



Omsorgsfeltets ”hviskelek”

Er det samsvar mellom den standard som er definert i lover, forskrifter og rundskriv og den praksis vi finner ved å intervjuere tjenesteytere på det kommunale omsorgsnivået. Hvilke konsekvenser får et eventuelt avvik mellom standardene gitt i aktuelle lover, forskrifter og rundskriv og den kvaliteten som preger utførelsen av omsorgstjenestene?

Omsorgsfeltets ”hviskelek”

Er det samsvar mellom den standard som settes i lovverket og den praksis vi finner ved å intervjuere tjenesteytere ute i kommunene?

Av:

Arne Launes, Vernepleier med spes. Utd
John Arne Rognlie, Vernepleier med spes. Utd

*Begge ansatt ved Sørlandet sykehus HF,
avdeling for Voksenhabiliteing, Kristiansand*

Rapporten er utgitt i samarbeid med:

*Helsedirektoratet
Sørlandet sykehus HF
Fellesorganisasjonen (FO)*

Forsidebilde

”The Secret” av Svetlana Ivanovic

Forord

Mange av oss stiftet i oppveksten bekjentskap med ”hviskeleken” hvor vi satt på en rekke eller i en ring. Førstemann hvisket et ord inn i øret til nestemann som så hvisket ordet videre til neste og så videre. Det var alltid spennende og ofte morsomt å høre hva ordet etter hvert ble til. Det var slett ikke alltid at det samme ordet ble gjentatt når det hadde blitt hvisket noen ganger.

I denne undersøkelsen har vi gjennom kvalitative intervjuer sett på om den standard lovverk, forskrifter og rundskriv setter for god omsorg finnes igjen hos dem som gir omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming. Kan de engang så kjente prinsippene fra ”hviskeleken” ha endret standarden for god omsorg underveis fra lovgiver til tjenesteytere? Gjennomføringen av undersøkelsen har vært spennende, lærerik og ikke minst har vi møtt mange oppriktig engasjerte tjenesteytere.

For å komme i mål med arbeidet har vi vært avhengige av mange hjelpere. Økonomisk har vi fått støtte fra vår egen arbeidsgiver Sørlandet sykehus HF, fra Helsedirektoratet og fra vår fagorganisasjon Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO). Vi har hatt et flott samarbeid med vår veileder fra Agderforskning, og vi har hatt en gruppe engasjerte og faglig dyktige mennesker i referansegruppen. Vi har også møtt stor velvilje fra de kommunene vi har kontaktet med forespørsel om å delta i prosjektet. Alle de ansatte vi har intervjuet har sjenerøst stilt opp og svart oss på alle våre spørsmål. Alt dette har bidratt til at vi har kommet i mål med undersøkelsen og med denne rapporten.

Innhold

Forord	4
Sammendrag.....	7
1.0 Innledning.....	9
1.1 Bakgrunn for rapporten	9
1.2 Fra tema til problemstilling	9
1.3 Presisering av sentrale begreper	10
1.3.1 Standard for god omsorg	10
1.3.2 Nasjonalt og lokalt nivå.....	10
1.3.3 Omsorgsnivå.....	10
1.3.4 Mennesker med utviklingshemming	11
1.4 Mål for rapporten.	11
1.5 Andre undersøkelser på området.	13
1.6 Rapportens videre gang.....	13
2.0 Teoridel	14
2.1 Omsorg for personer med utviklingshemming i Norge.	14
2.2 Standard for god omsorg	15
2.3 Andre sentrale faktorer knyttet til omsorgsutøvelse	16
2.3.1 Profesjonalitet.....	16
2.3.2 Holdninger.....	17
2.3.3 Etikk og moral	18
2.3.4 Maktforhold.....	18
2.3.5 Organisering av tjenesten i kommunen	19
2.3.6 Begrepsbruk i omsorgen for mennesker med utviklingshemming.....	20
3.0 Metode.....	21
3.1 Begrunnelse for valg av metode.....	21
3.2 Forhåndskunnskap.....	21
3.3 Kvalitativt forskningsintervju og vitenskapsteori	21
3.4 Utvelgelse av informanter og datainnsamlingen	22
3.5 Gjennomføring av intervjuene	22
3.6 Bearbeidelse av intervjuene	23
3.7 Validitet, relabilitet og generalisering.....	23
3.8 Forskningsetiske overveielser	24

3.9 Presentasjon av informantene.....	25
4.0 Presentasjon av funn.....	27
4.3 Funn kommune 1.....	27
4.3.1 Informasjon fra leder kommune	27
4.3.2 Gjennomgang av intervjuer med ansatte på tjenestenivå i kommune 1	28
4.3.3 Oppsummering av kommune 1	30
4.4 Funn kommune 2.....	32
4.4.1 Informasjon fra leder kommune 2	32
4.4.2 Gjennomgang av intervjuer av ansatte på tjenestenivå i kommune 2	35
4.4.3 Oppsummering av kommune 2	38
4.5 Funn kommune 3.....	40
4.5.1 Informasjon fra leder kommune 3.....	40
4.5.2 Gjennomgang av intervjuer av ansatte på tjenestenivå i kommune 3	42
4.5.3 Oppsummering av kommune 3	44
5.0 Drøfting av funn	46
5.1 Kommunalt nivå.....	46
6.0 Konklusjon	51
7.0 Anbefalinger.....	52
Litteraturliste	53
Vedlegg 1. (Forespørsel om deltakelse i prosjektet)	55
Vedlegg 2. (Fullmaktskjema).....	56
Vedlegg 3. (Intervjuguide leder)	57
Vedlegg 4. (Intervjuguide omsorgsytere).....	60
Vedlegg 5. (Utvelgelse av informanter).....	62

Sammendrag

Rapporten tar for seg informasjonsflyten mellom ulike nivåer knyttet til omsorg for mennesker med utviklingshemming. Den overordnede problemstillingen som reises er: *Er det samsvar mellom den standard som er definert i lover og forskrifter og den praksis vi finner ved å intervjuere tjenesteytere på det kommunale omsorgsnivået.* Vi har også sett på hvilke konsekvenser manglende samsvar vil kunne ha.

Datagrunnlaget i prosjektet er innhentet gjennom kvalitative intervjuer i tre kommuner. Vi har valgt kommuner utenfor vårt eget tjenesteområde (Aust- og Vest Agder) for å unngå en mulig rollekonflikt. Kommunene er videre valgt ut på grunnlag av størrelse (målt i innbyggertall). I hver av de tre kommunene har vi intervjuet en leder, og 4-5 ansatte med direkte omsorgsoppgaver overfor målgruppen. Informantene ble valgt ut ved loddrekning, og vi har intervjuet totalt 16 informanter. Datamaterialet gir ikke grunnlag for noe representativt bilde av situasjonen, men kan være med på å synliggjøre noen tendenser og problemstillinger.

Intervjuene med lederne viser at det er ulik organisering av tjenestetilbudet, dette ser ut til å henge sammen med størrelsen på den enkelte kommune; desto større kommune desto mer formalisering av organisasjonen. Den minste av de tre kommunene hadde en svært flat og uformell organisatorisk struktur med kort vei fra den enkelte tjenesteyter og opp til rådmannens stab. Den største kommunen hadde en betydelig større organisasjon med større grad av formalisering og lengre avstand mellom nivåene i kommunen.

De tre kommunene kunne i liten grad vise til oppdaterte mål- og styringsdokumenter, to av kommunene hadde slike dokumenter, men bare en av dem kunne vise til evalueringsrutiner og at dokumentene var oppdaterte og dagsaktuelle.

Videre finner vi at informantene i varierende grad har kjennskap til mål og styringsdokumenter fra nasjonalt nivå (lover, forskrifter og rundskriv). Når det gjelder slike dokumenter på lokalt nivå er kjennskapen til at de faktisk foreligger liten. Det også mangelfull kjennskap til innholdet i disse dokumentene.

Informantene gir et klart inntrykk av at de har en genuin interesse for å yte gode omsorgstjenester, og de har også til en viss grad inne et begrepsapparat for å beskrive kvalitativt gode tjenester. Manglende overordnet styring fører imidlertid til stor grad av egendefinert praksis. Med dette mener vi at den enkelte ansatte selv definerer og utfører tjenestene utfra egne verdier og holdninger. Det at de ansatte arbeider mye alene og derfor ikke har kollegaer å korrigere sin atferd opp mot, forsterker dette.

Informasjonen vi har fått tyder på at det er et sprik mellom de ideelle tanker om god omsorg som er definert i lover, forskrifter og rundskriv og den reelle praksis informantene beskriver i sin egen yrkeshverdag. Dette avviket synes å oppstå allerede på systemnivå i kommunene fordi det der er store mangler når det gjelder mål- og styringsdokumenter. Det er derfor naturlig at målstyringen videre nedover på tjeneste og individ nivå blir mangelfull.

Konsekvensene av dette spriket blir at den enkelte ansatte i stor grad blir overlatt til seg selv når mål og metode skal defineres slik at den enkeltes personlige verdier og holdninger i stor grad får prege fagligheten i den direkte tjenesteytingen overfor tjenestemottakeren. Dette er beskrevet av M Lipsky som "Street-level bureaucracy" (1980) for å forklare hvordan

frontlinjearbeidere ofte kommer i dilemmaet mellom det å være lydhør overfor tjenestemottakers behov og samtidig sikre at gjeldende politikk (lovverk) blir ivaretatt på området. Med utfordringer knyttet til f.eks. manglende overordnet styring og kontroll, lav bemanning og budsjettkutt, tvinger dette frontlinjen til å iverksette egne strategier for å takle de utfordringer de møter i sin hverdag. Slik forklarer Lipsky at nye politiske beslutninger gjerne blir implementert av frontlinjearbeiderne gjennom deres bruk eget av skjønn.

For å rette opp dette spriket mellom standard og praksis foreslår vi at det i langt større grad sørges for oppdaterte mål og styringsdokumenter som klart beskriver den standarden kommunene mener det skal være på omsorgstjenestene. Disse må videre operasjonaliseres slik at den enkelte ansatte i større grad kan se hvilke konkrete standarder det skal arbeides etter. Når kommunene har en slik operasjonell beskrivelse mener vi at det er avgjørende at det etableres kontrollrutiner for å sikre samsvare mellom standard og utførelse.

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for rapporten

Medisinsk klinikk ved Sørlandets sykehus HF, avdeling for voksenhabilitering (HAVO) arbeider med veiledning av kommunale tjenesteytere som gir omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming. Denne omsorgen har vært og er stadig voksende i de fleste kommunene i Norge. Det er behov for flere ansatte, oppgavene blir mer komplekse og boenheter/soner øker i størrelse. Dette kan gjøre at kvalitetssikring og kontroll av faglige standarder vanskeliggjøres. HAVO har over tid hatt et ønske om å se på hvilken standard omsorgsyttelsen har. Spesielt ønsker en å se på om standarden i Lov om sosiale tjenester ¹ er kjent og følges opp av den enkelte kommunale tjenesteyter for mennesker med utviklingshemming. Prosjektet Omsorgsfeltets ”hviskelek” vil sette fokus på denne problemstillingen.

