

Store hjelpemidler i hjemmet – et paradigmeskifte?

En kvalitativ studie av hvordan helsearbeidere opplever endring i deres kliniske hverdag etter Samhandlingsreformen.

Gunnbjørg Furuset



Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap

HØGSKOLEN I BUSKERUD OG VESTFOLD

15.09.2014



FAKULTET FOR HELSEVITENSKAP

Papirbredden, Drammen Kunnskapspark

Grønland 58

3045 DRAMMEN

Navn: Gunnbjørg Furuset	Dato: 15.09.2014
Tittel og undertittel: Store hjelpemidler i hjemmet – et paradigmeskifte? En kvalitativ studie av hvordan helsearbeidere opplever endring i deres kliniske hverdag etter Samhandlingsreformen.	
Sammendrag: Bakgrunn: Satsning på at alle skal kunne bo i eget hjem så lenge som mulig, fører til at et økende antall eldre personer skal mestre sin hverdag med bistand fra hjemmetjenesten. Skrøpelige eldre personer som er avhengig av daglig bistand, er sårbare for de endringer som bruk av store hjelpemidler som pleieseng, rullestol og personløfter fører til. Hensikt: Å bidra til økt kunnskap om hvordan sykepleiere og helsefagarbeidere i hjemmetjenesten vurderer og erfarer bruk av store hjelpemidler hos hjemmeboende, eldre personer. Teoretisk forankring: Referanserammen tar utgangspunkt i resultater fra tidligere forskning som viser at bruk av hjelpemidler er viktig for å kunne utføre verdige helsetjenester i hjemmet. Hjelpemidler kan fremme autonomi og selvstendighet, samtidig som det kan føre til tap av autonomi og økt avhengighet til hjelpeapparatet. Tilrettelegging med hjelpemidler er komplekst og fordrer samarbeid mellom personen, formidler og omgivelser. Metode: Studien har et kvalitativt, deskriptivt og fortolkende design. Datainnsamlingen ble gjennomført gjennom fem fokusgruppeintervju med til sammen 23 informanter. Lydopptak av intervjuene ble transkribert i sin helhet og analysert i tråd med innholdsanalyse utarbeidet av Graneheim og Lundman (2004). Metoden for analyse av datamaterialet er inspirert av Paul Ricoeurs (1992) teksttolkningsteori. Resultat: Helsearbeiderne erfarer at sengen har en sterk betydning for mange eldre personer, noe som fører til vegring hos den eldre for den endring det er å bytte ut egen seng med pleieseng. Dette beskriver helsearbeiderne som en dikotomi mellom hjemmet som hjem og arbeidsplass. Videre vurderer helsearbeiderne at bruk av store hjelpemidler som pleieseng, rullestol og personløfter ofte hemmer eldre personers helse mer enn å fremme helse og funksjon. Samtidig er tilgjengelighet til store hjelpemidler en nødvendighet for helsearbeiderne for utøvelse av helsehjelpen. Helsearbeiderne vurderer at den eldre personens delaktighet i prosessen med å få store hjelpemidler inn i hjemmet er variabel. Helsearbeiderne erfarer at fokus er endret etter innføring av Samhandlingsreformen. Raskere utskriving fra sykehus fører til press på tjenesten. Konklusjon: Helsearbeidere erfarer at det er vanskelig å kombinere kravene om rask utskriving fra sykehus og økt fokus på tilrettelagt arbeidsplass med å kunne gi en verdig helsehjelp til eldre personer i hjemmet. Resultatet er at mange skrøpelige eldre kommer hjem fra sykehus til pleieseng og andre hjelpemidler plassert i hjemmet uten at de selv har vært delaktige i denne prosessen.	
Nøkkelord: hjemmetjenesten, skrøpelige eldre, hjemmet, store hjelpemidler, sengens betydning, Samhandlingsreformen	



FACULTY OF HEALTH SCIENCES

Papirbredden Drammen Kunnskapspark

Grønland 58

3045 DRAMMEN

Name: Gunnbjørg Furuset	Date: 15.09.2014
Title and subtitle: Large assistive devices in the home – a paradigm shift? A qualitative study of how health workers experience change in their clinical everyday life after the Norwegian Coordination Reform.	
<u>Summary:</u> Background: Focus has been that everyone should be able to live in their own home for as long as possible. This leads to an increasing number of elderly having to manage to live their everyday lives with the assistance of the home care services. Frail elderly dependent on assistance on a daily basis are vulnerable for the changes caused by the use of large assistive devices like nursing beds, wheelchairs and lifters. Goal: To contribute to an increased knowledge on how nurses and health workers in the home care services consider and experience the use of large assistive devices with elderly living in their own home. Theoretical foundation: The frame of reference is based on results from previous research that shows that the use of assistive devices is important in order to be able to perform healthcare in the home in a dignified manner. Assistive devices can promote autonomy and independence at the same time as it can lead to the loss of autonomy and increased dependence on the support system. Adaptation with assistive devices is complex and requires the person, mediator and the surroundings to cooperate. Method: The study has a qualitative, descriptive and interpretative design. The data was collected through five focus group interviews with a total of 23 informants. Audio recordings from the interviews were transcribed in its full, and were analysed in accordance with content analysis elaborated by Graneheim and Lundman (2004). The method for the analysis of the data is inspired by the text interpretation theory of Paul Ricoeur (1992). Results: The health workers experience that the bed is of great importance for many elderly, which leads to the elderly being reluctant to the alteration of changing your own bed with a nursing bed. The health workers describe this as a dichotomy between the home as a home and workplace. Further, the health workers consider large assistive devices like nursing beds, wheelchairs and lifters to often hinder the health of elderly rather than to promote health and function. At the same time the accessibility of these large assistive devices is a necessity for the health worker in practicing health care. The health workers consider the elderly's participation in the process of getting large assistive aids into the home to be of variable importance. The health workers experience that the focus has been changed after the Coordination Reform was introduced. Faster discharge from hospitals and frail elderly in their own home leads to pressure on the service. Conclusion: Health workers experience difficulties in combining the demands of fast discharge from hospitals and an increased focus on a facilitated workplace, with performing health care in a dignified manner to elderly living in their own home. The results are that many frail elderly come from the hospital and home to a nursing bed and other large assistive devices without themselves being part of the process of placing it there.	
Keywords: Home care services, frail elderly, the home, large assistive devices, the importance of the bed, the Norwegian Coordination Reform.	

FORORD

Det er underlig å nærme seg «reisens slutt». Etter fire års studier ved Høyskolen i Buskerud (nå HBV) skal masteroppgaven leveres og rollen som student avsluttes. Samtidig forstår jeg mer enn noen gang at livet i seg selv er en livslang læring, og at jeg som helsearbeider alltid vil være underveis på søken etter ny kunnskap. Studiet i klinisk helsearbeid innen aldring og eldreomsorg har gitt meg ny kunnskap og utvikling, både faglig og personlig. Møte med interessante forelesere, engasjerte lærere og flotte medstudenter har gitt meg mye.

Jeg vil gjerne takke min flotte og dyktige hoved- veileder Gro Gade Haanes for din tålmodighet, din klokskap og urokkelige tro på at jeg skulle komme i mål med denne oppgaven. Tusen takk til co-veileder Kirsti-Iren Skovdahl for innspill og motiverende faglige drøftinger sammen med Gro.

Jeg vil takke deg Leif Rune som har heiet på meg fra før første studiedag. Du har en tro på meg som jeg ikke har selv. I alle slags dager har du støttet og oppmuntret meg i studiearbeidet.

Takk også til min arbeidsplass, til Sandefjord kommune og min dyktige leder Christine Lie som har lagt til rette for at jeg kunne ta denne masterutdanningen midt i arbeidshverdagen. Takk for din tillit. Få er like heldige med sin leder som jeg er!

Tusen takk til informanter fra hjemmetjenesten som villig delte sine erfaringer og refleksjoner med meg. All lykke til med det viktige arbeidet dere gjør for hjemmeboende eldre personer som trenger deres tjenester.

Samtidig har jeg mot slutten av studiet, i perioden da selve masteroppgaven skulle ferdigstilles, erfart hvordan mine egne foreldre har blitt skrøpelige eldre, og hva det gjør med dem og med oss som står rundt. Mine foreldres sårbarhet og livskraft, deres erkjennelse av at noe er forbi og samtidige forsoning med livet slik det ble – DET berører meg virkelig. Rollen som pårørende i møte med helsevesenet og eldreomsorgen er ny læring. Jeg kan være profesjonell som ergoterapeut og helsearbeider, men i møte med livet og sammen med dere, mor og far, er jeg stadig en amatør. Derfor er denne oppgaven dedikert til dere som takk for livet slik dere gav det til meg. Jeg er så glad i dere!

INNHALDSFORTEGNELSE

INNHALDSFORTEGNELSE	VII
1.0 INNLEDNING	1
1.1. Bakgrunn for studien	1
1.2. Studiens hensikt og avgrensninger	3
2.0 TEORI	5
2.1. Hjem og hjemlighet	5
2.2. Eldre hjemmeboende	6
2.3. Ergoterapi, aktivitet og deltagelse	6
2.4. Utlån av hjelpemidler	7
2.5. Hjemmetjenesten og nødvendig helsehjelp	7
2.5.1. Pasientmedvirkning	8
2.5.2. Rammebetingelser for helsearbeidere i hjemmet	8
2.6. Kontekstens betydning	9
2.7. Løgstrop og den etiske fordring	10
2.8. Systematisk litteratursøk	11
2.8.1. Faktorer som påvirker helsearbeideres erfaringer	11
2.8.2. Kunnskap om tekniske hjelpemidler	13
2.8.3. Pasientmedvirkning	14
2.8.4. Hjemmet som hjem og arbeidsplass	15
2.8.5. Oppsummering av litteraturgjennomgang	15
2.9. Studiens problemstilling og forskningsspørsmål	16
3.0 STUDIENS DESIGN OG METODE	17
3.1. Kvalitativ design	17
3.2. Fokusgruppeintervju som metode	17
3.2.1. Pilotintervju	18
3.2.2. Valg av antall grupper og informanter	19
3.2.3. Utarbeidelse av intervjuguide	19
3.2.4. Inklusjons – og eksklusjonskriterier	19
3.2.5. Etisk tilnærming	20
3.3. Rekrutteringsprosess og datainnsamling	20
3.3.1. Rekruttering av informanter	20

3.3.2. Det endelige utvalget.....	21
3.3.3. Setting.....	22
3.3.4. Gjennomføring av fokusgruppeintervjuer	22
3.4. Interaksjon i fokusgruppene	23
3.4.1. «Respekt for hjemmet og den eldre personens arena»	24
3.4.2. «Det handler om kunnskap og kompetanse»	24
3.4.3. «Uten nødvendige hjelpemidler får vi ikke gitt en verdig helsetjeneste»	25
3.4.4. «70 talls hus er ikke så veldig tilrettelagt akkurat»	25
3.4.5. «Det er å gjøre den eldre en bjørnetjeneste, jeg tenker på det»	26
4.0 ANALYSE	27
4.1. Ricoeur og teksttolkning	27
4.2. Min for-forståelse	28
4.3. Kvalitativ innholdsanalyse	29
4.4. Analyseprosessen	30
5.0 RESULTATER	33
5.1. Hjemmet som hjem og arbeidsplass	33
5.1.1. Fokus er endret	33
5.1.2. Den eldre og egen seng	34
5.1.3. Hjemmet blir invadert	36
5.1.4. Hjem og hjem, det er en forskjell	38
5.1.5. Hjemme hos den eldre personen kontra institusjon	39
5.2. Hjelpemidlers funksjon	40
5.2.1. Vi tar egentlig fra dem noe de kan	40
5.2.2. Kjennskap til den eldre for å opprettholde funksjon	42
5.2.3. For å gi en verdig tjeneste	43
5.2.4. For å kunne bo hjemme	44
5.3. Den eldre personens delaktighet.....	45
5.3.1. Pasienten forsvinner litt på veien	45
5.3.2. Om ikke vi kaller det overgrep, men.....	46
5.3.3. Vegring mot endring	47
5.3.4. Etter innføring av Samhandlingsreformen	47
5.4. Store hjelpemidler i hjemmet – et paradigmeskifte?.....	49
6.0 DRØFTING.....	50
6.1. Drøfting av funn	50

6.2. Tidligere forskning og funn i studien	50
6.3. Hjemmet og hjelpemidler	51
6.3.1. Dikotomien mellom sengens betydning og tilrettelagt arbeidsplass	51
6.3.2 Litteratursøk om sengen, skrøpelige eldre og hjemmetjenesten	51
6.3.3. Hjemmet som kontekst.....	52
6.3.4. Hva hemmer og fremmer helse?	53
6.3.5. Bruk av hjelpemidler i hjemmet.....	54
6.4. Hjelpemiddelets funksjon.....	55
6.4.1 Dikotomien mellom store hjelpemidler og tap av funksjon	55
6.5. Delaktighet	57
6.5.1 Dikotomien mellom effektiv helsetjeneste og fravær av den eldre personens delaktighet	57
6.5.2. Etter Samhandlingsreformen	58
6.6. Oppsummering drøfting av studiens funn	58
6.7. Hva kan bli bedre?.....	59
6.8. Det er egentlig fint å få luftet tankene litt	61
6.9. Implikasjoner for praksis.....	61
6.9.1. Sikre den eldre personens delaktighet	61
6.9.2. Ivareta helsearbeideren.....	62
6.9.3. Nødvendig helsehjelp er også tidlig intervensjon.	62
6.10. Implikasjoner for videre forskning.....	63
6.11. Styrker og begrensninger ved studien	63
6.11.1. Begrensninger ved rekrutteringsprosessen	64
6.11.2. Styrker og begrensninger ved moderators rolle	65
6.12. Ethiske overveielser, styrker og begrensninger.....	66
6.12.1. Ivaretagelse og anonymisering	66
6.12.2. Respekt for helsearbeideren	67
7.0 KONKLUSJON	68
Etterord.....	69
Litteraturliste	70

Tabell 1 Oversikt over antall deltagere og profesjonsbakgrunn i fokus gruppene s 22

Tabell 2 Eksempel på meningsenhet, kondensert meningsenhet og kode s 30

Vedlegg nr 1 Forskningsspørsmål / Intervjuguide

Vedlegg nr 2 Godkjenning Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste

Vedlegg nr 3 Informasjonsskriv til rekrutteringsansvarlige

Vedlegg nr 4 Informasjonsbrev til informanter

1.0 INNLEDNING

Hun var 99 år, og hadde vært innlagt på sykehuset grunnet lungebetennelse og hjertesvikt. Nå var hun på korttidsopphold ved sykehjemmet. Hjemmetjenesten hadde bedt meg sørge for at pleieseng kom på plass i hjemmet før den eldre kvinnen kom hjem. «*Hva er viktig for deg?*», spurte jeg da jeg besøkte henne på sykehjemmet. «*Å få komme hjem til senga mi*», svarte hun.....En pleieseng stod plassert i spisestuen da hun kom hjem fra korttidsopphold på sykehjemmet. Hennes egen seng som hun ville hjem til, fylte det lille soverommet hennes. Hjemmetjenestens behov for tilrettelagt arbeidsplass var dekket. Hvordan den eldre kvinnen opplevde dette, vet jeg ikke.

Denne oppgaven skal belyse utfordringer i klinisk helsearbeid innen aldring og eldreomsorg. Oppgaven handler om helsearbeidere i hjemmetjenesten og deres vurderinger og erfaringer ved bruk av pleieseng, rullestol og personløfter hos hjemmeboende eldre personer.

1.1. Bakgrunn for studien

Det er primært helsearbeidere i hjemmetjenesten som foreslår og formidler behov for store hjelpemidler på vegne av eldre personer som allerede mottar nødvendig helsehjelp i hjemmet. Etter innføring av Samhandlingsreformen(2009) har kommuner og sykehus gjensidig ansvarsfordeling når utskrivningsklare pasienter har behov for helsehjelp. Gjennom Samarbeidsavtale(2012) er kommunen forpliktet til å legge til rette for at pasienten kan skrives ut, blant annet gjennom tilgjengelighet til nødvendige hjelpemidler. Spesialisthelsetjenesten er forpliktet seg til å kartlegge pasientens behov for tekniske hjelpemidler og avtale med kommunen hvem som søker, i dialog med pasienten(2012). Samtidig skal alle kommuner i Norge ha et korttidslager for hjelpemidler til utlån ved kortvarige eller akutte behov(Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Ved varig behov for hjelpemidler må dette søkes gjennom NAV Hjelpemiddelsentral (Arbeids- og sosialdepartementet, 1997). Søknad må begrunnes av fagperson og signeres av den som søker det aktuelle hjelpemiddelet.

En viktig oppgave for kommunen er å gjøre det mulig for den enkelte innbygger å kunne bo i eget hjem så lenge som mulig, også når sykdom og skade rammer. Kommunehelsetjenesten er utviklet til å kunne gi et sammensatt helsetilbud i hjemmet, og gjennom Samhandlingsreformen (2009) vises det til at helsehjelp i størst mulig grad skal gis der den enkelte bor. Spesielt gjelder dette tjenester til eldre personer. Samhandlingsreformen retter fokus på økt samhandling mellom helsetjenester på kommunalt plan for å styrke forebyggende og rehabiliterende helsearbeid. Ny kommunal Helse – og omsorgstjenestelov(2011) ble innført samtidig med oppstart av Samhandlingsreformen. Loven understreker at helsearbeidere på tvers av ulike organisering i kommunehelsetjenesten har en plikt til samhandling, blant annet for å fremme helse og forebygge skade, sykdom og sosiale problemer. Sosial – og helsedirektoratet utarbeidet i 2005 en strategi for kvalitetsforbedring i sosial – og helsetjenesten(2005). Tjenester av god kvalitet beskrives i strategien som virkningsfulle, trygge og sikre. Videre involverer de brukere og gir dem innflytelse. Tjenester av god kvalitet er samordnet og preget av kontinuitet, og de utnytter ressursene på en god måte. Videre er de tilgjengelig og rettferdig fordelt(2005).

Den demografiske utvikling viser at et økende antall eldre personer vil ha behov for bistand for å kunne bo i eget hjem. Dette krever tverrfaglig kjennskap og samhandling mellom ulike helsetjenester for å sikre best mulig helsehjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Veenstra & Daatland, 2012).

I arbeidshverdagen erfarer jeg at henvendelser fra hjemmetjenesten om behov for store hjelpemidler som pleieseng, personløftere og rullestoler til hjemmeboende eldre personer stadig øker. Dette er hjelpemidler som tar stor plass og som lett dominerer i den eldre personens hjem. Samtidig kan bruk av nevnte hjelpemidler i stor grad påvirke den eldre personens muligheter til funksjon, egen mestring og delaktighet. Temaet tilrettelegging med hjelpemidler, er i seg selv komplekst og er grunnlag for mange ulike utfordringer (Ness, 2011).

Som ergoterapeut i kommunal helsetjeneste møter jeg daglig mennesker som har behov for tilrettelegging i eget hjem. Formidling av tekniske hjelpemidler er en viktig oppgave, og svært mange hjemmeboende personer med sykdom eller skade mestrer hverdagslivet nettopp ved hjelp av tekniske hjelpemidler. Hjelpemidler skal bidra til å styrke og ivareta muligheter for mestring, og bidra til en god arbeidssituasjon når personer med sykdom eller skade er i behov

av andres bistand (Arbeids- og sosialdepartementet, 2008; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Helse- og sosialdepartementet, 2001; NAV Hjelpemiddelsentralen).

I denne studien har jeg fokus på hjemmetjenesten og pleiere som daglig bistår hjemmeboende eldre personer. Min erfaring er at de ansatte i hjemmetjenesten i stor grad er premissleverandør når det gjelder behov for og bruk av store hjelpemidler som pleieseng, rullestol og personløfter i den eldre personens hjem. Den eldre er ofte ukjent med hva hjelpemidler er, hva som finnes og de er i liten grad kjent med hvilke konsekvenser store hjelpemiddelet har ved bruk. De er avhengig av nødvendig helsehjelp og er prisgitt den kunnskap og kompetanse som helsearbeideren møter dem med.

1.2. Studiens hensikt og avgrensninger

Formålet med denne studien er å undersøke hvilke vurderinger og erfaringer helsearbeidere i den kommunale hjemmetjenesten har til bruk av store hjelpemidler hos hjemmeboende eldre personer. Målet er å få økt forståelse for hvordan de ansatte i hjemmetjenesten erfarer møtet med eldre personers hjem som sin arbeidsplass, og hvilke dilemma de daglig må forholde seg til i møte med ulike behov for tilrettelegging hos eldre personer med funksjonsnedsettelse og hjelpebehov.

Studien avgrenses til å gjelde pleiepersonell som sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere i den kommunale hjemmetjenesten som gir nødvendig helsehjelp til eldre hjemmeboende personer. Det kunne vært aktuelt å inkludere fysioterapeuter og ergoterapeuter som er en del av den kommunale helsetjenesten til alle hjemmeboende personer over 18 år. Dette har det ikke vært kapasitet til å gjøre i denne studien.

Skrøpelige og sårbare eldre, er personer som av årsaker som redusert helse og høy alder, er avhengig av nødvendig helsehjelp fra hjemmetjenesten. Den store andelen friskere eldre personer som primært utløser praktisk bistand eller enklere hjelp fra hjemmetjenesten, er ikke i fokus når helsearbeidere intervjues i denne studien.

I oppgavens teorikapittel presenteres teoretisk bakgrunn før en litteraturgjennomgang. Med utgangspunkt i denne formuleres studiens problemstilling og forskningsspørsmål som grunnlag for en empirisk studie.

2.0 TEORI

2.1. Hjem og hjemlighet

Hjemlighet er et begrep som viser til betydningen av å være trygg, være tilknyttet og være i sentrum av seg selv (Öhlén, Ekman, Bolmsjö, Zingmark, & Benzein, 2014). Hjemlighet er ikke et ensartet, definert begrep, men viser til hva personer har presentert som vesentlige aspekter ved opplevelse av hjemlighet. Zingmark (1995) intervjuet mennesker i alle livets aldre og faser om betydningen av hjemmet. Studien beskriver hjemmets betydning gjennom livsløpet som en progresjon; Du blir gitt et hjem ved fødsel, du etablerer et hjem som voksen, du deler et hjem, og du gir et hjem videre til nye generasjoner (Zingmark et al., 1995). Å være i hjemmet er blant annet relatert til opplevelse av selvet, til nære personer, til gjenstander og ting, til steder og aktiviteter og hendelser som er uavhengig av tid og rom (Öhlén et al., 2014).

Samtidig viser Thorsen (2008) til hvordan hjemmets betydning endres gjerne gjennom livsløpet. Meningsinnholdet tolkes på nytt i nye livsfaser. Hjemmet er for mange rammen om den enkeltes hverdagsliv, som en trygg base i en urolig verden. Når hjemmet blir et sted for store, synlige hjelpemidler signaliserer dette at den eldre personen ikke lenger lever selvstendig, men er avhengig av bistand og hjemmet er omgjort til arbeidsplass for hjelpere. Skrøpelige eldre personer som er avhengig av hjelp kan erfare dette som tap av trygghet. Etablerte vaner og mestringsstrategier etablert gjennom et langt liv, kan være dysfunksjonelle i en ny situasjon, som når større hjelpemidler skal benyttes. De basale behov hos den eldre personen er mer enn mat, drikke og pleie. Det er å tilrettelegge slik at den eldre personen kan gjenkjenne seg selv, og at andre kan gjenkjenne mennesket bak pasienten. Det er å erkjenne at hjemmets betydning varierer med tid, sted og person. Dette er momenter som krever kunnskap og respekt hos de som yter hjelp til den gamle (2008).

