettet, og hjelp med måltider, og «praktisk bistand husholdning» som viser til renholdstjenester som klesvask, gulvvask, skifting av sengetøy, osv. Et annet fellestrekk ved norsk eldreomsorg er at det over tid har vært et fokus på helserelaterte tjenester på bekostning av øvrige tjenester som praktisk bistand (Otnes 2015). Loven om kommunale helse- og omsorgstjenester som trådte i kraft i januar 2012 skulle derfor blant annet bidra til å imøtekomme brukernes behov for et «helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud» (Kjellevoll, 2012,

s. 15). Lovens formål er i henhold til § 1-1 blant annet å «fremme sosial trygghet», «forebygge sosiale problemer» samt «sikre at den enkelte får mulighet til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre».

Når de eldres rettigheter til både helsemessige, praktiske og sosial omsorg nå tydeligere enn før skal ivaretas av det offentlige på en helhetlig måte, er det imidlertid viktig å påpeke at vi snakker om en presset kommunal sektor som gjennomgår endringer som økt ansvar for å yte faglige forsvarlige tjenester (Vike, Debesay, og Haukelien, 2016), økt press på grunn av at kommunen må ta seg av «utskrivningsklare» pasienter fra spesialisthelsetjenesten (Førland, Fagertun, Hansen, og Kverndokk, 2017), «boliggjøring» av tjenester, altså at flest mulig tjenester skal gis i folks egne hjem (Otnes, 2015) og mange steder også: innføring av styringsmekanismer som samlet fører til at en del eldre erfarer kommunale hjemmetjenester som en rekke hastige møter med, for dem, ofte ukjente pleiere (jf. Gjevjon, 2009).

Innovasjon i offentlig sektor

På et overordnet plan, ønsker vi at dette prosjektet skal bidra til å styrke pågående innovasjonsprosesser i den hjemmebaserte eldreomsorgen. Ordet innovasjon kommer av latin og betyr å fornye eller skape noe nytt. For at noe skal kunne omtales som en innovasjon, sier man gjerne at det må være snakk om både noe som er nytt, nyttig og nyttiggjort.⁴

Innovasjon i offentlig tjenesteyting har i de siste årene fått en sentral plass i styrende dokumenter innenfor forskning og politikutvikling. Innovasjon og teknologi presenteres gjerne som den fremtidige løsningen på de utfordringene velferdsstaten antas å møte med en aldrende befolkning og økte utgifter til helse og omsorg (Jacobsen, 2015). Flere har påpekt at innovasjon er et slags moteord hentet fra produktutviklingsprosesser i privat sektor (Hem, 2012; Jakobsen, 2016). Bilder av smarttelefoner, nettbrett og nye apper utviklet av moteriktige produktutviklere i stilige lokaler i Silicon Valley dukker kanskje opp på netthinnen. Offentlige byråkratier og tjenesteytere på den andre siden har gjerne blitt sett på som trauste, konservative og lite endringsvillige organisasjoner. Ettersom det åpenbart ikke handler om utvikling av ny teknologi, hva kan så innovasjon i offentlig tjenesteyting handle om?

Vårt mål er at denne studien skal bidra til at politikere og ledere av kommunale hjemmetjenester får innspill og inspirasjon til å utvikle bedre og mer helhetlige omsorgstjenester til eldre med ulike og varierende bistandsbehov. Dette kan skje

⁴ Jf. KS sitt innovasjonsverktøy for kommuner: <http://ks-innovation-tool.herokuapp.com/>

gjennom nye måter å organisere eldreomsorgen på, eller nye måter å samarbeide om å levere omsorgstjenester. Dette kan være nye samarbeidsformer mellom ulike pleiere/hjelpere innad i kommunen (for eksempel mellom ansatte i hjemmesykepleie, hjemmehjelp og andre), men også mellom kommune og frivillig sektor eller pårørende.

Innholdet i rapporten

I denne rapporten vil vi belyse utfordringer og muligheter i dagens hjemmebaserte eldreomsorg med særlig vekt på hvordan sosial omsorg ivaretas, basert på intervjuer med de eldre brukere, ansatte og ledere i den kommunale hjemmetjenesten, pårørende og representanter fra frivillig sektor samt øvrig datamateriale. Mer spesifikt vil vi i kapittel 5 presentere de eldre brukeres fortellinger med vekt på det livet de har levd før, samt deres perspektiver på aldring, hverdagsliv, omsorg og bosted. I kapittel 6 vil vi presentere ansattes perspektiver på det å jobbe i den hjemmebaserte eldreomsorgen i områder preget av store avstander. Her vil vi legge vekt på hvordan man som ansatt i hjemmesykepleien eventuelt samarbeider med øvrige aktører som er involvert i det å ivareta de ulike behovene til eldre hjemmeboende, samt hvorvidt man oppfatter at ivaretagelse av brukernes sosiale omsorgsbehov er noe som inngår i ens arbeidsmandat. Deretter vil vi i kapittel 7 illustrere hvordan sosial omsorg kan ivaretas på en meningsfull måte gjennom å trekke frem to konkrete eksempler fra vår studie. I kapittel 8 vil vi presentere noen forslag til løsninger og grep til organisatorisk innovasjon, som kan bidra til ytterligere å styrke kvaliteten i hjemmebasert eldreomsorg. Men først vil vi presentere konteksten som denne studien plasserer seg inn i (kapittel 2), etterfulgt av en diskusjon av utvalg og metode (kapittel 3) samt relevant forskning på feltet (kapittel 4).

2. Steigen og Tana

Steigen og Tana er to distriktskommuner i Nord-Norge. Begge kommunene er store målt i geografisk utstrekning og små målt i folketall. De ligger langt unna både de større byene i Nord-Norge så vel som fra det politiske sentrum i Oslo. I dette kapittelet vil vi gi en generell beskrivelse av de to kommunene slik at en leser som ikke har kjennskap til disse stedene får et kort innblikk i både geografi og lokalsamfunn. Videre vil vi gi en overordnet beskrivelse av hvordan eldreomsorgen er organisert.

Steigen

Steigen kommune ligger i Saltenregionen i Nordland. Landskapet på Steigenhalvøya er preget av bratte fjell ned mot storhavet og fjordene, skjærgård med hvite strender og kulturlandskap. Naturen har den samme storslåtte og dramatiske karakteren som Kjerringøy, Hamarøy og Lofoten, de mer kjente naboene i nord og sør. Kommunen strekker seg fra Helnessund i sør, som tradisjonelt har vært et typisk fiskevær, og til Engeløya i nord som har vært mer preget av landbruk.

Steigen kommune har om lag 2500 innbyggere⁵ fordelt på rundt 1000 kvadratkilometer, noe som tilsier en befolkningstetthet på 3 per km². Som i de fleste andre utkantkommuner har der vært en gradvis befolkningsnedgang i løpet av de siste tiårene.⁶ Det kommunale tilflyttingsprosjektet *Lev i Steigen* arbeider systematisk med å promotere kommunen og øke netto tilflytting, under slagordet «livskvalitet i hverdagen». Kommunen har, særlig i løpet av de siste årene, bosatt en del flyktninger. Noe over 200 personer med innvandrerbakgrunn bor per dags dato i kommunen.⁷ Innvandrerbefolkningen har vært i kommunen i relativt kort tid, og består av både flyktninger, ekteskapsinnvandrere, arbeidsinnvandrere og deres etterkommere. Etnisk mangfold i kommunen er ikke bare knyttet til moderne innvandring. I likhet med mange andre områder i Nordland, har den samiske befolkning vært bosatt i området i århundrer. Både sjøsamer og reindriftssamer har historisk hatt tilhørighet på en rekke steder i Steigen (Evjen og Hansen, 2008). Selv om det også i dag finnes innbyggere med samisk bakgrunn, er ikke det samiske særlig synlig i hverdagsliv og politikk i kommunen. Nabokommunene Hamarøy og Tysfjord har et tydeligere forhold til det samiske, med Árran – Julevsame Guovdasj/ lulesamisk senter lokalisert i Tysfjord og et

⁵ 2534 innbyggere per første kvartal 2017.

⁶ Wikipedia <https://no.wikipedia.org/wiki/Steigen> og SSBs kommunefakta <https://www.ssb.no/kommunefakta/steigen>

⁷ Imdi <https://www.imdi.no/tall-og-statistikk/steder/K1848> ssb <https://www.ssb.no/kommunefakta/steigen>

synliggjøringsprosjekt i Hamarøy kommune. I 2017 har imidlertid kommunestyret i Steigen vedtatt at det skal settes opp skilting av både samiske og norske stedsnavn.

Steigenhalvøya hadde ikke veiforbindelse til fastlandet før i 1990, da den over åtte kilometer lange Steigentunellen gjennom Veggfjellet ble åpnet. Tidligere var hurtigbåt og ferge eneste transportmulighet ut og inn av kommunen. Da tunellen kom ble fergetilbudet lagt ned, men det er fremdeles daglig hurtigbåtforbindelse til Bodø og Svolvær. Hurtigbåten har flere anløpssteder i kommunen – Helnessund, Nordskot, Holkestad og Bogen – og turen til Bodø tar 1–2 timer. Kjøreturen til Bodø tar mellom 2,5 til 3,5 timer, avhengig av hvor i kommunen man befinner seg. Der er også lange avstander mellom de ulike bygdene i kommunen. Det tar nærmere halvannen time å kjøre fra ytterst på Engeløya i nord til Helnessund i sør. For å komme til Engeløya må man dessuten over en bro som kan være stengt på vinterstid.

Steigen kommunen ble opprettet i 1964 etter at de tre kommunene Leiranger, Steigen og Nordfold ble slått sammen. Leinesfjord ble da utpekt som kommunesenter, selv om det den gang bare var et par gårder der. Dette fordi Leinesfjord ligger omtrent midt mellom kommunens ytterkanter og etablerte bygdesamfunn. Siden kommunesammenslåingen har både offentlige tjenester og bosettingen gjennomgått en gradvis sentralisering. Bygdene på sørsiden av Foldfjorden er stort sett fraflyttet, en rekke grendeskoler er lagt ned, befolkningen i Leinesfjord har økt betydelig og de fleste offentlige tjenester er flyttet dit. Men den dag i dag synes stedstilhørigheten til bygdene å være viktig for mange av kommunens innbyggere, og mye av frivilligheten organiseres av grendelag, samfunnshus og foreninger i bygdene.

Steigen kommune er i en vanskelig økonomisk situasjon med et økende akkumulert underskudd, og befinner seg per 2017 på den såkalte ROBEK-lista. Det vil si at kommunen er i det nasjonale registeret om betinget godkjenning og kontroll, i henhold til kommunelovens paragraf 60 nr. 1.⁸ Kostnadskutt i kommunale budsjetter står derfor høyt på dagsordenen for kommunens administrasjon, politikere og befolkning. To konkrete politiske spørsmål har stått særlig sentralt i politiske diskusjoner om den økonomiske situasjonen: Det ene er spørsmålet om hvorvidt Steigen skulle slå seg sammen med Bodø kommune. Og det andre er spørsmålet om sentralisering av skoletilbudet og nedlegging av grendeskolene Leines, i Nordfold og på Engeløya. I løpet av perioden dette forskningsprosjektet har pågått har det vært en tilspisset politisk debatt om disse temaene. I løpet av 2017 ble det besluttet at Steigen skulle forbli egen kommune.

⁸ <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/robek-2/kommuner-som-er-oppfort-i-registeret/id415422/>

Steigen har tradisjonelt vært et samfunn preget av primærnæring. I dag er det flest ansatte i privat tjenesteyting som varehandel, hotell og restaurant og samferdsel. Nest største sektor er primærnæringer som jordbruk, skogbruk og fiske.⁹ Fiskeriene i Steigen består både av sjarkfiske, fiskemottak og oppdrettsnæringsaktører. Offentlig sektor har nesten like mange årsverk som primærnæringene i kommunen. Kommunen har også etablert Steigen Investeringselskap AS med formål om å investere i lokal næringsvirksomhet.

I dag er Steigens helse- og omsorgstjenester lokalisert på *Steigentunet* i Leinesfjord. Steigentunet er et helse og omsorgens «allhus» bygd i 2001, som inneholder sykehjem, omsorgsboliger, «arbeidsstua», som er et slags åpent dagsentertilbud, vaskeri, kjøkken med kantinedrift, tannlege, lege, legevakt på dagtid, bemanningskontor, tildelingskontor, barnevernstjenester og familiesenter med jordmor, helsestasjon og psykisk helsetilbud. Sykehjemmet på Steigentunet har 40 plasser som inkluderer både langtidsplasser, demensplasser, 1 Kommunal akutt døgnenhet (KAD-seng) og 1 lindrende enhet. Omsorgsboligene i Steigentunet har 20 leiligheter med 23 beboere. I tillegg finnes det tre mindre omsorgsboligkomplekser i andre deler av kommunen med til sammen 26 beboere: Det ene stedet er Mølmoa – lokalisert noen kilometer fra Leinesfjord – hvor det hovedsakelig bor brukere med psykisk utviklingshemming eller psykiske lidelser, men også til tider noen eldre. Rødekorsstua i Nordfold drives som navnet tilsier av Røde Kors. Her bor det for tiden bare eldre brukere. Toppen i Bogen er en kommunal omsorgsbolig for eldre i kommunen. Mølmoa er bemannet med sovende nattevakt. Toppen har betjening på dagen fram til klokka 13 og så to timer på kveldstid. På Rødekorsstua får folk hjelp fra hjemmetjenesten og der er ingen fast betjening på stedet.

I Steigen er det om lag 100 personer som mottar kommunale hjemmetjenester. Dette er et relativt høyt antall brukere i lys av kommunens innbyggertall, men mange får bare få tjenester. Kun et fåtall av brukerne (13) bor i kommunesenteret Leinesfjord eller innenfor en omkrets på 5 kilometer fra kommunesenteret. Brukerne for øvrig bor i bygdene Nordfold, Leines, Nordskot og Bogen/Engeløya, i tillegg til en del spredt bosetning langs veiene i kommunen. Fjorder, fjell og spredt bosetning gjør at de ansatte i kommunens hjemmetjenester bruker mye av sin arbeidstid i bil: I snitt kjører de ansatte 6–8 mil per dagvakt, og nesten det dobbelte, 13 mil, per kveldsvakt. I snitt besøker de ansatte 8–10 brukere per vakt på dagtid, og på kveldene rekker man 6–8 besøk. Det betyr at nesten en tredel av arbeidstiden blant de ansatte i utetjenesten brukes på transport. For å organisere kjøringen til brukerne har man laget tre ruter.

⁹ SSB kommundefakta <https://www.ssb.no/kommundefakta/steigen>

Rutene må justeres jevnlig avhengig av antall brukere i de ulike delene av kommune, og avhengig av deres pleie- og omsorgsbehov.

Til sammen 7 sykepleiere, 14 helsefagarbeidere og 7 assistenter jobber i det vi kan kalle utetjenesten i Steigen.¹⁰ Disse utgjør til sammen 5,7 sykepleierårsverk, 11 helsefagarbeiderårsverk og 5 assistentårsverk. Ringevikarer og pensjonister kommer i tillegg. En del pensjonerte sykepleiere jobber nemlig deltid i tjenesten. I motsetning til mange andre kommuner har Steigen klart å gi relativt store stillinger til hver av sine ansatte.¹¹ Det er to grep som har bidratt til dette, slik ledelsen beskriver det: de har noe redusert bemanning i helgen, og de har i tillegg innført langvakter i helgene på 12,5 timer. Dette gjør at de ansatte jobber vekselvis hver tredje og hver fjerde helg. Også blant hjemmehjelpene, som først og fremst jobber med praktisk bistand til eldre brukere, har man greid å få til relativt store stillingsprosenter. Hjemmehjelpene jobber gjerne 50–60 % i hjemmetjenesten og har i tillegg 30–40 % stilling på Steigentunet, slik at de jobber ca. 90 % til sammen.

Tana

Deatnu/Tana er en tospråklig kommune der både norsk og samisk brukes i det daglige. Tidligere regnet man kommunen som trespråklig på grunn av en betydelig kvensk innvandring på 1700- og 1800-tallet, og det finnes fortsatt noen eldre i kommunen som har finsk som sitt morsmål. Det finnes dessuten mange finlendere som har flyttet til kommunen i nyere tid, eller de pendler fra finsk side til kommunesenteret, blant annet for å jobbe i helse- og omsorgssektoren. I tillegg til samisk, norsk og finsk befolkning, bor det i dag innflyttere fra en rekke forskjellige land, som Russland, Thailand, Filippinene, Tyskland, Sveits, Canada, Sverige og Danmark. Sommeren 2017 bodde det 65 flyktninger i kommunen, hovedsakelig fra Syria og Eritrea. Dette gjør at Tana lenge har vært og fremdeles er en utpreget flerkulturell kommune.

Kommunen har i overkant av 2 900 innbyggere. Kommunen har en utstrekning på 4 045 kvadratkilometer, og er således Norges fjerde største kommune. Det betyr at befolkningstettheten er under 1 person per km². Kommunesenteret, Tana Bru, ble etablert i 1968 etter sammenslåingen mellom Deatnu/Tana og Polmak kommuner. Kommunesenteret har siden den gang hatt en solid vekst på grunn av en vedvarende politisk satsing. I dag bor rundt 40 % av befolkningen i kommunesenteret eller i nærområdet rundt. Den øvrige delen av befolkningen bor i bygder på begge sider av den Tanaelva og langs fjorden. Elva utgjør delvis grensen mot Finland, og deler videre

¹⁰ Med utetjenester mener vi hjemmetjenester til hjemmeboende eldre som bor i egen bolig «ute». Hjemmebaserte tjenester i omsorgsboligene kommer i tillegg.

¹¹ I snitt jobber sykepleierne 81%, helsefagarbeiderne jobber i snitt 78% og assistentene jobber i snitt 71%.

kommunen i en østre (Austertana) og vestre del (Vestertana). Det går én bro over elva i kommunesenteret. Om vinteren etableres det i tillegg isveier som gjør at man kan krysse elva flere steder. Næringslivet omfatter først og fremst jordbruk, reindrift, bergverk, bygg/anlegg, transport og offentlig tjenesteyting. Kommunen tilbyr både innlandsnatur med fjell, vidder og fiskevann, samt kystnatur med svaberg, fjord og fjordfiske.

I Tana har man, sammenlignet med Steigen, en langt større andel av brukerne av hjemmetjenester i nærheten av kommunesenteret. Likevel kjøres det også i Tana mye: i snitt kjøres det 7 mil per vakt på dagtid, og mer på kveldstid og i helgene.¹² Hjemmetjenesten er per i dag organisert i fem ruter: tre ruter som er i området rundt sentrum, én rute som går til Vestertana, og en rute som går sørover til Sirbma-området. Sistnevnte rute kjøres for tiden kun én gang i uken. I tillegg legger man det opp slik at ansatte som selv bor i Austertana gir tjenester og tar med seg mat til brukere som bor langs veien når de kjører hjem fra vakt.¹³

I kommunesenteret Tana Bru er det et sykehjem med til sammen 16 langtidsplasser, 3 plasser til korttidsopphold og rehabilitering samt 2 akutt plasser som legen disponerer. I tillegg er det 33 omsorgsboliger fordelt på to bygg. Alle enheter er døgnbemannet. I tillegg får eldre som trenger det tilbud om å flytte inn i en kommunal leilighet i kommunesenteret. Sistnevnte innebærer at man kan bo i gåavstand til alt av handelstilbud, sosiale tilbud og øvrige tjenester til de eldre. Vi ser at Tana bare har halvparten så mange sykehjemsplasser, og 70 % av antallet omsorgsboliger sammenlignet med Steigen kommune, til tross for befolkningen er omtrent lik i størrelse og alderssammensetning. Hovedårsaken til at man har færre omsorgsboliger i Tana enn Steigen, har trolig mest med kategorisering av boliger å gjøre. Det betyr at det man i Tana regner som «trygdeboliger» (som altså er enkle kommunale leiligheter som blant annet tilbys pensjonister som trenger å bo lettstelt og sentralt) ligner på noen av de boenhetene som man i Steigen kaller «omsorgsbolig». Forskjellen i antall sykehjemsplasser er vanskeligere å forklare.

Samtidig som at antallet sykehjemsplasser og omsorgsboliger er såpass lavt i Tana, hadde kommunen sommeren 2017, ifølge kommunalsjefen for helse og omsorg, 6 ledige plasser på sykehjemmet og 6 ledige plasser i omsorgsboligene. Dette beskriver ledelsen i kommunen som en «sjelden situasjon», og forklarer dette med at flere ønsker å bli boende i eget hjem, slik at det i dag er ekstra stort press på de

¹² Et annet regnestykke fra kommunalsjefen for helse og omsorg er at hjemmetjenestens ansatte samlet sett kjører 11,75 timer i bil per dag.

¹³ De ansatte forlater da jobben et par timer tidligere og kjører egen bil. Rapporteringen skjer da på deres neste vakt. I august 2017 hadde man ifølge kommunalsjefen for helse og omsorg to daglige besøk i Austertana. Hver av disse besøkene – om man starter fra kommunesenteret, innebærer til sammen 11 mils kjøring.

hjemmebaserte utetjenestene, heller enn på omsorgsboligene og sykehjemmet. Til sammen har litt under 90 brukere som bor i egen bolig vedtak om hjemmesykepleie, og 65 har vedtak om praktisk bistand – de fleste som har vedtak om praktisk bistand har også vedtak om sykepleietjenester.¹⁴ Så mye som to tredeler av disse bor sentralt i kommunesenteret eller innenfor en radius på fem kilometer. Likevel blir det mye kjøring også på de ansatte i utetjenesten i Tana, og som nevnt over kjører de ansatte i snitt 7 mil per dagvakt. På en vakt rekker de ansatte i snitt å gi tjenester til 8–9 brukere. Det er tilsvarende det som er tilfellet i Steigen. Ledelsen i Tana ser at det muligens kan spares inn en del kjøretid og mil ved å sette ut kjøring av mat til andre aktører. I dag kjører hjemmesykepleiens medarbeidere selv daglig ut middag til omtrent 20 brukere som bor spredt i ulike deler av kommunen.