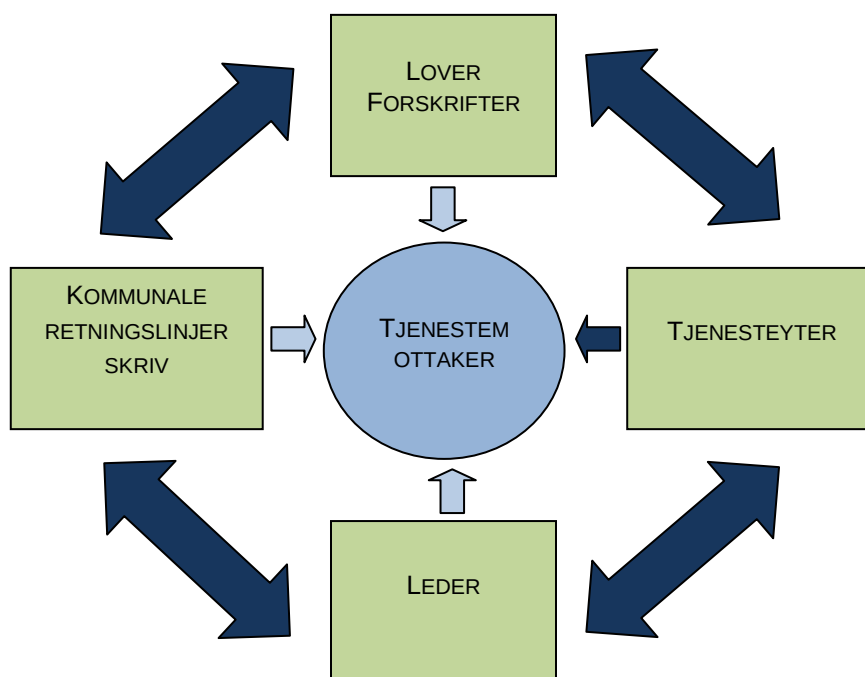
1.2 Fra tema til problemstilling

Som spesialvernepleiere har vi i over 20 år arbeidet med dette praksisfeltet i både første- og andre linjetjenesten. De siste årene har vi gjennom vårt arbeid i spesialisthelsetjenesten (HAVO) blant annet innehatt roller som veiledere overfor tjenesteytere i den kommunale omsorgstjenesten til mennesker med psykisk utviklingshemming. Vi har hatt mange refleksjoner rundt hvorvidt intensjonene i sentrale styringsdokumenter som f. eks Lov om sosiale tjenester og forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesteyting (FOR 2003-06-27 nr. 792:) finnes igjen hos de som utøver omsorgstjenester i kommunene. Vi erfarer gjennom vårt arbeid at det er forskjeller ute i kommunene på dette praksisfeltet. På bakgrunn av dette utarbeidet vi en problemstilling som vi ønsket å belyse nærmere ved å undersøke tre tilfeldig valgte kommuner. Vi ønsker altså å se om vi finner igjen intensjoner og uttalte kjerneverdier i aktuelt lovverk hos tjenesteytere som gir omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming. Problemstillingen lyder som følgende:

Er det samsvar mellom den standard som er definert i lover, forskrifter og rundskriv og den praksis vi finner ved å intervjuere tjenesteytere på det kommunale omsorgsnivået. Hvilke konsekvenser får et eventuelt avvik mellom standardene gitt i aktuelle lover, forskrifter og rundskriv og den kvaliteten som preger utførelsen av omsorgstjenestene?

Vi anser prosjektets problemstilling som svært aktuell og at prosjektet er tidsriktig i en tid hvor det stilles mange spørsmål i det offentlige rom knyttet til hvorvidt intensjonene med ansvarsreformen faktisk er blitt ivarettatt i kommunene de siste 20 årene. Problemstillingen vår munner da ut i rapportens tittel: Omsorgsfeltets ”hviskelek” å illustreres i Figur 1.

¹ Fra januar 2012 endret navn til *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (Lov 2011-06-24 nr. 30). I rapporten har vi valgt å benytte navnet loven hadde da vi gjennomførte intervjuene sommer/ høst 2011.



Figur 1

1.3 Presisering av sentrale begreper

1.3.1 Standard for god omsorg

Med standard mener vi den kvaliteten som det på nasjonalt nivå er enighet om at omsorgstjenestene overfor mennesker med utviklingshemming i Norge skal ha. Vi tar utgangspunkt i Lov om sosiale tjenester (heretter benevnt LOST) Det er i denne loven de fleste omsorgstiltak for mennesker med utviklingshemming er hjemlet. Vi tar også utgangspunkt i den såkalte kvalitetsforskriften (Helse- og omsorgsdepartementets Rundskriv U-7/2003). Begge disse dokumentene inneholder beskrevne standarder på omsorgstjenester som igjen kan deles inn i noen delelementer som vi heretter vil benevne som kjerneverdier. Eksempler på slike kjerneverdier er blant annet menneskets rett til selvbestemmelse, valgfrihet og det å bli respektert for sin livsførsel. Slike kjerneverdier vil være sentrale i vår definisjon av standarden for god omsorg overfor mennesker med utviklingshemming. Vi vil komme nærmere inn på dette i kapittel 2.2.

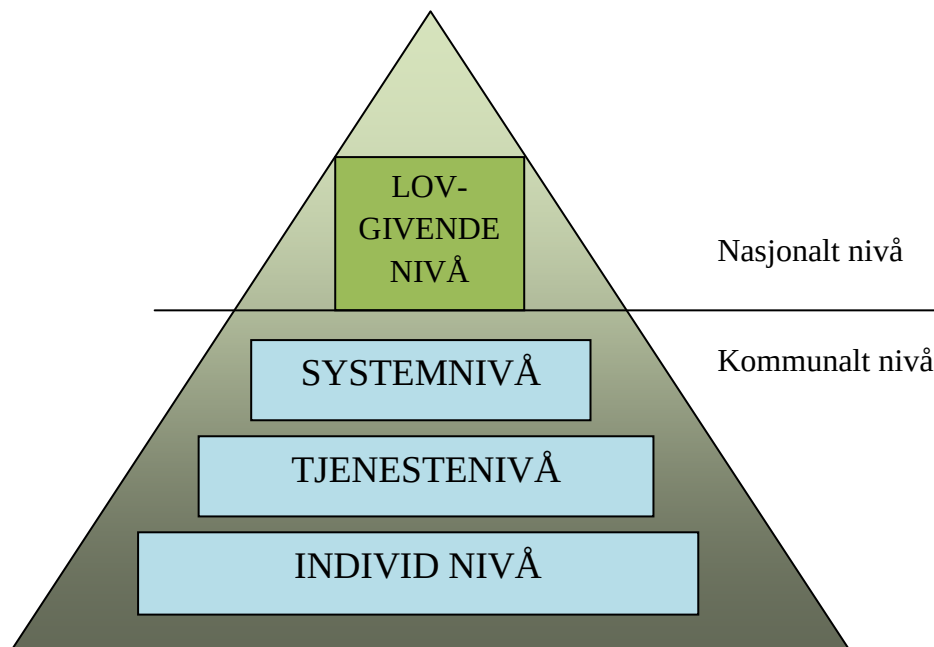
1.3.2 Nasjonalt og lokalt nivå

Med nasjonalt nivå menes her Stortinget som øverste lovgivende organ, og departementer og direktorater som utarbeider forskrifter og rundskriv. Med lokalt nivå menes her kommunalt forvaltningsnivå som formidlere og utøvere av det til en hver tid gjeldende lovverk. Herunder det å yte praktisk bistand og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming.

1.3.3 Omsorgsnivå.

Begrepet tjenesteyter kan defineres ut ifra ulike nivåer (se Figur 2). Vi har definert den enkelte kommune som tjenesteyter på bakgrunn av at disse har det formelle ansvaret for å gi omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming. I tillegg organiserer kommunene sine tjenester på ulike måter ved å dele opp store omsorgsenheter i mindre enheter. Da

beveger vi oss fra systemnivå til tjenestenivå. På et tjenestenivå vil det altså være den enkelte sone, avdeling eller bofellesskap som defineres som tjenesteyter. Til sist er det individnivået: den enkelte tjenesteyter som utøver den direkte omsorgen til tjenestemottakeren. I rapporten har vi valgt å benevne de kommunale utøverne av praktisk bistand og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming som tjenesteytere. Mer om dette i kapittel 2.3.5



Figur 2

1.3.4 Mennesker med utviklingshemming

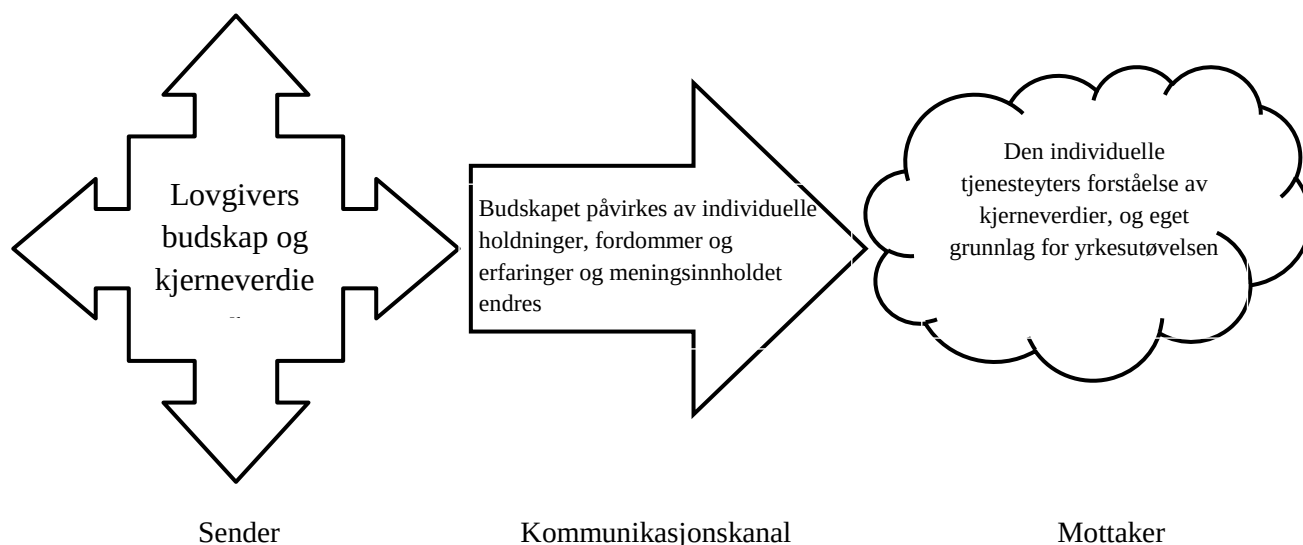
Vi har valgt å benytte oss av samme definisjon som brukes av Norsk forbund for utviklingshemmede (NFU): *Utviklingshemming er en samlebetegnelse for en rekke ulike tilstander eller diagnoser. Felles kjennetegn er at evnen til å lære og til å klare seg i samfunnet, er mer eller mindre redusert. Kognitiv svikt fører til at funksjoner som tenking, oppmerksomhet, hukommelse, læring og språkforståelse er redusert.*

Kognisjon generelt og persepsjon spesielt handler om å oppfatte og å forstå omgivelsene (cappelendamm 2012). Kognisjon er altså en betegnelse på en forstandsaktivitet som i korte trekk innbefatter evnen til tenkning og til å kunne tilegne seg kunnskap (Wikipedia 2011). I rapporten har vi fokusert på kommunale tjenesteyternes utøvelse av omsorg til mennesker med utviklingshemming som bor i egen leilighet. Tjenestene gis døgkontinuerlig eller til avtalte tider i form av praktisk bistand og/eller opplæring. Avlastningstiltak, skole- og fritidstilbud er ikke fokusområder.