2.2. Eldre hjemmeboende

Selv om studier viser at en høy andel eldre hjemmeboende personer i dag har bedre helse enn tidligere, øker antallet eldre, skrøpelige personer som bor i eget hjem (Veenstra & Daatland, 2012). Å være skrøpelig og eldre er ingen diagnose, men kan være en samlebetegnelse på eldre personer med sammensatte lidelser som medfører instabilitet, immobilitet, inkontinens, intellektuell svikt og iatrogene tilstander (Nygaard & Bondevik, 2012). Skrøpelige eldre er personer med ulike aldersforandringer, flere sykdommer, og fysisk eller mental funksjonssvikt. Ofte har disse pasientene i tillegg et redusert sosialt nettverk (Sørbye, Grue, & Vetvik, 2009). Romøren (2001) beskriver denne pasientgruppen som den fjerde alder der sårbarheten er stor, og reservekapasiteten er begrenset.

2.3. Ergoterapi, aktivitet og deltagelse

Ergoterapeutens grunnsyn er basert på antagelse om at mennesket har behov for og rett til aktivitet og deltagelse, at det er sammenheng mellom aktivitet, helse og livskvalitet og at aktivitet kan være middel og mulighet til å fremme helse (Ergoterapeutene- Norsk ergoterapeutforbund, 2008). Hva som fremmer helse i den enkeltes liv er individuelt gjennom livsløpet, og begrepet meningsfulle aktiviteter brukes mye i ergoterapeutens tenkning og tilnærming (Ness, 2011). Tilrettelegging for aktivitet og deltagelse kan møtes på ulike måter. I kommunal helsetjeneste til mennesker som på grunn sykdom eller skade har fått redusert muligheten til aktivitet og deltagelse, blir ofte tiltak som tekniske hjelpemidler benyttet for å avhjelpe aktivitetsvansker. Hjelpemiddelet kan ha en styrkende, ivaretagende eller kompensierende funksjon. Prosessen fra kartlegging og definering av behov for hjelpemidler hos den enkelte person, og begrunnelse av søknad om aktuelt hjelpemiddel utføres gjerne av ergoterapeuter. Ergoterapeuten blir slik bindeleddet mellom den enkelte innbygger i kommunen og NAV Hjelpemiddelsentralen, som er vedtaks – og utlånsmyndighet. Prosessen med søknad om vedtak og varig utlån av tekniske hjelpemidler forutsetter altså den enkelte personens delaktighet (Ness, 2011).

2.4. Utlån av hjelpemidler

Tekniske hjelpemidler er viktig både for å ivareta og styrke den enkeltes selvhjulpenhet, og som hjelpemiddel for en tilrettelagt arbeidsplass i det enkelte hjem (Ness, 2011).

Folketrygden gjennom NAV Hjelpemiddelsentralen fatter vedtak og gir utlån av hjelpemidler når behovet er varig, det vil si mer enn to år. Søknad om utlån av hjelpemidler må begrunnes av fagperson, ofte en ergoterapeut, og søknaden må signeres av personen som har behov for hjelpemiddelet før søknad sendes til NAV Hjelpemiddelsentralen. Det er en hjelpemiddelsentral i hvert fylke i Norge (Arbeids- og sosialdepartementet, 2008; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Helse- og sosialdepartementet, 2001).

Helse – og omsorgstjenesteloven (2011) pålegger hver norsk kommune å ha et korttidslager for hjelpemidler til utlån i kortere perioder. Dette sikrer at personer med brått funksjonstap som har behov for hjelpemidler i en akutfase, eller som har behov for hjelpemidler i en avgrenset, kort periode skal få dette. Samtidig definerer ikke loven hvilke hjelpemidler kommunenes korttidslager skal inneholde. Det er opp til den enkelte kommune å avgjøre om lageret kun skal inneholde toalett hjelpemidler, ganghjelpe midler og rullestoler eller om lageret også skal låne ut personløfter og pleiesenger. Kommunens størrelse, organisering av helsetjenestene i kommunen og hvilke faggrupper som er involvert i denne delen av helsetjenesten, er trolig momenter som påvirker innhold og bruk av det kommunale korttidslageret for hjelpemidler. Dette fører til ulik praksis og ulik tilgang til korttidsutlån av hjelpemidler fra kommune til kommune. Ved utlån fra korttidslager må ikke pasienten selv signere for dette, noe som igjen medfører at hjelpemidler kan leveres og plasseres i pasientens hjem uten videre samtykke.

2.5. Hjemmetjenesten og nødvendig helsehjelp

Den kommunale hjemmetjenesten er utviklet for å gi nødvendig helsehjelp til alle mennesker som til enhver tid oppholder seg i kommunen og som har behov for hjelp. Nødvendig helsehjelp er lovregulert gjennom Kommune helsetjenesteloven (2011). Innholdet i helsehjelpen er basert på vurderinger beskrevet gjennom vedtak på en definert mengde og type tjeneste. I den enkelte kommune er det vanlig å skille mellom vedtak på praktisk bistand (tidligere kalt hjemmehjelp) til rengjøring, og andre hjemmetjenester som defineres som

nødvendig helsehjelp, inkludert hjemmesykepleie der det er vurdert nødvendig med sykepleiers kompetanse i helsehjelpen. Nødvendig helsehjelp defineres i Pasientrettighetslovens § 1-3 «Handler som har forebyggende, diagnostiserende, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie og omsorgs formål, og som er utført av helsepersonell»(2001).

2.5.1. Pasientmedvirkning

Pasientmedvirkning er lovregulert gjennom Pasientrettighetsloven (2001), og er lovpålagt for helsearbeidere (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Videre er betydning av pasientmedvirkning understreket i forskrift om Habilitering og Rehabilitering (2001) og vektlagt i Samhandlingsreformen (2009) og i Nasjonal helse og omsorgsplan (2011).

Bredland, Linge og Vik (2011) viser i sin bok om rehabilitering hvordan pasientmedvirkning er en forutsetning i rehabiliteringsarbeidet. Pasientens kompetanse om eget liv og hvilke ønsker for aktivitet og deltagelse vedkommende verdsetter, er av grunnleggende betydning for hvilke mål vedkommende setter seg sammen med de som utøver helsehjelpen. Dette forutsetter at den enkelte pasient får tilstrekkelig informasjon og innsyn i vurderinger og tiltak. For å forebygge tap av funksjon er det av betydning at rehabilitering og forebyggende tiltak som formidling av hjelpemidler kan være, skjer før hindringene har blitt for store og den eldre har akseptert seg selv som passiv mottaker av stell og pleie. Rehabilitering er en sammensatt prosess som krever tverrfaglig tilnærming.

I en bok om hjelpemidler og tilrettelegging for deltagelse (Ness, 2011) fremkommer det at ”hjelpemidler og tilrettelegging må ses i sammenheng med ulike faggruppers eget kunnskapsgrunnlag». Her beskrives pasienten som en aktiv aktør hvor vurdering av aktuelle TH utføres sammen med pasienten selv. Formidling og tilrettelegging ved hjelp av TH er en kompleks prosess som inkluderer deltagelse av pasient, formidler og omgivelser.

2.5.2. Rammebetingelser for helsearbeidere i hjemmet

Sosial- og helsedirektoratet (2006) har gitt ut en veileder om hjemmet som arbeidsplass.

Veilederen er skrevet med innfallsvinkelen om å bidra til et godt arbeidsmiljø som igjen kan føre til større forutsigbarhet og bedre tjeneste for brukeren. Når hjemmet blir en arbeidsplass

for ansatte i blant annet hjemmetjenesten skal kommunen som arbeidsgiver etterleve tre likestilte lover; Arbeidsmiljøloven (2005), Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester (2011) og Sosialtjenesteloven (2009). Veilederen refererer til at dette er en utfordring, både i forhold til å ivareta pasienten og arbeidstakeren. Pasientens krav og behov om blant annet egenmestring og autonomi kan komme i konflikt med arbeidsmiljøets krav til helse, miljø og sikkerhet for pleieren. Veilederen understreker betydning av tilstrekkelig tid og klare møtearenaer for refleksjon, kunnskapsformidling og veiledning for å hindre stress-situasjoner. Bruk av hjelpemidler, eller valg om å ikke benytte hjelpemidler som er utplassert, beskrives som en av flere stressrelaterte arbeidssituasjoner. Veilederen har ikke fokus på brukervedvirkning. Tekniske hjelpemidler beskrives som et verktøy primært for den ansatte. En felles tilnærming fra pleiepersonalet, også ved bruk av hjelpemidler, skal være forutsigbart og trygt for den som mottar helsehjelpen.

2.6. Kontekstens betydning

Fokus i denne studien er helsearbeidere i hjemmetjenesten og bruk av store hjelpemidler hos eldre personer som bor i egne hjem og som mottar nødvendig helsehjelp. Kontekst som begrep kan, i følge Thornquist (2003), forstås som samspillet mellom kulturen hendelsen foregår i og menneskene som samhandler i konteksten. I denne studien kan betydning av kontekst både være det som foregår i den eldre personens hjem, i samhandling mellom den eldre hjemmeboende personen og helsearbeideren som kontekst. Videre kan konteksten være hjemmetjenestens base som kontekst, og i fokusgruppeintervjuet, som datagrunnlaget i denne studien er basert på, som kontekst. Konteksten er både det fysiske ytre rom, og den enkeltes delaktighet som legger føring for samhandling. Samtidig beskriver også Thornquist den enkelte informants indre holdninger og refleksjoner som en vesentlig kontekst som den enkelte bærer med seg inn i en fokusgruppesituasjon (2003). Kontekstens betydning er vesentlig når datagrunnlaget i denne studien skal tolkes og forstås.

2.7. Løgstrup og den etiske fordring

Den danske filosofen Løgstrup utfordrer i boken «Den etiske fordring» vår tids tanke om selvstendighet og uavhengighet (2010). Vi kan ikke komme bort fra at vi er i hverandres verden og slik er prisgitt hverandre, skriver Løgstrup. Samtidig viser dette at vi ikke er alene, men har våre liv sammen med andre. Løgstrup beskriver det slik:

Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre uten at han holder noe av dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en opplagthet man får til å visne eller som man vekker, en lede man uddyber eller hever. Men det kan også være forferdende meget, så det simpelthen står til den enkelte om den annens liv skal lykkes eller ei (Løgstrup, 2010, s. 34)

Dette fordrer å ha omsorg for den andre (Løgstrup, 2010). Samtidig er livet en gave, vi kan ikke kreve gjengjeld for det vi gjør. Løgstrup beskriver tillit som grunnlaget for enhver kommunikasjon. Han beskriver møtet med den verden der den andre lever sitt liv som å ha noe av den andres liv i sine hender. Videre viser han til det maktforhold som alltid vil være til stede i møtet med den andre, og hvor viktig det er å anerkjenne dette maktforholdet for å være bevisst hvorvidt makten skal brukes til den andres beste eller til eget beste på den andres bekostning. Dikotomien, slik Løgstrup beskriver det, er at vi er i hverandres liv i vår moderne tids fokus på uavhengighet og selvstendighet. Utlevert til hverandre har vi også makt over hverandre. Hvordan tar vi da vare på vår nestes liv som vi har i vår hånd? spør Løgstrup. Nesten som en motsigelse beskriver han hvordan vi er i hverandres verden og samtidig alene. De suverene eller spontane livsytringer er tillit, talens åpenhet, barmhjertighet, kjærlighet, oppriktighet, mening, trygghet, selvrespekt og tilhørighet. Løgstrup beskriver dette som fundamentale livsbetingelser som vi ikke kan tenke vekk uten at livet går i stykker. Uten livsytringene stilles vi under den etiske fordring om å være slik vi ville gjort om disse livsytringene hadde funnet sted(2010).

Videre i dette kapittelet presenteres teoretisk referanseramme basert systematisk litteratursøk om helsearbeidere og bruk av tekniske hjelpemidler hos hjemmeboende eldre.

2.8. Systematisk litteratursøk

Det er gjort systematiske litteratursøk i databasene SveMed, PubMed, Chinal og Medline(Ovid). Første litteratursøk ble gjort i februar og mars 2012 med kombinasjoner av følgende begreper: *“self-help device”*, *“assistive technology”*, *“home care services”*, *“ethical decision-making”*, *“attitude of health personnel”* og *“activities of daily living”*. Litteratursøket gav få treff, og viste at det er gjort lite forskning på området.

Ved nytt litteratursøk i mai 2012 ble søkeord utvidet med *“home nursing”* og *“frail elderly”*. Inklusjonskriterier var forskningsartikler med fokus på helsearbeideres holdninger og erfaringer. Kun artikler som kan vise til abstrakt som beskriver hensikt, metode, utvalg og resultat ble inkludert. Funn der utgangspunktet var brukeres erfaringer ble primært ekskludert, men to artikler ble likevel inkludert da studiene viste til betydning av kunnskaper og holdninger hos helsearbeideren. Litteratursøk ble først avgrenset til å gjelde artikler presentert i perioden 2005-2012, men da dette resulterte i få treff, ble perioden utvidet til 2000-2012 for om mulig øke antall relevante treff.

Basert på gjennomgang av abstrakter i artiklene funnet gjennom litteratursøk, ble ni artikler vurdert relevant for studiens tema og inkludert i det endelige utvalget. Etter gjennomgang av relevante artikler vurderes følgende områder som vesentlig å presentere som den teoretiske referanserammen: faktorer som påvirker helsearbeideres erfaringer, kunnskap om tekniske hjelpemidler (TH), pasientmedvirkning, og hjemmet som hjem og arbeidsplass.

2.8.1. Faktorer som påvirker helsearbeideres erfaringer

Omsorgspersoner som ektefelle eller andre pårørende kan også være en vesentlig faktor i den eldre personens hverdag, i tillegg til bistand fra helsearbeidere. Derfor presenteres også en studie basert på omsorgspersoners erfaringer i dette avsnittet.

Pettersson og Fahlström (2010) viser i en svensk studie basert på individuelle samtaleintervju av 14 sykepleiere hvordan ansatte i hjemmetjenestens forhold til TH var påvirket av i hvilken grad de hadde kunnskap om det aktuelle TH og om de hadde fått instruksjon i bruk av dette. Deres relasjon var preget av i hvilken grad TH bidro til å sikre pasienten. TH var en integrert

del av helsearbeiderens arbeidsdag i pasientens hjem. TH påvirket opplevelse av mestring for helsearbeiderne, og hadde betydning i forhold til effektiv bruk av tid. Studien viste at helsearbeideren var opptatt av TH's betydning for pasienten. De ansatte erfarte at TH var en forutsetning for at pasienten kunne mestre hverdagen, og at TH hadde en følelsesmessig betydning for pasienten.

Roelands, Van Oost, Depoorter, Buysse og Stevens (2006) beskriver i en randomisert studie basert på spørreskjema, utført blant 64 hjemmesykepleiere i Belgia, den enkelte pleiers indre faktorer som vesentlige ved vurdering av behov for TH. Sosiale kognitive faktorer beskrives i studien som intensjoner, holdninger, subjektive normer og iboende personlige ressurser som påvirket pleieren ved introduksjon av TH. I Belgia er det ikke tilgang på ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten, slik at både vurdering, introduksjon og oppfølging av TH utføres av hjemmesykepleiere. Sykepleierne i denne studien uttrykte i stor grad positive holdninger til arbeidet med vurdering av behov for TH. Studien viste at det å identifisere funksjonsvansker og drøfte løsninger i form av TH med den eldre, var noe sykepleierne i stor grad gjorde. Videre viste studien at vurdering av hvilken effekt TH hadde, i liten grad ble evaluert. Sykepleierne rapporterte at de sjelden tok initiativ til samarbeid med andre faggrupper når det gjaldt introdusering av TH.

Vik og Eide (2013) presenterer i en norsk studie, basert på fokusgruppeintervju av til sammen 30 ansatte i hjemmebaserte tjenester, hvordan helsearbeidere oppfatter og forstår den eldre personens muligheter til aktiv deltagelse. Faktorene var tidspunkt for henvendelse vedrørende behov for helsehjelp, den eldre og pårørendes holdning til deltagelse kontra stell og pleie, fysiske omgivelser samt bruk av TH og helsetjenesten som en barriere for deltagelse. Helsearbeiderne i studien uttrykte at eldre som fikk tilrettelegging med TH før de ble fysisk svekket og fortsatt hadde helse til å være aktivt deltagende, i mindre grad ble pleiepasienter. Slik det fremkommer i studien var det aktive TH som rullator og andre ganghjelpemidler som styrket den eldre personens aktive hverdag. De eldre som helsearbeiderne refererte til, mottok helsetjenester og var samtidig deltagende i daglige aktiviteter både i og utenfor hjemmet. Studien pekte på betydningen av hjelpemidler som utsettelse av personhjelp til stell og pleie. Studien viste også at helsearbeiderens holdning til begrepet deltagelse preget synet på pleie – og omsorgstjenesten de utførte. Forståelse av begrepet deltagelse kan tolkes som en indre faktor i den enkelte helsearbeider som påvirker utførelse av helsehjelpen.

Demers, Fuhrer, Jutai, Lenker, Depa og De Reyter (2009) beskriver i en studie utført i USA, omsorgspersonens iboende ressurser som viktige. Ut fra en hypotese om at TH's effekt og funksjon påvirker hjelpen omsorgspersonen bistår pasienten med, ble 15 artikler om temaet gjennomgått før det ble utført intervju med 19 omsorgspersoner som daglig bistod brukere som benyttet TH. I tillegg til omsorgspersonens iboende ressurser, ble også omfang av TH, og i hvor stor grad dette påvirket daglig funksjon hos pasienten, beskrevet som vesentlig for den totale opplevelse av TH. Bruk av TH kan, i følge studien, forbedre omsorgspersoners rolle som hjelper på grunn av sitt potensial for å lindre en rekke stressfaktorer forbundet med omsorgsarbeidet.

Sørbye et.al (2009) peker i en kunnskapsoppsummering på svikt i helse- og sosialtjenesten til skrøpelige eldre på at det er mangelfull samhandling i norske helsetjenester til eldre. Dette gjelder spesielt ved tidlig utskriving til kommunehelsetjenesten. Helsepersonell har ikke i tilstrekkelig grad klart å følge opp i form av fleksibilitet, mobilitet og brukerretting, og det legges for lite vekt på å forebygge komplikasjoner. Opptil 50 % av skrøpelige eldre som erfarer hoftebrudd risikerer å ikke møtes av tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til optimal opptrening, og kan derved miste evnen til å gå ved egen hjelp.

2.8.2. Kunnskap om tekniske hjelpemidler

Pettersson, Appelros og Ahlström (2007) peker i sin studie på behovet for å skape en økt forståelse blant leger og annet helsepersonell om hvilken kunnskap de ansatte i hjemmetjenesten har i bruk av TH, slik at dette kan bidra til en bedre omsorg og rehabilitering. I studien beskrives TH som en vesentlig og integrert del av helsetjenesten til hjemmeboende pasienter, og kan ses som et tiltak for å øke, vedlikeholde og bedre muligheter for aktivitet og deltagelse for mennesker med funksjonsnedsettelse. Studien peker på personlig bistand og hjelp som et annet tiltak. I mange situasjoner kombineres bruk av TH og personlig bistand. Helsearbeiderne i studien uttrykker at TH i økende grad bør markedsføres som en positiv mulighet. Studien viser ikke til at de ansatte i hjemmetjenesten har negative erfaringer ved bruk av TH.

Zwijssen, Niemeijer og Hertogh (2011) utførte en litteraturstudie der hensikten var å presentere etiske utfordringer knyttet til bruk av TH for hjemmeboende eldre. Basert på 46 artikler i studien, beskrives TH blant annet som en mulighet til å beholde autonomi og livskvalitet, som

et tiltak til fortsatt å kunne bo i eget hjem, til å ivareta sikkerhet og som bidrag til fallforebygging. Samtidig viser studien til litteratur som peker på konsekvenser ved bruk av TH i form av blant annet tap av autonomi, tap av selvstendighet, og grader av avhengighet til hjelpeapparatet. Dette er etiske dilemma og etiske tilnærminger som, i følge studien, sjelden drøftes. Det pekes i studien på at en mulig årsak til dette kan være at det i liten grad er en felles forståelse av overordnede etiske begreper på dette området.

Bolling, Pedersen og Førde (2009) undersøkte i en norsk studie, basert på en systematisk litteraturgjennomgang og en pilotstudie der 19 ledere og helsepersonell deltok, ulike etiske utfordringer i sykehjem og hjemmetjenester. Studien viste at det er behov for å styrke systematisk etikkarbeid. Studien beskriver tverrfaglig samarbeid og samhandling mellom helsearbeidere som sentrale etiske utfordringer. Eldre pasienter med sammensatte lidelser krever tverrfaglig tilnærming, og fravær av dette kan føre til at det gis for mye eller for lite helsehjelp.

2.8.3. Pasientmedvirkning

Hägglöm – Kronlöf og Sonn (2007) beskriver i en retrospektiv longitudinell studie bruk av TH som en dynamisk prosess mellom pasient, omgivelser og aktiviteter. Studien er basert på intervju med eldre, hjemmeboende personer (n201), og viser at forholdet til bruk av TH kan være ambivalent for mange eldre. På den ene siden erfarer de eldre at pleiepersonell som bistår dem ser det som nødvendig at TH benyttes. På den andre siden opplever de seg selv som mer begrenset i egne muligheter til aktivitet og deltagelse når de må benytte TH. De kan også, i noen grad, være uforstående til hvorfor TH er gitt dem. Der den eldre likevel ikke har vært med i prosessen med å definere behov for TH til dette er på plass i hjemmet, blir TH i liten grad benyttet. Studien understreker betydningen av å ivareta en balanse mellom omgivelsenes krav og individets evne til å utføre aktiviteter på en tilfredsstillende måte. Studien beskriver hvordan TH kan være en mulighet til fortsatt å være uavhengig og mestre daglige aktiviteter. Samtidig viser studien at 81 % av de eldre mottok bistand fra hjemmetjenesten i tillegg til å benytte TH. Studien viser behov for en bedre organisering i det kommunale helsetilbudet, og en tjeneste som er fleksibel og klar til å møte individuelle behov med individuelle løsninger. Studien konkluderer blant annet med at det er behov for en dypere og bredere forståelse av ambivalens rundt bruk av TH og en etisk diskusjon om faktorer som påvirker anvendelsen.

Petterson, Appelros og Ahlström (2007) beskriver i en studie, basert på samtaleintervju av 22 hjemmeboende slagpasienter, deres erfaringer med TH og en ambivalens i forhold til dette. Studien beskriver brukeres erfaringer med TH som kompleks og motstridende. TH ble sett på som en forutsetning for trivsel og uavhengighet, samtidig som det gav opphav til negative følelser på grunn av begrensninger ved bruk.