Hjemmetjenesten er en stor virksomhet med omtrent 50 årsverk fordelt på 84 personer, stort sett kvinner. Av disse er ca. 15 årsverk i utetjenestene, og resten i omsorgsboligene. I utetjenestene har man 5,09 årsverk sykepleier, 3,71 årsverk helsefagarbeider, 1,01 årsverk assistent, 1,5 årsverk aktivitør, 2,76 årsverk hjemmehjelp og 0,6 årsverk ambulerende vaktmester. I snitt jobber de ansatte i hjemmetjenesten like i underkant av 60 %. Ettersom en del har opp mot 100 % stillinger, innebærer dette mange ansatte i små helgestillinger. Kommunen jobber nå aktivt for en heltidskultur.

¹⁴ Blant dem som får praktisk bistand, har 27 brukere kun vedtak om praktisk bistand, mens 38 har vedtak om både praktisk bistand og hjemmesykepleietjenester.

3. Datagrunnlag og metode

I dette prosjektet har vi intervjuet eldre, pårørende, samt ansatte og ledere i den kommunale hjemmetjenesten. I tillegg gjennomførte vi i både Steigen og Tana fokusgruppeintervjuer med representanter fra frivillig sektor og eldrerådet. Videre har vi gjort noe deltakende observasjon, samt at vi har fått bakgrunnsinformasjon i form av tall og fakta om eldreomsorgen i Tana og Steigen kommuner fra staben i hver av kommunene. I dette kapitlet vil vi gi en nærmere beskrivelse av våre informanter, hvordan vi har samlet inn materialet, og hvordan vi har gjennomført analysene av det samlede datamaterialet.

Rekruttering

Hjemmetjenesten i Tana og Steigen kommuner var sentrale i rekrutteringen av informanter til denne studien. Vi utarbeidet en skriftlig invitasjon til å delta i prosjektet, og hjemmetjenesten delte denne ut til eldre, ansatte og representanter fra frivillig sektor samt det kommunale eldrerådet. Ledelsen i hjemmetjenesten satte opp lister med kontaktinformasjon til informanter som sa seg villige til å bli kontaktet, og forskerne gjorde intervjuavtaler med dem som ønsket dette. Noen informanter tok selv direkte kontakt etter å ha fått informasjon om prosjektet fra ansatte i hjemmetjenesten, venner og familie eller etter å ha lest om det i lokalavisen. Videre ble to informanter rekruttert gjennom prosjektgruppens personlige nettverk, og én eldre ble rekruttert i løpet av feltarbeidet. Pårørende var en gruppe informanter som vi ikke hadde planlagt å intervju, men som likevel viste seg å bli en viktig kilde til informasjon og erfaringer. Enkelte pårørende dukket opp mot slutten av intervjuene med de eldre brukerne av kommunale hjemmetjenester. Andre ble kontaktet etter tips fra eldre, ansatte eller andre som visste at personer som «Eva» eller «Ingrid» hadde pårørendeerfaringer som kunne være relevante og viktige for forskerne i få innblikk i. På grunn av hjemmetjenestens innsats og informantenes villighet til å stille opp til intervju, gikk rekrutteringsprosessen svært lett.

Utvalg

Til sammen har vi intervjuet 28 eldre (20 omsorgsmottakere og åtte pårørende, det vil si ektefelle, enke/enkemann eller søsken), tre yngre pårørende, elleve ansatte, elleve representanter fra frivillig sektor og fem ledere. Til sammen er altså 58 personer intervjuet. I alle kategorier har vi intervjuet omtrent like mange i begge kommuner.

Blant de 28 eldre informantene er det elleve menn og 17 kvinner. Aldersmessig er de mellom 70 og 97 år, men de fleste er i 80- og 90-årene. I løpet av prosjektperioden har noen gått bort. Syv av informantene identifiserte seg som samiske, mens de øvrige identifiserte seg som norske. Flertallet bodde i eget hjem, alt fra et par kilometer til flere mil fra kommunesenteret. Seks bodde i omsorgsbolig og tre i kommunale leiligheter. Enkelte bodde formelt alene, men har likevel en slektning boende hos seg deler av året, særlig om vinteren. Bare seks av de 28 eldre informantene bodde sammen med en ektefelle. Disse tre ekteparene er intervjuet sammen. Blant de øvrige har én person alltid vært enslig, to var skilt, én har bodd i flergenerasjonsbolig der foreldre og søsken etter hvert var døde eller flyttet ut, og to har sin partner helt eller delvis boende på institusjon. De øvrige 16 er enker og enkemenn. Det er stor variasjon i hvilken grad de eldre trenger og får bistand og hjelp fra den kommunale hjemmetjenestene og fra pårørende.

Noen av de eldre informantene har høyere utdanning eller fagbrev. Der er kvinner som har jobbet som for eksempel lærer, telegrafist, sykepleier og helsefagarbeider, og menn som blant annet har jobbet som lærer og rektor. De fleste informantene har bare grunnleggende skolegang. En del av mennene uten utdanning har jobbet som sjåfør, vaktmester, altmuligmann, eller på ferge, anlegg eller i gruve. To menn har jobbet som fiskere, mens to har kombinert henholdsvis lakse-, fjord eller Lofotfiske med gårdsdrift. Blant kvinnene uten utdanning har flere aldri hatt fast lønnet stilling. Men mange har i perioder hatt deltidsjobb som hushjelp, eller de har hatt inntekt fra salg av klær man selv har sydd eller strikket. I tillegg har kvinnene hatt ansvar for hus og heim, barn og mat, og for noens del: dyrene på gården.

Ti av de ansatte jobbet i hjemmesykepleien, mens én jobbet i hjemmehjelpen. De ansatte har variert utdanningsbakgrunn. Tre har ingen helse- eller sosialfaglig utdanning, tre har fagbrev som hjelpepleier eller omsorgsarbeider (det som i dag går under fellesbetegnelsen helsefagarbeider), to var utdannet sykepleiere og tre var spesialsykepleiere. Bare tre av de elleve ansatte har mindre enn fem års fartstid i den kommunale hjemmetjenesten. Ni av elleve informantene har vokst opp i den samme kommunen hvor de i dag jobbet. Noen av disse har tilbragt noen år utenfor kommunen, men har så flyttet tilbake.

Intervjuene med lederne ble gjennomført som gruppeintervjuer; i Steigen med leder for pleie, rehabilitering og omsorgsavdeling og med leder for hjemmetjenesten, i Tana med rådmann, kommunalsjef for helse og omsorg og virksomhetsleder for hjemmetjenesten. I begge intervjuene deltok to forskere. Intervjuene med representanter fra frivillig sektor, samt elderrådet ble gjennomført i form av fokusgruppeintervjuer, der vi la vekt på å stimulere til diskusjon mellom deltakerne om eksisterende tilbud og aktiviteter for eldre innbyggere, og ikke minst om det fantes

udekkede behov i den lokale eldreomsorgen slik de så det. I Steigen deltok to representanter fra Røde Kors' besøkstjeneste, en fra Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, to fra Frivillighetssentralen og to fra Eldrerådet. I Tana deltok to representanter fra pensjonistforeningen, som samtidig hadde verv som leder og nestleder for Eldrerådet, en representant fra Frivillighetssentralen og en fra Demensforeningen. I likhet med gruppeintervju med lederne deltok også i hvert av de to fokusgruppeintervjuene to fra forskerteamet.

Gjennomføring av intervjuene

De fleste intervjuene ble gjennomført i løpet av to intensive perioder i mai og september 2016. Én av prosjektmedarbeiderne gjorde intervjuer med ansatte og ledere i både Steigen og Tana, mens de to andre gjorde intervjuer med eldre og pårørende samt noe feltarbeid i én kommune hver. Gruppeintervjuene med lederne og representanter fra frivillig sektor ble gjort i fellesskap (to forskere i hver kommune). Det ble gjort lydopptak av samtlige intervjuer, og alle intervjuene ble transkribert i sin helhet. Det ble benyttet intervjuguider i intervjuene med de ulike gruppene av informanter med forhåndsdefinerte tema som forskerne ønsket svar på. Spørsmålene ble formulert åpent, med rom for utdyping og oppfølgingsspørsmål, avhengig av hva informantene selv oppfattet som viktige sider ved de temaene som ble tatt opp.

Fokusgruppeintervjuene med representanter fra frivillig sektor ble avholdt på arbeidsstedet til en av forskerne i Steigen og på omsorgssenteret i Tana. Fokusgruppene varte litt over halvannen time. Intervjuene med de ansatte ble gjennomført der informantene ønsket, enten på deres kontor, i deres hjem eller i leiligheten der forskerne bodde under feltarbeidet, og varte mellom tre kvarter og halvannen time. Gruppeintervjuene med lederne varte også i halvannen time og ble gjennomført på Steigentunet og rådhuset i hhv. Steigen og Tana. Alle intervjuene med de eldre informantene og de pårørende ble gjennomført hjemme hos informanten, med unntak av ett intervju som ble gjort på kafé. Disse intervjuene varte gjennomgående nokså lenge, fra én til over tre timer. Som besøkende og som takk for at de ville delta i prosjektet, tok vi med en blomst eller sjokolade til våre eldre informanter. Noen av disse bød til gjengjeld på kaffe og noe å bite i under intervjuet. Flere av de eldre ga tydelig uttrykk for at det var hyggelig å få besøk og ha noen å prate med, og noen sa at de gjerne ønsket at vi skulle komme tilbake. Intervjusituasjonen hadde i så måte likhetstrekk med et kaffebesøk hvor man blir kjent og forteller om seg selv på en måte som ligner vanlig relasjonsbygging. Phoenix og Sparkes (2009) omtaler dette som «interaktiv intervjuing», og vi slutter oss til deres argument om at dette er en hensiktsmessig strategi for gjennomføring av intervjuer med eldre. Intervjuene

med pårørende ga et godt supplerende materiale som utdypet aspekter ved noen av de eldre brukernes hverdagsliv, helsesituasjon og omsorgsbehov.

Vi erfarte at gjennomføringen av intervjuene med de eldre i dette prosjektet var mer utfordrende enn mange andre kvalitative intervjuer vi har gjennomført med andre informantgrupper i andre prosjekter. En av grunnene til dette kan være at vi på mange områder i livet manglet felles referanseramme med informantene. Flere snakket om for eksempel redskaper, arbeidsmetoder, steder og personer som intervjueren hadde liten eller ingen kjennskap til. For å bøte noe på dette, skrev forskerne et sammendrag på 1–2 sider rett etter hvert intervju hvor de viktigste temaene og det generelle inntrykket av informanten og intervjusituasjonen ble nedtegnet. I tillegg skrev vi ned observasjoner vi gjorde i informantenes hjem. Disse sammendragene, som vi har benyttet som en form for feltnotater, viste seg å være betydningsfulle i analysen av materialet. Vi erfarte nemlig at de transkriberte tekstene fra enkelte av intervjuene med de eldre, i en del tilfeller framsto som en relativt mangelfull representasjon av intervjusituasjonen. Dette fordi transkripsjonene i liten grad var egnet til å gjengi stemninger og observasjoner i intervjusituasjonen. Slik vil det nødvendigvis alltid være, men i dette prosjektet og i møte med de eldre informantene i deres eget hjem, framstår denne mangelen som særlig tydelig.

Observasjonsdata

I tillegg til intervjuer og observasjoner hjemme hos de eldre har forskningsteamet også besøkt dagsenteret i Tana og arbeidsstua i Steigen. Dessuten ble det i mai og desember 2016, samt i mars og juni 2017 gjort deltakende observasjon ved et «Inn på tunet»-tiltak for eldre med demens på Skagstad gård i Steigen (se kapittel 7). I etterkant av disse besøkene ble det skrevet grundige feltnotater. I Steigen har vi dessuten fått tilgang til supplerende data, blant annet gjennom et åpent møte i lokallet for Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, samt et oppfølgingsmøte med rådmann og ledelse i hjemmetjenesten.

Analyse av datamaterialet

Vi har i dette prosjektet vært opptatt av å gjøre dataanalysene til en kollektiv prosess – først og fremst i forskerteamet, men også til en viss grad ved involvering av prosjektpartnerne i kommunen. I prosjektperioden har det vært gjennomført to samlinger mellom forskerne i prosjektet, representanter fra kommunene og inviterte deltakere. På disse samlingene (hver samling av to dagers varighet, våren 2016 og våren 2017) har vi utvekslet informasjon om og diskutert organiseringen av hjemmetjenestene i Tana og Steigen samt lagt fram og diskutert intervjuguider (første

samling) og foreløpige funn (andre samling). I januar 2017 organiserte vi dessuten en tredagers intensiv analyseworkshop for forskergruppen. Her presenterte vi alle intervjuene og feltarbeidet vi hadde utført muntlig for hverandre på en grundig og empirinær måte. Deretter hadde vi en åpen idémyldringsprosess der vi kartla flest mulig tema som vi identifiserte på tvers av materialet. På bakgrunn av denne kartleggingen jobbet vi fram noen mer overordnede tema og analysekategorier, og til slutt utarbeidet vi en felles disposisjon for rapporten, samt ble enige om problemstillinger for vitenskapelige artikler som blir skrevet på basis av datamaterialet fra dette prosjektet. I etterkant av workshopen har analysearbeidet blitt gjort som en integrert del av skriveprosessen. Det kvalitative analyseprogrammet NVivo er også benyttet til deler av analysen.

Vi har kombinert flere ulike strategier for analysen av vårt datamateriale. For det første har vi fulgt en tema-basert kvalitativ analysestrategi (Thagaard, 2013; Widerberg og Bolstad, 2001). Dette innebærer å identifisere tema på tvers av intervjuene og på denne måten belyse likheter og forskjeller i erfaringer, synspunkter og fortellinger. I første runde har vi sammenliknet eldreintervjuene i Steigen og Tana for seg, ansatteintervjuene for seg og gruppeintervjuene for seg, da sammenlikning mellom samme type materiale er mest nærliggende. Videre har vi sammenliknet på tvers av de ulike typene data, såkalt «triangulering», ved å benytte en strategi som Moran-Ellis mfl. (2006) kaller «å følge en tråd». Denne strategien går ut på å identifisere et sentralt tema i en type datamateriale, for eksempel «hjemmehjelpens rolle i omsorgsarbeidet», og lete etter hvordan denne tematikken eventuelt framkommer i andre deler av datamaterialet. I intervjuene med de eldre har vi, i tillegg til den tverrgående tematiske analysen, også gjort narrative analyser hvor vi har arbeidet med å forstå den enkelte eldre sin fortelling og selvpresentasjon. Her har vi trukket veksler på Phoenix og Sparkes (2009) som argumenterer for at man må analysere både de «små» og de «store» fortellingene. Med de store fortellingene menes de viktige livshendelser så vel som den overordnede selvpresentasjonen. Med de små fortellingene menes hverdagshistorier som vanligvis gjerne blir avskrevet som småsnakk, men som etter nøyere ettersyn kan være viktige elementer i den helhetlige meningsskapingen i intervjuet.

Håndtering av persondata

Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (ref. nummer 48366). Lydfiler og transkriberte intervjuer blir oppbevart i henhold til avtale med NSD. Alle informanter er informert både muntlig og skriftlig om hva prosjektet handler om, at det er frivillig å delta, og hvordan datamaterialet vil bli oppbevart. Samtykke ble

innhentet fra samtlige informanter etter at skriftlig og muntlig informasjon om studien var gitt.

Ettersom Tana og Steigen er kommuner med lavt innbyggertall og gjennomsliktige lokalsamfunn, er der noen særlige utfordringer knyttet til personvern når vi formidler funn fra prosjektet. Vi har i samarbeid med prosjektpartnerne vurdert det dithen at det verken er ønskelig eller mulig å anonymisere Tana og Steigen kommuner. Det samme gjelder det som finnes av møteplasser og tilbud i de to kommunene. De enkelte informantene har derimot samtykket under forutsetning om at navn og direkte personidentifiserende informasjon skulle lukes bort fra publikasjoner fra prosjektet. I tillegg til å bruke fiktive navn på informantene har vi derfor valgt å presentere materialet fra de to kommunene samlet. I noen tilfeller har vi også endret noe bakgrunnsinformasjon for å hindre at informanten kan identifiseres. Til tross for disse grepene kan det likevel i noen tilfeller være mulig at personer med god kjennskap til lokalmiljøet vil kunne gjenkjenne enkelte av informantene. Derfor har vi også nøye vurdert hvilke utsagn og bakgrunnsinformasjon vi presenterer fra vårt brede intervjumateriale.

4. Eldreomsorg i Norge

Som nevnt i innledningskapittelet er det bare én av fire over 67 år i Norge som har vedtak om kommunale pleie- og omsorgstjenester (Mørk, 2013). Etter hvert som man nærmer seg livets slutt, øker behovet hos de fleste, og det store flertallet mottar omfattende omsorgstjenester i løpet av sitt siste leveår (ibid.). Mange av dem som mottar kommunale hjemmetjenester bor alene. Forskning viser at en del av disse føler seg ensomme eller isolerte (Alvsvåg og Tanche-Nilssen, 1999; Birkeland og Natvig, 2008). De kommunale hjemmetjenestene skal derfor ikke bare sørge for å ivareta brukernes medisinske og praktiske behov, men også deres sosiale behov, for på den måten å bidra til fellesskap og til en meningsfull hverdag (Birkeland og Natvig, 2008; Gjevjon, 2014; Lewinter, 2003; Skaar, Fensli, og Söderhamn, 2010; Skatvedt og Norvoll, 2016). I dette kapittelet vil vi, som grunnlag for de påfølgende analysekapitlene, redegjøre for noen hovedtrender og endringsprosesser i den kommunale eldreomsorgen i Norge.

Fra institusjoner til hjemmebasert omsorg

På 1960- og 1970-tallet skjedde det store endringer i det offentlige helse- og omsorgstilbudet. Dette ble drevet frem av blant annet *Lov om sosial omsorg* (1965) som innebar at det offentlige fikk et lovpålagt ansvar for å yte omsorg til voksne hjelpetrequende (Otnes, 2015, s. 49). Man bygde ut aldershjem, som var bofellesskap for eldre som klarte seg relativt godt, og sykehjem som var mer sykehusaktige institusjoner for eldre med omfattende helse- og omsorgsbehov. Fra 1960-tallet og fram til i dag har det skjedd omfattende endringer i måten eldreomsorgen er organisert på. Det tilbys fortsatt institusjonsomsorg i form av sykehjems plasser, og i 2015 bodde 32 000 eldre på sykehjem i Norge (Daatland og Otnes, 2015, s. 15). Men, andelen eldre over 80 år som får sykehjems plass gikk ned fra 19 til 14 prosent i perioden 1994-2009 (Daatland og Veenstra 2012, s. 191). I dag gis eldreomsorg i økende grad som hjemmebaserte tjenester. I 2012 mottok således hele 80 prosent av brukerne av kommunale omsorgs- og pleietjenester hjelp i eget hjem (Otnes, 2012, s. 69). Det er likevel fremdeles slik at storparten av pengene som brukes på eldreomsorg går til institusjonsbasert eldreomsorg, ettersom dette er betydelig mer ressurskrevende enn hjemmetjenester (se for eksempel kapittel 3 og 4 i Daatland og Veenstra, 2012).

En mellomting mellom det å bo på et sykehjem og det å få tjenester i eget hjem, er det å få tjenester i en såkalt assistert boform hvor det er særlig lett tilgang på pleie- og omsorgstjenester. Ca. 26 000 eldre bor i omsorgsboliger i Norge (Daatland og Otnes

2015, 18). Av disse bor flertallet i en omsorgsbolig som er ubemannet eller bemannet kun deler av døgnet (for eksempel på dagtid), mens 8 000 bor i omsorgsbolig med heldøgnsbemanning (ibid.). Det kan legges til at i statistikken regnes det å bo i en omsorgsbolig som det å bo i «eget hjem», og kun kategorien «sykehjem» regnes som å bo på en «institusjon». I praksis er dette skillet noe mer uklart. Noen botilbud som kalles omsorgsbolig har karakter av å være en «lettstelt leilighet», og dermed noe annet enn en institusjon, mens andre «omsorgsboliger» fremstår som et romslig enerom på et sykehjem, noen ganger til og med plassert i et stort bygg som inneholder både sykehjemsavdeling og omsorgsboligavdeling – uten at det tilsynelatende er andre forskjeller mellom disse enn selve betegnelsen. I realiteten er det dog en del andre forskjeller også, som vi kommer inn på mot slutten av kapittel 5. En del kommuner tilbyr dessuten lettstelte utleieleiligheter til innbyggere som trenger det, i noen kommuner sortert under kategorien «trygdebolig».

Mer ansvar til kommunene

På 1970-tallet hadde fylkene ansvaret for sykehjemmene, mens kommunene hadde ansvaret for aldershjemmene og hjemmetjenestene. Dette kunne i noen tilfeller føre til at kommunen valgte å sende eldre med omfattende bistandsbehov til de fylkeskommunale sykehjemmene i stedet for å tilby dem oppfølging og hjelp i eget hjem. På 80-tallet fikk kommunene totalansvaret for pleie- og omsorgstjenestene – delvis for lettere å kunne se eldreomsorgen i sammenheng. Det nye målet om at de eldre skulle få tjenester i eget hjem vokste frem på 90-tallet, blant annet med *Handlingsplanen for eldreomsorgen (1998–2004)*. Disse intensjonene ble fulgt videre opp gjennom *Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009)*.

Samhandlingsreformen, som trådte i kraft i 2012, tok utgangspunkt i tre problemområder: For det første, at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke hadde blitt godt nok ivaretatt. For det andre, at helsetjenester hadde for lite fokus på forebygging. For det tredje, at en aldrende befolkning og en endring av sykdomsbilde fra akutte til mer kroniske lidelser på sikt kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. Samhandlingsreformen skulle sørge for mer koordinerte helsetjenester i overgangen mellom spesialist- og kommunale tjenester. Med reformen ble et langt større ansvar for det samlede helsetjenestetilbudet lagt på kommunene. I de nye oppgavene inngår ansvar for folkehelse og sykdomsforebygging, medisinsk akuttberedskap, øyeblikkelig hjelp, forebygging og rehabilitering. Kommunene fikk også et utvidet ansvar for helsefaglig omsorg for personer med kroniske lidelser, herunder mange eldre.