1.4 Mål for rapporten.

Målet med rapporten er å finne ut om det er samsvar mellom skriftlige standarder for omsorgen, og verdigrunnlaget vi finner når vi intervjuer tjenesteytere i tre tilfeldig valgte kommuner. En slik undersøkelse vil kunne bidra til å gi oss indikasjoner på hvorvidt omsorgsutøvelsen er i overensstemmelse med de standardene som legges til grunn i gjeldende

lovverk. Figur 3 viser en enkel kommunikasjonsmodell som beskriver den prosessen vi tenker på.



Figur 3

grunn for utøvelsen av omsorgen. Det er gått over 20 år siden ansvarsreformen (gjærne kalt HVPU-reformen) ble gjennomført med nytt lovverk og endringer av ansvarlig forvaltningsnivå. Som innbygger i de respektive kommunene fikk alle mennesker i utgangspunktet de samme rettighetene, krav og plikter. NOU 1985:34 (Levekår for psykisk utviklingshemmede) satte fokus på begreper som normalisering, integrering og inkludering i samfunnet. Samtidig retter lovverket fokus på viktige standarder for enkeltmennesket. Disse kjerneverdiene finner vi også forankret i FNs konvensjon for funksjonshemmedes rettigheter (vedtatt i FN 13.12.06). Budskapet i konvensjonen er at mennesker med funksjonsnedsettelse skal ha de samme rettigheter som alle andre i samfunnet. Dette har inntil nylig vært det viktigste menneskerettighetsdokumentet for funksjonshemmede. Standardreglene har ikke vært juridisk bindende for FNs medlemsstater, men har vært en sterk moralsk og politisk forpliktelse fra statenes side om å iverksette tiltak for å sikre funksjonshemmede samme muligheter og levekår som andre. Norge har undertegnet konvensjonen, men ikke ratifisert den enda (barneombudets hjemmeside).

Vi introduserte tidligere i kapitelet begrepet kjerneverdier. Dette begrepet mener vi kan bidra til å beskrive de enkeltelementene som til sammen utgjør de standardene som beskriver omsorgstjenester for mennesker med utviklingshemming i blant annet LOST. I tillegg vil vi se at også andre elementer som i gitte situasjoner kan begrense en tjenestemottakers livsførsel kan være viktige kjerneverdier i god omsorg. Et eksempel på dette kan være en tjenesteyters mulighet til å overprøve en tjenestemottakers suverene rett til å ta et valg i en gitt situasjon for å ivareta personens helse, integritet og sikkerhet. (etter LOST 4a og pasientrettighetsloven 4a) Viser forøvrig til kapittel 2.2.

1.5 Andre undersøkelser på området.

Det er tidligere gjort undersøkelser på hvordan ansvarsreformen har påvirket livet til mennesker med utviklingshemming. Senest i 2011 kom det en rapport som ser på utviklingen av levkår og tjenester for utviklingshemmede (Søderstrøm og Tøssebro 2011). Vi kjenner imidlertid ikke til undersøkelser som spesifikt ser på kvaliteten i dette omsorgsarbeidet i kommunene.

1.6 Rapportens videre gang

I kapittel 2 presenteres et teoretisk bakteppe som danner grunnlaget for intervjuer, databehandling og funn. Videre vil vi i kapittel 3 beskrive metodene, og i kapittel 4 presentere våre funn. I kapittel 5 vil vi drøfte funnene fra de tre kommunene og i kapittel 6 og 7 vil vi presentere konklusjon og anbefalinger.

2.0 Teoridel

2.1 Omsorg for personer med utviklingshemming i Norge.

Det som kjennetegner dagens omsorgstjenester er at det offentlige i stor grad har overtatt oppgaver som tradisjonelt har blitt utført i familien (Fjørtoft/Skorstad 1998). Det er slik at de som har store livsutfordringer skal få hjelp fra samfunnet gjennom en rekke ulike velferdsordninger. Den norske velferdsstaten bygger på en likhetstanke hvor målet er å utjevne levekårene for innbyggerne i landet vårt. Våre moderne helse- og sosialtjenester vokste fram allerede på 1970-tallet og store forvaltningsreformer ble gjennomført på 1980- og 1990 tallet. Dagens velferdsmodell har medført at en rekke oppgaver og ansvar er overført fra stat/fylke til den enkelte kommune.

Åndssvake-loven fra 1949 sørget for opprettelse av sentralinstitusjonene. I 1970 ble helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU) opprettet og fylkene overtok deler av et tidligere statlig ansvar. I 1991 kom ansvarsreformen hvor HVPU ble lagt ned og kommunene overtok ansvaret for omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming. Normalisering, integrering og inkludering var fanesakene i en for mange kommuner ny omsorgstjeneste. Synet på mennesker med utviklingshemming har vært preget av samfunnsvitenskapelig teorier. Dette har bidratt til at synet på mennesker med utviklingshemming har vært i endring opp i gjennom historien. Begreper som åndssvak, sinnssyk, evenveik, idiot og imbesil har vært benyttet. Disse begrepene er ladet med et menneskesyn som uttrykker en begrenset tiltro til både utvikling og muligheter. I tillegg var omsorgen preget av gruppetenkning og ga lite rom for individuelle tilpasninger. Levekårene var utfordrende for flere, og mange alvorlige episoder med karakter av overgrep og vold er beskrevet i litteraturen. Begrepet psykisk utviklingshemming kom på banen på slutten av 1960-tallet. Det var Statens konsulent for åndssvakesaker, overlege Ole Bull Munch (1905-1996) som ville kvitte seg med stigmatiserende og belastende begreper som var benyttet inntil da (Helsekompetanse.no). Gjennom å skape "det gode samfunn" har politikken benyttet seg av prosesser som dreier seg om valg av menneskesyn og verdier (Fjørtoft og Skorstad). I etterkrigstiden var det et stort fokus på å bedre levekårene i Norge. Sosialpolitikken hadde fokus på å legge til rette for å fremme lykke, skape velferd og hindre nød. Gjennom ansvarsreformen(1991) og dagens lovverk har disse verdiene blitt godt implementert og utgjør i dag en standard for det enkelte menneske med utviklingshemming på lik linje med den øvrige befolkningen. Fokuset er på muligheter og ikke begrensinger, og på enkeltmenneskets autonomi. Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) (Omtalt som samhandlingsreformen) som trådte i kraft 1. januar 2012 har fokus på dagens og fremtidens helse- og omsorgsutfordringer. LOST vil da bli innlemmet i en ny lov: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester 2011 (ikrafttredelse 2012).

Samhandlingsreformen innehar både et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv hvor hovedfokuset er å bedre samhandlingen for helse- og omsorgstjenester. Det skal satses på større grad av helhetlig tenkning for de som har behov for sammensatte og koordinerte tjenester. Det skal bli større oppmerksomhet knyttet til å forebygge og begrense sykdomsutvikling, og det skal satses mer på å tilpasse fremtidens helse- og omsorgstjenester til demografisk (alderssammensetting) - og epidemiologisk (sykdomsbilde) utvikling.

Når det gjelder samhandlingsreformen knyttet opp mot omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming kan vi ikke se at det vil bli vesentlige endringer på det kommunale tjenesteytingsnivået utover økt fokus på helhetstenking og koordinering av sammensatte tjenester. Men generelt er det å utvikle et faglig og kvalitativt samarbeidsmønster mellom spesialisthelsetjeneste og kommune sentralt i samhandlingsreformen. I forbindelse med forarbeidet til samhandlingsreformen ble det nedsatt ulike forløpsgrupper (Hjemmesidene til Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming /NAKU 2012). En av gruppene hadde fokus på mennesker med utviklingshemming. Denne gruppen trekker blant annet frem ulike perspektiver som de mener påvirker den kommunale tjenesteytingen overfor mennesker med utviklingshemming. De nevner at fravær av økonomisk kraft ofte hindrer utvikling av gode faglige tiltak. Videre er det utfordringer knyttet til juridiske forhold som innebærer uklarheter i fortolkning og ansvarsforhold. Dette gjelder spesielt de personene som mottar sammensatte tjenester. Det etterlyses også økt faglig kompetanse og større grad av kontinuitet i kommunene med tanke på utarbeidelse av enkeltvedtak, individuelle planer og effektivering av disse. Et annet viktig poeng som gruppen påpeker er at det ofte er fravær av felles definert målsetting på den tjenesten som ytes. Erfaringsmessig mener gruppen at slike målsettinger ofte utarbeides av de som utøver tjenesten og ikke av den som mottar hjelpen eller dens foresatte (hjelpeverge/pårørende). På den måten blir f.eks. en kjerneverdi som selvbestemmelse et fagområde for tjenesteytere og ikke en mulighet for brukermedvirkning.

2.2 Standard for god omsorg.

Som nevnt i kapittel 1.3.1 har vi fra LOST og fra Helse- og omsorgsdepartementets kvalitetsforskrift (FOR 2003-06-27 nr. 792:) introdusert noen kjerneverdier som hver for seg utgjør delelementer i den standard som legges til grunn i nevnte lovverket og dets forskrifter. Dette er kjerneverdier som kjennetegner god omsorg og et menneskesyn tilpasset dagens idealer og levesett. Disse kjerneverdiene vil være sentrale kvalitetsindikatorer som vi ser etter i intervjuene med tjenesteytere i de tre kommunene vi har undersøkt. Vi har inndelt kjerneverdiene slik:

1. Tjenesteyter skal legge til rette for - og være bevisst på den enkelte tjenestemottakers rett til selvbestemmelse/medbestemmelse og deres valgfrihet.
2. Tjenesteyter skal bistå med å ivareta personens egenverd og verdighet samt vise respekt for personens livsførsel.
3. Tjenesteyter skal bistå med å legge til rette for sosial deltagelse i nærmiljø og samfunn for øvrig.
4. Tjenestetilbudet skal være behovstilpasset og rettidig. Det skal være samordnet, helhetlig og være forutsigbart for tjenestemottaker.

I 2010 ble den nye loven om vergemål (LOV-2010-03-26-9) vedtatt (enda ikke iverksatt). Loven fokuserer i stor grad på respekten for enkeltmennesket, dets integritet, ønsker og meninger. Loven skal i stor grad tilpasses det enkeltes menneskets behov og ønsker og ikke være mer inngripende enn nødvendig. Men loven gir åpning for å frata mennesker sin egen rettslige råderett på områder hvor det er nødvendig for å sikre at vedkommende ikke blir utnyttet av andre.

Regjeringen la i 2010 frem et informasjons- og utviklingsprogram for perioden 2010-2013 med tittelen «Mennesker med utviklingshemming skal heller ikke diskrimineres.» Gjennom en aktivitetsplan i dette programmet blir det gjentatt at mennesker med utviklingshemming har rett til et selvstendig liv. Det fokuseres blant annet på selvbestemmelse, brukerinnflytelse, integritet og at alle mennesker med nedsatt funksjonsevne har de samme rettslige mulighetene til å foreta egne valg på alle livets områder. Aktører på alle nivåer skal videre være bevisst på og kjent med de til enhver tid gjeldende lovverk og retningslinjer på dette området. I samme aktivitetsplan sier regjeringen at de vil arbeide med å skape større bevissthet om lovverk og retningslinjer for igjen å påvirke holdningene til omgivelsene og nærmiljøet.