Roelands, Van Oost, Stevens, Depoorter og Buysse (2004) undersøkte i en intervensjonsstudie der 94 helsearbeidere i hjemmetjenesten deltok, hvordan bruk av kliniske retningslinjer kunne ivareta pasientmedvirkning. Resultatet av studien viste at de ansatte i hjemmetjenesten gav uttrykk for at det var tidkrevende å benytte nevnte retningslinjer for å sikre pasientmedvirkning. Samtidig førte bruk av retningslinjene til en strukturert kommunikasjon mellom pasient og hjemmetjenesten. Resultatet var blant annet økt mestring av funksjonshemmingen for den eldre gjennom bruk av TH.

2.8.4. Hjemmet som hjem og arbeidsplass

Petterson og Fahlström (2010) viser i sin studie, basert på dybdeintervju med 14 ansatte i hjemmetjenesten, hvordan helsepersonell som bistår i hjemmet anvender sin kjennskap til pasienten over tid når TH vurderes som en løsning på funksjonsvansker. De ansatte i hjemmetjenesten reflekterer også over hvem det tilrettelegges for i hjemmet. Bruk av personløfter kan hindre løft og gjøre forflytning effektivt for den ansatte. På den andre siden kan personløfteren redusere pasientens evne til å stå og mulig gå noen få skritt, og dermed skape økt funksjonshemming.

2.8.5. Oppsummering av litteraturgjennomgang

Faktorer som påvirker helsearbeideres erfaringer med TH kan være opplevelse av mestring både for pleiere og for personer som mottar helsehjelp. TH beskrives som en integrert del av helsearbeiderens hverdag, og som effektiv bruk av tid. Helsearbeiderens iboende ressurser og holdning til hvilken rolle TH skal ha, kan også påvirke helsearbeiderens erfaringer. TH beskrives som en vesentlig og integrert del av helsetjenesten til hjemmeboende pasienter. TH beskrives som tiltak for å øke, vedlikeholde og bedre muligheter for aktivitet og deltagelse.

Samtidig viser litteraturgjennomgang at bruk av TH representerer etiske utfordringer. TH kan være en mulighet til å beholde autonomi og livskvalitet, samtidig som konsekvenser ved bruk av TH kan være tap av autonomi, tap av selvstendighet og økt avhengighet. Eldre har ofte sammensatte lidelser som krever tverrfaglig tilnærming. Fravær av tverrfaglig samarbeid, også i forhold til bruk av TH, kan føre til at det gis for mye eller for lite helsehjelp. Bruk av TH kan beskrives som en dynamisk prosess mellom pasient, omgivelser og aktivitet. Samtidig uttrykker de eldre ambivalens ved bruk av TH. Pleiepersonell ser det som nødvendig at TH benyttes, samtidig som den eldre opplever seg mer begrenset i egne muligheter til aktivitet og deltagelse. For å forebygge tap av funksjon er det av betydning at formidling av TH som kan styrke eller ivareta funksjon og mestring, skjer før hindringene har blitt for store og den eldre har akseptert seg selv som passiv mottaker av stell og pleie.

Det presiseres at det ikke har lyktes å finne ut om forskningsstudier som presenteres som teoretisk referanseramme i dette kapittelet viser til bruk av bestemte typer hjelpemidler. I denne oppgaven er hjelpemidler definert til pleieseng, rullestol og personløfter.

2.9. Studiens problemstilling og forskningsspørsmål

På bakgrunn av presentert teoretisk bakgrunn og litteratursøk er følgende problemstilling formulert for denne studien:

Hvilke vurderinger og erfaringer har helsearbeidere ved bruk av pleieseng, rullestol og personløfter hjemme hos skrøpelige eldre personer?

Videre er følgende forskningsspørsmål formulert som bakgrunn for å besvare studiens problemstilling:

1. Hvordan erfarer helsearbeideren den eldre personens hjem som hjem og arbeidsplass?
2. I hvilken grad vurderer helsearbeiderne at bruk av store hjelpemidler påvirker eldre personers funksjon?
3. På hvilken måte erfarer helsearbeiderne at eldre personer er delaktig i prosessen rundt å definere behovet for store hjelpemidler i hjemmet?

3.0 STUDIENS DESIGN OG METODE

I dette kapitlet beskrives studiens design og metode, og hvilke vurderinger som er gjort ved planlegging og gjennomføring av studien. Metode kan beskrives som fremgangsmåter for å knytte teori og det praksisområde som studeres sammen (Kvale & Brinkmann, 2009). Studiens problemstilling og forskningsspørsmål samt kjennskap til feltet som skal studeres har vært avgjørende for valg av metode. Problemstillingen åpner for refleksjoner knyttet til sykepleiere og helsefagarbeideres vurderinger og erfaringer. I kvalitativ metode er observasjon og intervju de mest brukte tilnærminger, og i denne studien er fokusgruppeintervju valgt som metode for datainnsamlingen.

3.1. Kvalitativ design

Forskningsdesignet beskriver hvordan studien er lagt opp for å svare på det som er formålet med undersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2009). Fokus i denne studien er helsearbeideres vurderinger og erfaringer. Når personers egne erfaringer skal undersøkes, er kvalitativ tilnærming, i følge Kvale og Brinkmann, (2009) et egnet design. Den kvalitative forskningsprosessen kjennetegnes av fleksibilitet. Det arbeides parallelt med ulike deler av prosessen slik at både problemstilling, datainnsamling, analyse og tolkning gjensidig påvirker hverandre i prosessforløpet (2009). Denne studien har et kvalitativt, deskriptivt og fortolkende design, med en induktiv tilnærming til datamaterialet. Malterud (2012) viser til at kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning, der formålet er å utforske meningsinnholdet i ulike sosiale fenomener slik det oppfattes for de som er involvert.

3.2. Fokusgruppeintervju som metode

Fokusgruppeintervju vurderes å være en relevant metode for innsamling av data som kan besvare studiens problemstilling. Fokusgruppeintervju gir rom for refleksjoner, og kan utforske gruppens og den enkelte deltagers forståelse, meninger og holdninger, og hvordan

disse fremmes og kommer til uttrykk i en sosial kontekst (Halkier, 2010). Gjennom fokusgruppeintervju kan erkjennelser lede til utvikling av ny kunnskap. Målet er å utforske meningsinnholdet i den konteksten der deltagerne i fokusgruppene har sin naturlige sammenheng (Malterud, 2012). Fokusgrupper er, i følge Halkier (2010) en forskningsmetode der data produseres gjennom samhandling i en gruppe rundt et tema som forskeren har bestemt. Denne metoden er egnet for å produsere data som belyser normer for gruppers praksiser og fortolkninger. I fokusgruppen gis informantene mulighet til å uttrykke betydningsdannelse som ellers er taus og blir tatt for gitt. Kvale og Brinkman (2009) beskriver bruk av fokusgruppeintervju som egnet metode i eksplorerende studier der problemstillingen i liten grad er belyst tidligere.

Fokusgruppens formål er ikke å komme frem til enighet, men å få frem forskjellige synspunkt (Halkier, 2010). Fokusgruppeintervjuet skiller seg fra samtaleintervju eller en gruppediskusjon ved å ha et definert tema, og samtalen holdes samlet rundt dette temaet av en moderator. Moderator har fokus på å få frem deltagerens forståelser og refleksjoner på ulike måter. Moderator skal sørge for at deltagerne snakker sammen og håndtere den sosiale dynamikken i gruppen. Samtidig er moderator, i følge Halkier(2010), i en kontinuerlig samhandling med gruppen for å få frem ulike perspektiver, ulike meninger og støtte opp om erfaringer og refleksjoner som forener i gruppen.

Ved at moderator ved oppstart av hvert fokusgruppeintervju understreker at det er informantens erfaringer og deres refleksjoner som er av interesse og i fokus, beskrives denne tilnærmingen som induktiv og inspirert av en hermeneutisk tankegang(Thornquist, 2003).

3.2.1. Pilotintervju

I denne studien valgte jeg å gjennomføre et pilotintervju for å prøve ut aktuell intervjuguide, dette for å sikre at spørsmålene kunne gi svar på oppgavens problemstilling og for å gjøre en erfaring som moderator. Rekruttering til pilotintervjuet ble gjort med henvendelse direkte til avdelingsleder i en hjemmetjeneste-avdeling etter avklaring ved seksjonsleder for kommunens hjemmebaserte tjenester. Avdelingslederen ble spurt om å rekruttere seks informanter og stilte seg positiv til dette. Informasjonsskriv til rekrutteringsansvarlig og til den enkelte aktuelle informant, ble sendt i elektronisk post til avdelingsleder fire uker før piloten skulle gjennomføres.

Ved pilotintervjuet var seks informanter til stede. Som moderator vurderte jeg gruppens størrelse som egnet og håndterbar. Da gjennomføringen ble vurdert vellykket, og det ikke var behov for endringer i intervjuguiden, ble pilotintervjuet inkludert i studien på lik linje med de andre fokusgruppeintervjuene. Informantene i pilotintervjuet signerte for godkjenning av dette.

3.2.2. Valg av antall grupper og informanter

Datamaterialet i studien er basert på til sammen fem fokusgruppeintervju gjennomført i tre bykommuner av sammenlignbar størrelse i løpet av en periode på fire måneder sommeren og tidlig høst 2013. I studien var intensjonen å samle fokusgrupper med seks informanter i hver gruppe. Det anbefales, i følge Halkier (2010), å ha fem til åtte deltagere når fokusgrupper benyttes for datainnsamling. Blir gruppene for store kan det bli vanskelig å sikre delaktighet og dynamikk i gruppen. Består fokusgruppen av få deltagere kan det gjøre interaksjonen og dynamikken i gruppen sårbar. Halkier (2010) anbefaler tre til fire grupper for å sikre tilstrekkelig datamateriale. Det er vanlig at de to første gruppene gir en relativt stor mengde informasjon, og at de neste gruppene bekrefter mye av det datamaterialet som allerede er gitt.

3.2.3. Utarbeidelse av intervjuguide

Som forarbeid til gjennomføring av fokusgruppeintervjuene ble det utformet en intervjuguide på bakgrunn av forskningsspørsmål (Vedlegg nr 1). Intervjuguiden var primært en støttefunksjon for moderator, og ble ikke fulgt slavisk gjennom gruppeintervjuene.

3.2.4 Inklusjons – og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene for deltagelse var helsearbeiderne som hadde sitt daglige arbeid hos hjemmeboende eldre personer, og som var ansatt i den kommunale hjemmetjenesten. Informantene skulle ha en helsefaglig utdanning enten som sykepleiere eller som hjelpepleiere / helsefagarbeidere. Ansatte uten helsefaglig utdanning var ekskludert fra deltagelse. Dette begrunnes ut fra anbefalinger om homogenitet i gruppen, noe som igjen har

betydning for dynamikk og interaksjon i gruppen (Patton, 2002). Ledere eller ansatte med lederrolle var ekskludert fra deltagelse i studien. Dette begrunnes med deres rolle som leder, med et maktforholdet som vil begrense dynamikk og interaksjon i gruppen (Patton, 2002).

3.2.5. Etisk tilnærming

På bakgrunn av studiens tema, problemstilling og forskningsspørsmål / intervjuguide ble det søkt godkjenning fra NSD pr 16 04 2013. Søknaden ble godkjent uten videre kommentarer 23.05. 2013 (Vedlegg nr 2). Deltagelse i studier skal være basert på frivillighet og informanter skal være sikret anonymitet. Dette er et grunnleggende prinsipp ved all forskning (Den nasjonale forskningsetiske komite` for samfunnsvitenskap og humaniora, 1994).

For å gi aktuelle informanter informasjon om bakgrunn og hensikt med studien, og betydning av frivillig deltagelse, ble det utformet et informasjonsbrev (vedlegg 4). I brevet ble det beskrevet hvordan datamaterialet skulle oppbevares og hvordan anonymitet søkes ivarett på best mulig måte. I informasjonsbrevet ble hver informant bedt om å signere for å ha lest informasjonen og for frivillig deltagelse. Betydning av frivillig deltagelse og retten til å trekke seg fra studien når som helst ble gjentatt ved oppstart av hvert fokusgruppeintervju.

Guillemin og Heggen (2009) beskriver ulike dilemma som kan oppstå i en intervjusituasjon, og understreker forskerens etiske ansvar i møtet med den enkelte informant. De beskriver forskerens bevissthet om relasjon til den enkelte informant som vesentlig. Intervjusituasjonen krever forskerens etiske tilstedeværelse og respekt i forskningen. Den enkelte informant skal ses og respekteres. Samtidig som forskeren skal legge til rette for en interaksjon som kan få frem meningsyttringer og motsetninger skal individets integritet ivaretas.

3.3. Rekrutteringsprosess og datainnsamling

3.3.1. Rekruttering av informanter

Sykepleiere, hjelpepleiere og helsefagarbeidere som til daglig arbeider i hjemmebaserte tjenester er utvalgt i denne studien. Nevnte yrkesgrupper utgjør, sammen med ufaglærte

assistenter, hjemmetjenesten i kommunen. Videre i oppgaven omtales utvalget vekselvis som helsearbeidere og med spesifikk yrkestittel. Utvalget er valgt ut fra den kliniske hverdagen der nevnte yrkesgrupper samhandler tett om å gi nødvendig helsehjelp til eldre hjemmeboende personer, samtidig som de også har noe ulikt ansvarsområde ut fra sin yrkesprofesjon.

Hvordan utvalget av informanter skal være sammensatt avhenger av tema for intervjuet (Malterud, 2012). Halkier (2010) beskriver utvelgelsen av informanter som analytisk selektiv; at viktige karakteristika ved problemstillingen representeres i utvalget. Et homogent utvalg som har sammenlignbar bakgrunn og erfaringer som forenes i fokusgruppeintervjuet gir godt grunnlag for å belyse problemstillingen (Patton, 2002).

Øverste leder for kommunale tjenester ble kontaktet pr telefon. Studiens hensikt ble presentert, og nevnte ledere gav aksept for videre kontakt med virksomhetsledere for hjemmebaserte tjenester. Virksomhetsledere ble kontaktet, og sa seg villig til å være rekrutteringsansvarlige. Studiens hensikt og metode for innsamling av data ble presentert i telefonsamtalen, og umiddelbart sendt skriftlig i elektronisk post til rekrutteringsansvarlig (vedlegg nr 3). Ønsket antall informanter til hvert fokusgruppeintervju ble begrunnet til rekrutteringsansvarlig. Rekrutteringsansvarlig ble anmodet om å rekruttere minimum åtte deltagere til hver gruppe da det gjerne erfares noe frafall like før gjennomføring.

Rekrutteringsansvarlig sa seg villig til å sørge for at alle aktuelle informanter fikk utlevert informasjonsskrivet i god tid før planlagt fokusgruppeintervju. Det lot seg ikke gjøre å få oversikt over aktuelle deltagere i forkant av hvert fokusgruppeintervju til tross for at kontakt med rekrutteringsansvarlig ble gjort opptil tre måneder før første fokusgruppeintervju. De rekrutteringsansvarlige begrunnet dette med stort arbeidspress i de hjemmebaserte tjenestene.

3.3.2. Det endelige utvalget

Det endelige utvalget var 23 informanter i til sammen fem fokusgrupper. Alle informantene var kvinner. Deres praksiserfaring varierte fra ca. 9 måneder til mer enn 30 års yrkeserfaring innen hjemmebaserte tjenester.

Tabell 1. Oversikt over antall deltagere og profesjonsbakgrunn i fokus gruppene.

Gruppe nr	Sykepleiere	Hjelpepleiere	Helsefagarbeidere	Antall deltagere
1 kommune A	3	2	1	6
2 kommune B	3	1		4
3 kommune B	1		2	3
4 kommune C	3	2	1	6
5 kommune C	2	1	1	4

3.3.3. Setting

Datainnsamling ble gjort i lokaler tilknyttet hjemmebaserte tjenester i den enkelte kommune. Rekrutteringsansvarlig sa seg villig til å sørge for at et rom uten forstyrrelser ble stilt til disposisjon på avtalt dato og tidspunkt. Det ble servert mineralvann og frukt under intervjuene. Alle informantene fikk en påskjønnelse i form av et gavekort som takk for velvillighet. Hvert fokusgruppeintervju varte ca. en time, og ble gjennomført den siste timen av ordinær dagvakt. Det ble benyttet lydopptaker under intervjuene. Bakgrunn for bruk av lydopptaker ble presentert før fokusgruppeintervjuet startet samt i informasjonsskrivet som hver informant leste og signerte på. Ingen informanter gav uttrykk for motforestillinger mot bruk av lydopptaker. Ved to av fokusgruppeintervjuene (gruppe 3 og gruppe 5) hadde moderator medhjelper til stede. Vedkommende ble presentert før oppstart og hennes rolle var å bistå moderator med notater underveis, og gi tilbakemeldinger til moderator i etterkant. Informantene gav ingen innvendinger mot hennes tilstedeværelse.

3.3.4. Gjennomføring av fokusgruppeintervjuer

I pilotintervjuet kjente alle informantene hverandre som ansatte på samme arbeidsplass. I de fire andre fokusgruppeintervjuene deltok helsearbeidere fra forskjellige soner av hjemmebaserte tjenester i aktuell kommune. I hvilken grad de hadde møtt hverandre tidligere eller kjente hverandre, varierte i de ulike gruppene. I noen grupper kom to og to fra ulike

soner, i andre grupper deltok helsearbeidere som ikke hadde møtt hverandre før. Jeg hadde ikke truffet noen av informantene tidligere. Som det fremkommer av tabell 1, var det stor variasjon i antall informanter som møtte opp til fokusgruppeintervjuene. Til tross for muntlig og skriftlig kommunikasjon, og påminnelse gjennom elektronisk post til rekrutteringsansvarlig om hvor mange informanter som det var ønskelig at skulle rekrutteres til hver gruppe, lyktes det i liten grad å få ønsket antall informanter.

3.4. Interaksjon i fokusgruppene

Etter gjennomføring av fokusgruppeintervjuene, og videre lytting og transkripsjon av datamaterialet, kom det klart frem at de fem gruppene tok ulike fokus og perspektiver selv om tema var det samme og moderator var den samme. Sammensetning av informanter i den enkelte gruppen har trolig hatt stor påvirkning på interaksjonen, og på hvilke perspektiver de delte erfaringer og refleksjoner fra. Det vurderes derfor å være av betydning å beskrive den enkelte fokusgruppes interaksjon i forkant av å presentere funn. Hvordan interaksjonen i den enkelte gruppe utviklet seg handler trolig også om moderators spørsmål og innspill, noe som utviklet seg fra pilotintervjuet til møtet med siste fokusgruppe.

Smithson (2000) beskriver interaksjonen i den enkelte fokusgruppe som det unike aspektet ved denne formen for gruppeintervju sammenlignet med individuelle dybdeintervju. Interaksjon i gruppen foregår, i følge Smithson, både mellom moderator og gruppen, men mest mellom informantene i gruppen. Halkier (2010) viser til at det er viktig å være bevisst på i hvilken grad dynamikk og interaksjon i gruppen fremmer eller hemmer refleksjoner og meningsytringer.

Ved videre presentasjon av interaksjonen i de ulike fokusgruppene benyttes deler av sitat som beskriver gruppens fokus, som overskrift.

3.4.1. «Respekt for hjemmet og den eldre personens arena»

Pilotintervjuet.

Gruppen bestod av seks informanter som alle arbeidet i samme sone av hjemmebaserte tjenester. Noen hadde arbeidet sammen i mange år, noen hadde arbeidet i noe kortere tid på denne arbeidsplassen. Gruppen bar preg av å ha kjennskap til hverandre. Dette viste seg gjennom at de umiddelbart startet samtalen seg i mellom etter introduksjon ved moderator. De var tidlig i fokusgruppeintervjuet opptatt av respekt for hjemmet og den eldre hjemmeboende personen. De brukte praksiseksemples og drøftet erfaringer og kjennskap til pasienter med hverandre. Gruppen bestod hovedsakelig av sykepleiere, men det var ingen tegn til polarisering i gruppen, og helsefagarbeiderne var delaktig på lik linje med sykepleierne. Temaet om bruk av store hjelpemidler hos hjemmeboende eldre personer skapte engasjement. Fokus på brukerhistorier og positive erfaringer preget interaksjonen i gruppen selv om helsearbeiderne også drøftet utfordringer i møtet med eldre hjemmeboende personer og bruk av store hjelpemidler.

3.4.2. «Det handler om kunnskap og kompetanse»

1. Fokusgruppeintervju

Gruppen bestod av fire informanter. To av informantene var ledere, og arbeidet ikke daglig i klinisk praksis hos hjemmeboende eldre personer. En av dem var den rekrutteringsansvarlige, noe moderator ikke var klar over før gruppen samlet seg. Den tredje informanten var helsefagarbeider og hadde tidligere arbeidet mange år i hjemmebaserte tjenester, men hadde de siste årene ikke arbeidet i hjemmetjenesten. Den siste informanten var sykepleier. Hun hadde noe redusert norsk ordforråd, noe som trolig begrenset muligheten til å delta dynamisk i gruppesamtalen. I denne gruppen var de to lederne dominerende i engasjement og meningsytringer. De kjente hverandre godt. De vinklet umiddelbart fokus mot kunnskap og kompetanse hos helsearbeidere, og hvordan dette kan og bør fungere knyttet opp mot eldre hjemmeboende brukere av hjemmebaserte tjenester.

3.4.3. «Uten nødvendige hjelpemidler får vi ikke gitt en verdig helsetjeneste»

2. Fokusgruppeintervju

Gruppen bestod av tre informanter. To av informantene var helsearbeidere i hjemmetjenesten i to ulike soner og hadde ikke møtt hverandre tidligere. De hadde begge mange års erfaring i hjemmetjenesten. Den tredje informanten var sykepleier, og hadde en lederrolle. Hun kjente ikke de to andre fra tidligere. Interaksjonen i gruppen var trolig preget av at gruppen var liten, og at en av informantene hadde en lederrolle. Samtidig engasjerte teamet alle informantene ut fra egen hverdag og erfaring, og en av helsearbeiderne tok umiddelbart ordet etter at deltagerne hadde presentert seg og moderator hadde introdusert tema og hensikt med gruppesamtalen. Informanten presenterte hva hun erfarte at var viktig å ta tak i for å få til en bedre helsetjeneste for eldre, hjemmeboende og bruk av store hjelpemidler. I denne gruppen var det mye fokus og engasjement rundt utskrivning fra sykehus og hvordan kjennskap til den eldre og kartlegging av behov for hjelpemidler må bli bedre for å kunne gi en verdig helsehjelp i hjemmet. Samtidig var interaksjonen preget av at informanten med lederansvar i større grad forsvarte organisering av helsetjenesten der de andre informantene etterspurte forståelse i systemet for å tilrettelegge for en bedre helsetjeneste.