Todelt hjemmetjeneste

Den kommunale hjemmetjenesten i Norge består av hjemmesykepleie og praktisk bistand. Mens hjemmesykepleie som kort nevnt i innledningen i hovedsak handler om medisinsk tilsyn, pleieoppgaver og oppfølging av pasienter i et rehabiliterings- eller sykdomsforløp, så handler praktisk bistand om hjelp til *dagliglivets oppgaver*. Dette kan f.eks. handle om å yte hjelp til å stå opp og legge seg, på- og avkleddning, kroppsvask, ta på støttestrømper, men også oppgaver som innkjøp av mat, hjelp med tilberedning og spising av måltider, samt renholdsoppgaver som gulvvask, støvtørking, oppvask, klesvask, skifting av sengetøy, osv.

Det er mange måter å organisere den kommunale hjemmetjenesten, og variasjonene er store både innad i Norge og de nordiske landene imellom (Szebehely, 2006, Daatland mfl., 2015). I Norge er det noen kommuner som ikke har et tydelig organisatorisk skille mellom sykepleie på den ene siden og praktisk bistand på den andre, men tilbyr integrerte tjenester av pleiere som arbeider i team. I andre kommuner finner man atskilte enheter: Her er det ofte slik at hjemmesykepleietjenestene samordnes med *praktisk bistand person*, mens tjenester som har å gjøre med *praktisk bistand husholdning*, altså renholdsarbeidet, organiseres som en egen virksomhet. Dette er tilfellet i en del storbykommuner som for eksempel Bergen, hvor praktisk bistand husholdning regnes som en ren *vaskejobb* som man tenker seg at hjemmehjelper skal gjennomføre i tospann og med proft utstyr raskt og effektivt i bolig etter bolig, nærmest uavhengig av brukerne som bor der (Andersen, 2008; Førland mfl., 2017). I et nordisk perspektiv står en slik stram avgrensing i kontrast til hva som er tilfellet i Sverige og Danmark, der hjemmehjelpens kjerneoppgaver er å bistå brukerne med nettopp oppgaver som hjelp til bad/dusj, det å stå opp og legge seg, på- og avkleddning, mat og ernæring (altså praktisk bistand person), mens renholdsoppgaver (praktisk bistand husholdning) gjøres i tillegg (Szebehely 2006, s. 55–59).

Helse- omsorgs- og andre velferdstjenester skal imidlertid, uavhengig av organisering, gis som *integrerte* tjenester. Kravet om integrerte tjenester forutsetter at de ansatte i en todelte organisering av praktisk bistand *samarbeider* om å utføre de ulike tjenestene som brukerne har behov for. I *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* er denne forpliktelsen tydelig beskrevet i § 7.1:

Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester (...). Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.

Hvordan samarbeidet blir integrert, skal som regel nedfelles i en individuell plan. Bruk av individuelle planer varierer sterkt på landsbasis (Helsedirektoratet, 2012). I de to

kommunene vi har undersøkt ble individuelle planer lite brukt, og samarbeidet mellom hjemmesykepleie og hjemmehjelpen var i relativt liten grad formalisert.

Fra faglig skjønn til vedtaksbasert omsorg

De siste tiårene har vi sett en dreining mot mer markedsorienterte styringsmodeller av kommunale hjemmetjenester (Vabø, 2012; Kassah og Tønnessen, 2016). Et sentralt element her er at hver enkelt omsorgsoppgave blir spesifisert, standardisert og tidsavgrenset (Thorsen, 2003; Thorsen og Wærness, 1999). Ofte innføres også en bestiller–utfører-modell (Vabø, 2012). Dette innebærer at det er ulike instanser som på den ene siden vurderer brukernes hjelpebehov og vedtar hvilke tjenester den enkelte bruker skal få, og dem som på den andre siden utfører tjenestene. Slike markedsorienterte styringsmodeller kan praktiseres på ulike måter. En rapport fra Senter for omsorgsforskning Vest, basert på en studie av hjemmetjenestene i Bergen kommune, viser dog at praktisering av en bestiller–utfører-modell kombinert med detaljerte og trange normtider for hver tjeneste som innvilges kan føre til at de ansatte i hjemmetjenestene opplever økt press, økt slitenhet og travelhet, lite rom for utøvelse av faglig skjønn, samt lite rom for brukermedvirkning, for å nevne noen momenter (Førland mfl., 2017).

Forskning viser videre at innenfor markedsorienterte styringsmodeller, vil kun de oppgavene som er vedtatt og skjemaestet bli gjennomført (Thorsen, 2003; Thorsen og Wærness, 1999; Vabø, 2012; Førland mfl. 2017). Med andre ord: De hjelpebehovene som man ikke har vedtak på, kan man ikke forvente å få. Et slikt regime åpner i liten grad for å gi hjemmetjenester med omsorg forstått som noe relasjonelt, varierende og kontekstavhengig (Vabø, 2012; Klette, Kleiven, Kalfoss, Halvorsrud, og Owe, 2016, 13). Dette poenget understrekes også av Skatvedt og Norvoll (2016) som i sin studie av hjemmebasert omsorg for eldre som plages av angst og depresjon, slår fast at de ansatte i hjemmetjenesten har magre organisatoriske vilkår for å kunne respondere på de eldres psykososiale behov.

Velferdsstat og familiens omsorgsarbeid

Den norske velferdsstaten er, i likhet med de andre nordiske velferdsstatene, kjennetegnet av et omfattende tjenestetilbud. Tjenester til eldre, barn, barnefamilier og økonomisk stønad til uføre, arbeidsledige, aleneforsørgere og så videre, er noe alle innbyggere har rett til i kraft av sitt medborgerskap. Dette kalles gjerne «universelle ordninger» og skiller Norden fra de konservative og liberale velferdsstatene hvor omsorg og tjenester i større grad organiseres gjennom markedet eller er familiens ansvar (Esping-Andersen, 1989, 1990, 2009). Før utviklingen av velferdsstaten, var

omsorg for barn, eldre og andre omsorgsmottakere i stor grad, men ikke utelukkende, familiens ansvar. I praksis var det ofte kvinner som utførte dette omsorgsarbeidet. Parallelt med utviklingen av velferdsstaten gikk stadig flere norske kvinner ut i lønnsarbeid. For mange innebar det en stilling innenfor det offentlige, hvor man gikk over fra å gjøre omsorgsarbeid som tidligere ble utført i familien, som betalt lønnsarbeid (Hernes, 1998). Offentlig sektor generelt, og helse- og omsorgsarbeidet spesielt, har vært og er fremdeles en sektor som domineres av kvinnelig ansatte.

Utviklingen av velferdsstaten og universelle velferdstjenester innebærer imidlertid ikke at omsorgsarbeidet i familien har opphørt (Alvsvåg og Tanche-Nilssen, 1999; Daatland og Veenstra, 2012b; Gautun, 2007; Wærness og Ringen, 1987). Barn, eldre og funksjonshemmede mottar i stor grad ubetalt omsorg fra sin familie (Alvsvåg og Tanche-Nilssen, 1999). Det første leveåret er foreldre frikjøpt for å yte omsorg for egne barn gjennom foreldrepengeordningen. Også når det gjelder omsorg for funksjonshemmede, eldre og andre familiemedlemmer som har behov for det, kan man få økonomisk støtte og pensjonspoeng for å yte omsorg for sine egne. Videre gir familiemedlemmer stor grad av ubetalt omsorg til eldre som trenger det. Nesten én av fem hjemmeboende eldre får regelmessig omsorg fra familie og nettverk i 2008 (Otnes, 2013, s. 87), og rundt halvparten av dem som mottar kommunale hjemmetjenester mottar også regelmessig omsorg fra andre aktører (Otnes 2013, s. 90). Særlig ektefeller gir svært mye omsorg og pleie dersom partneren trenger det. Dette kan være snakk om hjelp til for eksempel å stå opp, påkledning, personlig hygiene, måltider, toalettbesøk, tannpuss, avkledning og legging. Bare et fåtall (trolig ca. 7 %) av disse mottar omsorgslønn for denne innsatsen (Otnes, 2013, s. 88). Når bistand til kroppspleie, hygiene og øvrig praktisk hjelp i hverdagen tilbys av det offentlige, vil familien i større grad kunne gi sosial omsorg og hjelp til andre oppgaver. Samtidig er det uten tvil slik at de som har liten tilgang på omsorg fra familien mottar flere omsorgstjenester: Studier viser at eldre med omfattende hjelpebehov i snitt får 17 timer hjelp per uke dersom de ikke har privat hjelp fra uformelle omsorgsgivere, og 9 timer per uke dersom de har mye hjelp fra pårørende (Otnes, 2012, s. 76). Omsorgstjenester fra det offentlige og omsorg fra familien supplerer hverandre; også i Norge er familieomsorgen betydelig.

Oppsummering

Kort oppsummert kan vi slå fast at den kommunale pleie- og omsorgssektoren preges av følgende trender:

- Boliggjøring, altså at flere skal få hjelp og omsorg i egen bolig, og dermed samtidig: færre skal bo på sykehjem.

- Omsorgsboliger og andre assisterte boformer vokser frem. Her får brukerne det man definerer som «behovsprøvde hjemmetjenester». Hvorvidt en omsorgsbolig i praksis er noe kvalitativt forskjellig fra en institusjonsplass på et sykehjem varierer.
- Det er mer vekt på hjemmesykepleie, og mindre vekt på praktisk bistand til de eldre. Ivaretagelse av brukernes sosiale behov er særlig lite vektlagt.
- Todeling av hjemmetjenestene der hjemmesykepleien og hjemmehjelpen organiseres som atskilte virksomheter, noen ganger på måter som hindrer helhetlige og integrerte tjenester.
- Nye styringsmekanismer kan føre til at rommet for faglig skjønn reduseres, og at brukerne kun ender opp med å få tjenester som de har vedtak på, uavhengig av deres varierende og kontekstspesifikke behov. Rehabilitering og forebyggende arbeid kan bli nedprioritert.
- Familie, venner, naboer og aktører i frivillig sektor utgjør en sentral del av den omsorgen og hjelpen eldre med bistandsbehov mottar i hverdagen. Slik omsorg, utenom det kommunale tjenestetilbudet, beregnes i dag til å være omtrent tilsvarende den offentlige omsorgen i antall årsverk.

5. Eldre i Steigen og Tana

I dette kapitlet vil vi presentere noen hovedfunn fra intervjuene med eldre som mottar hjemmebasert omsorg i Tana og Steigen. Analysene bygger også på intervjuer med pårørende. Først gir vi innblikk i noen av informantenes livshistorier før vi analyserer variasjoner av utsagnet «jeg kan ikke klage». På denne måten belyser vi informantenes omsorgsbehov, samt hvorvidt og i så fall hvordan disse omsorgsbehovene dekkes. Deretter fokuserer vi på ulike kommunale botilbud, og diskuterer særlig erfaringene til de av våre informanter som i senere tid har flyttet fra det som var kjent og kjært, til en omsorgsbolig eller en lettstelt leilighet i mer sentrale deler av kommunen. Vi vil i analysen legge særlig vekt på å få frem i hvilken grad de eldre opplever at deres sosiale behov ivaretas på en god måte.

Livshistorier

Det fremkom i intervjuene med de eldre at mange var riktig fornøyde med den hjelpen de fikk fra hjemmetjenesten i sin kommune. De satt pris på at medisinen ble levert på døren ferdig dosert, at de fikk hjelp til å få seg en ukentlig dusj, og at hjemmehjelpen regelmessig kom og gjorde rent. De eldre som fikk middag levert på døren, skrøt av denne. Men det var mange av informantene som ikke snakket så mye om dette; de nevnte med relativt få ord hva de fikk hjelp til, før de heller fortalte historien om den gangen man mistet sertifikatet, da ektefellen døde, den store snøstormen, det forferdelige forliset, telefonregningen det var noe feil på, eller de fortalte om barndommen, ungdomsårene, krigen, og en del av dem med røtter i Finnmark: om evakueringen og gjenoppbygningen etter krigen. Flere av de samiske informantene fortalte om da de som sjuåringer ble sendt bort på internatskole uten å kunne ett ord norsk, eller hvordan de lærte å sy kofter og hvordan de har lært andre opp i dette håndverket. Flere av mennene fortalte om da man dro opp selveste storlaksen, eller den gangen man fikk så mye sei at hele båten holdt på å synke. De snakket om alle multene de hadde plukket, om utsikten, om elva, vidda, om turene på fjellet for å lete etter sauene. De fortalte om sitt politiske engasjement, om rettferdighet og urettferdighet, om kurs man hadde tatt, om ferier man hadde vært på, og om hytteturister man har hatt på besøk i årenes løp, eller om utdanning, arbeid, oppgaver og ansvar, og om familien.

Et konkret eksempel er intervjuet med ekteparet Lisa og Hans. Hans fortalte hvordan han startet med lite, men gradvis fikk bygd et fint hus og en låve hvor han begynte med sauer. I voksen alder møtte han kona, og hun flyttet inn hos ham. Sammen drev de med sau, og Hans fisket laks og arbeidet på småbruket. Etter hvert bygde han hytter

for utleie til fisketurister og rypejegere. Lisa hadde vært yrkesaktiv i full stilling i alle år. Hun fortalte en del om jobben sin. Hans hadde i alle år vært den som ordnet mest med hus og heim, og som hadde middagen klar når kona kom sliten hjem fra arbeidet. For begge var deres samiske tilknytning viktig. De hadde samiske symboler fremme i huset, Lisa hadde på seg en samisk strikkegenser, de fortalte at de snakket samisk seg i mellom, og at de nesten bare hadde samisktalende venner. Lisa fortalte at hun hadde sydd og solgt kofter for salg i mange år, og at hun hadde holdt kurs i koftesøm for andre for å bringe denne kompetansen og stoltheten over tradisjoner videre til nye generasjoner. Gjennom sin livshistorie, både gjennom de store og de små fortellingene, fikk Hans og Lisa frem at de er mennesker som har arbeidet hardt gjennom et langt liv og bygget opp et gårdsbruk, håndverksvirksomhet og turisme. De har skapt sitt livsverk i nær tilknytning til samiske tradisjoner, vidda og elva. De er tydelig stolte av sin samiske bakgrunn og det de sammen har bygget opp.

I intervjuet med Arne var oppveksten i et fiskevær i Finnmark et sentralt gjennomgangstema som han stadig kom tilbake til. Opplevelser fra krigen, og særlig evakueringen og reisen tilbake til Finnmark var viktig. Videre kom han stadig tilbake til naturen, turer han hadde vært på, og fiskeopplevelser fra både ungdommen og senere år. Han fortalte også mye om hvordan han alltid hadde arbeidet hardt og aldri vært syk. Arne uttrykte stolthet over sin styrke og arbeidsinnsats og fortalte: «Jeg har aldri blitt sagt opp. Da jeg skulle gå av med pensjon og den siste arbeidsdagen kom, fikk jeg beskjed om å komme inn på sjefens kontor. Og da fikk jeg høre at han ikke hadde lyst til å miste meg!»

Når forskeren videre spurte om utdanning, svarte Arne at familien ikke hadde hatt råd til det. Han måtte tidlig i arbeid på havet for å tjene penger, og la til: «Hvis jeg kunne, så hadde jeg vært forsker jeg også, men vi hadde ikke penger. Jeg gikk ut av skolen og hadde lyst til å lære mer og mer». Videre fortalte han stolt om sønnens doktorgrad og disputas. I løpet av intervjuet fortalte Arne at han leser mye, er interessert i politikk og følger nøye med på hva som skjer både på lokalt og nasjonalt nivå. Han understreket at han på denne måten skiller seg fra en del andre eldre som ikke er interessert i samfunnsspørsmål:

De har ikke peiling! De har ikke tenkt over det! Hvis jeg sitter og leser noe, så pleier jeg å sitte og filosofere over det jeg har lest for å finne en sammenheng. Det tror jeg hjelper meg mye med å holde meg så klar i hodet. Men det er senile folk her også, og de har ikke samme interesse som meg, så det er nesten umulig å snakke med dem. Det blir problematisk.

Arne fortalte at han ikke har så mye til felles med de andre eldre som bodde i omsorgsboligene. Han tilbringer derfor ikke noe særlig tid i fellesstuen, men holder seg for seg selv.

Både de små enkelthistoriene og den overordnede fortellingen i intervjuet med Arne skaper et bilde av en mann som er rik på dramatiske livserfaringer. Han er en hardtarbeidende og sterk mann som har greid seg gjennom mange strabasiøse hendelser, takket være sin styrke og sitt gode hode. Selv om han også fortalte litt om sykdom, tap og svekkelse, var det først og fremst bildet av den sterke, aktive og intelligente mannen som trådte tydelig frem i intervjuet. Han framstilte dessuten seg selv som annerledes enn mange av de andre som bor i omsorgsboligene, fordi han leser, tenker og følger med. I stedet framhevet han likheten mellom seg selv og intervjueren ved å vektlegge at han også er et kunnskapstørst og lesende menneske med interesse for samfunnsspørsmål. Gjennom denne fortellingen om seg selv, til dels i kontrast til andre eldre, tar han på subtilt vis til motmæle mot å bli definert som og redusert til et svekket og hjelpetrengende menneske.

Solveig er en siste informant som vi vil trekke frem i denne omgang: Hun distanserte seg tydelig fra kategorien «de gamle», og snakket konsekvent om «de gamle» som en gruppe hun ikke selv tilhører, slik det blant annet fremkommer i følgende utsagn: «Når jeg ser hvor glad de gamle blir for en sukkertøypose, en is eller en blomstervase, så tenker jeg at de som ikke gjør den lille innsatsen har tapt veldig mye. For det er ikke så mye som skal til». Solveig fortalte om et langt liv som aktivist og forkjemper for utvikling i lokalsamfunnet og som forkjemper for svake grupper som funksjonshemmede, barn og eldre. Hun fortalte en rekke konkrete historier om hvordan hun har skrevet i avisen, holdt taler, delt ut løpesedler og drevet lobbyvirksomhet overfor dem med makt. Hun har i alle år vært pådriver for aktivitetstilbud for eldre, og hun har tatt seg av og besøkt dem som trenger det. Solveig er fremdeles aktiv i lokalsamfunnet og har ingen planer om å slutte med å kjempe for rettighetene til svake grupper, kjempe for det hun mener er rett. Når intervjueren spurte om hva hun tenker om framtiden, svarte hun:

Nei, framtiden, det spørsmålet har jeg fått før! Og da sa jeg at det er ganske enkelt at jeg betaler for å ha en gravplass ved siden mannen min, og den kostet 3 000kr! Så det var min framtid hvert fall! Ja, og så har jeg et prosjekt på sykehjemmet som jeg holder på med, men om det blir utført det vet jeg ikke! Vi har begynt på en friluftshage. Og da fikk jeg noen penger fra begravelsen til mannen min, kjøpte jeg møbler som de kan sitte på i sommer. Så skal vi samarbeide med kommunen, og få en plass som de kan gå ut på [...] For det har ingen andre tenkt på av den enkle grunn at det er pleieavdelingen! Men de skal jo ha anledning for å ha frisk luft. Men det er nå hvert fall min framtidsutsikt!

Forskning på eldre og aldring har vist hvordan eldre tilhører en stigmatisert kategori som blir sett på som svake, passive, avhengige og hjelpeløse (Higgs og Gilleard, 2014; Høie, 2005). Derfor er alderdommen en livsfase mange frykter, og mange eldre mennesker motsetter seg derfor å bli definert og omtalt som eldre (jf. Wilińska, 2012). Solveig er som nevnt den informanten som tydeligst tar avstand fra kategorien «eldre» i vårt materialet, men også historiene til en rekke av de øvrige informantene kan leses

som et uttrykk for at man ønsker å bli sett som et helt menneske, og som den man er i dag i lys av hvem man har vært tidligere.

Dekkes de eldres (sosiale) omsorgsbehov?

Jeg har ingenting å klage på!

Et vanlig svar på spørsmålet om hvorvidt informantene fikk den hjelpen de trengte, er utsagn som «Æ har ingenting å klag på!», eller «Jeg har det så fint at. Jeg kan ikke klage på noe!». Slike utsagn kom gjerne som et første svar på spørsmål om hvorvidt de fikk den hjelpen de trengte. Analysen av materialet viste at disse utsagnene kunne bety flere ulike ting. For det første kunne det ha en nokså bokstavelig mening, nemlig at man helt oppriktig opplevde å ikke ha noe å utsette på tilværelsen eller hjelpen man fikk. Flere forteller således utfyllende om at de har det godt, har folk rundt seg, blir tatt vare på av venner og slektninger, har mye besøk og at de får all den hjelpen de trenger. Odd på 90 år var for eksempel opptatt av å fortelle om sønnen og svigerinnen, som han synes er så enestående snille og hjelpsomme mot ham. Han fortalte også engasjert om hvordan han dyrket litt grønnsaker på eiendommen og klippet gresset selv. Når intervjuer spurte om han kom seg ut på aktiviteter, så svarte han at han i en alder av 90 år synes han hadde gjort nok. Han gav ikke inntrykk av å savne aktiviteter og sosiale relasjoner, men så kom det samtidig frem at han var mye sammen med sønnen og resten av familien.

Også Anna, en kvinne på litt over 80 som bodde på omsorgsbolig i kommunesenteret, uttrykte gjennom hele intervjuet at hun var så makeløst fornøyd med livet, den hjelpen hun fikk fra både kommunen og familien, og det aktivitetstilbudet hun hadde tilgjengelig. Hun skrøt av de ansatte på omsorgsboligen – hun synes de var både hyggelige, snille og hjelpsomme. Helsen var dessuten bedre enn på lenge, ettersom hun nå fikk god behandling for en kronisk sykdom. Mens hun tidligere hadde hatt stor omsorgsbelastning selv, var det nå hun som mottok hjelp og omsorg. Hun fortalte:

Det var i mai jeg flyttet hit [til omsorgsboligen]. Og siden har jeg hatt det fantastisk. De er så enestående. Jeg hadde ikke trodd det gikk an å ha det sånn på institusjon¹⁵. Det er helt utrolig. Og så lenge jeg klarer meg selv såpass som jeg gjør, og får hjelp til alt som jeg ikke klarer selv. (...) Nei, vi har det så godt. Vi har det så fantastisk godt. Jeg har aldri hatt det så bra i mitt liv som nå. Ja det er helt utrolig [...] Men jeg holder meg mest for meg selv, for der er enkelte av beboerne her som klager og er så misfornøyd. Jeg synes det er så vondt å høre på. Jeg liker det ikke».