LOST kapittel 4A og pasientrettighetsloven kapittel 4A er også lovverk som fremmer kjerneverdiene til mennesker med utviklingshemming. Samtidig gir disse lovverkene åpning for inngripen i enkeltmenneskers liv og hverdag. Det kan bety at tjenesteytere i gitte tilfeller kan overprøve retten til selvbestemmelse/valgfrihet når det etter faglige vurderinger ansees at evnen til å kunne ta et valg og/eller forstå konsekvensene av dette ikke er til stede.

Å gi god omsorg handler da også om tjenesteyters dømmekraft i forhold til å vurdere når det bør settes grenser, påvirke valg og eventuelt overprøve et valg for å ivareta personens integritet, helse og sikkerhet. Dømmekraft dreier seg om vår kunnskap om etikk og har dermed med livs- og menneskesyn å gjøre, og i følge Svein Aage Christoffersen (Profesjonsetikk 2011) handler dømmekraft også om erfaringer fra vår moralske praksis og de erfaringene vi har fått gjennom denne praksisen. Dømmekraft har ikke bare å gjøre med etiske teorier og livssyn, men også med erfaringene vi gjør oss i samhandlingen med andre mennesker. Dette er også hovedtrekket i det som kalles det hermeneutiske perspektivet som fordrer en vekselvirkning mellom teori og opplevd praksis.

2.3 Andre sentrale faktorer knyttet til omsorgsutøvelse

I dette kapittelet vil vi presentere faktorer som påvirker omsorgsutøvelsen og som kan være avgjørende for kvaliteten på denne.

Vi vil se nærmere på faktorer som profesjonalitet, holdninger, etikk/moral, maktforhold, og organiseringen av omsorgstjenestene i kommunen. Det er flere faktorer som kunne vært nyttige å beskrive både på det menneskelige-, kulturelle og historiske plan. Rapportens omfang gjør imidlertid at vi ser oss nødt til å avgrense dette til de nevnte sentrale faktorene som vi i dag anser som essensielle sett fra vårt ståsted.

2.3.1 Profesjonalitet

Vi har valgt å bruke begrepet profesjonell omsorg for å tydeliggjøre skillet mellom de omsorgsoppgavene mange av oss har overfor egen familie og det å yte omsorg som ansatt i en kommune.

Til forskjell fra omsorgsoppgaver overfor egen familie, vil det i profesjonell omsorg knyttes et krav til faglig begrunnelse for de handlingsvalg som foretas. Dette gjelder begrunnelser både for å handle, og å la være å handle. Videre knyttes det krav til dokumentasjon av de valg som tas.

Profesjonell omsorg kan altså kjennetegnes ved at en som tjenesteyter innehar relevant kunnskap, ferdigheter og egenskaper for denne rollen. I tillegg må en inneha holdninger som gjør at en kan sette andre mennesker i sentrum og å være i stand til å bedømme og reflektere

over hva som er til beste for den enkelte tjenestemottaker i ulike situasjoner. Videre er det essensielt at det også på systemnivå er en overordnet plan for den produksjon av tjenester som til en hver tid er definert i enkeltvedtakene som kommunen fatter.

Faglighet og profesjonalitet er også sentrale begreper å trekke inn når en snakker om standarder for god omsorg. Definisjonen av faglighet settes ofte i sammenheng med profesjonalitet (Linde og Nordlund 2006, s 58). Her har de satt opp følgende kriterier for at miljøarbeid skal kunne kalles profesjonelt.

Profesjonelt miljøarbeid tar utgangspunkt i:

- a) *brukers behov og ønsker*
- b) *har begrunnet forslag til hvordan en skal arbeide, eller hva en skal arbeide med og hvorfor*
- c) *kan vise arbeidsmåten og begrunne valget*
- d) *kan reflektere over egen praksis*
- e) *har begrunnet forslag til hvor lenge en skal arbeide med et bestemt område*
- f) *kan dokumentere hvordan en kan vite om en lykkes*
- g) *kan avbryte eller endre eventuelle tiltak når det er nødvendig*

Dersom disse kriteriene følges når det skal ytes faglig forsvarlig omsorg, vil det være mulig å definere hva som er skille mellom den omsorg som ytes i egne familier og det som kreves som profesjonelle tjenesteytere. Det er uansett slik at en ikke kan sette likhetstegn mellom faglighet og kunnskap uten samtidig å trekke inn praksis, eller utøvelsen av faget. Utvikling av ferdigheter handler i stor grad om å reflektere over egen praksis, og å se denne i lys av egen og andres kunnskap.

Også innenfor vitenskapsteorien skrives det mye om omsorgsbegrepet. Kari Martinsen (Einar Aadland 2011) skriver at omsorg er en fundamental forutsetning for våre liv. Hun mener omsorg er et relasjonelt begrep som fordrer en reaksjon og en avhengighet mellom to mennesker. Hun mener videre at den essensielle forutsetningen for å kunne handle omsorgsfullt overfor et annet menneske er å forstå og akseptere menneskets situasjon. Når denne forutsetningen ikke er til stede kan tjenesteyter la seg styre av egne holdninger og verdier mer enn å tilpasse sin omsorg til de behov tjenestemottaker har.

2.3.2 Holdninger

Holdningene våre sier noe om kvaliteten på omsorgstjenestene, fordi holdningene i stor grad påvirker handlemåte, hvordan vi uttrykker oss og hvordan vi møter tjenestemottakeren. Holdninger benyttes gjerne som en betegnelse for den beredskapen vi har til å reagere positivt eller negativt overfor spesielle objekter, ideer og verdier. Holdningene våre uttrykkes gjennom oppfatninger og meninger vi uttrykker, som følelsesmessige reaksjoner, og i handlinger. De kan basere seg på kunnskap eller være tillært gjennom erfaringer. Holdningene våre er ofte overtatt fra foreldre, venner eller andre grupper en har valgt å identifisere seg med uten at det er nøye gjennomtenkt. Spesielt unyanserte og lite begrunnede holdninger kalles fordommer (f.eks. rasefordom, fordom mot det som er ukjent eller annerledes). Holdningene inngår i en sosial sammenheng og blir lett en del av vår selvoppfatning, de er derfor ofte vanskelig å forandre. (store Norske Leksikon nettversjon, Forfatter Karl Halvor Teigen)

Holdninger bygger altså på verdier, livssyn og erfaringer en gjør seg i hverdagen på samme måte som en i etikken snakker om dygder (kapittel 2.3.3) Våre holdninger predikerer derfor atferd eller en handling. Det betyr at holdningene våre indikerer hvilke handlinger vi kan tenke oss å utføre. På samme måte indikerer holdningene også hva vi ikke kan tenke oss å gjennomføre. I rollen som tjenesteyter vil vi noen ganger måtte utøve handlinger som er i direkte strid med våre egne holdninger. Tjenesteytere vil også kunne møte tjenestemottakere som vil utfordre deres holdninger. Et annet aspekt er i hvor stor grad en som tjenesteytere bruker egne holdninger i møtet med tjenestemottakeren. Dette kommer vi nærmere inn på i kapittel 2.3.4 Maktforhold.

2.3.3 Etikk og moral

Tradisjonell norsk etikk tar utgangspunkt i individets frie rett til selvbestemmelse. Etikk dreier seg om de reglene som styrer vår samhandling med andre mennesker. Etikken er altså grunnlaget for de moralske vurderingene vi foretar og kommer først og fremst til uttrykk gjennom tankene våre. Etikken er læresetningene eller reglene vi lager oss, mens moralen er måten vi praktiserer læresetningene på. Moral defineres her som handlings- eller atferds instruks (Lingås 2000). FNs menneskerettighetserklæring slår fast at «alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd og menneskerettigheter». Respekten for menneskets verd og rettigheter slik det kommer fram i menneskerettighetserklæringen er utgangspunkt for etableringen av felles etiske verdier. Disse finner vi igjen i blant annet lovverket og som byggesteiner i vårt velferdssamfunn. Etikken bygger på dygder. Ordet dygde betyr å duge. I etikken handler det altså om å bli dugende til å gjøre det gode. De gamle moralfilosofene (eks Aristoteles 384 -322 f.kr). bygger på elementer som klokskap, mot, måtehold og rettferdighet. Dygdeetikken er den eldste kjente etiske tradisjonen. I dagens samfunn hvor mangfoldet er utbredt og sett på som et gode er også toleranse blitt inkludert i dygdeetikken. Den dygdsetiske tenkningen er i dag sentral innenfor omsorgsyrkene våre. (Gyldendal.no) I arbeidet som tjenesteytere vil en ofte møte på etiske dilemmaer. Det vil si at moral, etiske standpunkter og holdninger utfordrer profesjonelle roller, faglige vurderinger og gjeldende lovverk. I hverdagen kan det være utfordringer knyttet til blant annet tjenestemottakers rett til kjerneverdier som for eksempel selvbestemmelse. Noen ganger utfordres en også av omgivelsene ved at eksempelvis pårørende har andre holdninger til hva som er god omsorg. På tjenestenivå utarbeides det ofte prosedyrer for ulike situasjoner hvor tjenesteyter møter tjenestemottaker. Slike prosedyrer har i tillegg til et lovmessig fundament også etiske perspektiver.

Det er ofte i møte med prosedyrer og utarbeidelse av faglige handlingsplaner at tjenestemottaker fratas valgfrihet og at vår moralske handlingsevne blir satt på prøve. I slike situasjoner har den enkelte tjenesteyter et ansvar for sine egne handlinger. Dette gjelder både de juridiske-, faglige- og etiske aspekter ved omsorgsyttelsen. (Lingås 2000).

2.3.4 Maktforhold

Én definisjon av makt er at en aktør A får en aktør B til å gjøre noe hun eller han ellers ikke ville gjort (Engelstad 1999). I rollen som tjenesteyter skal en bruke sin posisjon til beste for tjenestemottakeren og ikke seg selv (Aadland 2011). Tjenesteyter skal utføre et faglig arbeid ut fra mottakers behov og samtidig følge vedtatte lover og de standardene som disse legger

opp til. Relasjonen mellom helper og hjelpesøker er det også viktig å reflektere over da det er mange utfordringer knyttet til et slikt mellom-menneskelig aspekt. Aadland (Aadland 1998) skriver at en slik relasjon innebærer at tjenesteyter innehar en profesjonell rolle samtidig som det knyttes nære relasjoner til tjenestemottakere. En tjenestemottaker kan ha forventninger om at tjenesteyter er en venn som kommer på hjemmebesøk og hyggelig prat, mens tjenesteyter har et mål om å utføre planlagte omsorgsoppgaver (Lingås 2000). Dette kan gi rollekonflikter. Rollen som profesjonell tjenesteyter innehar autoritet og makt og kan noen ganger sette tjenestemottaker i en avmaktssposisjon. Dette skjer blant annet når en tjenesteyter benytter seg av sin egen viljeutøving overfor tjenestemottaker (Lingås 2000). Dette kan defineres som en form for paternalisme hvor tjenesteyter definerer hva som er bra for et annet menneske (Fjørtoft og Skorstad 1998). LOST fremmer enkeltmenneskets autonomi. Prinsippet om å forsvare liv og helse samt å hindre at alvorlige skader oppstår står sentralt i alle former av helsearbeid. Paternalistiske handlinger vil derfor være nødvendige i tilfeller hvor tjenestemottaker vurderes til ikke å inneha egen kompetanse for å ivareta disse behovene. LOST kapittel 4a og pasientrettighetsloven kapittel 4 er eksempler på hvordan slike handlinger kan legaliseres.