3.4.4. «70 talls hus er ikke så veldig tilrettelagt akkurat»

3. Fokusgruppeintervju

Gruppen var sammensatt av seks informanter, to fra hver av tre ulike soner av hjemmebaserte tjenester. Alle informantene var likestilt i forhold til å utføre nødvendig helsehjelp hos eldre hjemmeboende ut fra sin profesjon. Interaksjonen i gruppen var preget av engasjement, ulike erfaringer og i hvilken grad den enkelte hadde arbeidet lengre eller kortere tid i hjemmetjenesten. Noen kunne speile dagens arbeidssituasjon ut fra tidligere erfaringer i andre kommuner, fra arbeid på sykehus eller fra mange års erfaringer i egen kommune. Andre hadde arbeidet i kommunen i begrenset tid og var nyutdannet. Dette førte til stor aktivitet i gruppen, samtidig som det ble vurdert å være en god atmosfære for ulike meninger. Der en helsearbeider gav uttrykk for at hun var imponert over hvor godt det var tilrettelagt med store hjelpemidler hjemme hos eldre, gav den mer rutinerde pleieren som hadde allsidig erfaring klart uttrykk for at det var mange utfordrende arbeidssituasjoner i de ulike hjemmene.

Gruppen tok tidlig tak i mange utfordrende arbeidssituasjoner og hendelser der det ikke fungerte i forhold til eldre hjemmeboende og mangel på store hjelpemidler.

3.4.5. «Det er å gjøre den eldre en bjørnetjeneste, jeg tenker på det»

4. fokusgruppeintervju

Gruppen var sammensatt av fire informanter. De representerte to ulike hjemmetjeneste-soner, slik at to og to informanter kjente hverandre som arbeidskollegaer. Informantene var ansatt i samme soner som fire av informantene i forrige fokusgruppe uten at de var klar over dette. Det tok noe tid før samtalen kom i gang, som om informantene ventet på hverandre. Der forrige gruppe var engasjert og hadde fokus på hvordan tjenesten fungerte dårlig, hvor lite tid de hadde til å utføre arbeidet og i hvor liten grad de kjente den enkelte eldre, hadde denne gruppen et annet fokus selv om de representerte samme arbeidsplass. Det kunne synes som om alt fungerte bra. Midtveis i tiden som var satt av til fokusgruppeintervjuet var aktuelle tema belyst, informantene hadde bekreftet hvordan helsehjelpen fungerte godt, og hvordan de erfarte å få alle de hjelpemidlene de ba om. Da moderator spurte om de hadde tanker om hvordan noe kunne bli bedre? og de fortsatt bekreftet at alt fungerte godt, var samtalen i ferd med å avsluttes. Etter å ha gjennomført fokusgruppeintervju med noen av deres kollegaer for kort tid siden, var jeg nysgjerrig på om arbeidsdagen virkelig kunne erfares og reflekteres så ulikt? Da åpnet en helsearbeider for sin egen erfaring om hvordan hun gjennom stilltiende avtale med den gamle brukte hjelpemidler i stedet for å la ham gå selv. Dette skapte engasjement og nytt fokus rettet mot kontrasten mellom omsorgsboliger og private hjem og hvordan den eldre raskt kommer inn i en passiviserende pasientrolle når han flytter inn i omsorgsleilighet.

4.0 ANALYSE

Kvalitativ innholdsanalyse inspirert av Graneheim og Lundman(2004) er benyttet for å analysere datamaterialet i denne studien. Samtidig har jeg latt meg inspirere av Ricoeurs(1992) teksttolkning og hvordan han beskriver bevegelsen frem og tilbake mellom teksten og arbeidet for å forstå innholdet. I dette kapittelet presenteres Ricoeur og hans fokus på bevegelsen frem og tilbake mellom tekst og fortolkning. Videre presenterer jeg min forforståelse som jeg startet studien og møtte informantene og datamaterialet med. Hva som kjennetegner kvalitativ innholdsanalyse presenteres før jeg viser hvordan jeg benyttet kvalitativ innholdsanalyse i arbeidet med datamaterialet.

4.1. Ricoeur og teksttolkning

Tekst og kontekst.

Filosofen Paul Ricoeur(1992) beskriver analyseprosessens bevegelser frem og tilbake mellom inntrykk fra datamaterialet og uttrykk i hvordan tekster kan forstås, som en hermeneutisk bue. I søken etter forståelse, i dialogen mellom teksten og den forståelse den indre tanken gir, kommer dette til uttrykk i skriftlig språk. For Ricoeur innebar tekstforståelse også selvforståelse, at selvet speiler seg i teksten, mellom å forklare og forstå og mellom metode og sannhet. Teksten består ikke bare av tegn og strukturer, men også bestemt mening som i leseprosessen settes i forbindelse med leserens verden.

Fortolkning.

Å lese kan, som en holdning til teksten, beskrives som å kjede eller å koble en ny diskurs sammen med tekstens diskurs(Lægreid, Skorgen, & Hagen, 2001). Fortolkningen er utfallet av denne sammenkjedingen og denne gjentakelsen. Forståelse av teksten fullbyrdes i en selvforståelse; refleksjonen (Lægreid et al., 2001). Hermeneutikk og refleksiv filosofi svarer gjensidig til hverandre, i følge Ricoeur(1992). Dannelse av selvet og dannelse av mening foregår samtidig. Ricoeur oversettes og siteres slik: « *Det er i selve hjertet av lesningen at forklaringen og fortolkningen settes opp mot hverandre og forenes i uendelighet.*» (Ricoeur i følge Lægreid et al., 2001, s. 79).

Fortolkningsmetode.

Fortolkningsmetode består av flere nivåer; en naiv lesning, en strukturanalyse, en kritisk analyse og diskusjon (Dreyer, 2010). Metoden er en dialektisk bevegelse mellom forklaring og fortolkning. Bevegelse fra hva teksten sier til hva teksten snakker om, om hvordan forskningsspørsmål interagerer med data. I Ricouers tenkning er anvendelse av en fenomenologisk hermeneutikk som en argumenterende disiplin; en tekst har aldri kun en betydning, men en fortolkning kan være mer passende og sannsynlig enn en annen. I denne fortolkningsmetoden er den dialektiske bevegelsen mellom forklaring og forståelse avgjørende. Det viktige er sammenhengen mellom forskningsspørsmålene, analysemetoder og resultater. Teksttolkning omhandler språk, refleksjon og dialektisk bevegelse mellom del og helhet i den hermeneutiske sirkel (Dreyer, 2010).

4.2. Min for-forståelse

Som ergoterapeut i kommunehelsetjenesten siden 1997 har jeg vært på hjemmebesøk hos svært mange eldre personer, og erfart tett samarbeid med hjemmetjenesten. Å møte eldre personer som er avhengig av andres hjelp for å mestre hverdagen, utfordrer meg som ergoterapeut og som medmenneske. Hva som er viktig for den enkelte person er så ulikt og samtidig så gjenkjennbart. På hjemmebesøk hos den sårbare eldre personen erfarer jeg å komme nær den enkeltes livshistorie nettopp gjennom personens utforming av hjemmet sitt. Bilder, møbler og gjenstander understreker ofte hvem den eldre er og har vært, og ikke minst hva som er viktig for den eldre å bli definert som i dag. Når det da er aktuelt å tilrettelegge i hjemmet med store hjelpemidler, erfarer jeg at svært mange vegrer seg fordi store hjelpemidler som personløfter, rullestol, og kanskje spesielt pleiesengen, både synes godt i hjemmet og gjør en stor forskjell.

Tilrettelegging med hjelpemidler skal, slik jeg ser det, være et tiltak etter en grundig kartleggingsprosess der den eldre hjemmeboende personen er sett, hørt og respektert før hjelpemidler plasseres i hjemmet. Jeg har en klar holdning til at alle mennesker, og kanskje

aller mest de sårbare eldre personene, selv skal være delaktig og kjenne seg involvert i prosessen rundt det å bytte ut sin egen seng med en pleieseng.

Jeg erfarer nå at Samhandlingsreformens fokus på kortere liggetid i sykehus og raskene hjemsendelse påvirker hvordan vi som kommunehelsetjenesten utøver tjenester mot eldre hjemmeboende personer. Å sørge for effektive tjenester og rask «saksgang» fører til at systemer som sykehus og kommune snakker sammen, men ikke alltid inkluderer den eldre personen selv. Å tilrettelegge med store hjelpemidler i hjemmet, ikke minst pleieseng, er en kompleks oppgave som skulle involvere mer enn logistikk. Min erfaring er at den eldre sårbare personen ofte blir sist kontaktet når det er aktuelt med bytte av seng. Og jeg som ergoterapeut blir også delaktig i et system som mulig er opptatt mer av effektivitet enn av verdighet og deltagelse. Det oppleves etisk og faglig urett mot eldre hjemmeboende personer når slik tilrettelegging utføres uten at det er helt tydelig at personen selv er delaktig i dette. Min forforståelse og engasjement har nok påvirket valg av tema og problemstilling for denne studien.

4.3. Kvalitativ innholdsanalyse

Innholdsanalyse har, i følge Graneheim og Lundman(2004), utviklet seg fra en objektiv, systematisk og kvantitativ beskrivelse til å inkludere tolkning av det latente innholdet i materialet. Kvalitativ forskning basert på data fra intervju og observasjoner krever forståelse og samarbeid mellom forsker og deltagere. Tekster basert på intervju og observasjoner er derfor preget av gjensidighet, av konteksten intervjuet har foregått i og er verdibundet. En tekst inneholder derfor alltid en grad av tolkning. Dette er viktig å være klar over når man diskuterer pålitelighet av funn i kvalitativ innholdsanalyse. Det manifeste innholdet er hva teksten sier, det beskrivende innholdet. Det latente innholdet er det underliggende budskapet, en tolkning av hva teksten egentlig sier noe om. Graneheim og Lundman (2004) poengterer at analyseprosessen ikke foregår lineært, men at analyseprosessen innebærer en bevegelse frem og tilbake mellom hele og deler av teksten.

4.4. Analyseprosessen

Jeg begynte analysearbeidet umiddelbart etter første fokusgruppeintervju ved å skrive logg, og lytte til lydopptaket så snart det lot seg gjøre. Transkripsjon ble påbegynt samme dag eller dagen etter at hvert fokusgruppeintervju var gjennomført, og var fullført i god tid før neste gruppeintervju. Det transkriberte materialet ble gjennomlest flere ganger, og et resyme ble skrevet på bakgrunn av naiv lesning. Dette beskriver også Ricoeur, når fortolkningsmetode presenteres, som bevegelse mellom teksten og hvordan forskningsspørsmålene interagerer med data (Dreyer, 2010).

Jeg valgte å definere seks – syv innholdsområder i hver tekst. Etter å ha gjort dette i alle fem tekstene fant jeg at flest innholdsområder gjentok seg i alle gruppene. I det videre analysearbeidet jobbet jeg på tvers av tekstene. Analysefokuset er ikke på hva individet i gruppen sier, men på diskusjonen som konstrueres i gruppe-konteksten.

Tilbake til teksten ble 80 meningsenheter definert på bakgrunn av studiens forskningsspørsmål. Meningsenhetene er det manifeste, det beskrivende innholdet i teksten (Graneheim & Lundman, 2004). Hver meningsenhet ble kondensert og merket med en kode. Kodene beskriver helsearbeidernes erfaringer og refleksjoner. Eksempler på meningsenheter, kondensering og kode vises i tabell 2.

Tabell 2. Eksempel på meningsenhet, kondensert meningsenhet og kode

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode
Ja det går på arbeidsmiljøet, at vi skal ha det tilrettelagt for å stå i jobben så lenge. Vi har blitt mere bevisste på det, at vi tenker på vår helse for å hjelpe andre med deres helse	Helsearbeiderne er bevisst på et arbeidsmiljø som tar vare på deres helse	Fokus er endret
Kanskje noen føler at hjemmet blir invadert...må hive ut dobbeltsengen. De må sove på hvert sitt rom fordi det skal inn sykeseng. En kan jo tenke seg selv..	Noen kan oppleve at hjemmet blir invadert når behov for pleieseng gjør at dobbeltsengen må fjernes og de må sove på hvert sitt rom	Den eldre og egen seng
Det er jo noen som bestemmer over, det blir et over..om ikke vi kaller det overgrep, men. De mister på en måte kontrollen over sitt eget liv, altså hvis	Helsearbeideren bestemmer over den eldre, og de mister kontrollen over sitt eget liv. Med delaktighet kunne den eldre kanskje erfart bedre helse.	Fravær av delaktighet

de hadde vært mer med i den, kanskje de hadde fått en bedre følelse av en bedre helse, tenker jeg, hvis de hadde vært litt mere med.		
Jeg tror nok de gangene det går galt er når de kommer direkte fra sykehuset og sykehuset ikke har snakket med dem. Kanskje det blir bestilt sånn, at kanskje pasienten forsvinner litt på veien. Det skjer jo ikke så ofte. Det må sykehuset snakke med den eldre om.	Når den eldre kommer fra sykehusopphold, hender det at hjelpemidler bestilles uten at den eldre er delaktig eller vet noe om dette.	Fravær av delaktighet

De ulike kodene ble gruppert i sub-kategorier. Sub-kategorier, som uttrykker samsvarende eller lignende meninger, igjen ble sortert i kategorier. Kategoriene i denne studien er samsvarende med forskningsspørsmålene i studien: Hjemmet som arbeidsplass, Hjelpemidlers funksjon og Den eldre personens delaktighet.

Videre ble det latente innholdet i funnene formulert i tema. Analyseprosessen beveget seg frem og tilbake, slik Ricoeur beskriver, som en dynamisk prosess mellom selve teksten, forskningsspørsmålene og min forståelse av dette.

Tabell 3 Koder, sub-kategorier, kategorier og tema fra innholdsanalysen

Tema	Store hjelpemidler i hjemmet – et paradigmeskifte				
Kategorier	Hjemmet som hjem og arbeidsplass Hjelpemiddelets funksjon				Grad av delaktighet
Sub-kategori	Fokus er endret	Hjemmet blir invadert	Ivareta funksjon	Hindre belastning for helsearbeideren	Pasienten forsvinner litt på veien
Koder	1. Fokus er endret 2. Arbeidsmiljøloven 3. Sykere eldre bor hjemme 4. Hjemme kontra institusjon 5. Den eldre og egen seng	1. Hjemmets betydning 2. Vegring mot endring 3. Respekt for den eldre personens hjem	1. Mestring 2. Økt kvalitet på helse-hjelpen	1. Stilltiende overenskomst 2. Passivisering 3. Spare tid 4. Omsorgsbolig og private hjem	1. Samhandlingsreformen 2. Fravær av delaktighet 3. Den eldre aksepterer etter hvert 4. Etisk dilemma

Underveis i analyseprosessen drøftet jeg fremdrift og resultater underveis i analysearbeidet sammen med veileder og co-veileder. De er begge utdannet sykepleiere, og med ulik faglig

tilnærming kunne analyseprosessen og forståelse drøftes og belyses fra to forskjellige faglige perspektiver.

5.0 RESULTATER

På bakgrunn av beskrevet analyseprosess presenteres studiens funn i dette kapittelet. Dette er funn som jeg vurderer er relevante for å svare på problemstillingen: **Hvilke vurderinger og erfaringer har helsearbeidere ved bruk av pleieseng, rullestol og personløfter hjemme hos skrøpelige eldre personer?** Presentasjon av funn er organisert med hovedoverskrifter fra studiens forskningsspørsmål: Hjemmet som hjem og arbeidsplass, Hjelpemidlers funksjon og Den eldre personens delaktighet. De manifeste funn presenteres før studiens latente, underliggende tema presenteres.

5.1. Hjemmet som hjem og arbeidsplass

5.1.1. Fokus er endret

Det sentrale funnet etter analyse av datamaterialet er at fokus har endret seg i hjemmetjenesten de siste årene. Helsearbeidere som har arbeidet i hjemmebaserte tjenester i mange år beskriver at fokus har endret seg fra at det tidligere var den eldre som var i sentrum til at de som helsearbeidere i dag er mer bevisst på at hjemmet er deres arbeidsplass. Helsearbeiderne beskriver et økt fokus på arbeidsmiljøloven og bevissthet om rett til en tilrettelagt arbeidsplass. De beskriver dikotomien mellom deres krav om en tilrettelagt arbeidssituasjon, og den eldre personens vegring mot endringer i eget hjem. Helsearbeiderne beskriver dette spesielt opp mot bruk av hjelpemiddelet pleieseng i hjemmet. En helsefagarbeider beskriver det slik:

Ja det går på arbeidsmiljøet, at vi skal ha det tilrettelagt for å stå i jobben så lenge. Vi har blitt mere bevisste på det, at vi tenker på vår helse for å hjelpe andre med deres helse, så det er liksom noe man har mere bevissthet på etter hvert. Hennes kollega som er sykepleier beskriver det slik: Det er jo et sånt spenningsforhold, jeg synes nok sånn langt på vei så får vi til det å rigge på plass selv om det tar mange ganger for lang tid, og en periode må du kanskje klare deg uten hjelpemidler og alt det der, men så får man jo etablert ting etter hvert. Det kan da allikevel være hjem der hvor de rett og slett, de vil ikke ha ei svær seng inn, de vil ikke, det er det der spenningsforholdet da mellom vi som tjenesteytere ser at her hadde vi hatt

nytte av pleieseng, vi hadde hatt nytte av en personløfter, vi mener at det ville vært bedre men hvor pasienten eller kanskje familien ikke vil ha det fordi de ikke vil endre på noe.

5.1.2. Den eldre og egen seng

Svært mange informanter fremhever at det er utfordrende å møte eldre personers tilknytning til egen seng når deres behov som hjelpere er å benytte pleieseng for å ha en tilrettelagt arbeidsplass. I en fokusgruppe dreier informantene umiddelbart tema til å reflektere over respekt for eldre personers hjem. Samtidig beskriver de dilemmaet mellom hjemmets utforming og deres behov for tilrettelagt arbeidsplass knyttet opp mot blant annet pleieseng. Helsefagarbeideren uttrykker det slik:

Jeg tenker at vi skal godta at folk har det forskjellig, de skal ikke ha det slik som jeg ønsker å ha det, men de skal ha det slik de selv vil ha det. Jeg vil ikke komme inn og si at " sånn og sånn skal du ha det". For det er ikke naturlig for dem, det er jo deres hjem, jeg må respektere at jeg skal ikke bestemme. Ja det kan være vanskelig noen ganger. Noen ganger har jeg lyst å gjøre noe, men så prøver jeg å tenke at, nei, jeg skal ikke gjøre noe som de ikke ønsker. Jeg har møtt eldre som sier at; «ja, jeg skjønner at dere må ha det slik at det er greit for dere», at de på en måte godkjenner eller godtar at vi gjør det vi må gjøre. Men om de er like begeistret hver gang, er jeg ikke sikker på. Og det, når vi må bytte ut en seng som er for lav for oss og det kanskje er en seng de har hatt et forhold til i veldig mange år så er det ikke lett, men de fleste godtar det for de skjønner at vi må ta hensyn til helsen vår. Hennes kollega sier: Vi har ventet lengst mulig for at pasienten skulle slippe å føle seg mer pasient, enda mer syk, prøvd med klosser først... Med en gang de ser den pleiesengen så «oi, nå er jeg så dårlig, nå er jeg så syk».



Personløfter og pleieseng på soverommet

En sykepleier beskriver at det tidligere var tabu å foreslå bruk av hjelpemidler hjemme hos eldre personer. Slik er det ikke lenger. Nå er fokus på de ansatte i hjemmetjenesten og tilrettelegging av deres arbeidsplass i eldre menneskers hjem:

Jeg tenker at det har forandret seg i hvert fall mye i den tiden jeg har jobbet i hjemmesykepleie, hvis jeg tenker akkurat sånn hvordan det er nå og hvordan det var før. Så var det nok mer sånn tabu i forhold til å komme og foreslå hjelpemidler, og ofte så var jo den eldre personens hjem, de hadde jo mange ting, og mange matter og store møbler og liksom, det skulle ikke forandres på noe. Det er et litt annet fokus nå. Det er fokus på at vi skal ha en arbeidsplass hvor ikke vi bør, vi skal helst ikke løfte og dra, men det er klart at det er ikke over alt at de eldre vil ha hjelpemidler. De synes det er litt tabu, ikke sant? Det kan gå lang tid. du må bruke litt motivasjon, litt tid på det mange ganger også. Det er liksom mange ting.

Hennes kollega har tidligere erfart å ta hensyn til eldre personers vegring mot å få store hjelpemidler som sykeseng inn i hjemmet, hensyn som i dag må vike for Arbeidsmiljølovens krav:

Det kan jo være at det som hjelpepersonell definerer som nødvendig for å gjøre en ordentlig jobb eller for å ikke feilbelaste egen kropp, at den som skal ha hjelpen ikke ønsker dette hjelpemiddelet. Det har jeg opplevd selv i et hjem hvor det absolutt, på grunn av arbeidsoppgaven, burde vært en sykeseng som du kunne regulere opp og ned. Hvor det ikke var ønskelig fordi da ville hjemmet bære preg av å være mer et behandlingssted eller et sykehjem, ikke sant? Hvor da personellet, meg selv inkludert, måtte utføre arbeidsoppgaver som var virkelig belastende for ryggen fordi vi stod i en arbeidsstilling over ganske lang tid altså, det kunne handle om en time, Det tror jeg ikke ville gått i dag, fordi jeg også har opplevd at det har vært en utvikling, at det er mere fokus på at, du har faktisk, arbeidsmiljøloven gjelder også i et hjem.

Samtidig har sykepleieren også tanker om hvordan den eldre ofte har en sterk relasjon til sin egen seng, og at det er mange spørsmål knyttet til det å få pleieseng i hjemmet:

Jeg synes nok at i de fleste tilfellene så er terskelen for å få en pleieseng, si du har gjerne en dobbeltseng, det er et ektepar. I det momentet at det på en måte skal gjøres så stor forandring inne på et soverom. Hvordan ser pleiesengen ut? Kommer den til å skille seg ut? Kan jeg sette den inntil? Blir det liksom veldig sann sykeseng? Altså er det mange spørsmål. Og folk skal jo bo hjemme så lenge som mulig, de skal jo kunne dø hjemme, ikke sant? Og det med seng, det sitter langt inne altså.

5.1.3. Hjemmet blir invadert

Å plassere pleieseng i hjem der den eldre vegrer seg mot dette, beskrives av noen helsearbeidere som invadering, overgrep og drastiske endringer i den eldre personens hjem. I hver fokusgruppe drøftes dette som et dilemma. Helsearbeideren erfarer at det oppstår dilemma når deres behov for tilrettelegging kan synes å komme i konflikt med hva som er viktig for den eldre og ektefellen. De erfarer også at eldre har en klar vegring mot å få store hjelpemidler som pleieseng inn i hjemmet, at hjelpemiddelet innebærer en stor og uønsket endring i hjemmet. En sykepleier beskriver det komplekse bilde av historie, relasjoner og vegring for endring slik:

Kanskje noen føler at hjemmet blir invadert? Kanskje de må hive ut en dobbeltseng de har sovet i femti år for å få plass til, eller de må sove på hvert sitt rom i en annen seng fordi det skal inn sykeseng, en kan jo tenke seg selv!



Pleieseng i stuen

Helsearbeiderne gir uttrykk for at det er vanskelig for mange eldre å erfare så store endringer i hjemmet sitt, og at de kjenner på dilemmaet mellom hvem det skal tas hensyn til:

Det er det som ofte er vanskelig, de har ikke lyst å ha det hjemme. Det er trangt og de vil ikke ut med sengen sin for å få inn en sykeseng. Det er ikke så veldig festlig, kanskje å sette seng i stuen. Så det er ganske tøft for mange. Jeg opplever det som et problem ofte. Skal vi ta hensyn til oss? Eller skal vi ta hensyn til dem? De mener at det ikke er nødvendig med pleieseng og vi mener at det er det. Men vi skal jobbe i mange år så vi er nødt å ha hjelpemiddelet, men det hender det tar litt tid, og at vi må bearbeide den eldre litt.