¹⁵ Anna omtaler sin omsorgsbolig som en institusjonsplass.

Anna understreker gang på gang at hun ikke har noen ting å klage på, og hun liker heller ikke å høre på at andre klager. I motsetning til den vanlige forestillingen om at alderdommen innebærer at helsen gradvis blir dårligere og dårligere, og at livskvaliteten nødvendigvis går ned, har Anna bedre helse enn på lenge. Hun er langt fra den eneste som forteller om en gjennomgående god livssituasjon. Flere av våre informanter forteller at de får den hjelpen de trenger, og de har nok aktiviteter i hverdagen, samt relasjoner de finner meningsfulle.

Jeg har ingenting å klage på, men ...

I andre fortellinger får utsagn om at man ikke har noe å klage på etter hvert en litt annen betydning. Utsagnet blir etterfulgt av et men. Gjennom intervjuet kommer det nemlig frem at de ikke nødvendigvis får dekket sine behov. Gerd for eksempel, hadde store giktmerter i hendene. Hun gjentok flere ganger i intervjuet at hun gjerne skulle hatt hjelp til å få tatt unna oppvasken, for det verket sånn når hun må ta den selv. Også enkelte av de andre informantene etterlyste mer praktisk hjelp og bistand. I våre intervju gjaldt dette i flere tilfeller det å få hjelp til å handle dagligvarer, transportere varene hjem, få dem plassert i skuffer og skap, samt hjelp til regelmessig rydding i kjøleskap og matskap. Det gjaldt også hjelp til å skaffe og bære inn ved, eller rengjøring utover det vanlige, som for eksempel å få hjelp til å skifte fra vintergardiner til sommergardiner, vindusvask, hagearbeid eller rydding på loftet. Flere informanter etterlyste altså noe mer praktisk hjelp i hverdagen. Men, vel så sentralt var fortellinger om udekkede sosiale behov. Flere fortalte at de følte seg ensomme og isolerte, og at de gjerne skulle kommet seg mer ut og truffet folk. Gerd fortalte:

Når de er her for å vaske meg og kle på meg strømpene, så sier jeg at jeg skulle vært [i bygden] ... Men de svarer meg ikke på sånt. Nei, de skal bare vaske meg, så det er bare å holde seg hjemme. Nei, de sier at det koster penger, ja det koster penger for dem òg. Nei, det er ikke noen til å ta meg med. Da må jeg selv sørge for å komme meg i vei.

Gerd forteller at hun mange ganger har spurt hjemmetjenesten om de kan ta henne med ut eller på kafé, og hun spurte også forskeren, om hun ville komme tilbake på besøk og kanskje ta henne med ut:

Gerd: Ja [henvendt til forskeren], skal du bare gå til folk sånn, og så med passelig mellomrom komme å besøke meg igjen?

Forsker: Ja, det er nå meningen at jeg skulle kom i dag i alle fall, med det her forskningsprosjektet.

Gerd: Å, ja.

Forsker: Så jeg vet ikke om jeg kommer til å ta en runde til. Det vet jeg ikke.

Gerd: Nei, nei. Nei, jeg bare spør om du skal komme å se til meg?

Forsker: Nei, egentlig ikke, nei.

(...)

Gerd: Vet du hva jeg trodde du skulle gjøre?

Forsker: Nei?

Gerd: At du skulle si, bli med på tur, at vi skulle kjøre, at du skulle kjøre noe steds.

Forskeren prøvde å forklare at det egentlig ikke var meningen at hun skulle komme utover dette ene intervjuet. Da Gerd gjentakende ganger spurte forskeren om hjelp til å komme seg ut, opplevde forskeren et ubehag i situasjonen. Ubehaget bestod i å få så tydelig informasjon om hva Gerd ønsket seg og trengte, uten å kunne bidra til å imøtekomme dette. I intervjuet med Gerd fremstod det å komme seg ut av huset samt det å kunne få bistand til å delta på sosiale aktiviteter som det mest sentrale udekkede behovet. Dette reflekterer en gjennomgående tendens i flere av intervjuene med eldre i Steigen – og til dels også i Tana. I Tana var imidlertid de eldres transportbehov i stor grad dekket av et tilbud som går under navnet *Flexxskyssen*. Det er et fylkeskommunalt finansiert buss/taxitilbud som de eldre kan bestille for å komme seg til kommunesenteret. Ruten kjøres tur/retur to dager i uken. Taxien eller minibussen kommer og henter de eldre ved døren, for så å kjøre dem hjem igjen noen timer senere for kun 20 kroner per tur. Dette tilbudet ble omtalt i svært positive vendinger av mange av våre informanter i Tana. Sosial isolasjon så derimot ut til å kunne være et problem blant enkelte hjemmeboende i Steigen, hvor man ikke hadde et tilsvarende tilbud. Dette gjaldt særlig for hjemmeboende eldre i utkantstrøk, uten muligheter til å selv kunne kjøre bil, og uten å ha pårørende eller andre som regelmessig kom for å bistå.

Jeg har ikke noe å klage på – for mange har det verre!

En tredje betydning av utsagnet om at man ikke har noe å klage på, er at man ikke har noe å klage på relativt sett, sammenliknet med andre mennesker og andre tider. Et grep er å sammenlikne sin egen situasjon med situasjonen til andre eldre: «Selv om jeg har smerter og det river og renner i kroppen, så klarer jeg å prate med folk! Så jeg tenker på de stakkarene som sitter der [alene]». Berit forteller samtidig at det er mange som ringer henne, og at hun jevnlig prater med både naboer, familien og andre kjenninger på «den velsignede telefonen», som hun selv uttrykker det. På grunn av de relasjonene hun opprettholder via telefon, er hun ikke alene og isolert selv om hun ikke kommer seg så mye ut som hun ønsker. Når hun sammenlikner sin egen situasjon med dem som ikke har noen å prate med, så er det ikke synd på henne, understreker hun. Et annet eksempel er hvordan flere informanter som sliter med fysiske smerter og helseplager, sammenlikner seg med andre eldre som lever med demens. I så måte uttrykker flere at de tross alt ikke kan klage «så lenge jeg har hodet med meg». Måten flere av informantene snakker om demens på, uttrykker at dette oppleves som det verste en kan rammes av: «Så fremt jeg ikke blir dement, så tror jeg at jeg vil fortsette

å ha det godt». Flere av de eldre informantene snakker dessuten om venner med demenssykdom som folk de har mistet, på lik linje med dem som har gått bort.

En siste sammenlikning er at man ikke kan klage når man tenker på hvordan hverdagslivet var i tidligere tider. Alle informantene i dette prosjektet har vokst opp og levd første delen av sitt voksne liv under beskjedne kår, før den moderne velferdsstaten ble bygget ut for alvor. De fleste har lite utdannelse og har hatt et relativt hardt arbeidsliv i fiske, jordbruk eller andre typer hardt fysisk arbeid. Mange har båret tunge melkespann, drevet små og tungvinte gårder og vært lange perioder på anlegg. Mange har tidlig måttet begynne i arbeid og har tjent relativt beskjedne penger. Denne generasjonen har også opplevd krigen. Som Anna sier det:

Det kan ikke bli bedre. Så lenge vi får ha det bra og slippe krig. Det er så godt ordnet nå. Vi har ikke noe å klage på. Vi får penger hver måned, og uten at vi gjør noe for det! (Ier).

Sett i lys av tidligere tider er ikke livet særlig hardt, og på denne måten kan man ikke klage. De eldste eldre tilhører kanskje også en generasjon der det rår en sterk oppfatning om at det ikke er moralsk riktig å klage. Man bør være fornøyd med det man får. Et spørsmål er om slike verdier og holdninger vil endre seg etter hvert som nye generasjoner av eldre kommer til – generasjoner som kanskje er mer vant til å kreve sin rett.

Ulike kommunale botilbud

Våre eldre informanter bodde i ulike boliger. Noen bodde i egne hjem – ofte i utkantstrøk av kommunen, og gjerne i et hus hvor de hadde bodd i flere tiår. Her stortrivedes mange i kjente og kjære omgivelser. Andre hadde i senere tid flyttet til en omsorgsbolig eller til en kommunal leilighet. I Tana er de kommunale leilighetene, som noen av de eldre får tilbud om å flytte til, plassert i kort avstand fra butikken, kaféen, og Miljøhuset hvor det er jevnlig treff i regi av frivillig sektor. De som har flyttet til en kommunal leilighet forteller at det er veldig fint å kunne spasere for å komme seg dit man skal, i motsetning til før da alt var veldig langt unna og således mer tungvint.

Omsorgsbolig er et samlebegrep som kan være mye forskjellig. Både i Steigen og Tana finnes det et botilbud som kalles «omsorgsbolig» men i praksis ligner på et stort enerom på et sykehjem. Noen av omsorgsboligene i begge kommuner er imidlertid bygget som små leiligheter i et boligkompleks. Beboerne i disse omsorgsboligene har egen inngangsdør, kanskje en liten lufteveranda, soverom, bad og en liten stue, samt en kjøkkenkrok. Enkelte av beboerne synes det er godt å sitte hos seg selv for å lese avisen eller se på TV, kanskje særlig om kvelden. Men utover det, så er det fellesarealene i omsorgsboligene som ser ut til å være mest i bruk. Mens noen av beboerne i omsorgsboligene forteller at de har nok med det som skjer ved

omsorgsboligene, deltar andre også på aktiviteter som foregår utomhus i regi av frivillig sektor eller kommunen. Men det er også eksempler på eldre som bor på omsorgsbolig og som likevel forteller at de har lite meningsfylte aktiviteter i hverdagen, og at de føler seg ensomme.

Betalingsordningen ved omsorgsboligene er, i motsetning til når man har et rom ved et sykehjem, slik at alle betaler leie. I tillegg har alle en egen strømmåler på rommet, og da koster den faste leien betydelig mer enn selve strømbruken, noe flere pårørende påpeker. Videre gjør kommunen en individuell vurdering av hvor mye hjelp og bistand den enkelte trenger, og så betaler brukeren for dette i henhold til satser. Dette høres bra ut, og det er en god boform for de brukerne som bare trenger noen tjenester, og som ellers ønsker å komme og gå som de selv ønsker, samtidig som at de kan bo i sentrale, trygge omgivelser med god tilgang til pleie og omsorg. Men for de brukerne som for eksempel har alvorlig demens, og som uansett trenger hjelp til det meste, så oppleves omsorgsbolig av noen pårørende som et «sykehjem light» med krevende og dyre betalingsordninger, der man har plassert et unødig stort ansvar på de pårørende. Videre er det noen pårørende vi intervjuet som opplevde at en omsorgsbolig er mindre trygg for demente og urolige beboere sammenlignet med en sykehjemsplass, ettersom det ikke er lov å praktisere låste ytterdører i en omsorgsbolig. Dette kan være farlig, særlig vinterstid, dersom den demente beboeren går ut uten å være kledd for det. Dessuten er det å bo i en omsorgsbolig et reelt sett dyrere alternativ for dem med lav alderspensjon sammenlignet med å få plass på et sykehjem. Det er riktignok mulig for den pårørende til en beboer i en omsorgsbolig å søke bostøtte ved behov, noe som vil bedre den enkeltes privatøkonomi. Imidlertid er det slik at enkelte pårørende fortalte at det å søke bostøtte for dem ville innebære at de frivillig ble «sosialklienter», noe de på sine eldre dager ikke var interessert i. Hadde de krav på lavere satser i omsorgsboligen, så ville de heller få redusert månedsleie direkte fra omsorgsboligen, påpekte de. Når Tana kommune nå (høsten 2017) planlegger å overføre en del demensplasser fra omsorgsboligene til det nye sykehjemmet som skal renoveres og utvides, så vil en del av overnevnte kritikk imøtekommes.

Hjemme alltid best?¹⁶

Tidligere forskning har vist at mange eldre ønsker å bli boende i hjemmet sitt når de eldes og svekkes. Noen av våre informanter har i så måte tilrettelagt hjemmet for en ny livsfase. Enkelte har gjort det selv før en ble for redusert, mens andre har fått hjelp av en sønn, svigersønn, nevø eller andre til å gjøre tilpasninger, slik at man for

¹⁶ De Eldres fortellinger om hva som skaper den gode hjemmefølelsen og hva som skaper trygghet vs utrygghet i eget hjem, er et tema som vi utdyper i en egen publisering: Munkejord, et al. (i fagfellelvurdering): Hjemme best? Eldres fortellinger om omsorg og trygghet i egen bolig, Tidsskrift for omsorgsforskning.

eksempel får alle behov dekket på ett plan med kjøkken, stue, soverom, bad/vaskerom og fryseboks(er) i hovedetasjen. Andre har fått fjernet dørkarmer og løse matter for lettere å komme seg rundt fra rom til rom. Og noen har fått installert varmepumpe for å slippe å drive med ved og fyring, eller de har fått seg en ny komfyr med komfyrvakt. Flere har videre fått hjelp av kommunen til å få satt opp håndtak ved sengen og i dusjen, eller til å få satt opp rampe for å komme seg inn i og ut av huset med rullator eller rullestol, osv. Flere har dermed etter hvert fått det de selv kaller et «lettvint hus» der omgivelsene er tilpasset en aldrende kropp som er blitt mindre førlig, og hvor for eksempel det å bevege seg i trappen er en risikosport man ikke bør utsette seg for.

Enkelte informanter har imidlertid *ikke* selv gjort grep for å tilpasse sin bolig til alderdommen, og de har heller ikke fått hjelp av andre til dette. De befinner seg i et hus som gradvis oppleves som å ha brysomme løsninger. Kanskje har boligen primært vedfyring, soverommet er kanskje på loftet og fryseboksen og vaskemaskinen er i kjelleren, trappene er bratte og glatte, det er dørterskler og løse gulvtepper man kan snuble i overalt, og man rekker kanskje ikke lenger opp eller ned til det man trenger i skap og skuffer, osv. Disse eldre bor etter hvert i et «tungvint» hus. Her er det ikke nødvendigvis så enkelt å bli boende når man blir skrøpelig.

Selv om flere av våre eldre informanter fortalte at de trivdes hjemme og gjerne ville bli boende i eget hjem i utkantstrøk, så fortalte andre at de på et bestemt tidspunkt hadde begynt å føle seg utrygge i egen bolig. Hjemmet hadde blitt et sted hvor man følte seg ensom og alene, et sted hvor man var engstelig for å falle, eller et sted hvor man følte at det var for komplisert å klare seg selv. Det kunne være ulike faktorer som bidro til at det ble slik, ofte forbundet med en plutselig endring i husholdets sammensetning, for eksempel at ens samboer døde eller måtte flytte til et sykehjem. Det kunne være at en selv gradvis eller plutselig ble syk, eller det skjedde en annen hendelse som gjorde at man ble innlagt på sykehus. Alle disse faktorer kunne være utløsende for at man ikke lenger ønsket å fortsette å bli boende i eget hjem. Vår studie tyder på at når en person først har begynt å føle seg engstelig og redd i egen bolig, så hjelper det ikke nødvendigvis om både representanter fra hjemmetjenesten, naboer eller pårørende kommer regelmessig innom.

Gode erfaringer med å flytte til omsorgsbolig

For flere av våre informanter var omsorgsboligen et sted som opplevdes som både mer praktisk og tryggere enn huset de hadde bodd i før. Omsorgsboligen var dessuten så absolutt blitt et sted hvor man kjente seg hjemme. Anna er en av dem som hadde flyttet til en omsorgsbolig i kommunesenteret, og som var svært fornøyd med det:

Jeg vil virkelig anbefale folk å flytte hit hvis de får plass. Absolutt. For de kan jo synes de har det godt hjemme, og det har de vel. Men likevel. Det er så mange fordeler med å bo her. Aller mest

tryggheten. Og det betyr så mye for trivselen at det må man ta hensyn til. Ja, vi har det så godt at vi blir helt bortskjemt!

I dette sitatet uttrykker Anna tydelig det som flere andre informanter er inne på, nemlig at det ikke nødvendigvis er ønskelig å bli boende i eget hus når man blir eldre og svekkes. Andre eksempler på dette er Tor og Knut, som relativt nylig hadde flyttet til kommunale leiligheter i kommunesenteret. Det var ulike grunner til flyttingen, men felles var at de, mens de enda bodde i egen bolig i utkantstrøk, hadde hatt mange bistandsbehov, men uten at de nødvendigvis hadde noen rundt seg som ordnet opp og tok ansvar for å samordne det hele. Begge hadde mottatt en del kommunale hjemmetjenester, men ikke så mye uformell omsorg at det opplevdes som tilstrekkelig for å oppleve trygghet i egen bolig i utkantstrøk.

Når hjemmet blir et offentlig pleiested – en pårørendes erfaringer

På den ene siden kan det oppleves som meningsfylt og til gjensidig glede å gi mye omsorg til en hjelpetrengende partner, forelder eller annen nær slektning. Men på den andre siden kan det også oppleves som svært slitsomt å ha hovedansvaret for omsorgen for et nært familiemedlem – det være seg på fulltid eller deltid. Veronika, som er gift med slagrammede Yngve kan trekkes frem som et eksempel i denne forbindelse. Veronika forteller at Yngve er halve tiden hjemme, og halve tiden på avlastning. Tiden han er på avlastning bruker hun noen ganger på å besøke barn og barnebarn, eller på å gjøre nødvendige ting for å holde hus og hjem ved like. Andre ganger ligger hun stort sett strekk ut for å hente seg inn, for det tar på å ha mannen hjemme i to uker om gangen, selv om de får flere daglige besøk fra den kommunale hjemmetjenesten. Hennes mann trenger oppfølging kontinuerlig. Dessuten føler hun seg litt fastlåst innenfor husets fire vegger i de periodene han er hjemme:

Veronika: Ja, for når du er fanget i eget hjem og ikke kommer deg ut ... Jeg får tre timer [pr uke] når de skal dusje ham. Da kan jeg dra ut og handle mat.

Forsker: Da kan du handle mat?

Veronika: Ja, det har vi kranglet oss frem til.

Veronika utdyper at hun synes det er vanskelig å dra ut når pleierne kommer på et kort morgen- og kveldsbesøk. For tenk om pleierne som kommer ikke kjenner mannen hennes, ikke kan rutinene, eller at de ikke kan med heisen eller en av de andre tekniske hjelpemidlene som må tas i bruk for å gjennomføre stellet av mannen? Veronika opplever dessuten at noen av pleierne kanskje ikke viser respekt for at det er hennes og mannens *hjem* de kommer inn i. Hun utdyper at noen av pleierne kan finne på å rote rundt i hennes skuffer og skap for å lete etter en truse eller et annet plagg til partneren, i stedet for å spørre henne hvor de finner det de trenger. Veronika synes

også at det er litt merkelig at noen av pleierne ikke liker å ha henne rundt seg når de pleier mannen:

Veronika: Dem sier ikke at du ikke skal se, men dem sier at du skal gå i stua og slappe av.

Forsker: Men av og til blir du sittende på sengekanten bare på trass? (latter)

Veronika: Nei da, jeg gjør ikke det. Jeg er jo høflig nok.

Veronika har altså opplevd å gå fra å være lykkelig ektefelle til brått å bli fulltids pårørende til en hjelpetrengende partner. Over natten har man måttet gjøre en rekke endringer i huset: bort med dørterskler og matter, inn med sykehjemseng, nytt toalett, ny dusj, rampe foran inngangspartier, osv. I tillegg måtte hjemmet åpnes og gjøres tilgjengelig som offentlig pleiested og arbeidsplass for kommunalt ansatte omsorgsarbeidere nærmest til alle døgnets tider. Pårørende i tilsvarende situasjoner beskrev et ambivalent forhold til hjemmet sitt. Hjemmet var blitt et omsorgssted for partneren, et arbeidssted for de mange ansatte i hjemmetjenesten, og således et litt fremmed sted med begrenset mulighet for privatliv. Samtidig kan man som pårørende føle seg litt fanget i eget hjem, slik Veronika påpeker. Det er viktig at kommunen kommer på banen for å støtte pårørende som har en særlig stor omsorgsbelastning. Omsorgslønn, avlastning i form av støttekontakt og annet, opplæring, kursing, og felles opphold på rehabiliteringsinstitusjon (for både pasienten og den pårørende) kan være aktuelle tiltak.

Avslutning

Kapittelet har belyst at de eldre, i sine fortellinger om seg selv, har lagt mindre vekt på å fortelle om sykdom, hjelpebehov, omsorg fra pårørende og kommunale tjenester. Det vesentlige i mange av de eldres fortellinger, er hva man har gjort, skapt og kjempet for i livet, samt det å få frem hvem man er som menneske og hva man har vært for andre. I stedet for å se disse livshistoriene som kontekstinformasjon og supplerende data i et prosjekt som har til formål å utforske hjemmebasert eldreomsorg i utkantstrøk, har vi valgt å presentere en del av de eldres livshistorier som viktige funn. Deretter har vi analysert de eldres (sosiale) omsorgsbehov og deres oppfatninger om hvorvidt deres behov dekkes eller ei gjennom en analyse av tre varianter av utsagnet «jeg kan ikke klage». Noen informanter opplever at de ikke har noe å klage på, mens andre opplever at de har en del udekkede behov. I vår studie som helhet virker informantene fornøyde med de sykepleierrelaterte tjenestene de får, mens de udekkede behov er av praktisk og særlig av sosial art.

Dernest har vi vist at selv om mange eldre setter stor pris på å bli boende i egen bolig i kjente omgivelser, så er de som har flyttet svært fornøyd med å ha tatt det valget – det være seg til en omsorgsbolig eller en annen tilpasset bolig / kommunal leilighet

med lettere tilgang til sosiale møteplasser, tilbud og pleiepersonell. Informantene som har flyttet fra egen bolig i utkantstrøk har det til felles at de før flyttingen var blitt alene, de mottok relativt lite uformell omsorg fra familie og andre pårørende, men gjerne relativt mange tjenester fra kommunen, de hadde fått til dels alvorlige helseplager, og/eller hadde begynt å føle seg engstelige eller ensomme. Kapittelet viser dermed at eldres behov og ønsker er forskjellige, og at hvilket bo- og omsorgstilbud som vil passe best for den enkelte, vil variere.