Paternalisme kan også være et resultat av at tjenesteyter kjenner for lite til tjenestemottaker samt målet og verdigrunnlaget for utøvelsen av omsorgen. En balansegang mellom autonomi og paternalisme synes derfor å være en viktig oppgave for tjenesteyter (Fjørtoft og Skorstad 1998). Tjenesteyteren er den som sitter med ressursene og ofte lager vilkårene for samarbeidet (Aadland 1998). I tillegg preges et forhold mellom tjenesteyter og mottaker av at det som regel er mottaker som må tilpasse seg tjenesteyters rammebetingelser fordi tjenesteyter er premissleverandør av tjenesten (Fjørtoft og Skorstad 1998). Dette vil samtidig befeste en maktposisjon hos tjenesteyter overfor tjenestemottaker. Lovverket bygger på prinsippet om brukermedvirkning som en rettighet.

2.3.5 Organisering av tjenesten i kommunen

Som beskrevet i kapittel 1.3.3 har det kommunale forvaltningsnivået ansvar for å gi primære omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming. Denne omsorgstjenesten er organisert på ulike måter i vårt vidstrakte land. Organiseringen har blant annet sammenheng med hvordan kommunenes øvrige tjenestetilbud er organisert, lokalpolitiske føringer, økonomi og kommunens størrelse. Videre i kapitlet velger vi å se nærmere på andre dynamiske faktorer i den kommunale organiseringen som vi mener kan prege utøvelsen av omsorgstilbudet til mennesker med utviklingshemming. Det er ulike tradisjoner for disse omsorgstjenestene. Noen kommuner var i 1991 uten erfaring på dette område og måtte begynne med blanke ark. Andre hadde gjennom erfaring med institusjonsomsorgen (sentralinstitusjoner og HVPU) tradisjoner for denne typen omsorg. En fare her er at datidens verdier, menneskesyn og metodikk er arvet og fortsatt kan prege utøvelsen av tjenesten på tross av nåtidens krav. Fjørtoft og Skorstad (1998) beskriver dette med at normer og verdier har opphav fra "livsverdenen." Denne legger føringer for hvordan vi tenker og handler. De beskriver livsverdenen som den måten vi selv ser verden på. Som tjenesteytere preges vi av de erfaringer og holdninger vi har fått i arbeidslivet gjennom klientarbeid, arbeidssted og kolleger. Vår livsverden vil forandre seg ettersom vi får nye impulser og gjennom nye erfaringer. Derfor er det viktig at kommunene har kunnskap om lovverket og de standarder

som til en hver tid gjelder. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (FOR 2003-06-27 nr 792) skal sikre at den enkelte kommune pålegges å utarbeide prosedyrer og systemer som ivaretar en kvalitativ god tjenesteutøvelse, og at det internt i kommunen på alle nivåer utarbeides prosedyrer og rutiner for kunnskaps- og informasjonsflyt om lovverk og lokale føringer. Videre bør en ha prosedyrer og systemer for å kvalitetssikre og evaluere tjenesten opp mot gjeldende standarder og målsetninger. Lipsky (1980) bruker begrepet “Street-level bureaucracy” (gatenivå-byråkratiet) for å forklare hvordan frontlinjearbeidere ofte kommer i dilemmaet mellom det å være lydhør overfor tjenestemottakers behov og samtidig sikre at gjeldende politikk (lovverk) blir ivare tatt på området. Med utfordringer knyttet til f.eks. lav bemanning og budsjettkutt tvinger dette frontlinjen til å iverksette egne strategier for å takle de utfordringer de møter i sin hverdag. I følge Lipsky blir gjerne nye politiske beslutninger implementert av frontlinjearbeiderne gjennom deres bruk eget av skjønn. Det er frontlinjearbeiderne som daglig møter den virkelige verden, og de har en vanskelig jobb med å oppfylle de standarder og krav som det offentlige setter som mål. Byråkratiet har ofte stor avstand til fronten, samt at underfinansiering og kapasitetsproblemer gjør det vanskelig i praksis å gjennomføre de reformer som besluttet på nasjonalt nivå.

En utvikling som interesseorganisasjonen Norsk forbund for utviklingshemmede (NFU) har satt fokus på, er de store boligkompleksene som i dag bygges for mennesker med utviklingshemming (NFUs prinsipper). Faren her er at gruppeperspektivet skal ta fokuset fra de individuelle behovene den enkelte har og tilsidesette kjerneverdier og målsetninger vårt lovverk i dag representerer. Større boenheter kan gi flere muligheter for å treffe andre mennesker i sitt lokalmiljø og det er hjelp å få innen rekkevidde til en hver tid. Men det kan også være med på ekskludering fra samfunnets mange treffpunkter for øvrig, da en er prisgitt et regime som ofte er hardt presset med hensyn til ressurser og som følger en streng logistikk for å kunne ivareta primære behov for alle de som bor der.

2.3.6 Begrepsbruk i omsorgen for mennesker med utviklingshemming.

Til slutt skal vi se på populistiske og belastende begreper som vi erfarer brukes innen tjenesteytingen til mennesker med utviklingshemming. Begrepene vi tenker på er ord som “PU”, “PU-bolig”, “PU-bruker” og at en “arbeider i «PU ËN.” Ordet “PU” er en forkortelse på psykisk utviklingshemmet og er et begrep som ikke eksisterer i noen ordbøker. En tjenesteyter jobber ikke i en “PU-bolig”, men arbeider i en gitt kommune og gir omsorgstjenester til ulike adressater i kommunen. Begrepet gir også sterke assosiasjoner til institusjonsomsorg fremfor bistand til enkeltmennesket og dets private hjem. Som tjenesteytere påvirker vår begrepsbruk samfunnets holdninger til både mennesker med utviklingshemming og til omsorgen og tjenestene som utøves. Bruk av disse begrepene indikerer et menneskesyn og et verdigrunnlag som fjerner seg fra individtenkning fordi begrepene viser til en gruppering av mennesker på samme måten som tidligere omsorgsmodeller bar preg av. Dette er begreper som i mange kommuner over tid er godt innarbeidet hos både tjenesteyterne og i den kommunale politiske- og administrative organisasjonen. Vi ser også at begrepene stadig blir brukt i media, offentlige dokumenter og i fagmiljøene i både første- og andrelinjetjenesten.

3.0 Metode

3.1 Begrunnelse for valg av metode

Metoden er redskapet som benyttes i møte med det praksisfeltet /området en ønsker og utforske. En metode hjelper oss å samle inn og systematisere data, samt å analysere de funn undersøkelsen gir. Det finnes to ulike metoder; kvalitativ og kvantitativ. Kvantitativ metode er rettet mot å beskrive et fenomen med tallstørrelser, mens formålet med kvalitativ metode er å samle inn data som gjør det mulig å forstå et fenomen. Den kvalitative metoden kjennetegnes ved å gå mer i dybden for å få frem det avvikende og særpregende. Det brukes gjerne mer åpne spørsmål og intervjuet er preget av fleksibilitet uten svaralternativer. Data som samles inn tar sikte på å få frem sammenheng og helhet om et fenomen. På grunnlag av disse kjennetegnene har vi valgt en kvalitativ metode Dette fordi vi mener det vil gi oss god dybdeinformasjon, belyse problemstillingen på en faglig interessant måte og åpne opp for refleksjoner fra informantene. (Dalland 2007).

3.2 Forhåndskunnskap

Betydningen av egen forforståelse og bevissthet omkring denne kan være med på å hindre at vi blir emosjonelt overrumplet i møte med undersøkelsesfeltet, og vi bør være vår forforståelse bevisst, skriver Dalland (2007). Vi må altså tenke gjennom hvilke følelser og opplevelser som bringes inn i prosjektet og i den konkrete intervjusituasjonen. Hvilke holdninger, kunnskaper og kulturelle rammefaktorer vi bærer med oss vil følgende være av betydning.

Vi har selv gjennom mange år arbeidet med dette praksisfeltet i både 1. og 2. linjetjenesten og kjenner omsorgen relativt godt. Hvorvidt vår forforståelse har påvirket intervjuene og rapporten kan selvsagt diskuteres, men vi har hatt som mål å stille med blanke ark samt være reflekterende og selvkritiske i alle deler av rapportens oppbygging.

3.3 Kvalitativt forskningsintervju og vitenskapsteori

Det kvalitative forskningsintervjuet forsøker å forstå verden fra informanten sitt ståsted. Det er også interessant og sentralt å få frem betydningen av folks erfaringer. Kvalitative intervjuer er også et produksjonssted for kunnskap (Kvale 2009). Kunnskapen som blir produsert blir enten brukt til å bedre eller til å endre ulike situasjoner. Noen av kjennetegnene ved et kvalitativt forskningsintervju er at intervjuene går mer i dybden enn i bredden. Det innebærer også at antall informanter ikke kan være for omfattende (Dalland 2007). Vi som intervjuere skal registrere, analysere og tolke den nye kunnskapen som er blitt formidlet gjennom samtalen (Kvale 2009).

Samtale som metode for å tilegne seg kunnskap er inntil nylig sjelden blitt nevnt i samfunnsvitenskapelige metodebøker. Metoden bygger blant annet på et hermeneutisk vitenskapssyn, som er fortolkningsvitenskap, der målet er selve forståelsen. Aadland (1997) nevner at det er ingen forståelse uten forforståelse. En må derfor ha en forforståelse av det man skal tolke, som vi så vidt var inne på tidligere. Det er umulig å forstå noe som helst uten at en har et skjema å sette inn det en skal forstå i. Dersom en ikke har noen forutgående forestillinger å tolke inntrykkene ut ifra, vil inntrykkene være kaotiske og usammenhengende (Aadland 1997). Gjennom å sammenligne forskjellige intervjuer og dokumenter, kan det

påpekes mønstre, spesielle avvik eller underliggende årsaker, som så trekkes fram og kan gi ny innsikt. Vi benyttet hermeneutikkens fortolkningsvitenskap/ metode for å gjøre dataene vi har samlet inn tydelige og sammenhengende.