Samtidig erfarer de at eldre som ønsker å dø hjemme kan oppleve at det er en god situasjon å ha pleiesengen i stuen der familien kan være til stede rundt dem. Sykepleiere som har hatt et spesielt ansvar for pasienter med langt kommen kreftsykdom, og som skal hjem etter sykehusopphold, har gode erfaringer med plassering av pleieseng i eldre personers hjem:

Samtidig har vi opplevd. Med eldre kreftpasienter, de har villet hjem, til et hjem med seng i stuen da det har vært god plass rundt i forhold til familie så..

Ja, da er det en god situasjon...at det er plass til alle rundt, hvis de ligger hjemme til de dør.

5.1.4. Hjem og hjem, det er en forskjell

Et annet vesentlig funn er at helsearbeiderne beskriver stor forskjell mellom å arbeide i omsorgsboliger og det å gi nødvendig helsehjelp i ordinære, private hus og leiligheter. I de ulike fokusgruppene kom det frem at noen informanter primært arbeidet i omsorgsboliger som har livsløpsstandard. Andre arbeidet både i omsorgsboliger og i ordinære privathus og leiligheter. En stor andel eldre pasienter som tidligere var på sykehjem bor nå i omsorgsboliger og er derfor registrert som hjemmeboende personer. Det kommer klart frem i fokusgruppeintervjuene at type bolig påvirker hvordan helsehjelpen utføres og hvordan den erfares av helsearbeiderne. De vurderer at hjemmets fysiske utforming i stor grad påvirker hvordan de kan gi den nødvendige helsehjelp i hjemmet i møte med den enkelte eldre personens behov. En helsearbeider som primært arbeider hos eldre som bor i ordinær privat bolig beskriver det slik:

Jeg synes at arbeidsmiljøet er veldig tungt hos veldig mange, på grunn av liten plass og brukeren er lite mobil og skal en på en måte gjøre det best mulig for bruker og den som jobber da. Det er en veldig utfordring hos mange, for hus som er bygget på 70- tallet er ikke akkurat veldig tilrettelagt. Mye eldre hus som de bor i, med dørterskler og...

En annen helsearbeider som har sin arbeidsdag primært på et senter med omsorgsboliger har et annet utgangspunkt for sine refleksjoner. Hun sier:

Jeg synes det var egentlig utrolig hvor godt det var organisert og jeg opplevde ganske tidlig, personlig, at brukerne hadde egentlig mye det de trengte. Både av utstyr som vi trengte for å foreta pleie og stell, men også hjelpemidler fra takheiser til sykesenger for de som trengte det. Det var tanker som jeg gjorde meg.

En annen helsearbeider reflekterer slik:

Hvordan arbeidssituasjonen i hjemmet påvirker oss er tett knyttet opp mot hva slags hjelp vi da klarer å gi pasienten. Vi klarer også å gi en helt annen hjelp hvis vi har de rette hjelpemidlene for vi slipper å slite og dra i pasienten og de slipper å få vondt, ikke sant?

En sykepleier beskriver det slik:

I forhold til før, er folk mye dårligere hjemme og det trengs enkelte ganger mye hjelpemidler. Og så er det jo forskjellig, med rike mennesker som har stor plass. Vi går fra folk med store leiligheter og god plass til hjelpemidler til mindre, du ser at det er mye mer fattigslig, altså hvordan de bor da, det er veldig stort spenn kan du si.

Helsefagarbeideren som også har arbeidet mange år i hjemmetjenesten sier det slik: *Det er mye vanskeligere å få sykehjemsplass, alt skal ha vært prøvd i hjemmet først. For noen er det helt okay, for andre er det veldig traumatisk å bli syk og overlatt til seg selv i hjemmet. De kjenner jo ikke til hjemmesykepleien, hvordan vi jobber og hvor mye man kan sette inn av ressurser. De er jo veldig utrygge i den situasjonen, men jeg tenker at, når vi snakker om at vi kan tilrettelegge med hjelpemidler hjemme. Men det kan ta lang tid, vi opplever at det kan ta lang tid fra de kommer hjem og til hjelpemidlene er på plass.*

5.1.5. Hjemme hos den eldre personen kontra institusjon

Å ha den eldre personens hjem som sin arbeidsplass ble beskrevet på ulike måter av helsearbeiderne. En sykepleier som tidligere hadde arbeidet på sykehus uttrykte:

Det er stor forskjell fra sykehus. Hjemme er jeg en gjest i deres hjem. Det er helt forskjellig.

En annen sykepleier som også hadde arbeidet på sykehus og sykehjem tidligere beskrev det slik *For det blir helt annerledes. For på institusjon, der er liksom reglene fastsatt da, at det er mer, sånn og sånn er det der. Slik blir det jo ikke når du reiser hjem til folk. Da må du på en måte respektere slik de har det der, du må liksom møtes litt på midten. Det er ikke bestandig lett, det kan være utfordrende.*

Der sykepleieren beskriver det å arbeide i den eldre personens hjem som utfordrende, beskriver helsefagarbeideren distansering og en pragmatisk tilnærming til hjemmet som arena:

Jeg tenker, det er jo liksom en del av jobben, det at vi kommer hjem til folk. Det har blitt en selvfølge at vi gjør det. Og nettopp det at du er på jobb og kommer i uniform, så distanserer du deg kanskje litt fra det. Det er ikke som å komme på besøk til noen. Det blir jo på en helt annen måte, tenker jeg.. Man har litt distanse til det synes jeg. Det tenker jeg kanskje mer kan være et problem for den som bor der. Når jeg prøver å sette meg inn i dens situasjon, å få fremmede inn som skal gjøre noe for de er avhengige av å få hjelp. For meg er det jo en del av jobben, sånn er det. Det er en forutsetning å få hjulpet folk at jeg kommer hjem til dem.

En annen helsearbeider sammenligner det å gi helsetjenester i hjemmet kontra på sykehjem. Hun sammenligner det å stå alene som helsearbeider i hjemmet kontra på sykehjemmet hvor det er tilgang både på kollegaer og på store hjelpemidler, inkludert pleiesenger som er en fast del av inventaret på sykehjemmet:

Vi kjører jo hjem til folk og de skal motta oss. Ja, mange er jo litt skeptiske til at vi skal komme inn og det. Og du trår jo over, du prøver jo å ikke trå over noen grenser, men det hender jo du gjør, fordi at de vet jo ikke sitt eget beste bestandig og så må vi jo hjelpe de. Frem til vi kan få litt mere hjelpemidler. Samtidig er det ikke alltid de kanskje fungerer som du tenker, for det må jo prøves ut litt. Noen ganger fungerer alt veldig bra, og så har det med hvilken sykdom pasienten har da, hvordan, hvilken forfatning den er i når du kommer, så du vet jo ikke hva du kommer til. På sykehjemmet så er vi jo flere som støtter hverandre der og da, mens ute er du jo aleine den første tiden hvis du må ha hjelp.

Selv om fokus har endret seg til mer bevissthet om hjemmet som sin arbeidsplass, beskriver også helsearbeiderne hvordan de erfarer at det er viktig for den eldre å kunne bo i eget hjem selv om det er nødvendig med store hjelpemidler:

Så er det noen som synes det er i hvert fall bedre, hvis de kan bo hjemme og. De godtar at hjelpemidler kommer inn, de synes det er godt å få være hjemme i stedet for å flytte ut – så det er begge deler.

5.2. Hjelpemidlers funksjon

5.2.1. Vi tar egentlig fra dem noe de kan

Et annet viktig funn er motsetningen mellom å gi nødvendig helsehjelp og samtidig ta fra den eldre mestring av daglige aktiviteter. Flere helsearbeidere reflekterer over hvordan bruk av hjelpemidler tar fra den eldre noe han faktisk mestrer. En rullestol som var tiltenkt brukt som transporthjelpemiddel over lengre avstander, blir gjerne brukt i stedet for å la den eldre gå på egne bein:

For jeg tror kanskje noen ganger at det er enklere for oss å bruke hjelpemidlene for kanskje brukeren kunne gått noen skritt litt lengre, og kanskje vi egentlig tar fra dem noe de egentlig kan. Jeg tror nok vi kan gjøre det.

Hennes kollega sier: *Ja, setter dem i en rullestol og der blir de sittende på en måte selv om de egentlig kunne gå litt. At vi gjør det fordi vi kan spare tid. Kanskje.*

En helsearbeider som har fulgt en eldre pasient over lang tid og daglig sørget for at han fikk bruke beina sine og delta i forflytning, erfarer at dette erstattes av personløfteren og tap av funksjon for den eldre personen. De andre helsearbeiderne bekrefter at de har samme erfaring. Helsearbeideren beskriver det slik:

Det er også eksempel på, det er fælt å si det, at hjelpemidler blir brukt for å spare tid.

Toalettbesøk. Det går raskere å ta heisen og kjøre ham ut på badet og sette ham på toalettet, enn å vente på å få pasienten opp på sengekanten og få ham til å gå med rullatoren ut på badet. Særlig inne på senter så har vi jo hatt tunge pleiepasienter som egentlig, det hadde vært bra om de fikk den treningen fra sengen og inn til badet.

Samtidig beskriver en annen helsearbeider at det er den eldre som resignerer og ønsker å bli sittende i rullestolen, dette til tross for at helsearbeidene anbefaler den eldre å være delaktig. Hun sier:

Helsemessig så er det jo best, det å være aktiv, men mange resignerer litt og får de en rullestol så, det er vanskelig å ta den fra dem igjen.

Hun erfarer at tilgjengelighet på rullestoler ved omsorgssenteret fører til at rullestol blir benyttet uten at det er reelt behov for dette. En annen helsearbeider beskriver bruk av rullestol til forflytning inne i den eldre personens leilighet som en stilltiende overenskomst mellom henne og den eldre hjemmeboende pasienten..

Helsearbeiderne beskriver at konsekvensen av ikke å la den eldre personen gå selv, er at pasienten ikke bare taper funksjon, men også at hjelpebehovet øker:

Jeg tror nok vi kan tenke mange ganger at det går mye fortere, altså, du kan se bare inne på en sykehjemsavdeling, det går fortere å trille en inn til frokost enn å gå. Å la vedkommende gå med en rullator, kanskje gå med en person ved siden av. Men hvis man alltid skal gjøre sånne ting fordi det skal gå fortere så taper man på det i neste runde. Da blir man mere hjelpetrengende og ting tar etter hvert mere tid. Det er noe med å bruke den tiden på å opprettholde funksjonene og ikke ta fra mennesker.

5.2.2. Kjennskap til den eldre for å opprettholde funksjon

I fokusgruppeintervjuene kommer det klart frem at bruk av store hjelpemidler ofte knyttes opp mot i hvilken grad helsearbeideren kjenner den enkelte eldre personen og hva de mestrer eller ikke. En sykepleier sier:

Jeg blei sånn utrygg; klarer jeg å gå med henne? Så tok jeg heller personløfteren...da har det litt å si hvor godt du kjenner brukeren. Hennes kollega som kjente den eldre pasienten bedre sier:

Jeg føler at noen dager - når hun kunne gå, når hun var i form og kunne hun gå til badet og da brukte jeg ikke personløfteren. Men de dagene hun ikke var i form og ikke kunne stå på beina, var det godt å ha heisen der. Men de dagene hun kunne gå på beina så var det viktig for henne. Så hun kunne få opprettholde den funksjonen hun hadde liksom.

Dette dilemmaet drøftes også i en annen fokusgruppe der de sammenligner sin arbeidssituasjon tidligere med dagens organisering av hjemmetjenesten. Tidligere erfarte mange helsearbeidere å ha bedre kjennskap til den enkelte eldre pasient over tid fordi sonene eller avdelingene var mindre og mer oversiktlige. En sykepleier beskriver det slik:

Alle klager jo på at det er altfor mange forskjellige som kommer inn, og du blir ikke godt nok kjent med den enkelte heller. Så hadde vi hatt mindre soner, slik vi hadde før, så ble du bedre kjent med brukeren og du visste kanskje mer hva han kunne mestre selv – og ikke. Nå er det så stort og u-oversiktlig. Og det kommer så mange forskjellige inn, så..Vi bare prøver å få gjort det du skal så fort som mulig for å komme gjennom listen, uten at du kanskje har tid til å se brukeren og ressursene som brukeren har – så tar du fra ham det han kan. Så får du en primærliste, men så må du gå på mange andre lister i tillegg. Så blir du aldri kjent med din primærliste.

En annen sykepleier bekrefter hvordan hun erfarer at dette sliter henne i arbeidsdagen:

Det har skjedd bare på et halvt år, eller det siste året. Vi har mindre oversikt. Og hadde vi enda hatt primærgrupper slik at du hadde faste, slik at du kunne fulgt brukeren og sett. Det er det som egentlig sliter, som gjør meg sliten.

Samtidig drøfter helsearbeiderne at de har bevissthet om å la den eldre i lengst mulig grad opprettholde sin funksjon. De knytter opprettholdelse av funksjon opp mot den eldre

personens mestringsfølelse og deres ansvar som helsearbeidere om å tilrettelegge for dette.

Sykepleieren beskriver det slik:

Vi er seint ute med å definere behovet for passive hjelpemidler, vi er opptatt av at de skal opprettholde funksjon så lenge som mulig. Vi vil jo opprettholde den funksjonen de har og ta vare på mestringsfølelse. Hennes kollega beskriver hvordan pleiesengen for noen eldre pasienter knyttes til tap av helse, og hvordan helsearbeiderne får utsatt plassering av pleieseng i hjemmet ved hjelp av forhøyningsklosser på personens egen seng.

Ingen helsearbeidere refererer i fokusgruppeintervjuene til situasjoner der eldre personer selv ønsker pleieseng. Det er fokus på at de som helsearbeidere får pleieseng når de vurderer at de trenger det. At pleiesengen er et hjelpemiddel for deres arbeidssituasjon i hjemmet og ikke primært for den eldre personen. En helsearbeider forteller om en situasjon der de som hjemmetjeneste ble utfordret av pasientens pårørende på hvem pleiesengen var der for.

Helsearbeideren beskriver det slik:

Vi jobber veldig med en sak nå. Der har familien spurt om det er for vår situasjon eller om det er for dem liksom. Og jentene de har ikke klart helt å svare på det for de har ikke tenkt så nøye over det, men vi har diskutert det på jobben. Og vi må svare: ja, det er det. For vi må tilrettelegge så lenge de vil være hjemme, og familien vil ha dem hjemme.

5.2.3. For å gi en verdig tjeneste

Helsefagarbeideren som jobber tett på den eldre hjemmeboende pasienten, uttrykker tydelig frustrasjon over hvor vanskelig det er å gi en verdig tjeneste etter hjemkomst fra sykehuset og når pleiesengen lar vente på seg:

Men det er klart at å koble inn de som skal være med på å tilrettelegge hjemme for det skal fungere, ting har jo ringvirkninger. For ergoterapeuter er det jo veldig lite av. Alle sliter og drar i den ergoterapeuten, det er jo sånn hele tiden, en kamp om ressurser, en kamp om å få dette til. Sånn fra vårt ståsted så blir det sånn at vi opplever at vi skal inn og yte en tjeneste og så er ikke de tingene på plass. Så er det mangel på sykehjems plasser og så er det veldig få som kommer på rehabiliteringsplass for de oppfyller ikke kriteriene. Det har jo endret seg veldig nå, at de skal hjem, og de har ikke noe særlig løsninger, de blir sent hjem. For vi skal klare å tilrettelegge for at de skal få den hjelpen hjemme, og stort sett greier vi det også. Det

er bare at når ting ikke er oppe og går så blir den mange gang veldig vanskelig, og vi mangler de tingene vi trenger for å gi en verdig tjeneste. Den erfaringen sitter jeg med.

At store hjelpemidler, inkludert pleieseng, er avgjørende for helsearbeiderne arbeidshverdag bekreftes av samtlige informanter. En informant vurderer betydningen av store hjelpemidler slik:

Samtidig er vi avhengig av å ha dem for å spare ryggene våre og få gjort jobben vår. Uten de heisene hadde vi tatt ryggene våre. Så for vår del er vi helt avhengig av å ha dem.

5.2.4. For å kunne bo hjemme

En helsearbeider beskriver store hjelpemidlers funksjon opp mot politiske føringer om at vi skal bo hjemme lengst mulig. Hun viser til dilemmaet når det ikke raskt nok er tilgang på pleiesenger fra kommunes korttidslager, og den eldre pasienten raskt skal skrives ut fra sykehuset:

Det står det jo i samarbeidsavtalen mellom sykehuset og kommunen at hjelpemidler skal være avklart fra sykehuset og til kommunen, og hvem som har ansvaret. Det skal på en måte kartlegges og det skal være avklart, så hvis du har behov for en seng når du kommer hjem, så skal den være på plass. Eller andre ting da, vi må jo kjenne litt til hjemmet, vi må jo gå i dialog. Men det er viktig i den utsjekkingen, når pasienten sjekkes ut, er alt i orden. Og da er det et gjensidig ansvar at det er på plass, men det som er problemet, det er at det tar jo så lang tid, det er ikke nok hjelpemidler! Rett og slett. Fordi at folk skal jo bo lengre hjemme og de blir skrevet så fort ut at hjelpemidlene er ikke på plass, så det med senger og de trenger faktisk et større lager. Altså strekker det ikke til. Så da blir du sittende sånn litt i glasshus og si at folk skal bo hjemme og de skal få hjelpemidler så har vi ikke, det tar lengre tid, så.

Når helsearbeiderne må la den eldre bli liggende i seng over flere dager fordi de ikke skal løfte, og fordi den eldre personen er så skrøpelig at vedkommende ikke selv kan komme opp og ut av sengen, beskrives situasjonen slik av en erfaren sykepleier:

Det blir sånn etisk dilemma. For du vil gjerne hjelpe, du vil ikke at pasienten skal ligge der og ikke få opptrening, ingen ting. Så det kan være veldig vanskelig. Nei, og det har til og med vært slik at vi har fått beskjed: bare la vedkommende ligge, ligge i sengen til hjelpemidlene er på plass. For ellers så knekker vi ryggene våre.

En annen helsearbeider repliserer: *det setter jo oss i en veldig vanskelig situasjon, for vi ønsker jo å hjelpe, ikke sant? Og vi kan ikke skade oss selv heller. Så det er ikke noe hyggelig å oppleve det.*

5.3. Den eldre personens delaktighet

Helsearbeidere erfarer i ulik grad at den eldre selv er delaktig i prosessen med å vurdere og definere behovet for store hjelpemidler i hjemmet. Samhandlingsreformens fokus på raskere utskriving fra sykehus ser ut til å prege hjemmetjenesten, noe som kommer klart frem i fokusgruppeintervjuene. Dette påvirker igjen i hvilken grad den eldre er involvert og informert når det vurderes behov for pleieseng, rullestol eller personløfter i hjemmet. Der helsearbeiderne beskriver å ha fulgt den eldre personen over tid og på den måten kjenner den vedkommende helsetilstand, beskriver de også at den eldre pasienten mer delaktig i prosessen. Da foregår prosessen med utgangspunkt i hjemmet med den eldre personen til stede. En sykepleier beskriver det slik:

Men jeg synes vi er flinke til å spørre den eldre...vi spør jo alltid pasienten først. Vi bestiller jo ikke bare hjelpemidler og sier vær så god! Så jeg synes vi er flinke. Hennes kollega sier: Det er kanskje vi som kommer med forslagene, de vet gjerne ikke hva det er. De eldste. Jeg tror gjerne vi kommer med; «hva synes du om det og det?». Vi spør jo og lar dem få ta del. Hører på hva de synes.

Samtidig kommer det klart frem at helsearbeideren har fokus på sitt behov for tilrettelegging med de store hjelpemidlene når hun sier: *Det går som regel greit, og den eldre forstår at vi må ha det, og de går med på det.*

5.3.1. Pasienten forsvinner litt på veien

Mange helsearbeidere erfarer at den eldre er lite delaktig når behovet for store hjelpemidler blir en del av overgangen mellom sykehus og hjemmet. Det kan synes noe tilfeldig, slik helsearbeideren beskriver dette, hvem som snakker med den eldre, og hvem som definerer hvilke behov den eldre har i overgangen mellom sykehusopphold og det å komme hjem. En sykepleier beskriver det slik:

Jeg tror nok de gangene det går galt er når de kommer direkte fra sykehuset og sykehuset ikke har snakket med dem. Kanskje det blir bestilt sånn, at kanskje pasienten forsvinner litt på veien. Det skjer jo ikke så ofte. Det må sykehuset snakke med den eldre om.

5.3.2. Om ikke vi kaller det overgrep, men..

Noen helsearbeidere vurderer at mange eldre personer ikke selv ser behovet for store hjelpemidler, samtidig som de også mener at dialogen med den eldre om behov for hjelpemidler kunne vært bedre. Der noen helsearbeidere forklarer mangel på den eldre personens delaktighet i denne prosessen ut fra tidspress, erfarer andre helsearbeidere at mange eldre, hjemmeboende personer med store hjelpebehov er kognitivt uklare. En sykepleier bruker begrepet uforsvarlig om å la eldre, uklare pasienter bo alene hjemme. Når eldre personer med kognitiv svikt skal få store hjelpemidler inn i hjemmet, erfarer noen helsearbeidere at den eldre har glemt at dette er drøftet med dem og slik opplever det overveldende når de store hjelpemidlene skal plasseres og benyttes i hjemmet.

En helsearbeider beskriver situasjonen slik:

Den eldre er veldig lite med i prosessen. De vil helst ikke ha noe annet inn enn det de alltid har hatt? Det tar mye plass og så ser vel ikke alle det behovet selv.

En annen helsearbeider gir uttrykk for at det skulle vært med en bedre dialog hvor de tok tid til å snakke med den eldre personen om hvilke vurderinger de som helsearbeidere hadde gjort:

Den prosessen med å forberede brukeren, den kunne vært mye bedre. Vi burde kanskje ha pratet litt mer om hjelpemidler. Det er jo noen som bestemmer over, det blir et over..om ikke vi kaller det overgrep, men. Den eldre mister på en måte kontrollen over sitt eget liv, altså hvis de hadde vært mer med i den, kanskje de hadde fått en bedre følelse av en bedre helse, tenker jeg, hvis de hadde vært litt mere med. Jeg hadde i hvert fall tenkt sånn at hvis noen plutselig bestemte hjelpemidler så hadde jeg blitt helt fortvilet, mistet... at ikke du var med og bestemte det.

Andre helsearbeidere beskriver det å få store hjelpemidler i bruk hjemme hos den eldre som en prosess som krever forståelse begge veier:

Altså, vi snakker jo med dem og de skjønner det jo etter hvert, om ikke alltid i starten. Men, det går som regel greit. Det hender det låser seg litt men stort sett så går det greit. At det er forståelse begge veier.