6. Eldreomsorg i Steigen og Tana fra et ansatte- og lederperspektiv

Innledning

I dette kapitlet vil vi analysere intervjuene med de ansatte og med lederne i pleie- og omsorgssektoren i Tana og Steigen kommuner. Vi drar også vekslers på fokusgruppeintervjuene med frivillige og representanter fra eldrerådet. Etter en kort introduksjon der vi vil belyse hvordan de ansatte opplever det å jobbe i hjemmetjenesten i kommuner preget av store geografiske avstander, vil vi diskutere hvorvidt de ansatte oppfatter at det å ivareta sosial omsorg er noe som inngår i deres arbeidsoppdrag. Deretter vil vi belyse problematiske kontaktflater i den hjemmebaserte eldreomsorgen for å vise hvordan disse kan hindre målet om å tilby helhetlige eller integrerte tjenester. Kapitlet avsluttes med å presentere en oversikt over en del av de møteplassene som finnes for eldre i Tana og Steigen.

Ansattes betraktninger om det å jobbe med hjemmebasert omsorg

Kommunale helse- og omsorgstjenester skal sikre en aktiv og meningsfylt tilværelse gjennom et kvalitetssikret og likeverdig tilbud. Dette gjelder uavhengig av brukernes bosted og alder. Vi har i vårt prosjekt tatt utgangspunkt i at det å sikre gode omsorgstjenester for eldre som bor i eget hjem kan være en særlig utfordrende oppgave for utkantkommuner som er preget av lav befolkningstetthet og store avstander. Vi hadde en antakelse om at utfordringer med en arbeidshverdag kjennetegnet av mye kjøring på veier med vekslende standard, kanskje særlig på vinterstid, også var et tema som ville bli tatt opp i intervjuene med de ansatte i den kommunale hjemmetjenesten. Vi fikk denne antakelsen bare delvis bekreftet. Arbeidshverdagen ble av de ansatte gjennomgående beskrevet som travel. Overraskende sjelden, og da som regel på direkte spørsmål fra forskeren, ble imidlertid dette med avstander, tid i bilen, og kjøring under vekslende vær- og veiforhold, uttrykt som en utfordring eller som en potensiell sikkerhetsrisiko. Vi antar at det faktum at flertallet av våre informanter selv hadde vokst opp i den kommunen de nå jobbet i, og således var vant til avstander og lang kjøretid som noe «naturlig» allerede fra barndommen, kan være én årsak til at dette ble såpass lite problematisert. Det følgende intervjuutdraget illustrerer likevel at kjøring om natten til brukere man ikke helt vet hvor bor kan være stressende og slitsomt for den ansatte:

Vi sliter litt, spesielt på natten. Vi har jo masse brukere som er ukjente og bor forskjellige plasser i kommunen. Så det er en stor oppgave å lete seg fram. Det er en stor stressfaktor, du blir veldig sliten av det. (...) Du må bare bruke den tiden du må bruke. Og vi har faktisk ikke lov til å kjøre fortere enn 80 uansett. (...) Vi har ikke blålys, vi må bruke den tiden vi trenger på å kjøre. Det er jo litt frustrerende på de lange avstandene.

Flere informanter omtalte imidlertid de lange avstandene og den nødvendige bilkjøring som en positiv utfordring knyttet til jobben. En av informantene formulerte det på følgende måte: «Jeg liker å kjøre. Det er spennende av og til». En annen informant omtalte lange avstander som en måte å beskytte seg mot en detaljstyrt arbeidshverdag der uforutsigbare veiforhold gir henne anledning til å tilbringe mer tid med sine brukere enn hva man tenker seg er tilfellet i de kommunale hjemmetjenestene i storbyene:

Forsker: Går det i retning av stoppeklokken her også?

Informant: Nei, jeg håper ikke det. Jeg tror egentlig at det er for lange avstander til det. Man kan jo ikke sette et klokkeslett, at «så lang tid tar det å kjøre dit». Folk er jo forskjellig på kjøringen og. Men det kan godt være vi får det litt strengere, og at vi kanskje ikke har like god tid å bruke hos hver.

I likhet med uttalelsene til flere ansatte relateres her uforutsigbar tidsbruk, når man kjører over lange avstander, til en relativ frihet som kommer både de ansatte, og ikke minst brukerne, til gode. Avstander og variabel kjøretid ser med andre ord ut til å skape et frirom for faglig skjønnsutøvelse der de ansatte kan vurdere i det enkelte brukermøtet hvem som har behov for mer hjelp akkurat den dagen. Noe lignende uttrykkes i følgende sitat:

... jeg tror jeg liker det der utelivet. Det er litt sånn mer fleksibelt, og så vet du ikke helt hva dagen bringer. (...) Og så synes jeg at pasientene trer bedre frem og, når du kommer hjem til dem.

Et annet aspekt ved dette var flere av de ansattes bekymring for brukerne som kunne være skadelidende som konsekvens av lange reiseveier, og dermed lange ventetider. De ansatte la langt mindre vekt på bekymring for egen sikkerhet enn trygghet for brukerne. Det tolker vi som uttrykk for en høy yrkesetisk standard i de to kommunene.

Sosial omsorg og hjemmesykepleiens arbeidsoppdrag

Sosial omsorg er viktig for et helhetlig og brukerrettet tjenestetilbud. Likevel er omsorgstilbudet i Norge hovedsakelig helsefaglig orientert. Hvordan sosial omsorg skal utøves mangler langt på vei enhetlige standarder. En del kommuner tilbyr støttekontakter til eldre som trenger det. I mange kommuner finnes det dessuten en aktiv frivillig sektor som blant annet organiserer og formidler besøkvenner. Vi ser samtidig i vår studie, slik vi viser i kapittel 5, at det ikke nødvendigvis er slik at brukere med behov for sosial omgang og oppfølging kobles opp mot støttekontakter eller

frivillige, og vi ser at eldre ikke nødvendigvis får tilpasset informasjon om aktuelle tilbud og møteplasser. Dessuten er det ikke nødvendigvis enkel tilgang på transport slik at den eldre kommer seg ut av huset dersom man ønsker det. Vår studie peker videre på at selv om lederne av hjemmetjenestene er innstilt på å imøtekomme brukeres behov for sosial kontakt gjennom for eksempel vedtak på tildeling av støttekontakt, så ser det ut til at det i noen tilfeller gjøres lite for å finne en aktuell kandidat, til tross for vedtak.

Hva og hvor mye den enkelte brukeren kan regne med å få av sosial omsorg fra ansatte i hjemmetjenesten har vist seg i våre intervju å være ganske ulikt. Sosial omsorg som oppgave for hjemmetjenesten er sjelden vedtaksfestet, og ikke ensartet forstått. Vi vil med fire eksempler fra våre intervjuer med de ansatte illustrere hvor skjør forankringen av sosiale omsorgsbehov i det kommunale omsorgstilbudet er. I de fire intervjuutdragene blir det tydelig at de ansatte i hjemmesykepleien vurderer brukernes behov for sosial omsorg på forskjellige måter, og ikke nødvendigvis som noe som inngår i deres arbeidsoppdrag, noe som nok delvis skyldes at det å ivareta brukernes sosiale behov sjelden er vedtaksfestet av dem som tildeler tjenestene.

Sosial omsorg er ikke vår oppgave

Det første eksemplet er fra et intervju med en hjelpepleier.

Forsker: Ute hos dine brukere, hva er dine oppgaver da?

Informant: Det er å hjelpe de med alt de trenger hjelp med. Alt fra medisiner, personlig hygiene, dusjing. Og så er det noen steder vi bare prater litt med de, hører hvordan de har det.

Forsker: Har dere som oppgave å snakke med dem?

Informant: Nei, vi er bare inne da på et tilsyn.

Omsorg i dette eksemplet er fortolket av informanten på en instrumentell måte, altså at den ansatte kommer for å bistå brukeren med helsefaglige og praktiske oppgaver som vedkommende trenger hjelp til. Når pleieren er på «tilsyn» så «prater» hun litt med brukeren, men ikke som del av hennes arbeidsoppdrag. Det er heller som et uttrykk for alminnelig folkeskikk. I et slikt perspektiv forblir sosial omsorg utenfor mandatet til hjemmesykepleien. I dette intervjuet kommer det heller ikke frem en kobling mellom helsefaglig og sosial omsorg på den måten at informanten gir uttrykk for at hun betrakter seg selv som et ledd i en sammenhengende og koordinert omsorgskjede, hvor andre aktører som pårørende, frivillige og/eller hjemmehjelpen også inngår.

Egentlig burde noen andre ta seg av den sosiale omsorgen

I det andre eksemplet vi vil trekke frem framstår også sosial omsorg som utenfor informantens fortolkning av eget arbeidsoppdrag. I motsetning til det første eksemplet blir det imidlertid tydelig at denne informanten, som selv er utdannet sykepleier, opplever begrensningen av sitt opplevde mandat som et etisk dilemma.

Forsker: At folk som er alene hele uka har noe å se frem til, er det en oppgave for hjemmetjenesten å gjøre noe med?

Informant: Egentlig så skulle jeg ønske at det var noen andre som var innom og tok seg av den delen, men det har vi ikke. Her, så blir det at vi uansett dekker de behovene.

Forsker: Men du drar jo ikke ut med brukerne på tur og sånt?

Informant: Nei, vi har noen som kan gå på butikk og hjelpe de med handling og slike ting, hvis vi vet at de ikke kommer på butikken ellers. Men vi har dessverre ikke tid til å ta dem ut av og til eller med på tur eller sånt. Er det noen som ikke kommer seg ut ellers, eller vi vet at vi har litt tid, så kan vi ta de med på butikken.

På den ene siden er brukernes behov for sosial omsorg tydelig framhevet i dette sitatet. På den andre siden plasserer også denne informanten ivaretakelsen av sosiale behov utenfor sitt eget arbeidsmandat. Det er «andre» som burde ta seg av slike oppgaver, og disse «andre» er ikke en del av det kommunale omsorgstilbudet – i hvert fall ikke slik denne informanten kjenner det. Likevel opplever denne informanten at hun kan bidra til å gjøre noe med dette opplevde etiske dilemmaet. Sykepleie og helsefaglig omsorg framstår i denne informantens fortelling som kjerneoppgaver, men når tiden tillater det er det rom for «mer». Dette «mer» handler om praktisk bistand, som å hjelpe til med handling. Dette har åpenbart også relevans for å dekke sosiale behov – det å bry seg og yte hjelp. Men også her er fokuset instrumentelt, på praktisk hjelp, og ikke på å legge til rette for at brukerne opplever en meningsfull hverdag, det som er beskrevet av informanten som «å dra på tur og sånt». Hvorvidt sosial omsorg gis er dermed innenfor et slikt perspektiv avhengig av den ansattes eventuelle mulighet til å yte ekstra tjenester som ikke har dekning i det hun definerer som hjemmesykepleiens mandat.

Sosial arbeid er en oppgave for miljøterapeuter og sosionomer

Et tredje perspektiv blir tydelig i dette utdraget fra et intervju med en sykepleier:

Informant: Jeg savner å kunne ha litt bedre tid. Eller, kanskje det er en annen yrkesgruppe som kunne ha ... miljøterapeut eller en sosionom som kunne ha vært her og gjort de tingene vi ikke har tid til.

Forsker: Hvilke ting er det?

Informant: Jo, altså, at vi ser de. Tar de med på turer eller går på butikken eller hjelper dem å henge opp klærne, i stedet for at vi bare gjør det i full fart, så kunne vi lagt til rette for at de kunne ha gjort det selv. For det er jo veldig enkelt å bare gjøre det for dem.

«Mer tid» har etter hvert blitt nærmest et mantra innen pleiesektoren, både på sykehusene og i kommunehelsetjenesten. Ut fra perspektivet til denne informanten framstår sosiale omsorgsoppgaver imidlertid ikke først og fremst skadelidende fordi sykepleierne i hjemmetjenesten ikke har tid til å utføre disse oppgavene. Etter en kort betenkningstid blir det tydelig at hun ikke etterlyser mer tid *til seg selv* til å yte sosiale omsorgsoppgaver for å bygge opp under brukernes evner til selvhjelp. Vi ser at informanten i stedet etablerer et faglig hierarki mellom pleierelaterte (hoved-) oppgaver (viktigst) og praktiske og sosiale oppgaver som pleierne ikke har tid til å ta seg av (mindre viktig). På denne måten framstår sosial omsorg som supplerende til helsefaglige omsorgsoppgaver. For det andre plasserer informanten ansvar og kompetanse hos andre yrkesgrupper; nærmere bestemt miljøterapeuter og sosionomer. Faglig sett er dette korrekt: Myndiggjøring (empowerment) og hjelp til selvhjelp er elementer som står langt mer sentralt i utdanning til sosialfaglige enn helsefaglige profesjoner. Norsk eldreomsorg er imidlertid organisert med utgangspunkt i helsebehov og pleiefaglige kompetanser. Sosialfaglig utdannet personale er langt på vei fraværende som ansatte i de kommunale hjemmetjenestene. På lik linje med de to første perspektivene forblir sosiale omsorgsbehov derfor også i dette eksemplet udekket.

Sosial omsorg, ja, det er vår oppgave, men vi skulle hatt flere ansatte og mer tid ...

Et fjerde perspektiv på sosial omsorg og dens relevans for hjemmesykepleiens oppgaver er synlig i dette følgende intervjuutdraget, også med en sykepleier:

Forsker: Hva må til for å få en trygg hverdag for de som bor hjemme, de eldre? De fleste vil bo hjemme. Alle kan ikke. Men hva må til for at de som vil kan bo hjemme? Informant: Vet du hva, hvis jeg kunne bestemme, så ville jeg hatt flere ansatte, flere pleiere. Da får man mer tid! (...) Så ville du kanskje brukt fem minutter lenger tid hos brukeren.

Forsker: Men hva gjør du med de fem minuttene?

Informant: Nei, bare det at du er der! At du viser at du er der. For eksempel mange ganger nå i hjemmesykepleien, de banker på døren, går inn døren, gir medisin og går videre. Som regel trenger de hjelp til mer, men det er ikke tid.

I motsetning til de øvrige eksemplene er sosial omsorg her beskrevet som del av oppgavene til de ansatte i hjemmesykepleien. Både problemet og løsningen er beskrevet: Kommunens hjemmetjenester skal inkludere både helsefaglig, praktisk og sosial omsorg for således å bidra til at de eldre kan bli boende i eget hjem så lenge de selv ønsker det. I følge denne informanten skal de ansatte i hjemmesykepleien ha en sosial omsorgsfunksjon, men problemet er at ressursene ikke strekker til. Det om sosiale behov imøtekommes eller ei, er således først og fremst et spørsmål om tid, penger og muligheter.

Lærdommer

Hva kan vi lære av disse fire eksemplene? Vi vil framheve tre forhold. Det første berører behovet for sosial omsorg og sosiale kontaktflater. Dette er på ulike måter framhevet hos de fleste av våre informanter, både eldre, pårørende og ansatte. Vi tolker vårt datamateriale slik at mange brukere har udekkede sosiale omsorgsbehov i dagens hjemmebaserte eldreomsorg. Dette er i tråd med tidligere forskning og derfor neppe overraskende (jf. Birkeland og Natvig, 2008; Skaar mfl., 2010; Tønnessen og Nortvedt, 2012; Skatvedt og Norvoll, 2016). Det andre forholdet gjelder den avgrensingen som de fleste ansatte ser ut til å gjøre av kommunale hjemmetjenester forstått primært som helsefaglig, og dels praktisk, orientert omsorgsarbeid. Om de ansatte i hjemmetjenestene ivaretar brukernes sosiale omsorgsbehov slik dagens kommunale hjemmetjeneste er rigget, ser dermed ut til å være et litt tilfeldig resultat av hvorvidt det finnes et vedtak (noe det sjelden gjør), hvorvidt den enkelte ansatte har litt tid til overs, eller hvorvidt den enkelte ansatte selv definerer sosial omsorg som en etisk forpliktelse som man som pleier skal bidra til å imøtekomme eller ei. Eksemplene over viser at sistnevnte varierer.

Problematisk kontaktflater i et helhetlig omsorgstilbud

Helse- og omsorgstjenester skal ikke gis atskilt, men som sammenhengende tjenester i form av et helhetlig tilbud. Brukernes egne behov og preferanser skal være utgangspunkt for utforming av tjenestene. Dette idealet har vist seg å være svært vanskelig å innfri. Vi har i vår analyse opplevd flere systematiske utfordringer i samhandling mellom ulike aktører. Vi vil særlig framheve to av disse utfordringene der vi mener at det er behov for forbedringer. Det første av disse gjelder en relativ skjør kontaktflate innad i den kommunale hjemmetjenesten hvor man i både Tana og Steigen kommuner skiller skarpt mellom hjemmesykepleie på den ene siden og hjemmehjelp på den andre. Den andre utfordringen gjelder forholdet og samarbeidet mellom det kommunale omsorgstilbudet og tilbud i regi av frivillig sektor.

Kontaktflater mellom hjemmesykepleien og hjemmehjelpen

Vi har i innledningskapittelet, og i kapittel 4, kort diskutert ulike måter å organisere forholdet mellom hjemmesykepleien og hjemmehjelpstjenesten. I Tana og Steigen er hjemmehjelpen organisert slik at de i hovedsak gjør rengjøringsarbeid, og ikke oppgaver knyttet til praktisk bistand person. Dermed er hjemmehjelpene ikke del av staben i hjemmesykepleien. Det er ingen formelle kontaktpunkt mellom de ansatte i hjemmesykepleien og i hjemmehjelpen. Det betyr at hjemmehjelperne ikke formelt

har noen å rapportere til dersom de observerer endringer hos en bruker som man mener er betydningsfull for kollegaene i hjemmesykepleietjenesten.¹⁷ Heller ikke omvendt eksisterer det velfungerende kommunikasjonskanaler. En sykepleier beskriver dette relativt distanserte forholdet slik.

Forsker: Har du kontakt med hjemmehjelpen? At dere utveksler informasjon?

Informant: Å, veldig lite. Kanskje altfor lite.

Forsker: Det burde jo være ganske viktig både for deg og for hjemmehjelpen?

Informant: Ja, det tror jeg egentlig man kunne ha mye bedre og tettere samarbeid, kanskje møter i lag oftere. ... Det kunne vært en større kommunikasjon der, ja. For det er klart, brukerne sier og snakker til hjemmehjelpen om helt andre ting kanskje enn til oss. Men der er det jo ofte også veldig mye sykemelding og veldig mange som ikke får hjemmehjelpsdagene sine.

Forsker: Men deler du det ikke inn, når du besøker denne brukeren her? Snakker du med hjemmehjelpen, at ikke du kommer på samme dag? At det fordeles?

Informant: Jo, vi prøver å ikke komme på samme dag. Hvis det er noen vi bare er hos lite, kanskje to ganger i uken, så ordner vi det sånn at vi ... at da kommer ikke vi på samme dag. Og det vet de. Sånt legges det opp.

Forsker: Men det gjør ikke du med hjemmehjelpen?

O: Nei det ... ja, altså min leder gjør det. For hun har jo også oversikt over hjemmehjelpen. Så det er hun som har oversikt over det.

En annen sykepleier beskriver forholdet mellom hjemmesykepleie og hjemmehjelp på følgende måte:

Forsker: Du har ikke noe særlig kontakt med dem?

Informant: Nei, ikke noe ut over at jeg kan regne med at de har vært der eller når skal de komme neste gang og hvor lenge er det til. Ellers har jeg ikke mye kontakt med dem, nei.

Forsker: Men, fordeler dere ikke besøkstiden? Sånn at ikke du kommer på tirsdag og det er den ene dagen også hjemmehjelpen kommer?

Informant: Jo vi gjør kanskje det, uten at jeg vet det. Men jeg tror ikke det er veldig organisert det, nei. Hjemmehjelpen er jo der bare og vasker. Vi har jo andre oppgaver.

Forsker: Joda, men hvis jeg ser for meg en gammel dame som sitter hjemme, som uansett ikke ser så mange i løpet av en uke, da er det vel kjekt å ha det fordelt?

Informant: Jo. Nei, det kan godt hende at lederne gjør det uten at jeg vet det.

Forsker: Altså du er ikke med i den prosessen?

Informant: Nei, den er jeg ikke med i.

I disse to eksemplene blir det tydelig at kontakten mellom de to delene i hjemmetjenesten ikke bare er svært begrenset, men at disse informantene, på lik linje med flere av sine kolleger ikke har tenkt noe særlig på at det eventuelt kunne være nyttig, eller til og med påkrevd, å ha en organisert arena for informasjonsdeling. Den

¹⁷ Det kan legges til at selv om det ikke finnes formaliserte kommunikasjonskanaler, så er det i begge kommuner såpass små forhold at noen opplever at det er god nok *uformell* dialog mellom ansatte i hjemmesykepleien og i hjemmehjelpen.

kommunikasjonen som finnes er indirekte, via lederen og instrumentell, med et fokus på vaktplaner; og går ikke på innhold i oppfølgingen av brukerne.

I disse eksemplene ser vi for øvrig en viktig forskjell i hvordan hjemmesykepleieren oppfatter hjemmehjelpenes arbeidsoppgaver. I det første eksemplet erkjenner informanten, som selv er sykepleier, at hjemmehjelpenes besøk ikke bare handler om å vaske brukerens hjem, men at disse besøkene også har en viktig sosial komponent ettersom hjemmehjelpen ofte blir godt kjent med sine brukere. Denne informanten legger til at en del brukere også «snakker til hjemmehjelpen om helt andre ting» enn til henne selv og andre kollegaer i hjemmesykepleien. I det andre intervjuutdraget er imidlertid den sosiale komponenten i hjemmehjelpens arbeid helt fraværende. I følge denne informanten, som også er sykepleier, så er det hjemmehjelpen gjør «bare husvask».

Flere studier har dokumentert at det for en del brukere med utstrakt bistandsbehov kan være utfordrende å ha mange pleiere innom hjemmet sitt (Alvsvåg og Tanche-Nilssen, 1999; Birkeland og Natvig, 2008; Gjevjon, 2009, 2014; Thorsen, 2003). Ofte kan ikke brukerne navnene på alle hjelperne som er innom, og de ansatte selv er innom så mange forskjellige hjem at de ikke nødvendigvis kjenner hver enkelt bruker, og man er kanskje heller ikke kjent med den helsemessige eller personlige situasjonen til den enkelte. Den personen som flere eldre i vår undersøkelse imidlertid snakket om ved navn og som særlig betydningsfull, var nettopp hjemmehjelpen.