3.4 Utvelgelse av informanter og datainnsamlingen

Vi bestemte oss tidlig for å hente informasjon fra tre ulike kommuner av varierende størrelse for å få en viss bredde i utvalget. I hver av disse kommunene ønsket vi å intervju tjenesteytere som arbeider direkte med omsorg til mennesker med utviklingshemming. For å få data fra flere nivåer i kommunene ønsket vi å intervju en leder i hver kommune. I tillegg ba vi om å få skriftlige prosedyrer og målsettinger fra de tre kommunene. Vi unngikk kommuner i eget fylke (Aust- og Vest Agder) fordi vår kjennskap til disse kommunene og mulige fremtidige oppdrag ville kunne gjøre det vanskelig å være objektive. De tre kommunene vi har samlet informasjon i varierer i størrelse der én har over 30 000 innbyggere, én har ca. 10 000 og én har under 3000. De aktuelle kommunene ble tilfeldig valgt ved trekning. Vi tok først kontakt pr. telefon med de tre kommunene for å få en kontaktperson, for deretter å sende en formell skriftlig henvendelse med forespørsel om å delta, samt kort informasjon om prosjektet. Vi var ikke opptatt av å intervju spesielle yrkesgrupper, men heller treffe et tilfeldig utvalg av informanter som skulle representere et tverrsnitt av kommunens tjenesteytere. Vi valgte tilfeldig ut dager hvor vi ville intervju ansatte i de tre kommunene. I de to største kommunene fikk vi etter forespørsel tilsendt liste over ansatte som var på jobb de aktuelle dagene. Deretter trakk vi ut 4-5 tilfeldig ansatte pr. kommune. I den minste kommunen var det så få ansatte på jobb at vi kun trakk ut en tilfeldig dag som intervjuene skulle foretas. Informantene ble informert av vår kontaktperson i aktuell kommune om intervjuet, tema og oppmøtetid. Vi har intervjuet til sammen 16 personer i de tre kommunene.

Ved starten av intervjuene ba vi informantene om å skrive under en samtykkeerklæring hvor det også var en kortfattet informasjon om prosjektet.

Vi utarbeidet det Dalland kaller en halvstrukturert intervjuguide. At den er halvstrukturert betyr at en har en mer åpen plan for intervjuet (Dalland 2007). Med et slikt skjema kan spørsmålene utvikles i takt med samtalen, mens intervjuguiden er en støtte når det gjelder å huske aktuelle temaer. Intervjuguiden ble drøftet både i referansegruppen og med prosjektets veileder.

3.5 Gjennomføring av intervjuene

Vi var hele tiden to personer i intervjusituasjonen. Den ene var alltid intervjuer, mens den andre fungerte som skribent. Denne kunne også påse at intervjuguiden (vedlegg 3 og 4) ble fulgt opp og om nødvendig bidra med utfyllende spørsmål. På denne måten sikret vi oss mot ulikheter i intervjusituasjonen. Samtidig fikk vi muligheten til å fange opp kroppsspråk og andre uttrykk som kan være av betydning for undersøkelsen. Alle intervjuene ble tatt opp og lagret elektronisk. Informantene ble informert og godkjente dette på forhånd. Måten vi har gjort dette på finner sin parallell i det Dalland skriver om samtalen som det viktigste redskapet du har i arbeidet med andre mennesker. En får på denne måten tatt vare på det som blir sagt og sikrer seg mot misforståelser (Dalland 2007). Siden vi ikke kjente informantene fra tidligere bestemte vi oss for å stille noen generelle spørsmål innledningsvis for å skape en

god og trygg situasjon. Intervjuguiden fungerte som en rød tråd gjennom samtalen med innspill av oppfølgingsspørsmål.

3.6 Bearbeidelse av intervjuene

Å ta vare på samtalen er minst like krevende som å gjennomføre intervjuet skriver Dalland (2007). For oss ble lydopptak en uvurderlig støtte i denne prosessen. Det fanger imidlertid ikke opp uttrykk gitt gjennom kroppsspråket, noe som betyr at vi under samtalen måtte observere og notere oss det som skjedde. Selve transkriberingsprosessen, fra ord til bokstaver, (Dalland 2007) ble utført gjennom en ord-for-ord transkribering. Dette er et stort og krevende arbeid, men det gav oss samtidig muligheten til å gjenoppleve intervjuene. Da vi i tillegg til opptak hadde intervjuene på papir, fikk vi et mer praktisk utgangspunkt for behandlingen av dataene og drøftelsen av disse. Videre fulgte vi i den grad det var mulig de fem trinnene Dalland skisserer som tematisering (2007). Først gjennomgikk vi intervjuene sammen for å få følelsen av helheten før vi delte innholdet opp i naturlige enheter. De sentrale temaene og helhetsinntrykket ble uttrykt så enkelt som mulig og sett i lys av problemstillingen. Relevante sitater og andre ytringer ble så valgt ut for å understreke sammenhengen mellom teori og empiri i drøftelsen.

3.7 Validitet, reliabilitet og generalisering

Rapportens gyldighet vil være avhengig av hvorvidt vi har fått undersøkt det vi hadde som mål å se på. Det vil si at undersøkelsen og de problemstillingene vi presenterer må være i samsvar (Dalland 2007). Vi har gjennom arbeidet med problemstillingen vært bevisst på at denne skal være en rød tråd gjennom hele rapporten. Det gjelder både i forbindelse med utarbeidelsen av spørsmål og for gjennomføring/ bearbeidelsen av intervjuene, samt arbeidet med å finne relevant og aktuell teori. Vi har i hele tiden hatt diskusjoner omkring tema og problemstillinger innad, med Agderforskning og referansegruppen. Vi har vært bevisste på at leseren skal kunne ta del i en rapport som oppleves som grundig, interessant og gjenkjennelig fra tittel, frem til de vurderinger som gjøres og de endelige konklusjoner.

Påliteligheten til en rapport vil være avhengig av hvorvidt innsamlet data er troverdig og blitt behandlet på en etisk, metodisk og faglig forsvarlig måte. Jo større grad av nøyaktighet i forskningen jo større er graden av pålitelighet i undersøkelsen (Dalland 2007). Vi har i arbeidet omkring intervjuene benyttet oss av allerede utarbeidede prosedyrer. Med to tilstede og lydbåndopptak ble påliteligheten styrket. Selve bearbeidelsen av data har vi utført sammen. Dette har vi gjort for å redusere mulige feilkilder, og sikre en best mulig forståelse av intervjuprosessen. Ved at vi har valgt en kvalitativ metode for innsamling av data vil det alltid være utfordringer knyttet til hvorvidt andre undersøkelser med samme utgangspunkt vil få det samme resultatet som denne rapporten representerer. Derfor har vi gjennom en utførlig metodedel beskrevet og tilkjennegitt våre arbeidsmetoder, vår forforståelse og mulige feilkilder for å sikre en størst mulig grad av reliabilitet. Det vil også kunne ligge reelle muligheter for feilkilder ved kvalitative undersøkelser da dette også handler om mellommenneskelige faktorer, der feiltolkninger og misforståelser alltid vil kunne være tilstede.

For å kunne generalisere resultater fra en undersøkelse til også å kunne være gjeldene i andre lignende situasjoner kreves det utfyllende informasjon om det som skal undersøkes, et bredt

utvalg av informanter, og at disse er representative for populasjonen (Dalland 2007). I vår rapport har ikke intensjonen vært å kunne generalisere våre funn til å være gjeldende for den kommunale omsorgsutøvelsen til mennesker med utviklingshemming generelt i Norge. Vi har utført en liten undersøkelse hvor hensikten har vært å bli bedre kjent med et praksisfelt som interesserer og ikke minst engasjerer oss. Hvorvidt våre funn og konklusjon kan representere en tendens for den kommunale omsorgstjenesten overfor mennesker med utviklingshemming kan selvsagt diskuteres.

3.8 Forskningsetiske overveielser

I forskningsprosessen er det viktig å være bevisst på ulike etiske perspektiver. Nürnbergkoden fra 1946 og senere Helsinkideklarasjonen (Dalland 2007) gir forskere klare krav til å opptre ivaretagende overfor informantene og ivareta deres integritet. Videre fokuseres det på vitenskapelig fremgangsmåte og forskerens kvalifikasjoner.

I valg av metode vil det derfor være flere etiske overveielser å ta hensyn til. Kvale og Brinkmann (2009) beskriver blant annet viktigheten av konfidensialitet, informert samtykke, konsekvenser og om rollen som intervjuer og rapportskriver. Vi gjennomgikk i forkant av alle intervjuene et skriv som inneholdt informasjon om prosjektet og et fullmaktsskjema (vedlegg 2). I informasjonsskrivet står det blant annet at deltagelsen er frivillig og at all informasjon om personer, kommune og arbeidssted vil bli anonymisert. Gjennom databehandlingen og i utarbeidelsen av rapporten har ikke personidentifiserbare opplysninger vært tilgjengelig for andre enn oss to.

Vi har gjennom hele prosessen vært opptatt av å være nøyaktige og overholdt avtalene i informasjonsskrivet, og har vært bevisste på å holde oss til den definerte problemstilling. Informantene har etter vårt skjønn vært godt ivaretatt.

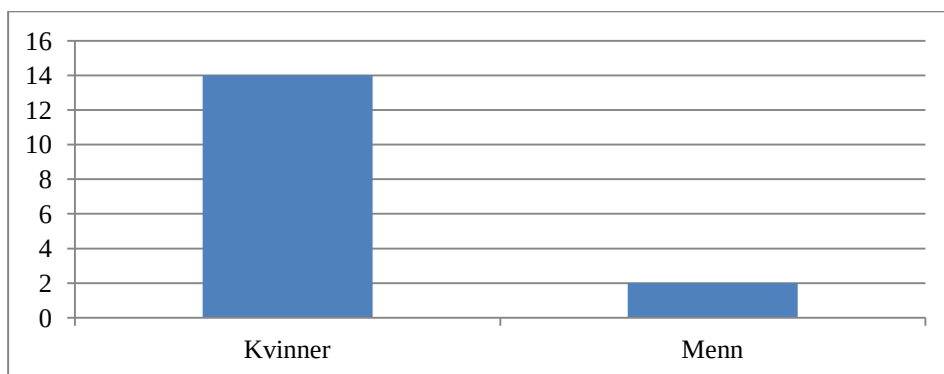
Til slutt har vi hatt fokus på å fremlegge en så nøyaktig rapport som mulig. Gjennom den definerte forforståelse og gjentatte refleksjoner har vi hatt holdepunkter for hvor viktig det er å fokusere på rapportens mål. Videre har det vært viktig å ha en nøytral holdning til den informasjon vi har tatt del i gjennom innhenting og bearbeidelsen av data.

3.9 Presentasjon av informantene

Vi presenterer her informantene er med tanke på kjønn, utdanning og erfaringer med omsorg for mennesker med utviklingshemming.

Fordeling etter kjønn

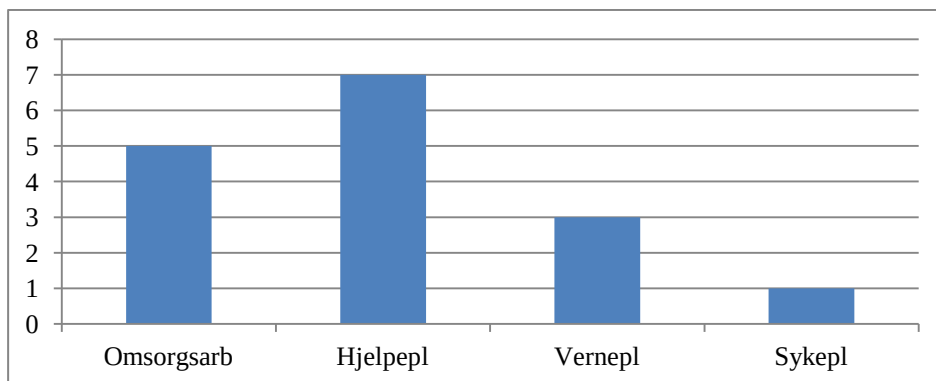
Som Figur 4 viser, bestod informantene i all hovedsak av kvinner. Kun to av totalt 16 informanter var menn.