5.3.3. Vegring mot endring

Helsearbeiderne erfarer at mange eldre personer vegrer seg mot å få store hjelpemidler inn i hjemmet. De erfarer at det er vegring mot endring i seg selv, samtidig som den eldre også gir uttrykk for at hjelpemidler oppleves som store, fremmedgjørende og til dels unødvendige. En helsearbeider beskriver det slik:

Det er mer den andre veien. Må jeg ha det? Må jeg hive ut dobbeltsengen for å få en sykeseng? Noen får nesten sjokk når de får se hjelpemiddelet hjemme i stuen: " Så kom de med den, den svære der! I stuen min! ».

5.3.4. Etter innføring av Samhandlingsreformen

Helsearbeiderne erfarer at arbeidsdagen og arbeidspresset har endret seg mye etter innføring av Samhandlingsreformen. Raskere utskriving fra sykehus og omorganisering av hjemmetjenesten til store soner eller avdelinger, samt økt press på hjemmetjenester, har for mange helsearbeidere ført til at de ikke har samme kjennskap til den enkelte eldre over tid slik de hadde tidligere. Den endringen i hjemmet som skjer når den eldre personens egen seng må byttes ut med en pleieseng speiles opp mot Samhandlingsreformen og raskere utskriving fra sykehus. Samtidig ser de også dilemmaet for den eldre som ikke blir gitt tid til den endringsprosessen som det er å få store hjelpemidler inn i hjemmet:

Men jeg ser jo for meg at den situasjonen med at Samhandlingsreformen, at ting går enda raskere nå, at det kan skape en del. Altså man får ikke den tiden til å venne seg til at det blir noen forandringer i hjemmet.

Dette understrekes av en annen helsearbeider som har hatt sitt virke i hjemmetjenesten i mange år. Hun beskriver endring av tjenesten knyttet til at eldre med mer skrøpelig helse bor hjemme lengre enn tidligere:

Vi har jo dårligere folk hjemme enn vi hadde før. Vi hadde dårlige folk hjemme før også, men sykehuset skriver jo ut veldig fort og det krever jo en del tilrettegging hjemme, både for at de skal ha det bra og for at vi ikke skal ødelegge ryggene våre. Og det er mere press på tjenesten, ting skal på en måte gå fortere. Og vurderingene går kjappere. Litt mere tempo. Før så hadde vi litt mere tid, men vi har jo også tid til dem. Vi kan be om mer tid og får det. Men det er annerledes å jobbe nå enn det var for noen år siden.

Opp mot innføring av Samhandlingsreformen og raskere utskriving fra sykehus erfarer helsearbeiderne at hjemmetjenestens oppgaver er mer omfattende fordi den eldre pasienten er sykere og mer hjelpetrengende når de kommer hjem. De erfarer at samhandling mellom kommune og sykehus i liten grad fungerer godt når eldre sendes hjem med omfattende behov for nødvendig helsehjelp i hjemmet uten at det er tilrettelagt for dette.

En helsefagarbeider som har arbeidet i hjemmetjenesten over mange år uttrykker det slik:
Og det er da jeg snakker om, den samhandlingen, i forhold til sykehus, at vedkommende skal bli sendt hjem for enhver pris, da er det ingenting som er tilrettelagt og de bare blir sendt hjem. Og vi vet kanskje ikke hvilket hjem de blir sendt hjem til. Det er kanskje ikke utredet godt nok før de blir sendt hjem, ting skal gå så fort! Hun beskriver den praktiske hverdagen og erfaringer med å ikke kunne gi den verdige omsorgen hun vil gi fordi det er mangel på kommunikasjon og tilrettelegging. Der hjemmetjenesten tidligere hadde direkte kontakt med sykehuset og selv kunne avklare på hvilket tidspunkt pasienten kom hjem, er dagens ordning en helt annen. Nå kommuniserer sykehus med kommunal vaktentral som registrerer behovet for helsehjelp, som videreformidler behovet til den enkelte sone av hjemmebaserte tjenester. Helsearbeideren beskriver videre:

Men det er liksom greit å høre hva de tenker, hva pasienten selv tenker og hva vi tenker i forhold til det å yte, da er det vi som skal inn og bistå med hjelp og vi skal inn og ut av det hjemmet kanskje veldig ofte. Da er det praktiske ting som skal løses for at ting skal fungere og for at vedkommende skal kjenne seg trygg hjemme. Som har vært gjennom en traumatisk sykdom, sykdomsperiode. Hvordan vi kan trygge dem hjemme. Det er kanskje det de egentlig ønsker, å kunne være hjemme, og da er det snakk om hvordan vi kan tilrettelegge, så kommunikasjon er jo veldig viktig der hvor vi har mulighet til det.

Helsearbeiderne beskriver det som frustrerende når helsepersonell på sykehuset har lovet den eldre og pårørende en oppfølging av hjemmebaserte tjenester som ikke lar seg gjennomføre i

praksis, eller når den eldre kommer så raskt hjem at nødvendige hjelpemidler ikke har kommet på plass. Sykepleieren som selv har erfart å jobbe på sykehus tidligere beskriver det slik:

Av og til, hvis du har kveldsvakt så kan du få en telefon at; " nå sender vi hjem pasienten". Så opplever du ofte at legene lover «gull og grønne skoger»; at de skal få så og så mange besøk, det er ingen fare, de blir godt ivaretatt. Og så er det kanskje en pasient som krever mye tilsyn og stell og så får de en ikke riktig beskjed fra sykehuset. Og så blir det en veldig overgang og et sjokk for mange av brukerne som kommer hjem, at de faktisk bare kan få to besøk på den ettermiddagen kanskje, og så hadde de regnet med ubegrenset hjelp. Situasjoner der tilrettelegging mangler fører til misnøye fra oss som pleiepersonell og det blir misnøye fra pasienten. Det er en dårlig situasjon. Så samarbeid og kommunikasjon kan bli bedre.

5.4. Store hjelpemidler i hjemmet – et paradigmeskifte?

Denne studiens latente funn er hvordan plassering og bruk av store hjelpemidler kan forstås som et paradigmeskifte i hjemmet. Den eldre personens hjem endrer karakter, og for mange kan det bli en opplevelse av at hjemmet bærer preg av å være mindre hjem til mer å være en arbeidsplass. Den eldre personens opplevelse av hjemmet kan endres fra å være en privat arena til å være en arena hvor forskjellige helsearbeidere kommer og går. Fra å være et hjem som er møblert slik den eldre personen har ønsket og opplever som sitt hjem, til å være tilrettelagt i henhold til Arbeidsmiljølovens krav for en arbeidsplass.

Dette er spesielt, slik det fremkommer i denne studien, knyttet opp mot sengens betydning i hjemmet for mange pasienter. Helsearbeiderne beskriver den dramatiske endringen det er for mange eldre personer når sengen som har trolig har bundet mye av fortid og nåtid sammen, må byttes ut med pleieseng. Helsearbeiderne beskriver etiske dilemma når den eldre vegrer seg mot å fjerne egen seng eller ektesengen. Å bytte ut egen seng med pleieseng kan for mange eldre personer føre til at ekteparet må sove på hvert sitt rom på grunn av plassmangel. Eller at pleiesengen må plasseres i stuen.

6.0 DRØFTING

6.1. Drøfting av funn

I forrige kapittel ble de manifeste funn og studiens latente tema presentert. I dette kapittelet drøftes funn opp mot oppgavens teoretiske referanseramme. Funnene drøftes under overskrifter fra studiens tre forskningsspørsmål. Innspill fra helsearbeiderne på hva som kan gjøres for å bedre tjenesten i forhold til bruk av store hjelpemidler presenteres i kapittelet før implikasjoner for praksis og videre forskning presenteres. Kapittelet avsluttes med drøfting av styrker og begrensninger ved studien.

6.2. Tidligere forskning og funn i studien

Flere resultater i studien samsvarer med tidligere forskning. Slik Pettersson & Fahlström (2010) viser til at bruk av hjelpemidler er en integrert og vesentlig del av arbeidshverdagen for helsearbeidere, bekrefter informantene i denne studien dette. At bruk av hjelpemidler påvirker effektiv bruk av tid, bekrefter også helsearbeiderne i hjemmetjenesten i likhet med studien fra Pettersson & Fahlström (2010). Samtidig bekrefter informantene i likhet med funn fra litteraturstudier gjennomført av Zwijsen, Niemeijer og Hertoght (2011), det etiske dilemma at bruk av hjelpemidler både kan gi mulighet til å beholde autonomi og livskvalitet for pasienten, men også føre til tap av autonomi og selvstendighet.

Det som særpreger funn i denne studien, og som ikke synes å komme klart frem i tidligere studier, er sengens betydning i hjemmet for den eldre pasienten. Dette var noe helsearbeidere i alle fokusgruppeintervjuene var opptatt av. De erfarte en klar dikotomi mellom sengens betydning for den eldre personen og helsearbeidernes behov tilrettelagt arbeidsplass med pleieseng og andre hjelpemidler. Informantene refererte mye til endringer etter innføring av Samhandlingsreformen, og hvordan fokus er endret. De erfarte at den sårbare eldre pasienten ikke var like delaktig i prosessen ved innføring av store hjelpemidler i hjemmet som tidligere.

6.3. Hjemmet og hjelpemidler

6.3.1. Dikotomien mellom sengens betydning og tilrettelagt arbeidsplass

Denne studien hovedfunn viser en klar dikotomi mellom den eldre hjemmeboende personens relasjon til eget hjem og egen seng, opp mot at hjemmet er en arbeidsplass for helsearbeidere. Det kommer klart frem i presenterte funn at relasjon til egen seng er sterk hos mange eldre mennesker. Slik helsearbeiderne beskriver sengens betydning for den eldre, er sengen knyttet til minner, til nære relasjoner som ektefelle og vegring mot å rokke ved noe forutsigbart og trygt. Det å måtte fjerne en seng som den eldre personen har hatt en sterk relasjon til i mange år, synes å være vanskelig for mange. Helsearbeiderne beskriver også hvordan eldre personer forbinder pleieseng med sykdom og tap av helse. Dette opptar helsearbeiderne, samtidig som de må ivareta sitt behov for en tilrettelagt arbeidsplass. Dette beskriver helsearbeiderne som et spenningsforhold. Når pleieseng plasseres i hjemmet, til tider i den eldre personens egen stue, uttrykker helsearbeiderne at pleiesengen er en nødvendighet for dem samtidig som de erfarer at pleiesengen ikke er ønsket av den eldre.

Løgstrup (2010) beskriver møtet med den andre som det å holde noe av hans liv i sine hender. I denne studien viser helsearbeiderne til at deres behov for en tilrettelagt arbeidsplass i hjemmet har fått økt fokus. Den eldre pasienten godtar helsearbeidernes behov og krav. På den ene siden er helsearbeiderne opptatt av respekt for den eldre personen og for sengen og hjemmets betydning. På den andre siden er det den eldre som skal tilpasse seg og sitt eget hjem som andres arbeidsplass. Løgstrup beskriver møtet med den andre som det maktforhold vi møter hverandre med; At vi er i hverandres liv, som en avhengighet til hverandre. Samtidig beskriver Løgstrup også dette som en dikotomi opp mot vår tids fokus på uavhengighet og selvstendighet (Løgstrup, 2010). Der den eldre pasienten er avhengig av helsehjelpen, er helsearbeideren avhengig av store hjelpemidler for å ivareta egen helse i hjemmet. Samtidig er maktforholdet mellom helsearbeideren og den eldre hjemmeboende pasienten ikke likeverdig. Dette uttrykker helsearbeiderne i studien å være klar over, som en dikotomi mellom sengens betydning og en tilrettelagt arbeidsplass.

6.3.2 Litteratursøk om sengen, skrøpelige eldre og hjemmetjenesten

Da sengens betydning for den eldre hjemmeboende personen kan beskrives som et hovedfunn i denne studien, ble det gjort et nytt litteratursøk på kombinasjon av søkeordene «bed», «frail

elderly» and «home care services» i august 2014. Det ble søkt i databasene SweMed, PubMed, Cinahl, Medline. Videre ble det søkt i Høyskolens database Oria.no. Det lyktes ikke å finne studier om sengens betydning for skrøpelige eldre personer som mottar nødvendig helsehjelp fra hjemmetjenesten. Samtidig viste beskrevet litteratursøk til to artikler om opplevelse av hjem og hjemlighet som vurderes relevant til studiens funn.

En studie om opplevelse av å være hjemme (Zingmark et al., 1995) bekrefter hjemmets betydning i menneskers liv gjennom livsløpet. Studien er basert på intervju av personer i alderen 2- 102 år (Zingmark et al., 1995). Studien beskriver betydningen av hjemmet ut fra begrepene trygghet, røtter, glede, privatliv, samhørighet, kontroll og gjenkjennelse (Zingmark et al., 1995). En review av 10 artikler og fem doktorgradsstudier der fokus var opplevelse av hjemmet tross sykdom og lidelse (Öhlén et al., 2014) viste til begrenset forskning på området. Hjemlighet ble beskrevet som en kontekstrelatert mening av helse tross sykdom og lidelse. Studien oppsummerte opplevelse av hjemlighet opp mot aspekter som å være trygg, oppleve tilhørighet og være midtpunkt. Artikkelen viser til at det er utført begrenset forskning på området, og anbefaler videre forskning på hjemlighet da dette er av betydning for de tiltak og tjenester som gis til blant annet skrøpelige eldre personer(Öhlén et al., 2014).

Ved søk i databasen Oria ble boken «Home and indentity in late life» (Rowles & Chaudhury, 2005) funnet. Her beskriver medforfattere mening av hjemmet i et livsperspektiv, hjemmets betydning i eldre år og et utvalg av empiriske studier om mening av hjemmet (Oswald, 2005). De beskriver blant annet hvordan mennesket fra fødsel til død interagerer både med sine sosiale og fysiske omgivelser, og hvordan dette skaper meningsfullhet for selvet. De viser til at det er behov for videre forskning på hjemmets betydning for mestring av hverdagslivet og livskvalitet for de eldste eldre (Oswald, 2005).

6.3.3. Hjemmet som kontekst

Kontekst beskrives som den enkeltes indre holdning og refleksjon (Thornquist, 2003), og samspillet mellom kulturen hendelsen foregår i og menneskene som samhandler i konteksten. I denne studien beskriver helsearbeidernes sitt syn på hjemmet som kontekst noe ulikt. Noen helsearbeidere var opptatt av å ha respekt for den eldre personens hjem og hvordan den enkelte hadde det i hjemmet sitt. Andre helsearbeidere brukte begrep som å møtes litt på

midten; at helsearbeideren måtte respektere den eldre personens hjem slik det var, samtidig som den eldre også måtte forstå at helsearbeideren hadde behov for en god arbeidsplass i hjemmet. En helsearbeider beskrev sin rolle som gjest i den eldre personens hjem, og en annen helsearbeider mente at hun ikke var gjest i hjemmet. Hun beskrev at hun distanserte seg fra at det var den eldre personens hjem, men at det var en del av hennes jobb å dra dit den eldre var. En helsearbeider sammenlignet det å arbeide i hjemmet som kontekst sammenlignet med jobben hun hadde på sykehjem. I den eldre personens hjem var hun alene, og hun erfarte at mange eldre var skeptiske til bistand fra hjemmetjenesten. På sykehjemmet hadde hun kollegaer rundt seg, og tilgang på hjelp ved behov.

Roelands, van Oost, Depoorter, Byusse og Stevens (2006) beskriver i sin studie hvordan den enkelte pleiers indre holdninger påvirket vurdering av behov for hjelpemidler til hjemmeboende eldre personer. Det kan synes som at helsearbeiderne i min studie bekrefter dette. Det kan forstås som at det er vesentlig i hvilken grad den enkelte helsearbeider er bevisst sine holdninger om den eldre personens hjem som sin arbeidsplass. De fleste av informantene i studien hadde også arbeidet i institusjoner, slik at de hadde grunnlag til å sammenligne sin arbeidsplass i den eldre personens hjem med tidligere praksis i institusjon. Studier av Vik og Eide (2013) viste også til pleiernes indre holdninger som faktorer som igjen påvirket utførelse av helsehjelp i hjemmet hos eldre personer.

Når hjemlighet som kontekstrelatert mening av helse tross sykdom settes opp mot aspekter som å være trygg og oppleve tilhørighet slik Öhlén et al (Öhlén et al., 2014) viser til, kan dette tolkes som en spenning opp mot helsearbeidernes tanker om den eldre personens hjem som kontekst. Spesielt blir dette, slik jeg ser det, en utfordring når de store hjelpemidlene skal plasseres og benyttes i hjemmet.

6.3.4. Hva hemmer og fremmer helse?

Den eldre personens relasjon til eget hjem og vegring mot endring, kommer klart til uttrykk, hos informantene i studien. Thorsen(2008) beskriver også hvordan den eldre personens relasjon til hjemmet og sine vante omgivelser påvirker opplevelse av egen helse. Det å erkjenne og anerkjenne hva hjemmet kan bety for den enkelte eldre personen synes å være viktig å ha oppmerksomhet på. Det synes som vesentlig å kartlegge i hvilken grad den eldre

personens relasjon til egen seng fremmer opplevelse av helse. Trolig gir den eldre personens egen seng mening og sammenheng mellom fortid og nåtid. Den kan være med å bekrefte tilhørighet, trygghet og opplevelse av å være i sentrum, slik Öhlén et al (2014) beskriver betydning av hjemlighet. Når den eldre pasienten har en sterk relasjon til egen seng vegrer den eldre seg mot de endringer som plassering av en pleieseng i hjemmet medfører.

Når helsearbeideren i denne studien beskriver hvordan den eldre pasienten og synet av en pleieseng fremmer den eldre personens opplevelse av sykdom og tap av helse kan dette, slik jeg ser det, også forklares med Antonovsky (1987) s begrep; Sense of coherence – grad av sammenheng.

I fokusgruppeintervjuer beskriver helsearbeiderne hvordan de erfarer både en fysisk bedre arbeidssituasjon og et bedre samspill i konteksten hjemmet når den eldre hjemmeboende selv har blitt sett og hørt i prosessen rundt vurdering av hjelpemidler. Fravær av delaktighet fra den eldre selv beskrives som et mindre godt grunnlag for det tette samspillet som blir i hjemmet mellom helsearbeideren og den eldre pasienten.

Samtidig beskriver helsearbeiderne i studien at den fysiske utforming av hjemmet påvirker i hvilken grad de har behov for å ta i bruk store hjelpemidler, og i hvilken grad de erfarer at utøvelse av helsehjelpen er belastende eller ikke. De beskriver stor forskjell mellom å gi helsehjelp i omsorgsboliger der det er minimalt av fysiske hindringer som dørterskler og trange rom, eller å bistå den eldre personen i privat bolig av ulik størrelse, standard og utforming. Samtidig erfarer de at sykere eldre personer som for få år siden ville fått sykehjemsplass, nå bor i eget hjem (inkludert omsorgsbolig), noe som fører til økt behov for tilrettelegging med store hjelpemidler. På den ene siden viser dette at omsorgsboliger som er tilrettelagt for å gi personhjelp ved behov, i mindre grad utløser behov for store hjelpemidler. På den andre siden beskriver helsearbeiderne i studien at den eldre personen raskt blir passivisert i pasientrollen ved flytting fra sitt private hjem til omsorgsboligen.

6.3.5. Bruk av hjelpemidler i hjemmet

Helsearbeiderne i denne studien fortalte om ambivalens når deres behov for en tilrettelagt arbeidsplass i den eldre personens hjem kom i konflikt med den eldre personens relasjon til

blant annet egen seng. Informantene beskrev hvordan fokus hadde endret seg de siste årene. Tidligere var det mer fokus på den eldre personen og hjemmet. I dag er det, slik helsearbeiderne beskriver dette, et større fokus på arbeidsmiljøloven og deres rett til en tilrettelagt arbeidsplass i den eldre personens hjem slik at helsearbeidernes helse blir ivaretatt. Samtidig som helsearbeiderne viser til at den eldre vegrer seg mot å fjerne egen ekteseng og noen ganger også måtte skilles fra muligheten til å dele seng med ektefellen, bruker de begreper som at det går det seg til, og den eldre etter hvert forstår at det må være slik. Samtidig beskriver også noen informanter hvordan de strekker seg langt og venter lengst mulig med å ta i bruk passive hjelpemidler som pleieseng, rullestol og personløfter.

6.4. Hjelpemiddelets funksjon

6.4.1 Dikotomien mellom store hjelpemidler og tap av funksjon

Tidligere forskning beskriver helsearbeideres kjennskap til pasienten som viktig når hjelpemidler vurderes som løsning på funksjonsvansker (Pettersson & Fahlstrom, 2010). Forskning viser også til at de ansatte i hjemmetjenesten reflekterer over hvordan store hjelpemidler som er til hjelp for dem, kan øke funksjonshemmingen for pasienten, spesielt der pasientens ressurser er sårbare. Dette bekrefter denne studien. Samtidig viser Helsedirektoratet (2006) i veileder om hjemmet som arbeidsplass hvordan tekniske hjelpemidler primært er verktøy for de ansatte selv om dette kan komme i konflikt med pasientens behov for egenmestring og autonomi. Veilederen understreker betydning av tilstrekkelig tid, klare møtearenaer for refleksjon, kunnskapsformidling og veiledning av helsepersonell i bruk av hjelpemidler. I denne studien viser informantene til at det i liten grad er rom for refleksjon eller møte-arenaer hvor bruk av store hjelpemidler kan drøftes.

I studien beskriver flere informanter at dette var et dilemma knyttet opp mot tidspress, spesielt etter innføring av Samhandlingsreformen og raskere utskriving fra sykehus. På den ene siden erfarte informantene at kjennskap til den eldre pasienten over tid gjorde dem bevisst på hva den eldre mestret og hvordan de kun tok i bruk store hjelpemidler som personløfter og rullestol på dager da den eldre pasienten ikke var i form. Samtidig beskriver en informant hvordan en «stilltiende avtale» mellom henne og den eldre personen gjorde at hun benyttet rullestol i stedet for å la den gamle gå selv fordi det tok mindre tid. *«Det er å gjøre den eldre en bjørnetjeneste. Jeg vet det og tenker over det»*, forteller informanten. Dette bekrefter andre

informanter som et dilemma som de ofte møter. De er klar over at bruk av hjelpemiddelet påfører den eldre tap av funksjon og økt avhengighet til helsehjelp. Dette bekreftes også i tidligere studier (Häggbloom-Kronlöf & Sonn, 2007; Pettersson et al., 2007; Zwijsen et al., 2011). På den andre siden er bruk av store hjelpemidler både en mulighet og en nødvendighet. Helsearbeideren forteller blant annet om den skrøpelige eldre personen som mestrer mye av egen hverdag ved bruk av rullestol, samtidig som helsearbeiderne som bistår henne er avhengig av å bruke personløfter og pleieseng for å gi nødvendig helsehjelp i hjemmet. Her beskriver helsearbeideren et samspill med den eldre pasienten over lang tid, og en hverdag der den eldre mestrer på tross av begrensninger.

Helsearbeiderne i studien uttrykte mye frustrasjon over lang ventetid for å få på plass store hjelpemidler i hjemmet. En helsearbeider beskrev hvordan hun erfarte at det var vanskelig å gi en verdig helsehjelp når ikke nødvendige hjelpemidler var på plass. En annen helsearbeider refererte til de forpliktelser kommunen har, gjennom samarbeidsavtale med sykehuset, om å ha tilgjengelige hjelpemidler tilgjengelig på korttidslager når pasienten skrives ut fra sykehus. Hun beskriver dilemmaet som å «sitte i glasshus»: På den ene siden skal personer kunne bo hjemme så lenge som mulig, samtidig er det ikke tilstrekkelig tilgang på nødvendige hjelpemidler på det kommunale korttidslageret.