Vi finner i vårt materiale dokumentasjon på at hjemmehjelpen kan oppfatte seg både som en praktisk hjelper og som en sosial kontakt. Selv om denne dobbelte funksjonen ikke var nedfelt i stillingsbeskrivelsen deres, og heller ikke nedfelt i brukernes vedtak om praktisk hjelp, har både hjemmehjelpere selv og deres ledere i hjemmetjenesten påpekt at den sosiale kontaktfunksjonen kunne være svært viktig for en del av brukerne. Wenches¹⁸ erfaringer kan illustrere dette:

Mens mange hjemmehjelper må løpe etter tiden, så opplevde Wenche at hun hadde greit med tid til de oppgavene som skulle gjennomføres i det enkelte hjem. Hun fortalte at ingen av hennes brukere hadde vedtak på under én times besøk, og ofte hadde brukerne vedtak på to timers besøk. Til hvert hjemmebesøk var det bestemte praktiske oppgaver som skulle gjennomføres, men helse- og omsorgsledelsen i kommunen var ikke så nøye på å kontrollere helt konkret hva som ble gjort hos hver enkelt bruker. Det betydde at Wenche og brukerne sto ganske fritt til å styre tiden selv. Besøkhypptigheten kunne variere fra to ukentlige til ett månedlig besøk. Dersom det ble for mange brukere som i løpet av en arbeidsdag hadde vedtak på bare én time,

¹⁸ Fiktivt navn, i likhet med alle øvrige navn som brukes om informantene i denne studien.

ble dagen for hektisk, mente Wenche, som foretrakk å ha to timer til rådighet hos den enkelte bruker. Husrengjøring og øvrige oppgaver som hjemmehjelpen gjør er selvfølgelig viktige, men ifølge Wenche var det vel så viktig for enkelte av brukerne å ha god tid til en kaffe og en prat.

Eldreomsorg handler om å bistå mennesker med varierende form og humør, og med vekslende behov. Flere studier argumenterer derfor for at kvaliteten i omsorgsarbeidet kan svekkes dersom det styres av en for streng forhåndsdefinering av oppgaver og hvordan disse skal utføres, i alle fall dersom det er slik at de ansatte kontrolleres på at de kun utfører bestillingen slik den står på papiret, og dersom ens tidsskjema er så trangt at det heller ikke er mulig til å utvise skjønn (Førland mfl., 2017; Andersen, 2008; Szebehely, 2005; Thorsen, 2003; Thorsen og Wærness, 1999; Wærness, 1984).

Vi har med ved hjelp av data fra vår studie vist at de ansatte i hjemmesykepleien i svært varierende grad er oppmerksomme på hjemmehjelperne som omsorgsressurs. På tidspunktet for vår undersøkelse eksisterte bare en indirekte kontakt mellom hjemmesykepleie og hjemmehjelp via øverste leder for hjemmetjenesten. Vi mener at det ligger et uutnyttet potensiale i et tettere forhold mellom de to delene i hjemmetjenesten for å realisere ambisjonen om å gi et helhetlig omsorgstilbud til brukerne. Her kunne den enkelte brukers primærkontakt hatt en sentral knutepunktfunksjon.

Kontaktflater mellom hjemmetjeneste og frivillig sektor

Vi vil avslutningsvis i dette kapittelet sammenfatte deler av det aktivitetstilbudet som er tilgjengelig for eldre i Steigen og i Tana. Oversikten i tabell 1 dokumenterer at det i begge kommuner finnes et relativt bredt mangfold av sosiale møteplasser, både i regi av kommunen og i regi av ulike frivillige organisasjoner. Noen av disse tilbudene var bredt kjent, mens andre var mindre kjent for medarbeiderne i hjemmetjenesten. Dette opplever også representanter for frivillige organisasjoner, slik det fremkommer i følgende utdrag fra et av våre fokusgruppeintervjuer med representanter fra frivillig sektor:

Jeg står jo nå i den situasjonen: Hvordan kommer jeg i kontakt med dem som trenger det? Det finnes ulike tilbud – aktivitetsvenn for demente, opplesing osv. osv. – blant annet trimtilbud (...). Og så ser jeg at vi er nødt til å gå inn i en tettere dialog med hjemmesykepleien for å komme i kontakt med brukere som har behov for hjelp, besøk, skru en skrue i trappa, osv. Og vi kan gå og henge opp plakater, legge ut på Facebook, men den største utfordringa er å komme i kontakt med dem som har behov. (...) Så det blir en utfordring. For jeg har fått ti nye frivillige – men så har jeg ingen oppgaver å gi dem. Så jeg vil gjerne ha noen brukere, sånn at jeg kan spørre folk om å gjøre de definerte oppgavene. Så da blir samspillet med helsetjenesten og pensjonistforeningen og grendelagene veldig viktig. Vi trenger aktive tips og kanskje drive oppsøkende virksomhet.

I dette sitatet kommer det blant annet frem at representanten fra frivillig sektor har ti nye frivillige, men ingen oppgaver å gi dem, dette på grunn av manglende samarbeid mellom frivillig sektor og den kommunale hjemmetjenesten (jf. Hillestad 2015, Blix og Hamran 2017a, 2017b).

Ensomhet og manglende sosial kontakt er problemer som medarbeidere i hjemmetjenesten erfarer hos sine brukere i det daglige. Dette har de ansatte vi har intervjuet satt tydelig ord på. Det å markedsføre det relativt brede tilbudet som ulike frivillige organisasjoner tilbyr ulike målgrupper burde forventes å være et sentralt kommunalt virkemiddel for å motvirke ensomhet og sosial isolasjon. Som nevnt var imidlertid flere av tilbudene og møteplassene lite kjent blant medarbeiderne i den kommunale hjemmetjenesten. I de tilfellene der enkelte av de ansatte visste om et av tiltakene, var det som regel ikke fra jobbsammenheng, men fra media eller personlig erfaring. Det er dessuten slik at ingen av de ansatte vi intervjuet, da de ble spurt om dette, fortalte at de hadde hjulpet brukere med å kunne delta på bestemte tiltak, søke om støttekontakt eller komme i kontakt med en besøksvenn.

Flere av de ansatte mente at det var deres *ledere* som fungerte som et nødvendig bindeledd mellom hjemmetjeneste og frivillig sektor. Men heller ikke blant lederne i omsorgstjenesten er aktivitetene arrangert fra organisasjoner i frivillig sektor nødvendigvis kjent. Dette blir tydelig i det følgende utdraget fra et gruppeintervju med omsorgsledere der disse ble spurt nærmere om hva som finnes av potensielt relevante aktiviteter.

Du har jo Røde kors, og der har de jo sånne besøksvenner. Men det er vel stort sett nord for [kommunedel] at Røde Kors har besøksvenner. Men egentlig ... Jeg er heller ikke så veldig kjent med hva som finnes.

Arrangement i regi av frivillig sektor kan være mange. Det er godt forståelig at det er en nærmest uoverkommelig oppgave for lederne i hjemmetjenesten å holde kontinuerlig kontakt med en lang rekke organisasjoner, og ha oversikt over en enda lengre rekke arrangement og ordninger. Derfor virker det lite bærekraftig å kanalisere kontakten mellom hjemmetjenesten og frivillige organisasjoner gjennom lederne for den kommunale hjemmetjenesten alene.

Uansett hvilken måte en kommune måtte velge for å føre hjemmetjenesten og frivillige organisasjoner bedre sammen, så tyder vår studie på at et tettere samarbeid har et høyt potensiale til å motvirke ensomhet og sosial isolasjon, samt imøtekomme deler av de udekkede sosiale omsorgsbehovene som vi ser blant en del av de hjemmeboende eldre i denne studien.

Møteplasser for eldre i Steigen og Tana

Til tross for at sosial omsorg er et begrep med varierende forankring i fortolkningen av mandatet til de ansatte i den kommunale hjemmetjenesten, finnes det både i Steigen og Tana en rekke tilbud som de eldre kan delta på. Dette er både tilbud som er spesifikt utviklet med tanke på de eldre, og åpne tilbud hvor også eldre er velkommen. I Tana var det, på grunn av *flexxskyssen*,¹⁹ som også ble nevnt i kapittel 5, enkelt for dem som ønsket det og var i stand til det, å kunne delta på slike arrangement. Det mest omtalte arrangementet i Tana var onsdagstreffet, et ukentlig kafétreff på Miljøhuset i kommunesenteret. Her ble det servert kaffe, te, rundstykker og kaker eller vafler. I tillegg var det noen ganger underholdning. Flere av de eldre informantene fortalte at dette var et arrangement som de prioriterte å få med seg. Noen av de samiske informantene la dessuten vekt på at det ofte var slik at de samisktalende eldre satt sammen, slik at dette i tillegg var en mulighet til å treffe andre med samme morsmål, noe som ble omtalt som ekstra hyggelig. I tillegg hadde handicapforeningen fredagstreff på samme sted. Dette var et arrangement etter samme modell, som var åpent for alle.

I begge kommuner ble forskjellige gode møtesteder for eldre som trengte et mer strukturert tilbud omtalt. Blant disse var dagsenteret i Tana, arbeidsstua på Steigentunet og Skagstad gård. Skagstad gård på Engeløya står kanskje i en særstilling som et særlig meningsfylt ukentlig tilbud til demente eldre, slik vi vil utdype i neste kapittel. Dagsenteret i Tana og arbeidsstua på Steigentunet kan til sammenligning omtales som litt mer tradisjonelle, men like fullt svært verdifulle, aktivitetstilbud for eldre. Arbeidsstua på Steigentunet er et litt åpnere konsept hvor både beboere på Steigentunet, pårørende og andre kan komme sammen over en kaffe for samvær, hygge og forskjellige aktiviteter. Dagsenteret i Tana ble drevet av en aktivitør og var åpent tre dager i uka. Her trengte man å få tildelt en «plass» for å komme, og stedet hadde totalt 11 brukere. Noen var der tre dager i uka, mens andre var der en eller to dager fast. Her samlet de eldre seg for kaffe og sosialt samvær, strukturerte samtaler om bestemte tema, felles middag, og noen ganger for aktiviteter som ballonglek, og eventyrstunder. Det var også slik at en fysioterapeut kom innom ukentlig og hadde organisert trim for brukerne. Noen ganger kom det en musiker, en barnehage eller et kor innom og hadde underholdning. I Tana var det i tillegg en rekke andre tilbud som de eldre kunne delta på; trimgrupper, turgrupper, bingo, osv. Både Frisklivssentralen og Frivillighetsentralen er sentrale aktører her.

¹⁹ Flexxskyssen er et buss/taxitilbud, finansiert av fylkeskommunen. Transporten koster en fast sum (20 kr) uansett avstand. Taxien/minibussen henter og leverer den eldre på døren, og de som trenger hjelp til bæring av poser, får dette.

Den følgende tabellen oppsummerer noen av møteplassene og aktivitetstilbudene som av ulike informanter og i ulike sammenheng har blitt nevnt i denne studien. På denne måten håper vi å bidra til å synliggjøre bredden av tilgjengelige aktiviteter i de to kommunene, og til å gjøre det mulig for andre kommuner å hente inspirasjon til å bygge ut sine tilbud med ideer fra Steigen og Tana.

Tabell 1

	Steigen	Tana
Kommunale tilbud	Arbeidstua I tilknytning til kommunalt sykehjem i kommunesentrum, hovedsakelig for brukere på sykehjemmet, men i begrenset grad også for brukere fra kommunen for øvrig. Ansatt aktivitør. Ingen kjøretjeneste. Åpent: Mandag, tirsdag, torsdag og fredag fra 9.30 - 15.30.	Dagsenter I tilknytning til kommunalt sykehjem i kommunesentrum; tilgjengelig for brukere på sykehjemmet og fra kommunen for øvrig. Ansatt aktivitør. Kjøretjeneste fra kommunal aktivitør. Åpent: tre dager/ uka
Tilbud organisert av frivillig sektor	Turarrangement og konserter Sosiale møtepunkt, organisert av Frivillighetssentralen. Felles kjøretjeneste fra kommunesentrum til arrangement. Organisert uregelmessig.	Onsdagstreffet Sosialt møtepunkt. Organisert annen hver gang av pensjonistforeningen og handikapforeningen på «Miljøbygget» i kommunesentrum. Ingen organisert kjøretjeneste, men Flexxskyssen er tilgjengelig på onsdager. Åpent en dag / uka
	Åpen hall Bassentrening, åpen for alle. Organisert av Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. Ingen organisert kjøretjeneste. En ettermiddag annenhver uke.	Styrketrening for eldre Åpen for alle eldre. Organisert av Pensjonistforeningen og Frivillighetssentralen. Hver fredag.
	Vennekaffeen Sosial møteplass, åpen for alle. Organisert av Røde Kors besøkstjenesten på Røde Kors stua. En ettermiddag hver tredje uke.	Seniordans Ingen organisert kjøring. Øving 1–2 ganger/ uka
	Båtforeningens kaffe Sosial møteplass, åpen for alle. Organisert av Båtforeningen. Hver lørdag.	
	Besøksvenn Kontaktformidling mellom eldre brukere og frivillige som vil stille opp som besøksvenn. Koordinert av Røde kors besøkstjeneste.	Aktivitetsvenn Kontaktformidling mellom eldre brukere og frivillige som vil være aktiv i lag, trenger hjelp for småjobber, lese for svaksynte m.m. Koordinert av Frivillighetssentralen.

Privat initiativ, samarbeid med kommunen	Torsdagsklubben Gård i kommunen der faste brukere møtes for å lage mat, spise og ha sosialt samvær. Finansierte av Helsedirektoratet og Landbruksdepartementet etter søknad fra kommunen. Kjøretjeneste organisert fra frivillig sektor. Åpent: en gang i uka.	
	Trim for eldre Landsforeningen for hjerte- og lungesyke organiserer trim for en gruppe pensjonister hver onsdag i Allhuset i kommunesentrumet. Trimmen avsluttes med sosialt samvær, kaffe og kaker.	

Oversikten viser at det eksisterer et relativt bredt tilbud som enten retter seg spesielt til eldre eller som er åpent og tilpasset eldre som målgruppe. Vi har imidlertid i denne studien lagt merke til at mange av disse tilbudene ikke var kjent blant de ansatte i den kommunale hjemmetjenesten. Også blant de eldre var det mange som ikke så ut til å være kjent med eller av ulike grunner ikke deltok på de tilgjengelige aktivitetstilbudene. Derfor mener vi at det er et forbedringsbehov i informasjonsflyten mellom de ulike partene som er aktive i å gi ulike tilbud for eldre, samt at det er behov for at informasjon om tilbudene i større grad blir formidlet til brukerne selv.

Avslutning

Dette kapitlet har vist at omfanget av sosial omsorg som eventuelt ytes i den kommunale hjemmebaserte eldreomsorgen ser ut til å være avhengig av vedtak (som ofte mangler på dette feltet) samt holdningen til den ansatte. Mens enkelte ansatte i hjemmesykepleien oppfatter at de skal imøtekomme brukeres sosiale omsorgsbehov, oppfatter andre at det er utenfor deres mandat. At det er slik, berører rettsikkerheten til eldre brukere som, med utgangspunkt i Loven om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3.3 ikke bare har krav på tilbud om helsetjenester, men også om omsorgstjenester i form av velferds- og aktivitetstiltak, dersom de har behov for det. Vi mener ikke nødvendigvis at de ansatte i den kommunale hjemmetjenesten må yte alt av sosiale omsorgstjenester selv. De ansatte må imidlertid vite om *at* brukeren har rett på sosial omsorg, de må vite *hvem* som yter slike tjenester og de bør samarbeide med disse aktørene og derigjennom fungere som kontaktflater mellom brukere og de ulike aktørene som er involvert i å gi helse- og omsorgstjenester i bred forstand.

Kapitlet har videre vist at til tross for en rekke sosiale møteplasser i regi av både kommunale og frivillige aktører, så ivaretas ikke brukernes sosiale omsorgsbehov på en tilstrekkelig god måte (jf. det litt vage kravet om faglig forsvarlighet). Vi vil derfor hevde at ivaretagelse av sosial omsorg kan beskrives som en *blind flekk* i dagens

hjemmebaserte eldreomsorg i Norge. Dette er, som nevnt i kapittel 1, i motsetning til mange europeiske land, hvor satsingen på sosial deltakelse og ivaretagelse og Eldres livskvalitet og verdighet har ført til at nettopp sosial omsorg har fått en sentral posisjon innenfor det samlede omsorgstilbudet for eldre (Wanless, 2006; Bäck og Calltorp, 2015).

7. Sosiale relasjoner og meningsfulle aktiviteter

Denne studien viser at det å kunne delta i meningsfulle aktiviteter i fellesskap med andre samt muligheten til å komme seg ut av huset, er det mest fremtredende udekkede behovet blant en del av våre eldre informanter. De ansatte i hjemmetjenesten i Steigen og Tana kommuner ser dette i sin hverdag, men arbeidsoppgavene deres handler, slik kapittel 6 viser, først og fremst om å imøtekomme helserelaterte behov samt å gi praktisk hjelp. En grunn til at det sosiale og relasjonelle trer frem som et viktig udekket behov kan være nettopp det at de fleste øvrige behov dekkes på en tilfredsstillende måte for de fleste brukerne. En kombinasjon av offentlige tjenester og omsorg fra slektninger, naboer, venner og frivillige gjør at mange i stor grad ser ut til å få de helsetjenestene og den praktiske hjelpen de opplever at de har bruk for.

I dette kapittelet vil vi belyse noen situasjoner der de eldre får sosial omsorg på en måte som berører. Først vil vi trekke frem dagtilbudet «Torsdagsklubben» ved Skagstad gård i Steigen. Deretter vil vi peke på hvordan sosial omsorg kan ivaretas gjennom et fokus på meningsfulle aktiviteter samt gjennom ivaretagelse av kontinuitet mellom fortid og nåtid. Dette vil bli eksemplifisert ved fortellingen om hjemmehjelpen Wenche. Vi vil understreke at vi også kunne trukket frem det arbeidet som gjøres av den samiske aktiviteten eller på dagsenteret i Tana, eller også det som foregår i regi av arbeidsstua på Steigentunet. Når vi har valgt å fokusere på nettopp Skagstad gård og hjemmehjelpen Wenche, så er dette primært fordi vi her har gode data og mener at dette er særlig illustrerende eksempler.

Skagstad gård

Skagstad gård ligger helt nord på Engeløya i Steigen, helt i nord med spektakulær utsikt over havet og Lofotveggen. Gården består av et gammelt hvitmalt hus, en stor og frodig hage og flere gamle, tradisjonelle, men velholdte driftsbygninger. På låveveggen ut mot vegen er der malt et stort og artig bilde av smilende kyr som ønsker de besøkende velkommen. Ekteparet Eva og Ketil driver gården; i tillegg til lærerjobb og tradisjonell gardsdrift driver de med både turisme og ulike «Inn på tunet»-tiltak.²⁰ Her har de tatt imot mange busslaster og skoleklasser som har kommet for å oppleve gården og det den har å by på. «Torsdagsklubben», som ekteparet arrangerer for en

²⁰ For mer informasjon om Inn på tunet, se Inn på tunet Norge: <http://www.innpatunet.no/> Inn på tunet-tiltak kan søke støtte fra en rekke kilder, herunder Innovasjon Norge <http://www.innovasjon Norge.no/no/landbruk/Tjenester/nye-lokalmat-sider/inn-pa-tunet/>

gruppe eldre hver torsdag året gjennom, er også et slikt «Inn på tunet»-tiltak. Ideen fikk paret for en del år tilbake. De har tett samarbeid med kommunen og får årlig prosjektstøtte fra Landbruksdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Formålet med denne finansieringsordningen er å bidra til å utsette institusjonalisering for eldre demente.

Hver torsdag klokka 11 kommer om lag ti mennesker på besøk til Eva og Ketil. Det er sju-åtte eldre som har fått tilbud om å bli med på «Torsdagsklubben», fordi de av ulike grunner har bruk for et dagtilbud. I tillegg deltar tre pensjonister som frivillige. De frivillige står for skyss og er ressurspersoner. Eva og Ketil bruker morgenen på å planlegge, gjøre i stand huset og forberede middag, og når gjestene ankommer står de i døren og tar imot. De hilser på hver og en med navn og en god klem, og bistår dem som trenger det inn i stuen. Alle gjestene er godt kjent, og vet akkurat hvor i huset sammenkomsten skal være. Stemningen er god og gjensynet hjertelig. Mens man venter på at alle skal samles rundt kaffebordet i stuen, bidrar de frivillige til prat, latter og god stemning.

En av torsdagene forskeren deltok på klubben var Elisa, en av brukerne, svært trøtt, trist og forvirret da hun kom. Eva tok imot henne, fulgte henne inn i stuen, og la en kattunge på fanget hennes. Denne torsdagen hadde dessuten forskeren, både av praktisk nødvendighet og for det sosiale, tatt med seg barnet sitt på 3–4 måneder. Elisa var opptatt av både kattungen og av den lille babyen: «Så nydelig han er! Er han din?» gjentok hun flere ganger om barnet og ville gjerne være i nærheten. Etter bare en kort stund med barn og kattunge lyste det av Elisas øyne, hun sang for seg selv, lo og hadde funnet tilbake til sitt vanlige gode humør. Dette er ett eksempel på hvordan det å være en del av et fellesskap på Skagstad kan bidra til å bedre helse, livskvalitet og kognitive funksjoner for eldre demente. Dette har også vært registrert hos andre brukere. En av de ansatte i hjemmesykepleien fortalte om en annen bruker: «Han er svært dement og har dårlig oversikt over det meste. Men onsdag kveld og torsdag morgon er han heilt klar og veit så godt at han skal til Skagstad. Sit og ventar og er ein heilt annan person enn elles i veka» (feltnotater). I forbindelse med Torsdagsklubben på Skagstad opplever man altså at flere av de som deltar blir gladere, kvikkere og har bedre hukommelse enn ellers i uka.