Figur 4

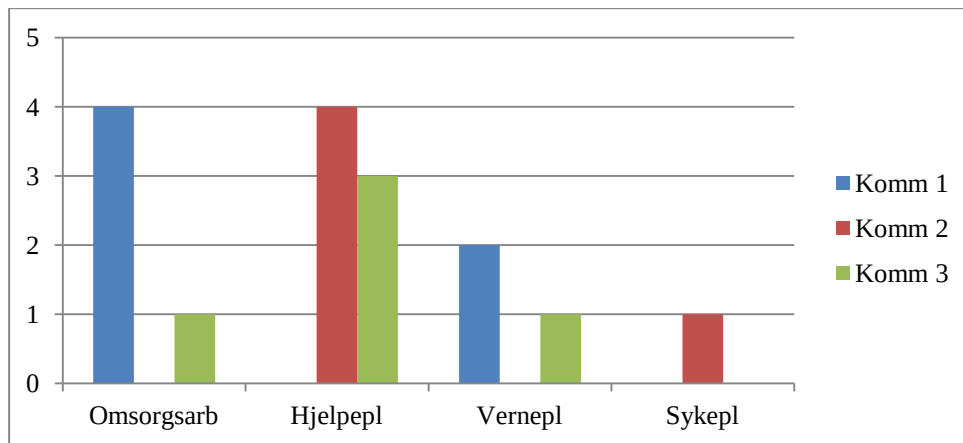
Fordeling etter utdanning

Med hensyn til utdanning fordelte informantene seg slik Figur 5 viser. Av de fire informantene med høyskoleutdanning arbeidet to med direkte omsorgsoppgaver, de andre to var ledere. Av de 5 vi har registrert som omsorgsarbeidere planla én å ta fagbrev høsten 2011.



Figur 5

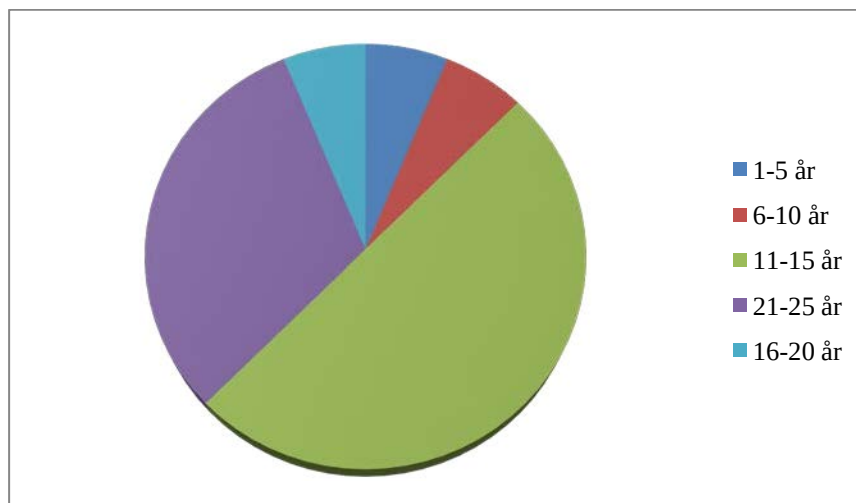
Utdanning fordelt på de enkelte kommunene viser en overvekt av hjelpepleiere og omsorgsarbeidere i alle kommunene. Tre av de fire med høyskoleutdanning var vernepleiere. Figur 6 viser fordelingen av utdanning på de enkelte kommunene.



Figur 6

Fordeling etter antall års erfaring i arbeid med omsorg for personer med utviklingshemming

De 16 informantene hadde i gjennomsnitt arbeidet med omsorg for mennesker med utviklingshemming i 16,5 år, og fem av informantene hadde arbeidet så lenge at de hadde erfaring fra det tidligere helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU).



Figur 7

4.0 Presentasjon av funn

I dette kapittelet presenteres funnene i de tre kommunene. Rekkefølgen på kommunene er tilfeldig valgt.

4.3 Funn kommune 1

4.3.1 Informasjon fra leder kommune

1. Historikk

Informanten forteller at omsorgen for mennesker med utviklingshemming ble startet opp i kommunene i 1991 i forbindelse med ansvarsreformen. Flere personer ble den gang tilbakeført til kommunen fra omkringliggende institusjoner.

2. Visjoner

Informanten kjenner ikke til at det finnes skriftlige visjoner eller målsetting for omsorgen for mennesker med utviklingshemming i kommunen.

3. Målsetting for omsorg til mennesker med utviklingshemming

Informanten kjenner ikke til om det finnes dokumenter som beskriver kvaliteten på de omsorgstjenestene som ytes i kommunen overfor mennesker med utviklingshemming.

4. Kommunale styringsdokumenter.

Informanten kjenner ikke til noen offisielle dokumenter som beskriver mål eller kvalitet på omsorgen overfor mennesker med utviklingshemming i denne kommunen. Kommunen har ingen strategidokumenter/dokumentasjon for kvalitetssikring av omsorg til mennesker med utviklingshemming som kunne presenteres for oss ved vårt besøk. På forespørsel forteller leder at vedkommende ikke kjenner til at det finnes et slikt dokument. Ved telefonkontakt en måned etter vårt besøk blir det bekreftet at det ikke finnes slike politiske eller administrative vedtak/strategiplaner, og at leder har gjort undersøkelser internt i administrasjonen i kommunen.

5. Spesielle utfordringer/ fordeler i din kommune.

For tiden er det store utfordringer knyttet til økonomi og organisering av dagens og fremtidens tjenester. Det er for tiden heller ingen virksomhetsleder ansatt nettopp med tanke på de nevnte utfordringene.

6. Fora for etiske refleksjoner

Etiske refleksjoner drøftes på interne fagmøter i boligen. Det rapporteres ikke om at kommunen har noen form for overordnede utvalg som arbeider med etiske problemstillinger.

7. Benevnelser på boliger, tjenestemottakere og omsorgen for øvrig.

Informanten forteller at det benyttes adresse på "boligen" når de benevner stedet de arbeider på uten at det er reflektert over hvilken informasjon de da eventuelt utleverer.

Tjenestemottakere benevnes internt med navn og som "bruker" for utenforstående.

Kommunene bruker begrepet "pu-omsorgen" i offisielle dokumenter som budsjetter, planer og organisasjonskart.

8. Faglig utviklingsarbeid

Fagmøtene på boligen benyttes også til faglige diskusjoner da det ikke er andre boenheter i kommunen. Det er uklart for informanten om mandat til leder/fagansvarlig knyttet til faglig argumentasjon opp mot økonomiske rammer.

9. Individuelle vedtak etter LOST

Informanten kjenner ikke til hvem som fatter vedtak om tjenester til den enkelte tjenestemottaker. Men alle har vedtak og disse fornyes trolig hvert år.

10. Størrelser på boenheter

Om det i fremtiden skal bygges flere boenheter bør disse bygges et annet sted og ikke i tilknytning til eksisterende bolig. Informanten mener det er negativt med større ansamlinger og at dette fort får et institusjonspreg.

11. God omsorg

Informanten nevner blant annet at brukeren skal få være seg selv og at de som tjenesteytere ikke skal overstyre, men være til stede der den enkelte har behov. Videre skal det være en grunnleggende respekt ved det å arbeide i andres hjem samt bistå med sosial deltakelse. Det er også viktig å legge bort noen av de private omsorgstankene.

4.3.2 Gjennomgang av intervjuer med ansatte på tjenestenivå i kommune 1

1. Styringsdokumenter

Lokalt nivå:

Informantene gir her svært ulik svar. 3 av 4 mener eller tror det finnes dokumenter eller i alle fall et internt slagord på boligen som skal beskrive kvaliteten på og innholdet i omsorg. Men ordlyden på slagordet eller navn på eventuelt dokumenter eller deres innhold er ikke kjent av noen. Den ene informanten sier videre at det finnes et dokument som ble utarbeidet i forbindelse med ansvarsreformen i 1991 og at dette aldri er blitt evaluert eller oppdatert. Denne informanten sier videre: ” Nå er det slik at vi gjør som vi vil bare vi holder oss innenfor budsjettammen.” En informant tror ikke det er utarbeidet kommunale styringsdokumenter i kommunene om omsorg og kvalitet.

Nasjonalt nivå:

Også her er svarene fra informantene ulike. En viser til at alle brukerne har vedtak om omsorgstjenester, men kan ikke gjengi i hvilket lovverk vedtaket er hjemlet. En annen sier at vedkommende kjenner til formålet med ansvarsreformen og at den for så vidt gjelder enda. Den tredje informanten viser til Helse- og omsorgsdepartementet uten å kunne utdype dette ytterligere. Den siste informanten er mer opptatt av at det er et stort fokus på økonomiske utfordringer som vil redusere bemanningen og effektivisere driften.

2. Faglige beslutninger i kommunen:

To av de fire informantene sier at det er vernepleier i boligen som tar faglige beslutninger. En tredje person antyder at det må være vernepleier, men at det tidligere var virksomhetsleder

som hadde dette ansvaret. «Nå er det bare rot med henhold til hvem som tar de faglige beslutningene» uttaler denne informanten. Det blir også nevnt at vernepleier har ansvaret sammen med administrativ leder for boligen.

Når det gjelder utarbeidelsen og godkjennelsen av individuelle vedtak etter LOST gir informantene ulike svar. En forteller at vedtak utarbeides av fagansvarlig (vernepleier) og sendes deretter fylkeskommunen. En annen sier at vedtakene er 20 år gamle og blir bare kopiert år etter år. En tredje ansatt er usikker på hvordan den enkelte tjenestemottakers behov kartlegges og hvordan tiltak utarbeides, men antyder at endrede behov må dokumenteres av fastlegen. En siste informant forteller at endrede behov hos en bruker rapporteres til leder av boligen.

3. Innhold i vedtakene:

Alle informantene rapporterer at vedtakene om omsorgstjenester inneholder et visst timetall for omsorgstjenester og ikke hva slags tjeneste den enkelte skal gis. To informanter nevner at vedtaket om omsorgstjenestene baseres på en årlig kartlegging/registrering i IPLOS. En informant nevner også at hjelpebehov skal registreres i IPLOS, men at dette enda ikke er startet opp i kommunen.²

4. Benevnelser internt om den du gir omsorgstjenester til:

Tre av fire informanter sier de bruker benevnelsen «bruker» om den de yter omsorgstjenester til. To ansatte bruker også delvis begrepet «beboer.» Internt på arbeidssstedet benyttes navnene på den enkelte. En ansatt bruker fellesbetegnelsen «klientellet» når alle tjenestemottakerne skal omtales.

To informanter sier at offisielt i kommunen benyttes begrepene «Pu» og pasienter i omtalen av tjenestemottakerne.