Samtidig beskriver også flere informanter hvordan det i hjem der det har vært en kartlegging av behov for tilrettelegging med den eldre personen og fagpersoner til stede, der fungerer også helsehjelpen og spillet mellom den eldre hjemmeboende personen og helsearbeiderne godt. Dette bekrefter at tilrettelegging med hjelpemidler er en kompleks prosess som må inkludere pasient, formidler og omgivelser (Ness, 2011). For den skrøpelige, eldre hjemmeboende pasienten kan omgivelsene være både de fysiske omgivelsene, men like mye pårørende og helsearbeiderne som bistår i den nødvendige helsehjelpen. Tilstrekkelig informasjon til pasienten om hva hjelpemiddelet kan fremme og hemme av helse og funksjon, vurderes å være av grunnleggende betydning i samhandling mellom helsearbeideren og pasienten (Bredland et al., 2011).

Ergoterapeuten har fokus på personens muligheter for delaktighet og meningsfulle aktiviteter, samtidig som det er en oppgave å sørge for en tilrettelagt arbeidsplass for de som bistår pasienten. Det kan være et dilemma å avgjøre hvem som egentlig er i fokus: Helsearbeideren og hjemmet som arbeidsplass med de rettigheter som følger med, eller den eldre og

opplevelse av egen mestring og helse i eget hjem. Samtidig bekrefter dilemmaet betydningen av å ha møteplasser mellom hjemmetjenesten og de som har ansvar for tilrettelegging i hjemmet for å drøfte både de etiske og faglige utfordringene knyttet til tilrettelegging (Bolling et al., 2009).

6.5. Delaktighet

6.5.1 Dikotomien mellom effektiv helsetjeneste og fravær av den eldre personens delaktighet

I denne studien bekrefter helsearbeiderne at den eldre pasienten i varierende grad er delaktig og medvirkende i prosessen rundt det å vurdere og videre ta i bruk store hjelpemidler, inkludert pleieseng i hjemmet. Spesielt erfarer de fravær av delaktighet når den eldre pasienten kommer hjem etter sykehusopphold, og det lånes ut pleieseng, rullestol eller personløfter fra kommunens korttidslager. På den ene siden beskriver helsearbeidere at store hjelpemidler ikke kommer raskt nok på plass i hjemmet. Samtidig erfarer de at den eldre pasienten ofte har bedre helse når de kommer hjem enn hva sykehuset referer til når pasienten meldes hjem til kommunen.

Helsearbeiderne beskriver situasjoner der den eldre kommer hjem til sykeseng i stuen uten å være delaktig i denne endringen, som overgrep. Samtidig beskriver mange av helsearbeiderne den eldre, hjemmeboende personer ofte ikke har tilstrekkelig innsikt i egen helsesituasjon og at mange eldre ikke husker at tema som hjelpemidler er presentert for dem tidligere. Når dette settes opp mot tidspress og mindre kjennskap til den enkelte eldre pasient, er dette i seg selv nok et dilemma.

Roelands, van Oost, Stevens, Depoorter og Buysse (2004) beskriver at ansatte i hjemmetjenesten gav uttrykk for at det var tidkrevende å sikre pasientens medvirkning i prosessen rundt vurdering av hjelpemidler. Häggblom-Kronlöf og Sonn(2007) beskriver i sin studie bruk av hjelpemidler som en dynamisk prosess mellom pasient, omgivelser og aktiviteter. Studien er basert på intervju med eldre, hjemmeboende personer. Studien understreker betydning av å utvikle helsetjenesten som er fleksible og som kan møte individuelle behov

6.5.2. Etter Samhandlingsreformen

I alle fokusgruppene var helsearbeiderne opptatt av sengen og hvordan dette møbelet symboliserte en tilhørighet og historie som den eldre personen ofte vegret seg mot å slippe tak i. Et annet tema i alle gruppene var hvordan de erfarte at innføring av Samhandlingsreformen har endret og preget arbeidshverdagen i hjemmetjenesten. Omorganisering av tjenesten til større soner har ført til mindre oversikt og fravær av kontinuitet. Helsearbeiderne beskriver at tjenesten er preget av høyere tempo og raskere vurderinger.

Raskere utskriving fra sykehus fører til fravær av muligheter til å få kartlagt behovet for tilrettelegging av hjemmet i forkant av pasientens hjemreise. I denne endringen beskrives også at tidligere vurderingsbesøk på sykehus av fagperson fra hjemmetjenesten etter Samhandlingsreformen er fjernet og erstattet av et kommunalt tildelerkontor som blir bindeledd mellom sykehus og kommune. Samtidig har ikke tildelerkontoret noe med pasienten å gjøre, men tildeler en mengde nødvendig helsehjelp i hjemmet etter opplysninger fra sykehuset og formidler behovet til den enkelte sone av hjemmebaserte tjenester. Dette er følger av Samhandlingsreformen som mange helsearbeidere i studien refererer til at oppleves slitsomme i deres daglige arbeid. Dette igjen fører til at den eldre hjemmeboende personen i mindre grad er delaktig i prosessen med å vurdere og innføre store hjelpemidler i hjemmet.

Effektivitet og effektive tjenester kan forstås som noe vi verdsetter. Helsearbeiderne i hjemmetjenesten vil også gjøre en rask og effektiv jobb. Samtidig viser de i denne studien at effektivitetens pris kan være fravær av delaktighet fra den skrøpelige eldre, og nærvær av etiske dilemma for helsearbeideren når de erfarer at den eldre påføres tap av funksjon.

6.6. Oppsummering drøfting av studiens funn

Tittel på denne studien samsvarer med studiens latente funn; store hjelpemidler i hjemmet – et paradigmeskifte. Studien viser et bilde av hvordan helsearbeidere i hjemmetjenesten vurderer og erfarer utøvelse av nødvendig helsehjelp hos eldre hjemmeboende personer. Slik studien innledes med den demografiske utvikling og en helsepolitikk som satser på at alle skal kunne bo i eget hjem lengst mulig, viser studien hvordan tilrettelegging med store hjelpemidler i hjemmet kan forstås som et paradigmeskifte. Den demografiske utviklingen viser at vi lever lenger og den medisinske utvikling fører til at vi lever lenger med ulike sykdommer eller

lidelser. Når denne utviklingen skal forenes med en satsning på hjemmebasert helsehjelp fremfor opphold i sykehjem fører dette til et paradigmeskifte når store hjelpemidler plasseres og tas i bruk i hjemmet. På den ene siden peker endringen på gode muligheter til å kunne være i eget hjem tross tap av helse og funksjon. På den andre siden utfordrer den en bevissthet hos den enkelte helsearbeider i møtet med den skrøpelige eldre personen i hjemmet. Samtidig utfordrer paradigmeskiftet oppmerksomhet på hva opplevelse av hjem og hjemlighet betyr for det enkelte mennesket. Her gjelder det spesielt skrøpelige eldre personer som er sårbare for de store endringer innføring av hjelpemidler som pleieseng, rullestol og personløfter fører med seg.

Når opplevelse av hjemlighet kan forstås både som den sosiale og den fysiske interaksjonen med omgivelser som skaper mening for selvet (Öhlén et al., 2014), – igjen knyttet til sengen og fremmedgjøring og sykeliggjøring i en pleieseng, utfordrer dette oss både etisk og faglig. Vi kan møte den eldre i en kontekstrelatert mening av helse tross sykdom og tap av funksjon og erkjenne avhengigheten til hverandre, slik Løgstrup(Løgstrup, 2010) beskriver at vi er i hverandres liv. Når vi møtes der og lar den eldre være delaktig i de endringer som må gjøres for å kunne gi en verdig helsetjeneste i hjemmet så kan kanskje opplevelsen av hjemlighet, opplevelsen av tilhørighet og trygghet ivaretas selv om resultatet er både pleieseng, rullestol og mulig en personløfter også. Tilgang til hjelpemidler er et velferdsgode i vårt land som muliggjør at alle kan bo i eget hjem så lenge som mulig. Samtidig fordrer tilgangen en prosess der først og fremst den sårbare pasienten blir sett og hørt.

6.7. Hva kan bli bedre?

I dette kapitlet har jeg drøftet hovedfunn fra fem fokusgruppeintervju med til sammen 23 informanter. Ved slutten av hvert fokusgruppeintervju var det naturlig å spørre helsearbeiderne om de hadde forslag til hva som kunne bli bedre i forhold til temaet hjemmeboende eldre og bruk av store hjelpemidler? Da hensikten med denne studien også er å få økt forståelse for de ansatte i hjemmetjenesten og deres vurderinger ved bruk av store hjelpemidler, vurderes det som relevant og viktig å presentere informantenes innspill til bedring av tjenesten.

I en gruppe kom det frem at den eldre burde få komme hjem fra sykehus og få mulighet til å finne sine egne løsninger før det eventuelt ble vurdert behov for å innføre store hjelpemidler som pleieseng, rullestol eller personløfter. Å ha «is i magen» ble brukt som uttrykk av en helsearbeider i gruppen. Det kom klart frem at de som helsearbeidere nærmest den eldre hjemmeboende, vurderte å være minst like kompetente til å vurdere behovet for passive hjelpemidler i hjemmet som at sykehuset skulle definere behovet for store hjelpemidler i hjemmet: *Kanskje kunne det endres på rutiner, at vi i kommunen kan vurdere hva som er forsvarlig helsehjelp når brukeren kommer hjem, ikke før de kommer hjem? Det er ikke kun sykehuset som kan vurdere dette.*

I en annen fokusgruppe kom det frem at den kommunale hjemmetjenesten i sterkere grad må ha fagpersoner med den rette fagkompetansen til å snakke med den eldre om behovet for tilrettelegging i hjemmet. Tjenesten må endre fokus fra å spørre den eldre om « hva trenger du hjelp til?» – til å stille spørsmålet «hva mestrer du selv?». Helsearbeiderne i gruppen drøftet også betydningen av mer forebyggende innsats for å bevisstgjøre befolkningen på å ta ansvar for egen helse også i alderdommen.

I en fokusgruppe var de opptatt av å få en bedre samhandling med sykehuset før den eldre kommer hjem etter sykehusopphold. Tidligere kartlegging og raskere igangsetting av prosess for å finne ut hvilke hjelpemidler den eldre trenger, er et klart forbedringsområde, i følge helsearbeiderne i denne gruppen. Det var også forslag om å ha større fokus på forebyggende arbeid både mot de ansatte i hjemmetjenesten og mot pasienter.

I en annen fokusgruppe var de også opptatt av å få til en bedre samhandling og økt forståelse mellom sykehus og kommune ved utskriving av pasienter. En helsearbeider i gruppen beskrev hvordan hjemmetjenesten nå utvides med nytt tjenestetilbud i form av hverdagsrehabilitering i hjemmet. Tiltaket ble ikke møtt med videre tiltro i resten av fokusgruppen. Dette ble begrunnet med at den nye tjenesten ikke var tildelt ressurser, men skulle utøves i tillegg til den pressede hjemmetjenesten som allerede ble gitt.

I en fokusgruppe vurderte informantene å få bedre tid til å la den eldre øke sitt funksjonsnivå, som et område der tjenesten kan bedres. Gruppen drøftet også at hverdagsrehabilitering var et nytt og spennende tjenestetilbud, og hvilke muligheter dette kunne gi. Bedre samhandling og

avklaring av forventninger mellom hjemmetjenesten og pårørende til eldre hjemmeboende personer, var også en del av tjenesten som helsearbeiderne vurderte at kunne bli bedre.

6.8. Det er egentlig fint å få luftet tankene litt

Ved avslutning av hvert fokusgruppeintervju var det også naturlig å spørre hver informant hvordan de hadde erfart å delta i en gruppesamtale rundt temaet bruk av store hjelpemidler hos hjemmeboende eldre. Det kom klart frem at dette hadde vært en god opplevelse for mange informanter. En helsearbeider sa:

Det er jo egentlig fint å få luftet tankene litt da. Og få litt innspill. Så det er ikke så ofte man får satt seg ned og tenkt gjennom hva vi faktisk gjør og hvorfor og sånne ting.

En annen beskrev hvordan gruppesamtalen hadde bekreftet de tankene hun selv bar med seg i sitt daglige arbeid:

Jo, det var interessant synes jeg. Artig å høre hva andre tenker. Det er jo mye av de samme tankene en selv har.

Andre beskrev deltagelse i fokusgruppeintervju som lærerikt og nyttig.

6.9. Implikasjoner for praksis

6.9.1. Sikre den eldre personens delaktighet

Studien viser at det å vurdere og plassere store hjelpemidler som pleieseng, rullestol eller personløfter i hjemmet må inkludere den eldre pasientens delaktighet. Spesielt viser studien at dette er sårbart når den eldre personen kommer hjem fra sykehusopphold. Det å la den eldre pasienten få komme hjem før store hjelpemidler kommer på plass vil både la den eldre få muligheten til å finne egne løsninger, og samtidig sørge for delaktighet i prosessen med å drøfte eventuelle behov for hjelpemidler. Dette vil igjen bidra til at helsearbeiderne som skal bistå med nødvendig helsehjelp i hjemmet også erfarer et bedre samspill i den konteksten der samarbeidet skal foregå.

Å ha «is i magen» og la den eldre få komme hjem før store hjelpemidler plasseres i hjemmet, fordrer et tett samarbeid mellom aktørene som er involvert: Den eldre selv, pårørende, helsearbeideren i hjemmetjenesten, ergoterapeuten eller andre som samhandler med kommunens korttidslager og hjelpemiddelteknikeren som skal transportere og montere pleieseng, rullestol eller personløfter i hjemmet. Nevnte faggrupper må være tilgjengelig for hverandre og tilstrebe en felles forståelse for betydning av den eldre personens delaktighet, den eldre personens sårbarhet og betydningen av at hjemmet er en arbeidsplass for hjemmetjenesten.

Å sørge for den enkelte persons delaktighet er lovpålagt gjennom pasientrettighetsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001), og blir ivaretatt når det søkes vedtak og varig utlån av hjelpemidler fra NAV Hjelpemiddelsentralen. Den skrøpelige eldre personens delaktighet blir trolig ikke på samme måte ivaretatt når store hjelpemidler som pleieseng, personløfter eller rullestol lånes ut fra kommunalt korttidslager. Rutiner må sikre at den eldre personens delaktighet også ivaretas her.

6.9.2. Ivareta helsearbeideren

Studien understreker betydningen av å ivareta den enkelte helsearbeider i hjemmetjenesten og deres behov for en tilrettelagt arbeidssituasjon i det enkelte hjem. Helsearbeiderne i studien erfarte i varierende grad klare møte-arenaer for drøfting og etiske refleksjoner rundt innføring og bruk av store hjelpemidler. Studien viser også helsearbeidere som erfarer et hardt arbeidspress og krav om en effektiv utøvelse av helsehjelpen som går på akkord med deres etiske holdninger. Dette må tas på alvor. Tidligere studier bekrefter betydningen av og behovet for etisk refleksjon i grupper for helsearbeidere som samhandler rundt sårbare pasientgrupper som blant annet den skrøpelige eldre pasienten (Bolling et al., 2009; Sosial - og helsedirektoratet, 2006; Sørbye et al., 2009).

6.9.3. Nødvendig helsehjelp er også tidlig intervensjon.

Denne studien har hatt fokus på ansatte i hjemmetjenesten og deres erfaringer og vurderinger når den skrøpelige eldre og hjemmet er deres arbeidsplass. Nødvendig helsehjelp er ikke begrenset til daglig stell og pleie. Nødvendig helsehjelp er også, slik den defineres i

Pasientrettighetsloven, blant annet tidlig intervensjon i form av forebyggende eller rehabiliterende tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001). Studien viser at noen helsearbeidere var opptatt av å ivareta den eldre personens funksjon og delaktighet i forflytning lengst mulig. Andre helsearbeidere erfarte at de benyttet personløfter og rullestol for effektiv bruk av tid selv om de var klar over at dette tok fra den eldre skrøpelige pasienten evne til å fortsatt kunne gå litt selv.

Det er viktig å få økt fokus på tidlig intervensjon i form av fallforebyggende grupper, rehabiliteringsopphold i institusjon, hverdagsrehabilitering og tilrettelegging med hjelpemidler som ivaretar den eldre personens delaktighet og mestring før de er etablert i den passive pasientrollen. Dette er tiltak som den enkelte helsearbeider i en samlet kommunehelsetjeneste bør kjenne til for å kunne gi nødvendig helsehjelp i form av tidlig intervensjon. Dette handler også om å verdsette kunnskap og kompetanse om tverrfaglig tilnærming i kommunale helsetjenester.

6.10. Implikasjoner for videre forskning

Studien viser at det er behov for mer forskning på sengens betydning for den eldre hjemmeboende personen. Det er behov for videre forskning på hvordan innføring av store hjelpemidler påvirker opplevelsen av hjemlighet, tilhørighet, trygghet og tilstedeværelse i eget liv for skrøpelige eldre personer. Gjennom presenterte litteratursøk i denne studien vises det også til behov for videre forskning (Häggbloom-Kronlöf & Sonn, 2007; Zwijsen et al., 2011; Öhlén et al., 2014). Det er behov for videre forskning som kan sammenholde helsearbeideres vurderinger og erfaringer med sårbare eldre personers beskrivelse av hjemmet og sengens betydning.

6.11. Styrker og begrensninger ved studien

Bruk av fokusgruppeintervju som metode for innsamling av data, vurderes å ha vært en styrke i denne studien. Den interaksjon og dynamikk som foregikk i fokusgruppene fikk frem ulike

perspektiv på helsearbeidernes erfaringer og vurderinger ved bruk av store hjelpemidler i hjemmet.

6.11.1. Begrensninger ved rekrutteringsprosessen

Rekrutteringsprosessen og utfallet av denne var en begrensning ved studiet.

Rekrutteringsprosessen viste seg å være mer utfordrende enn planlagt. Til tross for velvilje ved første kontakt med de rekrutteringsansvarlige, lyktes det ikke å få oversikt over aktuelle informanter på forhånd. Det var ca. tre måneder fra første kontakt med de rekrutteringsansvarlige til første fokusgruppeintervju ble gjennomført. Tidspress og travelhet i kommunale hjemmetjenester var signaler på at det hadde vært vanskelig for de rekrutteringsansvarlige å prioritere min henvendelse.

Trolig ville rekrutteringsprosessen lyktes bedre dersom jeg hadde bedt om et møte med den rekrutteringsansvarlige for å presentere studien. Samtidig ville det trolig vært hensiktsmessig og bedt om tillatelse til å oppsøke de ulike hjemmetjenesteavdelinger, for eksempel ved lunsjtider, og informert om studie og invitert til deltagelse. Dette ville gjort at informantene var forberedt og visste hva de skulle delta i. I fire av fem fokusgrupper kom flere helsearbeidere som ikke hadde fått tildelt informasjonsskriv og ikke visste hva som skulle drøftes i gruppesamtalen. De fikk da lese gjennom informasjon om bakgrunn og hensikt med studien, og mulighet til å trekke seg fra videre deltagelse. Ingen forlot fokusgruppen, men alle signerte for frivillig deltagelse. Dette viser at rekrutteringsprosessen var mindre vellykket, og trolig ville fokusgrupper der alle informanter på forhånd visste hva de skulle delta på gjort en forskjell både på engasjement, på interaksjon og på dynamikk i gruppen. Samtidig viser studiens presenterte funn at temaet engasjerte informantene.

En annen begrensning ved en mindre vellykket rekrutteringsprosess var at det i to av fem fokusgrupper deltok personer med lederroller. Ingen av dem var ledere for de andre deltagerne i gruppen. I en av fokusgruppene deltok den rekrutteringsansvarlige selv. Dette kom overraskende på meg som moderator. Samtidig ble det ikke vurdert aktuelt å avlyse gjennomføring av fokusgruppeintervjuene i respekt for den enkelte som stilte opp. Halkier (2010) skriver at begrensningene i en fokusgruppe kan være den sosiale kontrollen i gruppen, og at denne kan hindre at alle ulike erfaringer og perspektiver kommer frem. Trolig var

deltagelse av ledere i to fokusgrupper med og bidro til å begrense interaksjonen. Når samspillet i gruppen foregår gjennom å stille spørsmål, bekrefte, utfordre og gjenkjenne hverandres erfaringer og holdninger, påvirket lederes tilstedeværelse trolig dette samspillet.

6.11.2. Styrker og begrensninger ved moderators rolle

Når ikke det lyktes å få oversikt over informanter på forhånd, og ledere stilte i to fokusgrupper, utfordret dette min rolle som moderator ekstra mye. Halkier(2010) beskriver at moderators rolle både kan være en styrke og en begrensning i gruppen. Moderator skal, i følge Halkier, være tilbaketrukket samtidig som moderator skal sørge for dynamikk og deltagelse i samtalen. Balansen mellom å lytte, sørge for at deltagerne holder seg til det aktuelle tema og ivareta dynamikk i gruppen er krevende (Halkier, 2010; Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2012). På den ene siden var jeg bevisst på å la kommunikasjonen i gruppen foregå uten særlig innblanding fra meg. På den andre siden veiledet jeg samtalen tilbake til studiens tema når gruppen beveget seg utenfor. Å finne balanse mellom den naturlige interaksjonen og fremdriften i gruppen, og det å styre samtalen krevde bevissthet og sterk grad av tilstedeværelse. Dette førte til at jeg som moderator også var noe delaktig i samtalen. På den ene siden vurderte jeg at min delaktighet skapte frihet og engasjement slik at intervjuet bar lite preg av nettopp intervju, men mer ble en samtale med drøfting av temaet. Dette begrunner jeg også ut fra min yrkesrolle som ergoterapeut. En rolle som mulig kunne hemme interaksjon i gruppen om jeg hadde inntatt en svært tilbaketrukket rolle.

På den andre siden kan dette ha begrenset interaksjonen i gruppen.

Å samle sykepleiere og helsefagarbeidere som daglig samhandler i samme fokusgruppe, ble vurdert riktig og hensiktsmessig. Begrunnelsen for dette er at nevnte faggrupper arbeider tett sammen. Hvordan den faktiske sammensetning i den enkelte fokusgruppe ble, ble presentert i en oversikt i kapittel 4.

6.12. Etiske overveielser, styrker og begrensninger

6.12.1. Ivaretagelse og anonymisering

Å sørge for at den enkelte informant som sa seg villig til å delta i studien kjente seg ivaretatt, var et vesentlig ansvar for meg. Å samle helsefagarbeidere som stort sett ikke kjente hverandre fra tidligere til en gruppesamtale hvor den enkelte informant skulle ble sett, hørt og respektert samtidig som jeg ikke hadde møtt den enkelte informant tidligere, var en utfordring. Ved oppstart av hver fokusgruppe introduserte jeg hensikt med studiet, hva fokusgruppeintervjuet skulle handle om, og betydningen av frivillig deltagelse. Gruppen ble oppfordret til å respektere og ivareta hverandre ved å la taushetsløftet som vi alle har underskrevet, også gjelde i og etter gruppesamtalen.