Når alle brukerne og de frivillige er på plass, serverer vertskapet te og gjerne en kakebit. Noen ganger går praten om det som måtte komme opp, og andre ganger har Eva og Ketil forberedt et spesifikt samtaleemne. For flere av brukerne er det av ulike grunner ikke så lett å selv henge seg på praten. Men gjennom en aktiv inkludering fra vertskapets side, med bruk av navn og gjerne i form av konkrete spørsmål om fortiden, eller noe man vet den enkelte kan noe om, deltar alle på en eller annen måte. Et eksempel var da forskeren, benyttet et dialektord fra Rogaland og Eva spurte en av

gjestene, som har arbeidet som lærer i all sin tid, om han med sin erfaring som norsklærer var kjent med ordet. Det kunne Knut svare på, som den kunnskapsrike fagpersonen han er. Eva fortalte at denne type spørsmål, til forskjell fra spørsmål om hva man gjorde dagen før, gir grunnlag for trivsel og mestring for mennesker med demens.

I tillegg til samtalen er såkalt «sittedans» et fast innslag på Torsdagsklubben. Sittedans er enkle koordineringsbevegelser som gjøres til musikk mens man sitter, slik begrepet tilsier. Deltakerne på torsdagsklubben deltar i sittedansen etter beste evne. Det blir god stemning av musikk og bevegelse. I tillegg spiller Ketil gjerne noen gamle sanger på gitaren. Tekstene deles ut og alle synger med, da det er sanger som de fleste kjenner godt fra tidligere. Mens gruppen er samlet i stuen bidrar gjerne vertskapet Eva og Ketil med en eller annen form for forberedt underholdning. En gang sang Ketil et humoristisk og spøkefullt stev, i fullt kostyme og med dramatisering, og i desember (2016) var det både Lucia-tog og julenisse på besøk. En annen gang leste Eva eventyret om den sjuende far i huset. Etter halvannen times tid i stuen flytter gjestene seg etter hvert inn på kjøkkenet.

På kjøkkenet lager gruppen mat i fellesskap. Eva og Ketil har planlagt måltidet, men alle bidrar i matlagingen. En torsdag lagde de neslesuppe og rabarbrasuppe. Folk satt ved bordet og skar opp rabarbra, mens praten gikk og Eva spurte om det var noen som hadde tradisjon for å lage neslesuppe. En annen gang ble det laget lutefisk. Gunvor rørte og smakte til ertestuingen, mens Eva spurte henne ut om hvordan hun pleide å lage ertestuingen sin. En annen gang hadde Ketil vært på havet og fisket dagen før. Gruppen laget torsk i form med grønnsaker og tomat. I tillegg forberedte Ketil «seikok», det vil si å trekke seien i vann og servere med kokt potet, på tradisjonelt vis. Alle var fornøyde med torskegryten, men flere av mennene satte særlig pris på seien. Tidligere, da deltakerne i gruppen var noe mindre svekket enn de er nå, hadde de også flere ganger vært ute på åkrene. En gang satt alle sammen på stoler i traktorhengeren og fikk bli med ut på jorden for å ta opp poteter selv. En annen gang, da det var blitt vanskelig å ha med folk ut på denne måten, tok de en kalv inn på stuegulvet. En av informantene vi intervjuet i prosjektet, som var deltaker på Torsdagsklubben, kom flere ganger i løpet av samtalen begeistret selv inn på fortellingen om denne kalven som hadde fått komme inn i stuen på Skagstad gård.

Etter middagen er det kaffe og kake eller dessert. Når været tillater det samler gruppen seg rundt utebordet på et av de lune stedene på tomten for å nyte den spektakulære utsikten og det koselige tunet. I to-, halv tretida er det på tide å dra hjem til sitt. Vertskapet følger selskapet ut og tar farvel, og de frivillige kjører brukerne hjem dit de skal, enten man skal til egen bolig på Engeløya, til en omsorgsbolig eller hjem til et rom på en av avdelingene på Steigentunet.

Å være til stede, observere og delta på Torsdagsklubben på Skagstad var en flott opplevelse for forskeren. Etter hvert besøk opplevde forskeren å være oppløftet, glad og energisk på grunn av god stemning, meningsfylt samvær og morsomme opplevelser. Ikke minst var det godt å se at alle deltakerne lyste av glede, smil og latter mens de var samlet. Under en røykepause på trammen med Arne og Leif, gjentok de gang på gang at det betydde så utrolig mye for dem å være der, og at de syntes at Eva og Ketil er sånne fantastiske mennesker.

I en samtale med Eva og Ketil om deres tanker om tiltaket, forklarte de hvordan deres intensjon var å skape en stemning av gjensidighet, vennskap og jevnbyrdighet under møtene på gården. I stedet for at de to skulle framstå som snille hjelpere for de stakkars svake eldre, ønsket de å tilrettelegge for at hver samling skulle ta mest mulig form som et hyggelig møte mellom gamle venner. Videre var det viktig for dem å ha overskudd til å se hver enkelt deltaker som den de er og som den de har vært, samt verdsette kompetansen og livserfaringen den enkelte har med seg, til tross for ulike svekkelser.

Kontrasten mellom disse timene på Skagstad, preget av sosialt samvær, fellesskapsfølelse, smil, latter, tilhørighet og bånd til fortiden, og den stillesittende og litt ensomme hverdagen som flere av informantene fortalte om (jf. kapittel 5), var slående. For deltakerne var torsdagstreffene på Skagstad gård nettopp et eksempel på det flere av informantene etterlyste i intervjuene, nemlig det å bli tatt med ut, ha noen å prate med og fylle dagen med meningsfulle opplevelser. Torsdagsklubben adresserer dessuten det behovet mange av våre informanter uttrykker i intervjuene, nemlig å bli sett som et helt menneske, for alt man har vært og fremdeles er, i stedet for å bli redusert til en hjelpetrengende og svekket person.

Engelen²¹

Wenche, som arbeider som hjemmehjelp i en av prosjektkommunene, er en av de ansatte som skiller seg ut som en særlig viktig person for flere av informantene (jf kapittel 6). Hun har lang erfaring i yrket og har knyttet relasjoner til flere brukere over tid. I Intervjuet fortalte hun om sin relasjon til en nå avdød kvinne, Ingebjørg. Wenche fortalte at hun hadde gått fast til Ingebjørg i mange år, og hvert hjemmebesøk var berammet til to timer. Det Wenche formelt skulle gjøre for Ingebjørg, var husvask. Men for dem begge var det sosiale samværet minst like viktig. En vår hadde Ingebjørg

²¹ Eksempelet Wenche samt problemstillinger knyttet til hvordan sosial omsorg kan ivaretas er en tematikk vi jobber videre med i en egen artikkel. Denne er under utarbeiding til et temanummer i Tidsskrift for omsorgsforskning («Hva er omsorg?», nr. 3/2018). Arbeidstitelen til denne artikkelen er: Hjemmehjelpens tause omsorgsarbeid.

fortalt at hun lengtet etter å se potetplantene gro i hagen: «Hun sa til meg at, Wenche, jeg vet ikke hva jeg skal gjøre. Jeg har jo den åkeren bak huset, men det er ingenting som vokser der!» Så jeg sa at «Det kan vi fikse. Jeg hjelper deg».

Ingebjørgs voksne barn mente at det bare var tøv at hun, deres gamle mor, skulle begynne å grave i jorden og sette poteter når det var så billig å kjøpe potene i butikken. Men, forklarte Wenche: «Det var jo hennes glede!» Wenche bestemte seg derfor for å bruke noe av den tildelte tiden med Ingebjørg ikke bare til forhåndsbestemte oppgavene, men også til, og til dels i stedet for, å sette potetknoller med spirer, for så at de sammen kunne ta opp potetene når tiden var inne. Så de satte poteter, de så plantene gro, og de høstet nypoteter, til stor glede for Ingebjørg. Den første sesongen ble avsluttet med et bedre middagsmåltid bestående av kokte nypoteter fra egen åkerflekk, kokt laks, agurksalat og en klatt rømme.

Etter noen år med dette som en hovedaktivitet i deres samvær, flyttet Ingebjørg til en omsorgsbolig. Wenche fortsatte som hjemmehjelp. I tilknytning til omsorgsboligen var det ikke noe potetland de kunne benytte seg av, men det var et lite blomsterbed foran stuevinduet der det var plass til åtte potetplanter. Wenche ordnet det slik at hun og Ingebjørg fikk satt potetknoller også der, og da potetplantene var klare for høsting, tok de dem opp sammen. Wenche tok med selv fisket laks, rømme og agurk, og sammen lagde de et festmåltid.

Til sist flyttet Ingebjørg på sykehjem. Da hadde hun ikke lenger hjemmehjelp, men Wenche opprettholdt kontakten. De to siste årene i Ingebjørgs liv kjøpte Wenche to tiliter bønner, som de hadde jord oppi. De plantet en potetplante i hver bønne som ble plassert ved vinduet. Potetplantene vokste og resulterte i noen selvdyrkede poteter som ble til meningsfulle måltider. «Så,» avsluttet Wenche, «man kan finne på noe med brukerne også, etter hvert som man blir kjent med dem ikke sant? Og de pårørende har kanskje ikke tid til å gjøre sånt, men vi kan gjøre det når vi har tid!»

Wenches fortelling illustrerer hvordan hun i sin arbeidshverdag bidro til å skape mening i en eldre kvinnes liv, gjennom å gjøre setting, vanning og høsting av poteter til et ritual. Det hele ble kronet med et årlig festmåltid med egendyrkede poteter, laks, rømme og agurksalat. Wenches «egentlige» jobb var å vaske for Ingebjørg. Det gjorde da også Wenche i mange år – først i Ingebjørgs eget hjem, og senere i hennes omsorgsbolig. Imidlertid hadde Wenche i sin arbeidshverdag såpass godt med tid og såpass stort rom for bruk av faglig skjønn, at hun i tillegg til, og noen ganger i stedet for vedtatte tjenester, også brukte tid på andre aktiviteter som den enkelte bruker fant meningsfulle.

Wenche fortalte om en annen fast bruker, Ingolf. Når hun dro til ham passet hun alltid på å ta med fire ferske fiskekaker: to til ham og to til seg selv. De spiste i felleskap etter at Wenche hadde gjort unna vaskingen. Ingolf hadde i alle år hatt ferske fiskekaker som kosemat, og nå la Wenche til rette for at denne viktige gleden i hverdagen kunne vedvare.

Wenches fortelling illustrere hvordan hun utfører arbeidsoppgavene hun har som kommunalt ansatte hjemmehjelp i dialog med brukeren selv. De eldre har vedtak på at enkelte oppgaver skal utføres, men Wenche tilpasser og gjør i tillegg en rekke oppgaver som går ut over vedtaket. Ved å dyrke poteter eller stelle i stand meningsfylte og sosiale måltider, bidrar hun på sitt vis med å imøtekomme informantenes behov for mening og samvær i hverdagen. Wenche møter dessuten sine brukere med anerkjennelse og respekt og på en måte som skaper kontinuitet mellom brukerens liv før og nå (Thorsen, 2003; Thorsen og Wærness, 1999). Det er noe svært verdifullt å lære av Wenche.

For flere av våre eldre informanter spilte ikke hjemmehjelpen en like sentral rolle som Wenche gjorde for Ingebjørg og Ingolf. Men hjemmehjelpen var for mange likevel oftest den kommunalt ansatte tjenesteyteren som hadde et navn, og hun var den man hadde en særlig god relasjon til, og hun var den man gledet seg til å få besøk av. Noen av de eldre fortalte dessuten at de skyndte seg å koste litt eller tørke litt over her og der med kluten slik at husvasken skulle gå så raskt som mulig sånn at man fikk ekstra god tid til kaffepraten.

Avslutning

Felles for eksemplene vi har trukket frem i dette kapittelet er at det skapes et rom der de eldre får oppleve tilknytning til det livet de har levd, i form av for eksempel potetdyrking, seikoking, gamle redskaper, måltider og at den kunnskapen og kompetansen de har trekkes frem og verdsettes. Slike praktiske og sanselige opplevelser vekker gode følelser og minner, samt skaper mening i hverdagen. For noen av de eldre står dette i sterk kontrast til en hverdag som er preget av at man mistrives med å sitte mye stille alene. Eksemplene vi har trukket frem i dette kapittelet har dessuten det til felles at hjelperne spør og lytter til det arbeidet de eldre selv har gjort gjennom et langt liv, alt fra hvordan de dyrket poteter til spørsmål om erfaringer fra arbeidslivet, og de viser på denne måten respekt for det enkelte mennesket. En annen fellesnevner er at hjelperne legger til rette for at de eldre selv, til tross for redusert førlighet, kan ta del i aktivitetene.

I både Steigen og Tana er det mange dyktige fagfolk i tjenesten og det finnes nok så mange tilbud som eldre kan delta på. Skagstad gård og Wenches arbeid illustrerer likevel særlig tydelig hvordan Eldres behov for sosial omsorg og fellesskap kan imøtekommes gjennom en kombinasjon av samvær, prat og aktiviteter som knytter sammen fortid og nåtid. Man kan vanskelig se for seg at alle hjemmehjelper vil ha Wenche sitt usedvanlige engasjement, eller at alle skal kunne få et tilbud som Torsdagsklubben, men et fokus på meningsfylt samvær, fellesskap, praktiske og sanselige aktiviteter samt det at man ser den enkelte som et helt menneske, er dimensjoner som i større grad kan vektlegges i det daglige arbeidet i den kommunale eldreomsorgen. I det neste og avsluttende kapittelet vil vi presentere noen forslag til løsninger og grep som kan bidra til nettopp å komme nærmere en slik ambisjon.

8. Innovative forslag for et mer helhetlig omsorgstilbud

Grep for å ivareta omsorgens sosiale dimensjon

Vi ønsker å bidra til bedre ivaretagelse av sosial omsorg i den hjemmebaserte eldreomsorgen i Norge. I dette kapittelet vil vi derfor komme med noen forslag som kan bidra til organisatorisk innovasjon. Det er imidlertid viktig at organisatoriske grep må kobles sammen med en holdningsendring for at de skal virke. Det vil si at det er viktig at man i tiden som kommer, på ulike nivå, velger å løfte frem at den kommunale hjemmetjenesten ikke bare skal ivareta brukernes helsemessige og praktiske behov, men også deres behov for sosial kontakt og meningsfull hverdag, slik at flere opplever trivsel og trygghet i hverdagen. Vi håper at våre forslag blir forstått som inspirasjon til å prøve ut nye løsninger for å utvikle enda bedre hjemmetjenester for eldre med større eller mindre bistandsbehov. Siden utfordringene vi har identifisert i denne studien neppe er særegne for Steigen og Tana, håper vi at også andre norske kommuner som ønsker å forbedre omsorgstjenester til sine eldre innbyggere finner forslagene interessante.

Bedre miks mellom helse- og sosialfaglig yrkeskompetanse

Ikke alle eldre brukere har et stort behov for sosial omsorg. Mange bor sammen med sin nære familie og har god kontakt med sine venner. For disse brukerne er det viktig å ivareta helsefaglige samt praktiske omsorgs- og bistandsbehov. For andre brukere, gjerne blant dem som bor alene, kan det imidlertid være vanskelig å opprettholde kontakt med omverden, og det kan være tilnærmet umulig for dem å få nye omgangsvenner når personer i eget nettverk dør. Noen av disse brukerne har behov for sosial omsorg, men per i dag er det slik at ivaretagelse av sosiale omsorgsbehov, selv om det er nedfelt i lovs form, i relativt liten grad vedtaksfestes og ivaretas i den hjemmebaserte omsorgen.

For å motvirke noen ulemper som et ensidig helsefaglig perspektiv kan medføre, vil vi derfor i tråd med Skatvedt og Norvoll (2016) oppmuntre til å etablere bedre vilkår for ivaretagelse av eldre brukeres sosiale behov i dagens kommunale hjemmetjenester. Ett grep kan være å legge større vekt på det sosiale som en integrert del av det sykepleiefaglige arbeidet. Ett annet kan være å dra vekslers også på sosialfaglig yrkeskompetanse i det kommunale tjenestetilbudet for eldre brukere. Dette vil kunne bidra til et bedre og mer helhetlig omsorgstilbud i tråd med intensjonene i Loven om

kommunale helse- og omsorgstjenester fra 2012. En slik faglig miks kan for det første bidra til å bedre forankre bevisstheten om at sosial omsorg er en like viktig del i et helhetlig omsorgstilbud som den pleieorienterte og praktiske omsorgen. For det andre kan det forventes at en tverrfaglig helse- og sosialfaglig teamsammensetning fører til et skjerpet profesjonelt fokus på sosial omsorg og derigjennom kontinuitet ikke bare i tjenester, men også i relasjoner og aktiviteter. For det tredje kan sosialfaglige perspektiver i eldreomsorgen fungere som en viktig brobygger mellom den kommunale omsorgstjenesten og frivillig sektor.

Viktigheten av å få informasjon om aktiviteter og tilbud ut til målgruppene

Vi har i rapporten dokumentert at det i begge undersøkelseskommuner eksisterer et bredt tilbud av aktiviteter og sosiale møtesteder som er åpne for eldre innbyggere med ulik grad av fysiske og mentale funksjonsevner. Samtidig har vi gjort oppmerksom på at deler eller helheten av disse tilbudene ikke var kjent blant de ansatte i hjemmetjenesten, blant representanter for organisasjoner i frivillig sektor og, ikke minst, heller ikke blant en del brukerne selv. Særlig for brukerne er det vanskelig å finne fram med et slikt «informasjonspuslespill», ikke minst i lys av at dette er snakk om geografisk store kommuner hvor det kan kreve en del logistikk for å organisere transport.

Vi anbefaler derfor å utarbeide en aktivitetskalender der alle tilbud som er åpne eller som henvender seg spesielt til eldre innbyggere er samlet. Denne aktivitetskalenderen bør være utarbeidet i tett samarbeid mellom den kommunale omsorgstjenesten og aktuelle frivillige organisasjoner. Tilbud fra frivillig sektor er avhengig av «ildsjeler». Dette sørger for stort engasjement, samtidig med at slike tilbud er sårbare når disse «ildsjelene» av en eller annen grunn faller fra. Vi anbefaler derfor å legge det redaksjonelle ansvaret og knutepunktsfunksjonen til en navngitt person i den kommunale omsorgstjenesten. På denne måten kan det best sikres at kontinuiteten er ivaretatt (jf. Hillestad, 2015). Distribusjonen bør skje både muntlig og i papirform via hjemmebesøkene til den kommunale omsorgstjenesten, via nettverkene til de frivillige organisasjonene og, i digitalt format på kommunens egen hjemmeside. På denne måten kan det sikres at informasjon om aktuelle arrangement når de ulike brukergruppene. Fordi eldre innbyggere er en svært sammensatt gruppe med tanke på funksjonsnivå, bør aktivitetskalenderen også gi informasjon om hvem ulike aktiviteter og arrangement henvender seg til. Siden en del eldre er avhengig av skyss bør en slik informasjonskalender også gi informasjon om og hvordan (kollektiv) transport er organisert.

Styrke primærkontaktfunksjonen for bedre oversikt over den eldres totalsituasjon

Denne studien har vist at det er viktig å tilrettelegge for kontinuitet i tjenester, relasjoner og aktiviteter. Her kan primærkontaktfunksjonen spille en viktig rolle. Begge undersøkelseskommuner har primærkontakter formelt sett, men vi oppfatter at dette er et begrep som må fylles med et langt mer konkret innhold.

Vi anbefaler å etablere klare kommunikasjonslinjer og kontaktflater mellom de ansatte i den kommunale hjemmetjenesten, inkludert hjemmehjelpen, fastlegen, pårørende og eventuelt andre relevante aktører som støttekontakten. Primærkontakten bør ha oversikt over brukerens totale situasjon, inkludert hvem som er involvert i den eldres nettverk, hvem som bidrar med tjenester og hjelp og hva disse tjenestene og denne hjelpen består i, osv. Vår studie viser at en del eldre som får mye uformell omsorg fra familiemedlemmer kan være sårbare dersom disse omsorgsgiverne skal på ferie, bestemmer seg for å flytte, eller av andre grunner må trekke seg ut av et omfattende omsorgsarbeid. Dette er faktorer som primærkontakten bør ha oversikt over.

Det kan føyes til at en del kommuner ikke bare mangler en reell primærkontakt til sine brukere, en del ledere i kommunale hjemmetjenester mener dertil at kontinuitet og kvalitet i tjenestene ikke nødvendigvis har noe med relasjon ansatt–bruker å gjøre. Flere av lederne i den kommunale hjemmetjenesten i Gjevjons studie forklarer at de ikke synes at primærkontaktsystemet har noe for seg, og at de tvert imot påpeker at «faglig sett er det godt å bytte pasienter» (Gjevjon 2009, s. 50). Gjevjon viser dessuten at flere ledere av kommunal hjemmetjeneste ikke bare lar være å innføre primærkontaktsystem, og ikke bare må de ansatte gi tjenester til et høyt antall brukere: *i tillegg* praktiseres rullering av hele personalet hver tredje måned, altså at personalet jevnlig bytter sone / brukere! (ibid.) Vår studie tyder på at flere av de eldre synes det er slitsomt å måtte forholde seg til et høyt antall pleiere, og at kontinuitet i både tjenester og relasjoner synes å være foretrukket av brukerne selv.

Tettere samarbeid mellom ansatte i hjemmetjenestene

Hjemmehjelpsyrket sliter i dag med dårlig rekruttering, med høyt sykefravær og høyt frafall. Det gjelder delvis også Tana og Steigen hvor denne studien ble gjort. Det bør tas grep for å gjøre hjemmehjelpsyrket mer meningsfullt. Forskning viser at hjemmehjelpere flest ønsker å ikke bare være renholdsarbeidere, men heller å være sosiale omsorgsarbeidere som også gjør rent (Andersen, 2008; Christensen, 1997, 1998; Szebehely, 2006; Thorsen, 2003). Tidligere var det slik i mange kommuner at hjemmehjelpene gjorde oppgaver relatert til både praktisk bistand person og praktisk bistand husholdning. I Sverige og Danmark er det fortsatt slik. Tana og Steigen

kommuner ser ut til å organisere hjemmehjelpstjenesten på en god måte i den forstand at hjemmehjelpen får relativt raust med tid til hver av sine brukere og i den forstand at de har relativt stor fleksibilitet i måten de disponerer tiden hos den enkelte brukeren. Men hjemmehjelpenes arbeidsoppgaver er fortsatt konservativt avgrenset, og det er bare helt unntaksvis at en hjemmehjelp får i oppdrag å bistå en bruker med kroppsvask eller påkledning, og som nevnt over er det ingen formaliserte møtepunkt mellom hjemmehjelpstjenesten og hjemmesykepleien i disse kommunene. Kanskje vil det gi økt trivsel til hjemmehjelpene og bedre tjenester til brukerne dersom man bestemte seg for å (igjen) styrke kontakten mellom hjemmesykepleien og hjemmehjelpen, samt utvide hjemmehjelpenes myndighets- og ansvarsområde til å også omfatte praktisk bistand person (kroppsvask, av- og påkledning, hjelp til innkjøp og måltider) samt sosial omsorg?

Tettere samarbeid mellom kommunale hjemmetjenester og frivillig sektor

Vi vil anbefale å jobbe målrettet med å konsolidere kontakten mellom hjemmetjenesten og frivillige organisasjoner, f.eks. gjennom halvårlige, gjensidige informasjonsmøter der ledere og brukernes primærkontakter i hjemmetjenesten informerer hverandre om pågående aktiviteter. En annen mulighet hadde vært å arrangere «matchmakingmøter» der primærkontaktene presenterer sine brukeres spesielle behov (om nødvendig i anonymisert form) og der organisasjonene presenterer tilbud som er egnet for de ulike brukerinteresser. Resultatet av en slik «matching» av behov og tilbud burde da primærkontaktene formidle videre til sine brukere.

Et nytt hjem i kommunal leilighet eller i omsorgsbolig

Denne studien viser at de eldre, etter å ha flyttet til en omsorgsbolig eller til en kommunal og lettstelt leilighet i mer sentrale strøk, er innstilt på å skape seg et nytt hjem. Når politikken går i retning av å tilrettelegge for å bo lengst mulig i eget hjem er det viktig at man også er bevisst på, og utformer politikk inn mot at den eldre *hjem* ikke trenger å være den boligen hvor man har bodd i mesteparten i sitt liv. I stedet kan det for en del eldre være mer ønskelig å flytte til en leilighet eller en omsorgsbolig. En ny bolig kan også bli et nytt *hjem* for den eldre, og i en del tilfeller et tryggere og bedre hjem gitt den enkeltes livssituasjon. Det er derfor viktig at det legges til rette for at de som trenger det, kan få mulighet til å bosette seg i nærheten av tjenestetilbud, møteplasser, relasjoner og aktiviteter.

Forebyggende arbeid – gjerne gjennom systematiske hjemmebesøk²²

En del kommuner, inkludert våre undersøkelseskommuner, vurderer om det kan være formålstjenlig å satse mer på forebygging og aktivering. Erfaringer fra Sverige og Danmark viser ifølge Daatland og Veenstra (2012, s. 193) at man kan ha positiv effekt av å satse på forebygging og rehabilitering (hjelp til selvhjelp), men at dette forutsetter kompetent personale. Økonomisk kan det ifølge disse forskerne være snakk om omtrent 10 % gevinst i utgifter per bruker, noe som må sies å være substansielt (ibid.).

Vi anbefaler, i lys av funnene i denne studien, å gjennomføre forbyggende hjemmebesøk som en del av det kommunale tjenestetilbudet. Det kan defineres som «besøk i den eldres hjem med det formål å styrke den eldres mulighet for egen mestring og bevare funksjonsnivået lengst mulig» (Førland mfl., 2015, s. 121). Kun omlag en fjerdedel av norske kommuner tilbyr dette per i dag (ibid.). Blant de større kommunene er andelen større, mens andelen småkommuner som tilbyr dette er lavere. Årsaken som oppgis av kommuner som ikke tilbyr dette er typisk at man mangler ressurser eller kompetanse på dette (Førland, Skumsnes, Teigen, og Folkestad, 2015). Av kommunene som tilbyr forebyggende hjemmebesøk, har halvparten av kommunene verken tilbud om eller krav til en særskilt opplæring til dem som tilbyr hjemmebesøkene.

Bakgrunnen for at nettopp forebyggende hjemmebesøk er blitt et tema er at stadig flere får aldersrelaterte utfordringer. Dette øker betydningen av forebyggende og helsefremmende arbeid som kan legge til rette for å hjelpe eldre med å opprettholde sine funksjoner, sin livskvalitet og for å være selvhjulpen og ha et meningsfylt liv så lenge som mulig. Verken Steigen eller Tana tilbyr per i dag forebyggende hjemmebesøk til eldre innbyggere. Men i de kommunene som gjennomfører dette, tilbys forebyggende hjemmebesøk til innbyggere som har passert en viss alder (typisk 75–77 år). Den eldre får da først et brev og deretter en telefon med spørsmål om de vil ta imot en person fra kommunens helse- og omsorgstjeneste for en samtale. Hjemmebesøket skal normalt gjennomføres av en person, for eksempel sykepleier, sosialarbeider eller fysioterapeut, ideelt med både kompetanse på aldring og på samtalemetodikk. Samtalene dreier seg gjerne om temaene aldring, helse, fysisk og sosial aktivitet, fallforebygging, ernæring, sikkerhet i hjemmet, tilrettelegging av boligen og omsorgsteknologi, samt ikke minst: rådgivning og informasjon om kommunale sosiale og pleietjenester. Se vedlegg 1 for mer informasjon om forebyggende hjemmebesøk.

²² En film som viser hvordan slike hjemmebesøk kan gjennomføres finnes på følgende lenke:
<https://www.youtube.com/watch?v=uthz9ZYSPOk>

Avrundning

Rapporten har vist at behovet for økt fokus på sosial omsorg er noe som påpekes både av eldre brukere, pårørende, medarbeidere i hjemmetjenesten samt av representanter for frivillig sektor. Vi har dokumentert at de ansatte i hjemmetjenesten har ulike oppfatninger omkring hvorvidt de tenker at sosial omsorg er noe som de selv skal bidra til å imøtekomme. Dette henger trolig sammen med manglende vedtaksfesting av tjenester som har som formål å ivareta brukernes sosiale behov. Samtidig er det per i dag slik at nøkkelkompetanser innen sosial omsorg ikke nødvendigvis er tilstrekkelig forankret i utdanningene til helsefagarbeiderne og sykepleierne. Vi håper at denne rapporten på ulike måter vil bidra til å skape bedre vilkår for ivaretagelse av sosial omsorg i den hjemmebaserte eldreomsorgen i Norge.

Referanser:

- Alvsvåg, H. og Tanche-Nilssen, A. (1999). *Den skjulte reformen. Om mestring og omsorg i et hjemmebasert hjelpeapparat*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Andersen, M. (2008). *Fra hjemmehjelp til vaskehjelp? Om taylorisering av hjemmehjelpsarbeid*. (Masteroppgave i sosiologi), Universitetet i Bergen,
- Birkeland, A. og Natvig, G. K. (2008). Eldre som bor alene og deres erfaringer med hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 10(2), 3–14.
- Blix, B.H. og Hamran, T. (2017a). Frivillige et virkemiddel til å takle eldrebølgen. *Nordlys*, s. 10.
- Blix, B.H. og Hamran, T. (2017b). 'When the saints go marching in': constructions of senior volunteering in Norwegian government white papers, and in Norwegian senior volunteers' and health-care professionals' stories. *Ageing & Society*, p. 1-30. doi:doi.org/10.1017/S0144686X17000046
- Bäck, M.A., og Calltorp, J. (2015). The Norrtaelje model: a unique model for integrated health and social care in Sweden. *International Journal of Integrated Care*, 15(6).
- Christensen, K. (1997). *Omsorg og arbejde. En sociologisk studie af ændringer i den hjemmebaserede omsorg*. (Afhandling for dr.polit.graden), Universitetet i Bergen, Bergen.
- Christensen, K. (1998). Andre-orientering og offentligt omsorgsarbejde. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 1(2), 82–96.
- Daatland, S.O. (2012). Aldringen av befolkningen og eldreomsorgen - hensikten og problemstillingene. I S. O. Daatland og M. Veenstra (red.), *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen* (pp. 17-24). Oslo: NOVA, Rapport 2/12.
- Daatland, S.O., Høyland, K. og Otnes, B. (2015). Scandinavian Contrasts and Norwegian Variations in Special Housing for Older People. *Journal of Housing For the Elderly*, 29(1-2), 180–196.
- Daatland, S. O. og Otnes, B. (2015). Institusjon eller omsorgsbolig? *Samfunnsspeilet / SSB*(3), 15–22.
- Daatland, S. O. og Veenstra, M. (2012a). Bærekraftig omsorg? En dynamisk balanse mellom familien og velferdsstaten. In S. O. Daatland og M. Veenstra (Eds.),

- Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen* (pp. 187-196). Oslo: Nova, Rapport 2/12.
- Daatland, S. O. og Veenstra, M. (2012b). Lokale variasjoner i eldreomsorgen. I S. O. Daatland og M. Veenstra (red.), *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. Oslo: NOVA, Rapport 2/12.
- Esping-Andersen, G. (1989). The Three Political Economies of the Welfare State. *Canadian Review of Sociology*, 26(1), 10-36.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity.
- Esping-Andersen, G. (2009). *The Incomplete Revolution: Adapting to Women's New Roles*. Cambridge: Polity Press.
- Evjen, B. og Hansen, L. I. (2008). *Nordlands kulturelle mangfold: etniske relasjoner i historisk perspektiv*. Oslo: Pax.
- Førland, O., Fagertun, A., Hansen, R. og Kverndokk, S. (2017). *Normtider til besvær. Rapport 4/2017*. Retrieved from Bergen:
- Førland, O., Skumsnes, R., Teigen, S. og Folkestad, B. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Utbredelse, diffusjonsprosesser og spredning. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(2), 119–130.
- Gautun, H. (2007). Hvordan gjøre det lettere for senioren å kombinere jobb med omsorg og gamle foreldre? *Søkelys på arbeidslivet*, 24(1), 5–14.
- Gilleard, C. og Higgs, P. (2011). Ageing abjection and embodiment in the fourth age. *Journal of Aging Studies*, 25(2), 135–142.
- Gjevjon, E.R. (2009). *Kontinuitet i hjemmetjenesten - en foreløpig rapport basert på intervjuer med tjenestemottakere, pårørende og ledere*. Retrieved from Rapport 2/2009 ved Høgskolen i Gjøvik: Senter for omsorgsforskning Østlandet:
- Gjevjon, E.R. (2014). *Continuity in long-term home health care. Perspectives of managers, patients and their next of kin*. (PhD), University of Oslo, Oslo. (Unipub, no. 1762)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted – til rett tid. Stortingsmelding 47 (2008-2009)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet (2012). *Kartlegging av individuelle planer i landets kommuner*. Oslo: Rambøll.
- Hem, E. (2012). Styr unna moteordene. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 132(9), 1128–1129. doi:10.4045/tidsskr.12.0361

- Hernes, H.M. (1998). Kvinners medborgerskap i den skandinaviske velferdsstaten. In A.-H. Nagel (Ed.), *Kjønn og velferdsstat* (pp. 85–115). Bergen Alma mater.
- Higgs, P. og Gillear, C. (2014). Frailty, abjection and the 'othering' of the fourth age. *Health Sociology Review*, 23(1), 10–19.
- Higgs, P. og Gillear, C. (2015). *Rethinking old age. Theorsing the fourth age*. London: Palgrave.
- Hillestad, E. (2015). Opplæring av frivillige og frivillighetskoordinatorer. I L. H. Jensen (red.), *Frivillighet i omsorgssektoren* (pp. 111–122). Tønsberg: Aldring & Helse. Nasjonalt kompetansesenter.
- Holmøy, E. og Kjelvik, J. (2013). Plassering av den norske helsesektoren i tid og rom. I J. Ramm (red.), *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester* (pp. 13–26). Oslo - Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Huseby, B.M., og Paulsen, B. (2009). *Eldreomsorgen i Norge: helt utilstrekkelig eller best i verden?* Retrieved from Trondheim:
- Høie, M.M. (2005). Diskriminering og fordommer av eldre i lys av sosial identitetsteori og sosial dominanst teori. *Vård i Norden*, 78(4), 56–59.
- Jacobsen, F.F. (2015). Understanding public elderly policy in Norway: A narrative analysis of governmental White papers. *Journal of Aging Studies*, 199–205. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2015.04.006>
- Jakobsen, S.E. (2016). Innovasjon er mer enn profittmaksimering. *BT Innsikt*. Retrieved from <http://innsikt.bt.no/innovasjon-er-mer-enn-profittmaksimering/>
- Johnson, M.L. (red.) (2005). *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kassah, B.L.L. og Tønnessen, S. (2016). Samhandling i kommunale helse- og omsorgstjenester – en studie av hjemmesykepleieres erfaringer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(4), 342–358.
- Kjellehold, A. (2012). Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester – verdivalg og rettslig regulering. *Tidsskrift for erstatningsrett*, 9(1/2), 15–42.
- Kjelvik, J. og Mundal, A. (2013). Utgifter til eldres helse og omsorg. I J. Ramm (red.), *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester* (pp. 39–48). Oslo – Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå.
- Klette, T., Kleiven, T., Kalfoss, M. H., Halvorsrud, L. og Owe, J. (2016). Omsorgen i innhold og mangfold. Fenomenet omsorg sett fra et flerfaglig perspektiv. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(1), 12–23.

- Lewinter, M. (2003). Udviklingen i hjemmehjælp i Danmark: et casestudie i velfærdsstatens omstrukturering. *Nordisk Sosialt Arbeid*, x(1), 5–11.
- Moran-Ellis, J., Alexander, V. D., Cronin, A., Dickinson, M., Fielding, J., Slaney, J. og Thomas, H. (2006). Triangulation and Integration: Processes, Claims and Implications. *Qualitative Research*, 6(1), 45–59.
- Mørk, E. (2013). Hjemme så lenge som mulig. In J. Ramm (red.), *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester* (pp. 63-68). Oslo, Kongsvinger: SSB, Statistiske analyser.
- Norges forskningsråd. (2012). *Flere aktive og sunne år*. Oslo: Norges forskningsråd.
- NOU 2011:11. *Innovasjon i omsorg*. Retrieved from Oslo: Helse og omsorgsdepartementet:
- Otnes, B. (2012). Utviklingslinjer i pleie- og omsorgstjenestene. In S. O. Daatland og M. Veenstra (Eds.), *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen* (pp. 57-78). Oslo: NOVA Rapport 2/12.
- Otnes, B. (2013). Familieomsorg - fortsatt viktig. In J. Ramm (Ed.), *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester* (pp. 85-92). Oslo - Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Otnes, B. (2015). Utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1994–2013. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(1), 48-61.
- Phoenix, C. og Sparkes, A. C. (2009). Being Fred: big stories, small stories and the accomplishment of a positive ageing identity. *Qualitative Research*, 9(2), 219-236.
- Skaar, R., Fensli, M. og Söderhamn, U. (2010). Behov for praktisk hjelp og sosial kontakt. En intervjustudie blant hjemmeboende eldre i Norge. *Sykepleievitenskap*, 30(2), 33-37.
- Skatvedt, A.H. og Norvoll, R. (2016). Hverdagsresponsivitet - Et situasjonelt perspektiv på omsorgsarbeid og eldre med psykiske helseproblemer. I C. E. B. Neumann, N. Olsvold, og T. Thagaard (red.), *Omsorgsarbeidets sosiologi* (pp. 107–129). Oslo: Fagbokforlaget.
- Szebehely, M. (2005). Äldreomsorger i Norden - verksamhet, forskning og statistik. In M. Szebehely (Ed.), *Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt. TemaNord 2005:508* (pp. 21-52). København: Nordiska Ministerrådet.
- Szebehely, M. (2006). Omsorgsvardag under skiftande organisatoriska villkor. En jämförande studie av den nordiska hemtjänsten. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 8(1), 49–66.
- Taube, E., Jakobsson, U., Midlöv, P. og Kristensson, J. (2016). Being in a Bubble: the experience of loneliness among frail older people. *Journal of Advanced Nursing*, 72(3), 631-640. doi:10.1111/jan.12853

- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (4 ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thorsen, K. (2003). Kjønn, makt og avmakt i omsorgstjenestene. I L. W. Isaksen (red.), *Omsorgens pris. Kjønn, makt og marked i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thorsen, K. og Wærness, K. (Eds.). (1999). *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Tønnessen, S. og Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning*, 3(7), 280–285.
- Vabø, M. (2012). Norwegian home care in transition - heading for accountability, off-loading responsibilities. *Health and Social Care in the Community*, 20(3), 283–291. doi:doi: 10.1111/j.1365-2524.2012.01058.x
- Vike, H., Debesay, J. og Haukelien, H. (2016). Betingelsene for profesjonsutøvelse i en velferdsstat i endring. I H. Vike, J. Debesay, og H. Haukelien (red.), *Tilbakeblikk på velferdsstaten. Politikk, styring og tjenester* (pp. 14–39). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wanless, D. (2006). *Securing Good Care for Older People: Taking a long-term view*. London: The Kings Fund.
- Widerberg, K. og Bolstad, K. (2001). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt : en alternativ lærebok*. Oslo: Universitetsforl.
- Wilińska, M. (2012). Is There a Place for an Ageing Subject? Stories of Ageing at the University of the Third Age in Poland. *Sociology*, 46(2), 290–305.
- Wærness, K. (1984). The Rationality of Caring. *Economic and Industrial Democracy*, 5(x), 185-211.
- Wærness, K. og Ringen, S. (1987). Women in the welfare state: the case of formal and informal old-age care. *International Journal of Sociology*, 16(3-4), 161–173.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Kort om forebyggende hjemmebesøk

Med utgangspunkt i Idéhåndboken²³ som er utviklet for kommuner som ønsker å starte med forebyggende hjemmebesøk vil vi helt kort trekke frem følgende lærdommer:

- Hensikten: Før man bestemmer seg for å innføre forebyggende hjemmebesøk, er det viktig å avklare hovedhensikten med tilbudet. Er det å få en oversikt over hvem som trenger hjelp? Er det å forteller de eldre hva som finnes av sosiale tilbud og omsorgstilbud i kommunal og frivillig (og privat) regi, samt gi informasjon om hva som finnes av hjelpemidler fra hjelpemiddelsentralen? Er det å samtale om hvordan man kan tilpasse boligen for alderdommen? Eller det å gi «et navn og en åpen dør» slik at det skal bli lettere for de eldre å selv henvende seg til kommunen når man eventuelt begynner å trenge hjelp? Eller er det å gjennomføre en individuell ressursfokusert helsesamtale om grep man kan gjøre i forhold til mat, aktivitet og gode øvelser man kan gjøre for å fremme fysisk styrke, balanse og god helse?
- Definere målgruppen: Når hovedhensikten med tilbudet er definert, kan man bestemme seg for målgruppen for tilbudet (typisk alle som fyller 75 eller 77 år inneværende år). Deretter kan man planlegge videre; avklare forankring og organisering inkludert personell og plassering i kommunen; lage et informasjonsbrev som speiler hensikten med tilbudet; samt planlegge hvilke konkrete målsetninger man har med tilbudet og hvordan disse skal evalueres.
- Helsefremmende fokus: Tidligere har det kanskje mest vekt på å avdekke sykdom og hjelpebehov. Det er fortsatt viktig, men enda viktigere nå er ofte å ha et mer helsefremmende fokus, slik at man bruker samtaleteknikker der man ut fra den enkeltes helsesituasjon, personlighet og forutsetninger prøver å motivere til å gjøre konkrete grep som kan være nyttige for vedkommende. Kanskje gå en daglig tur, gjøre enkle styrkeøvelser, melde seg på en turgruppe og en styrketreningsgruppe, gjøre balanseøvelser for å unngå fall i årene som kommer, osv.
- Kompetanse: Den som gjennomfører forebyggende hjemmebesøk bør ha helse- eller sosialfaglig grunnkompetanse samt kunnskap om geriatri, motiverende samtaleteknikk (eller tilsvarende) og forebyggende arbeid. Personlig egnethet er viktig.

²³ Finn pdf-fil ved å søke «idéhåndbok forebyggende hjemmebesøk til eldre» eller finn den på følgende side: <http://www.utviklingssenter.no/ny-idehaandbok-i-forebyggende-hjemmebesok-for-eldre.5757758-176140.html>

- Kommunens ansvar: Det er viktig før tilbudet etableres at man avgjør organisering og ressursbruk, planlegger for opplæring, legger til rette for tverrfaglig (eventuelt interkommunalt) samarbeid, osv.
- Gjøre tilbudet kjent: Når tilbudet er etablert, er det viktig å gjøre dette kjent, gjennom for eksempel pensjonistforeningen, radio og lokalavis, oppslag på tavler som leses, osv. Det er viktig å lage en enkel brosjyre som presenterer hva forebyggende hjemmebesøk er og hensikten med tiltaket. Denne brosjyren må legges ved invitasjonsbrevet når dette sendes ut til hver enkelt. I invitasjonsbrevet er det viktig å sette opp tidspunkt for besøket. Den eldre kan ta kontakt om man ikke ønsker besøk, eller om man ønsker å endre tidspunktet. Ring noen dager i forkant for stadfeste avtalen.
- Selve besøket: Når selve besøket gjennomføres, er en god, åpen samtale avgjørende. Det er lurt å ha med en «sjekklister» over mulige tema å ta opp, men tilpasse sjekklister den enkelte. De vanligste temaene å ta opp er sikkerhet i hjemmet, boforhold og hjelpemidler, omsorgsteknologi (sensorer), aktiviteter og tilbud i nærmiljøet eller kommunen, fysisk helse og aktivitet, sosial omgang / nettverk, ernæring, medikamentbruk og psykisk helse. Det er viktig å bruke faglig skjønn er viktig for å fange opp signaler. Idéhåndboken anbefaler videre å sette av minimum en time til hver samtale.
- Oppfølging: Det vil være ulike behov for oppfølging. Den som gjennomfører hjemmebesøket må gjøre en vurdering og være tydelig på hvem som skal få hva. Dette kan gjerne oppsummeres i en egen telefonsamtale et par dager etter besøket, slik at man ikke skaper brutte forventninger.
- Dokumentasjon: Forebyggende hjemmebesøk regnes som helsehjelp og skal dokumenteres i henhold til pasientjournalforskriften. Kommunen avgjør hva som er relevante og nødvendige opplysninger.