Hver informant presenterte seg selv ved oppstart av fokusgruppeintervjuet, og ved avslutning ble hver enkelt spurt hvordan det hadde vært å delta. Utenom den skriftlige informasjonen om frivillig deltagelse, anonymisering av datamateriale og sletting av lydfiler ved studiens slutt, ble også hver deltager oppfordret til å ta kontakt med meg i etterkant av deltagelse dersom de opplevde behov for dette, enten pr telefon eller elektronisk post. Informantene fikk både muntlig og skriftlig informasjon om retten til å trekke seg fra studien underveis eller etter deltagelse i fokusgruppen.

Lydfilene ble lagret og oppbevart på Høyskolen i Buskerud og Vestfolds dataserver. Ved transkripsjon ble informantenes navn anonymisert og gitt fiktive navn. Skriftlig oversikt over dette er oppbevart sammen med nevnte lydfiler på Høyskolens dataserver og slettes ved studiens avslutning. Ingen personnavn, stedsnavn eller navn på deltagende kommuner finnes i presentasjon av studien. Da ledere deltok i to av gruppene, valgte jeg ved presentasjon av funn å ikke referere til hvilken informant og hvilken fokusgruppe sitatene er hentet fra. Dette for å sikre anonymitet så godt som mulig.

Som mindre erfaren i å finne og velge en egnet analyseform, erfarte jeg å jobbe mye frem og tilbake i den transkriberte teksten over en lengre periode høsten 2013 og vinteren 2014. Dette gjorde at jeg ble godt kjent med materialet samtidig som det var utfordrende å finne riktig retning. Gode refleksjoner og nyttige innspill fra veileder og co-veileder førte til at

innholdsanalyse inspirert av Graneheim og Lundman ble vurdert egnet og valgt. Ricoeurs teksttolkning knytter, slik jeg vurderer dette, tolkning av datamaterialet til en hermeneutisk tilnærming. Slik Ricoeur beskriver tolkningen som en pendel mellom tekst og leserens egen forståelse, har også min yrkesbakgrunn og min forforståelse påvirket hvordan jeg har lest, analysert og tolket det datamaterialet som fokusgruppeintervjuene gav. Samtidig har også tverrfaglige diskusjoner og fremlegg ved studiesamlinger på Høyskolen utfordret ulike sider ved min egen forforståelse og min forståelse av studiens datamateriale. I videre arbeid med analyse og presentasjon av funn har det vært nyttig og viktig å drøfte dette med veileder og co-veileder som begge har sykepleiefaglig utdanning.

6.12.2. Respekt for helsearbeideren

Ved avslutning av denne studien uttrykker jeg en dyp respekt for helsearbeidere i hjemmetjenesten som daglig skal se, høre og respektere mange skrøpelige eldre pasienter i svært ulike hjem. Samtidig som de skal være til stede for den enkelte pasient og gi en verdig helsehjelp, beskriver de lengre arbeidslister og et økende press på effektivitet i tjenesten. Dette kommer klart frem som etiske dilemma i helsearbeidernes hverdag. Som engasjert i studiens tema og funn er det lett for meg å komme med implikasjoner for praksis. Samtidig er det mitt ansvar som helsearbeider selv; å bidra til at vi sammen kan utvikle en stadig bedre tjeneste.

7.0 KONKLUSJON

Denne studien viser hvordan helsearbeidere i hjemmetjenesten vurderer og erfarer bruk av store hjelpemidler som pleieseng, rullestol og personløfter hjemme hos skrøpelige eldre personer. Studien viser at sengen synes å ha en vesentlig betydning for eldre pasienter, og at mange vegrer seg for å bytte ut egen seng med hjelpemiddelet pleieseng. Helsearbeiderne erfarer dikotomien mellom sengens betydning for den eldre personen, og helsearbeidernes behov for en rettelt arbeidsplass i hjemmet.

Helsearbeiderne erfarer også hvordan bruk av rullestol, personløfter og / eller pleieseng kan hemme den eldre personens helse og fremme økt avhengighet til helsehjelp. Studien viser at det er en spenning mellom en forventet effektiv helsetjeneste, og hvordan bruk av store hjelpemidler kan påføre den skrøpelige eldre pasienten tap av funksjon.

Helsearbeiderne erfarer hvordan innføring av Samhandlingsreformen har gitt fokus på raskere utskrivning fra sykehus, og høyere tempo på deres vurderinger og utøvelse av helsehjelpen. Dette medfører at den eldre pasienten i mindre grad enn tidligere er forberedt på eller delaktig i prosessen med å få store hjelpemidler som pleieseng, rullestol og personløfter inn i hjemmet. Informantene i studien presenterer et sammensatt bilde av sin arbeidshverdag og bruk av store hjelpemidler i hjemmet. De erfarer at skrøpelige eldre pasienter med ulik grad av kognitiv svik og funksjonsnedsettelse som for få år siden ville vært sykehjemspasienter, nå bor i eget hjem eller i omsorgsboliger og mottar nødvendig helsehjelp fra hjemmetjenesten. Når helsehjelpen er preget av effektivitet og tidspress, uttrykker helsearbeiderne ulike etiske dilemmaer i møtet med den eldre personens behov for kontinuitet og tid for endring.

Studien viser plassering av store hjelpemidler i den eldre personens hjem som et mulig paradigmeskifte. Tidligere var hjemmet den eldre personens domene hvor valg av møblering og utforming var definert av den eldre selv. Nå er hjemmet i større grad en arbeidsplass hvor den eldre må tilpasse seg helsearbeiderens behov for en tilrettelagt arbeidsplass. Studien viser at det er nødvendig å sikre den eldre personens delaktighet når det skal plasseres store hjelpemidler som pleieseng, rullestol eller personløfter i hjemmet. Det er behov for å sette økt fokus på hva store hjelpemidler hemmer og fremmer av helse, funksjon og mestring for den skrøpelige eldre.

Etterord

Som ansatt i den kommunale helsetjenesten er jeg selv en del av systemet som kan miste av synet den eldre personen i prosessen med det vi tror er effektiv helsehjelp, effektiv hjelpemiddelformidling, effektiv tilrettelegging og effektiv samhandling med sykehuset. Sammen må vi sikre en helsetjeneste som gjør at det er godt for den eldre å komme hjem og være i sin hjemlighet.

*Det e godt å kømmå hematt når det blæs frå kalde fjell
Når det knaker ilt i skogen, når det går mot mørke kveld
Det e godt å kjenne varmen kømmå innatt i en skrott
Og det å vårrå menneskje blir likete og godt*

*Det e godt å kømmå hematt frå ei lang og slitsom reis
Da du følte at du berre var en fuggel underveis
Det e godt å lande kjærleg i en famn når du kjem att,
Og å sleppe ligge ensam i den lange mørke natt*

*Det e godt å kømmå hematt åt ei lun og lita krå
Der det brenn et lite lys som du har fått å passe på
Og gå itte lenger frå enn at du ser det der du er
Slik at du kan finna hematt gjennom grått og rusket vær*

*Det e godt å kømmå hematt og slå opp den gamle dør
Der du møter en som venter deg som mange gonger før
Og når gleda som du møter, itte rommer store ord
Men toner mjukt, som med sordin, da er det godt på jord. (Simastuen, 1977)*

Litteraturliste

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- Arbeids- og sosialdepartementet. (1997). *Forskrift om hjelpemiddelsentralenes virksomhet og ansvar*. Hentet 04.09.2014, fra <http://www.lovdata.no>
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2009). *Sosialtjenesteloven*. Hentet 07.09.2014, fra <http://lovdata.no>
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)*, fra <http://www.lovdata.no>
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2008). *Lov om folketrygd (Folketrygdloven)*. Hentet 04.09.2014, fra <http://www.lovdata.no>
- Bolling, G., Pedersen, R., & Förde, R. (2009). Ethics in nursing homes and home care services. [Översikt]. *Sykepleien Forskning*, 4(3), 186-196.
- Bredland, E. L., Linge, O. A., & Vik, K. (Red.). (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse: verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Demers, L., Fuhrer, M. J., Jutai, J., Lenker, J., Depa, M., & De Ruyter, F. (2009). A conceptual framework of outcomes for caregivers of assistive technology users. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 88(8), 645-655. doi: 10.1097/PHM.0b013e3181ae0e70
- Den nasjonale forskningsetiske komite` for samfunnsvitenskap og humaniora. (1994). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora: vedtatt 6. desember 1993*. Oslo: Komitéen.
- Dreyer, P. S. (2010). Distansering i Ricoeurs fortolkningsteori: fortællinger i et studie af det levede liv med kronisk sygdom og hjemmerespirator. *Tidsskrift for sykeplejeforskning*, 26(1), 3-11.
- Ergoterapeutene- Norsk ergoterapeutforbund. (2008). *Grunnsyn i ergoterapi*. Hentet 31.08.2014, fra <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Fakta-om-ergoterapi/Grunnsyn>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Guillemin, M., & Heggen, K. (2009). Rapport and respect: negotiating ethical relations between researcher and participant. *A European Journal*, 12(3), 291-299. doi: 10.1007/s11019-008-9165-8
- Halkier, B. (Red.). (2010). *Fokusgrupper* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)*, . Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld. nr. 47(2008-2009)). Oslo: Helse - og omsorgsdepartementet, .
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Nasjonal helse - og omsorgsplan*
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Helse- og sosialdepartementet. (2001). *Forskrift om habilitering og rehabilitering*. Oslo: Helse- og sosialdepartementet.
- Helse Sør- Øst. (2012). *Delavtale om retningslinjer for utskrivningsklare pasienter*. Hentet 04.09.2014, fra http://www.helse-sorost.no/fagfolk/_samhandling-ny/_samarbeid/_Sider/samarbeidsavtaler.aspx
- Hägglom-Kronlöf, G., & Sonn, U. (2007). Use of assistive devices--a reality full of contradictions in elderly persons' everyday life. *Disability and rehabilitation. Assistive technology*, 2(6), 335-345.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (Red.). (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lægreid, S., Skorgen, T., & Hagen, E. B. (2001). *Hermeneutisk lesebok*. Oslo: Spartacus.
- Løgstrup, K. E. (2010). *Den etiske fordring* (4. utg.). Århus: Klim.
- Malterud, K. (Red.). (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- NAV Hjelpemiddelsentralen. *Rammeavtale om samarbeidet mellom NAV Hjelpemiddelsentral og kommunen*. 04.09.2014, fra <https://www.nav.no/Forsiden>
- Ness, N. E. (2011). *Hjelpemidler og tilrettelegging for deltakelse: et kunnskapsbasert grunnlag*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Nygaard, H. A., & Bondevik, M. (Red.). (2012). *Tverrfaglig geriatri: en innføring* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Oswald, F., Wahl, Hans-Petter. (2005). Dimensions of the meaning of home in later life. I G. D. Rowles & H. Chaudhury (Red.), *Home and identity in late life international perspectives* (s. 21-47). New York: Springer.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3. utg.). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Pettersson, I., Appelros, P., & Ahlström, G. (2007). Lifeworld perspectives utilizing assistive devices: Individuals, lived experience following a stroke. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(1), 15-26.
- Pettersson, I., & Fahlström, G. (2010). Roles of assistive devices for home care staff in Sweden: a qualitative study. *Disability and rehabilitation. Assistive technology* 5(5), 295-304. doi: 10.3109/17483100903100285
- Pettersson, I., & Fahlström, G. (2010). Roles of assistive devices for home care staff in Sweden: A qualitative study. *Disability & Rehabilitation: Assistive Technology*, 5(5), 295-304. doi: 10.3109/17483100903100285
- Ricœur, P. (1992). *Från text till handling: en antologi om hermeneutik*. Stockholm: Brutus Österlings bokförlag Symposion.
- Roelands, M., Van Oost, P., Depoorter, A. M., Buysse, A., & Stevens, V. (2006). Introduction of assistive devices: home nurses' practices and beliefs. *Journal of advanced nursing* 54(2), 180-188. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03797.x
- Roelands, M., Van Oost, P., Stevens, V., Depoorter, A., & Buysse, A. (2004). Clinical practice guidelines to improve shared decision-making about assistive device use in home care: a pilot intervention study. *Patient Education and Counseling*, 55(2), 252-264. doi: 10.1016/j.pec.2003.10.002
- Romøren, T. I. (2001). *Den fjerde alderen: funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Rowles, G. D., & Chaudhury, H. (Red.). (2005). *Home and identity in late life international perspectives*. New York: Springer.
- Simastuen, I. (1977). *Det er godt å kâmmâ hematt*. Oslo: Luther forlag.

- Smithson, J. (2000). Using and analysing focus groups: Limitations and possibilities. *International Journal of Social Research Methodology*, 3(2), 103-119. doi: 10.1080/136455700405172
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *-og bedre skal det bli!: Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015)*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial - og helsedirektoratet. (2006). *Arbeidsmiljø i hjemmetjenesten: en veileder*.
- Sørbye, L. W., Grue, E. V., & Vetvik, E. (2009). *Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre: nyere norsk forskning relatert til helse- og sosialtjenesten* (B. 2009/5). Oslo: Diakonhjemmet høyskole.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thorsen, K. (2008). Betydningen av hjemmet i eldre år. I S. Hauge & F. F. Jacobsen (Red.), *Hjem, eldre og hjemlighet* (s. 15-35). Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Veenstra, M., & Daatland, S. O. (Red.). (2012). *Bærekraftig omsorg ? : familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Vik, K., & Eide, A. (2013). Older adults who receive home-based services, on the verge of passivity: the perspective of service providers. *International Journal of Older People Nursing*, 8(2), 123-130. doi: 10.1111/j.1748-3743.2011.00305.x
- Zingmark, K., Norberg, A., & Sandman, P. O. (1995). The experience of being at home throughout the life span. Investigation of persons aged from 2 to 102. *International journal of aging & human development* 41(1), 47-62.
- Zwijzen, S. A., Niemeijer, A. R., & Hertogh, C. (2011). Ethics of using assistive technology in the care for community-dwelling elderly people: An overview of the literature. *Aging & Mental Health*, 15(4), 419-427. doi: 10.1080/13607863.2010.543662
- Öhlén, J., Ekman, I., Bolmsjö, I., Zingmark, K., & Benzein, E. (2014). Conceptual development of "at-homeness" despite illness and disease: a review. *International Journal Of Qualitative Studies On Health And Well-Being*. doi: 10.3402/qhw.v9.23677

Forskningsspørsmål / Intervjuguide

Forskningsspørsmål		Intervjuguide
1	Hvordan erfarer helsearbeiderne den eldre personens hjem som hjem og arbeidsplass?	<ul style="list-style-type: none"> - Den eldres hjem er også en arbeidsplass for deg som helsearbeider. Hvem tenker du at det tilrettelegges for med de aktuelle hjelpemidlene? - Erfarer du at dette dilemmaet drøftes med den gamle eller på din arbeidsplass? - Kan du beskrive situasjoner der dilemmaet ble ekstra tydelig?
2	I hvilken grad vurderer helsearbeiderne at bruk av store hjelpemidler påvirker eldre personers funksjon? (øke / vedlikeholde/ tap av mestring?selvhjulpenhet?funksjon?)	<ul style="list-style-type: none"> - Bidrar hjelpemidlene til mestring og selvhjulpenhet eller skapes et økt hjelpe – og pleiebehov? - Hvilken bevissthet eller kunnskap om mulige "bivirkninger" er vurdert opp mot definert behov for nevnte hjelpemidler? - Er uttrykket "lært eller påført" hjelpeløshet relevant å drøfte? - Har du eksempler på situasjoner hvor dette var aktuelt?
3	På hvilken måte erfarer helsearbeiderne at eldre personer er delaktig i prosessen rundt å definere behovet for store hjelpemidler i hjemmet?	<ul style="list-style-type: none"> - Hvem vurderer og definerer hvilke hjelpemidler den eldre trenger? - Er den eldre delaktig i denne vurderingen? - I hvor stor grad er du som helsearbeider bevisst på å ivareta den eldre personens medvirkning?

Vedlegg nr 2

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr. 985 321 884

Gro Gade Haanes
Institutt for radiografi og helseteknologi (IFRH)
Høgskolen i Buskerud
PO boks 7053
3007 DRAMMEN

Vår dato: 23.05.2013

Vår ref:34197 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.04.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34197	<i>Hjelpemidler til hjemmeboende eldre - Kan vi snakke om det? En oppgave på bakgrunn av helsearbeideres erfaringer og refleksjoner</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Buskerud, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Gro Gade Haanes</i>
Student	<i>Gunnbjørg Furuset</i>

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

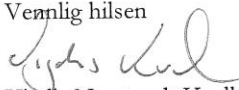
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Anne-Mette Somby

Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Gunnbjørg Furuset, Iduns vei 11, 3216 SANDEFJORD

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 34197

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Personvernombudet minner om at deltakerne/helsearbeiderne har taushetsplikt og kan ikke snakke om enkeltpersoner/pasienter på en slik måte at de kan gjenkjennes direkte eller indirekte.

Prosjektet skal avsluttes 01.06.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.



Til sykepleiere og hjelpepleiere i hjemmebaserte tjenester.

Forespørsel om deltakelse i studien

”Helsearbeideres vurderinger i forhold til bruk av større hjelpemidler hos hjemmeboende eldre»

Bakgrunn og hensikt

Jeg henvender meg til deg med forespørsel om du vil delta i en studie som handler om bruk av hjelpemidler hos hjemmeboende eldre. Studiens hensikt er å få kunnskap om og forståelse for helsearbeideres erfaringer ved å ha eldres hjem som sin arbeidsplass, og den enkelte helsearbeiders refleksjoner rundt bruk av større hjelpemidler som rullestol, personløfter og pleieseng. Dine erfaringer og tanker rundt dette er av stor interesse i mitt prosjekt.

Studien er et mastergradsprosjekt ved Høgskolen i Buskerud.

Kunnskapen fra prosjektet kan være med å danne grunnlag for utvikling av helsearbeidet i den kommunale hjemmetjenesten og bedre tilrettelegging av fremtidens tjenester.

Hva innebærer din deltagelse?

Du blir bedt om å delta i et fokusgruppeintervju, som vil vare ca. en time. Fokusgruppeintervju kan sammenlignes med en gruppesamtale som ledes av undertegnede med bakgrunn i presentert tema. Av praktiske grunner vil fokusgruppeintervjuet bli tatt opp på lydfil (opptaker). Denne slettes så snart intervjuet er nedskrevet og materialet er bearbeidet.

Det planlegges å gjennomføre til sammen fire fokusgruppeintervju i to ulike kommuner, med ca åtte informanter i hver gruppe, i løpet av august og september 2013.

Trolig vil det være mest hensiktsmessig å gjennomføre intervjuet umiddelbart etter dagvakt, enten i lokaler tilknyttet din arbeidsplass eller andre lokaler i samme kommune. Dette må endelig avklares når tilstrekkelig antall informanter har sagt ja til å delta. Jeg vil sørge for enkel servering, og en påskjønnelse for din deltagelse.

Å delta er basert på frivillighet, det er derfor viktig at du samtykker gjennom å signere på svarslippen i dette brevet og returnerer det i vedlagte konvolutt så snart som mulig, senest 15.juni 2013.

Forskningsresultatene kan bli publisert i nasjonale og / eller internasjonale fagtidsskrifter eller bli presentert på fagkonferanser. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Alle opplysninger du gir vil bli konfidensielt behandlet og oppbevart på trygg og forsvarlig måte. Informasjonen du gir skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien.

Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien og du kan når som helst be om at innsamlede opplysninger om deg blir slettet. Studien er beregnet avsluttet 01.05.2014

Høgskolen i Buskerud

Veileder er doktorgradsstipendiat Gro Gade Haanes ved Fakultet for Helsefag, Høgskolen i Buskerud.

Min veileder og jeg har samme taushetsplikt som gjelder for alt helsepersonell.

Dersom du har spørsmål eller ønsker flere opplysninger, kan du kontakte Gunnbjørgh Furuset på telefon 413 13 787 eller Gro Gade Haanes på telefon 934 37 662.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen
Gunnbjørgh Furuset
Ergoterapeut / mastergradstudent
Iduns vei 11
3216 Sandefjord
furuset@online.no

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Navn:.....

Telefonnummer

Signatur

Til virksomhetsleder.....(navn)

Bistand til rekruttering av informanter.

Jeg viser til tlf.samtale den (dato) ,og bekrefter herved min forespørsel om bistand til å rekruttere informanter til mitt forskningsprosjekt. Prosjektets hensikt er å få kunnskap om helsearbeideres erfaringer ved å ha eldres hjem som sin arbeidsplass, og den enkelte helsearbeiders refleksjoner rundt vurdering av behov for større hjelpemidler som rullestol, personløfter og pleieseng. Helsearbeidere er i dette prosjektet definert å være hjelpepleiere og sykepleiere som har sitt daglige arbeid i kommunale, hjemmebaserte tjenester.

Studien er et mastergradsprosjekt ved Høgskolen i Buskerud. Det planlegges fire fokusgruppeintervju, to i deres kommune og to i en annen kommune av tilsvarende størrelse. Det er ønskelig med åtte deltagere i hver fokusgruppe. Jeg ber derfor om bistand til å rekruttere 16 sykepleiere og hjelpepleiere som har sitt daglige arbeid i hjemmebaserte tjenester.

Kunnskapen fra prosjektet kan være med å danne grunnlag for utvikling av helsearbeidet i den kommunale hjemmetjenesten og bedre tilrettelegging av fremtidens tjenester.

Hva gjelder forespørselen

Forespørselen henvender seg til aktuelle informanter for deltagelse i et fokusgruppeintervju som vil vare ca. en time. Fokusgruppeintervju er å sammenligne med en gruppesamtale, med en ordstyrer (undertegnede) som har ansvar for at samtalen holder seg til et avklart tema. Det vil også bli benyttet en medhjelper som observatør. Av praktiske hensyn vil fokusgruppeintervjuet bli tatt opp på lydfil (opptaker). Fokusgruppeintervjuene er planlagt gjennomført i løpet av august og september 2013. Trolig vil det være mest hensiktsmessig å gjennomføre fokusgruppeintervjuet umiddelbart etter dagvakt. Lokaler for gjennomføring avklares nærmere.

Deltagelse er basert på frivillighet, og det er derfor viktig at informanter signerer og returnerer svarslipp som følger i eget informasjonsskriv.

Forskningsresultater kan bli publisert i nasjonale og / eller internasjonale tidsskrifter eller bli presentert på fagkonferanser. Det vil ikke være mulig å identifisere informantene i resultatene av studien.

Veileder er doktorgradsstipendiat Gro Gade Haanes ved Fakultet for Helsefag, Høgskolen i Buskerud.

Min veileder og jeg har samme taushetsplikt som gjelder for alt helsepersonell.

Høgskolen i Buskerud

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Dersom du har spørsmål eller ønsker flere opplysninger, kan du kontakte Gunnbjörg Furuset på telefon 413 13 787 eller Gro Gade Haanes på telefon 934 37 662.

Jeg takker for deres velvillighet, og ber om at signerte svar fra informanter returneres innen 15.juni 2013 i vedlagt frankert konvolutt.

Med vennlig hilsen

Gunnbjörg Furuset
Ergoterapeut/mastergradsstudent
Iduns vei 11
3216 Sandefjord
furuset@online.no