5. Benevnelser eksternt om din arbeidsplass, sektor, sone og lignende.

Utad sier tre av informantene at de arbeider med psykisk utviklingshemmede eller i en bolig hvor det bor psykisk utviklingshemmede. En sier at vedkommende arbeider med personer med utviklingshemming. Tre av de fire informantene sier at de gjerne også benevner gateadressen til boligen de arbeider i når de forteller hvor de arbeider. På folkemunne mener to informanter at begreper som «Pu» og «Pu-bolig» benyttes på folkemunne i kommunen, men ikke av de som arbeider i omsorgen. To informanter svarer at kommunen benytter betegnelser som inneholder «Pu-begrepet» i offisielle dokumenter som budsjett, organisasjonskart og dokumenter som omhandler denne omsorgen.

6. Rollen som tjenesteyter

Informantene svarer samstemt på at en skal vise respekt for dem en bistår. Det gjelder for eksempel ved å banke på døra, respektere valg den enkelte tjenestemottaker tar og gå ut av leiligheten om en blir bedt om dette. En av informantene nevner at en ikke kan overstyre et

² IPLOS er en individbasert pleie og omsorgsstatistikk. (Forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk FOR-2006-02-17-204).

valg, men kan snakke dem til rette. En annen sier «Det å arbeide i andre sitt hjem krever at jeg viser respekt og lar dem styre butikken.» Utover disse svarene er det en del ulike betraktninger om deres rolle. En informant er klar over at en som tjenesteyter har en stor grad av makt i denne rollen, spesielt overfor de svakeste. Dårlig økonomi og nedbemanning nevnes også som et hinder for at en har tid til å reflektere over rollen en har som tjenesteyter. En tredje informant synes det er vanskelig å balansere mellom det å yte bistand og samtidig respektere deres privatliv. Det gjelder da spesielt når vedkommende informant blir introdusert for valg som strider mot egne verdier. Samme personen sier også at det er utfordrende å holde fokus på at vedkommendes arbeidsplass også er andre sitt hjem.

7. Etiske dilemmaer

Alle informantene sier det hverken finnes prosedyrer for håndtering av etiske dilemmaer eller fora å drøfte disse på egen arbeidsplass eller i kommunen for øvrig. En informant sier at dette kunne vært tjenlig å ha. Som regel blir ulike problemstillinger tatt opp på personalmøtene eller diskutert med en kollega på innværende vakt. En informant sier at det er et problem at personalet ikke alltid er lojale til vedtak som blir fattet på personalmøtet. Informantene gir videre eksempler på hva slags problemstillinger de betrakter som etiske dilemmaer. Her nevnes problemstillinger som: Hva gjør vi når en bruker benytter yttertøy innendørs? Hva gjør vi når en bruker nekter å dusje eller vaske seg? Skal vi overprøve dårlige valg en bruker gjør? En informant tar opp dilemmaet som oppstår når en bruker stikker avsted på egenhånd. Hvordan forholde seg til dette som personale når en vet at brukeren ikke mestrer trafikken? Og hva gjør en når fastlegen deler ut en plastleke til en bruker som nærmer seg 60 år?

8. God omsorg

Informantene er enige om at det er viktig at en bruker skal få ta egne valg og at de som tjenesteytere må respektere disse. Videre er det viktig for 3 av 4 at den enkelte bruker får dekket sine primære behov, har det godt og har sosial omgang med andre mennesker. Utover dette rapporteres det ulikt fra informantene: Eksempler på god omsorg er å sørge for at tjenestemottaker opplever mestring, privat liv og integritet samt at tjenesteyterne har gode rutiner og felles mål å arbeide etter.

4.3.3 Oppsummering av kommune 1

Vårt inntrykk av denne kommunen er først og fremst at det er ansatte som ønsker å gjøre en så god jobb som mulig for de tjenestemottakerne de betjener. Vi registrer at det er mye omsorg og varme i det de ansatte har gitt oss av informasjon. I møte med informantene nevnes flere kjerneverdier som de mener bør være implementert i den omsorgen de skal yte. Her nevnes retten til å ta egne valg, få dekket primærbehov, sosial omgang med andre mennesker og respekt for privatlivet til den enkelte. Rammebetingelsene har i følge leder endret seg ved at det er blitt redusert dekning på enkelte dager/vakter på grunn av dårlig økonomi. I tillegg har det vært utskiftninger av både faglig- og administrativ ledelse. Slike strukturelle endringer påvirker et arbeidsmiljø. Det blir usikkerhet i forhold til de nye rollene med delt faglig- og administrativ ledelse og usikkerhet knyttet til det å løse oppgaver med mindre bemanning. Informantene gir uttrykk for usikkerhet knyttet til rollebeskrivelsene og ansvarsområdene til administrativ leder og fagleder. Det blir ofte utfordringer knyttet til ulike faglige- og etiske

dilemmaer som informantene møter i sin arbeidshverdag. Disse dilemmaene er ofte vanskelig å løse da det ikke er etablert en faglig plattform/standard som de ansatte skal forholde seg til. Dermed blir diskusjonene svært ofte farget av og diskutert i lys av personlige preferanser. Det nevnes også at ansattes personlige holdninger og erfaringer ofte kan utfordre lojaliteten til vedtak som blir fattet på personal- og fagmøter

Når det gjelder standard på omsorgstjenester og organisering av omsorgstjenesten i denne kommunen ser vi flere store utfordringer. For det første finnes det ingen overordnet dokumentasjon (vedtatt administrativt eller politisk i kommunen) som sier noen om visjon, mål, kvalitet eller standard for omsorgen for mennesker med utviklingshemming. Leder gir uttrykk for at det ikke finnes slike kommunale dokumenter. Men vedkommende mener selv at tjenestemottaker skal få være seg selv og at tjenesteyterne skal vise dem respekt og være til stede der den enkelte har behov. Vedkommende sier videre at ansatte må legge bort noen av de private omsorgstankene og arbeide mer likt uten at dette er konkretisert i noen form for planer eller mål. Svarene fra informantene gjenspeiler at de ikke vet om det finnes interne styringsdokumenter som beskriver kvalitet og standard på omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming. Det er også usikkerhet både hos leder og de øvrige informantene om hvem som fatter individuelle vedtak og hva disse inneholder, samt hvordan disse evalueres når de fornyes eller justeres. I tillegg til at det mangler kommunale styringsdokumenter synes også kunnskapen om sentrale lovverk å være mangelfulle. Leder kjenner til LOST mens øvrige ansatte ikke kjenner til aktuelt og tidsriktig lovverk eller forskrifter.

Når det gjelder uttrykte benevnelser på tjenestemottakere, arbeidssted, sektor og lignende er det også store variasjoner blant våre informanter. Begrep som «pu-omsorgen» benyttes blant annet i offisielle dokumenter i kommunen. Flere av informantene oppgir faktisk gateadressen til boenheten som deres arbeidsplass og ikke omsorgsavdelingen i kommunen. Leder definerer selv sin tittel som ”pu-leder” eller ”leder utviklingshemmede” i korrespondanse med oss.

4.4 Funn kommune 2

4.4.1 Informasjon fra leder kommune 2

1. Historikk

Informanten forteller at kommunen tidligere har hatt institusjonsomsorg for mennesker med utviklingshemming, med hovedvekt på dagtilbud/avlastning for hjemmeboende. Dette var et samarbeid mellom HVPU og aktuelle kommuner. I 1991 flyttet flere personer tilbake til nyoppbygde bofellesskap i kommunen etter å ha bodd på institusjoner i HVPU. De nye bofellesskapene som ble bygd både i denne kommunen og i nabokommunene var inspirert av kommunens tidligere samarbeid med HVPU.

I dag er det ikke bare mennesker med utviklingshemming som mottar tjenester fra enheten, men også andre personer med ulike typer funksjonsnedsettelse.

2. Visjoner

Det er ingen kjent visjon for enheten som gir tjenester til mennesker med utviklingshemming. Men det opplyses at kommunen har et visjons- og måldokument for hele kommunen med et slagord som informanten mener er kjent av innbyggerne. Dette måldokumentet inneholder en rekke punkter om hvordan en som ansatte skal handle for å gi innbyggerne best mulig tjenester. Dokumentet er gjennomlest og bekrefter de svarene informanten gav i intervjuet. (viser til punkt 4 under).

3. Målsetting for omsorg til mennesker med utviklingshemming

Det er ikke kjent for informanten at det finnes egne kommunale dokumenter som omhandler egne mål for denne omsorgen.

4. Styringsdokumenter

Kommunenes eget kvalitetssikringssystem som består av et strategidokument som er politisk vedtatt beskriver større investeringer som for eksempel bygningsmessige oppgraderinger og nybygg, samt enkelte resultatmål som kommunen er forpliktet til å følge opp, måle og evaluere. Underordnet dette dokumentet er det utarbeidet virksomhetsplaner for den enkelte enhet. Disse inneholder resultatmål og noen egendefinerte mål innen enheten. Planene presenteres for alle ansatte som samtidig oppfordres til å bidra i evalueringen som foretas to ganger pr. år, samt i utarbeidelse av nytt strategidokument hvert fjerde år. Individuelle planer nevnes også som et viktig styringsdokument for god omsorg i kommunen.

Kommunen har et internkontrollsystem som blant annet har til hensikt å ha en oppdatert oversikt over aktuelle lover, forskrifter og andre krav som gjelder for den enkeltes enhetens drift, og sikre at alle medarbeidere har kjennskap til disse. Det skal foretas samsvarsvurderinger av dette strategidokumentet en gang pr. år i enheten. Dokumentet skal også integreres i enhetens ordinære drift og skal være fast sak på de ukentlige ledermøtene for å fange opp eventuelle endringer i lover og forskrifter. Alle ledere i enheten er ansvarlig for å holde seg oppdatert om gjeldende lover og forskrifter og andre krav som gjelder eget ansvarsområde. Dette skal igjen kommuniseres videre til deres respektive medarbeidere.

Omsorgstjenesten for funksjonshemmede gir tjenester etter LOST, § 4-2 og Lov om Helsetjenester i kommunen, §1.3, jfr. § 2.1 Denne virksomheten er forankret i kommuneplanens strategidel, som beskrevet i Kvalitetshåndboka.

Viktige aspekter med virksomheten er kvalitet på tjenesten, brukerdiallog, betryggende saksbehandling og gode arbeidsbetingelser for medarbeiderne.

Kommunen har i sin virksomhetsbeskrivelse offentlig definert at målet er at alle, uansett funksjonsnivå, skal kunne leve et fullverdig liv ut fra egne forutsetninger. Kommunens tiltak skal etter en faglig vurdering og i samarbeid med bruker og pårørende tilrettelegges ut fra den enkeltes særskilte behov.

Når det gjelder tjenestens innhold nevner kommunen opp blant annet:

- Praktisk hjelp til å ivareta egenomsorg og personlig stell.
- Opplæring i dagliglivets gjøremål for å kunne bli mer selvhjulpen.
- Tjenestens innhold og varighet vurderes etter grundig kartlegging av dine behov i samråd med deg og blir beskrevet i vedtaket ditt.
- Tjenesten utføres i samarbeid med deg.
- I vurderingen tar vi sammen med deg/din representant utgangspunkt i din situasjon og hva du med rimelighet selv klarer.
- Vi yter tjenesten slik det kommer frem i vedtaket, til de tider som er avtalt med deg og med det innhold som vi har blitt enig med deg om.
- Vi yter tjenesten med respekt for deg, din livssituasjon og ditt hjem.
- Vi overholder vår taushetsplikt.
- Vi, som kommer hjem til deg, har fått opplæring i å utføre tjenesten

5. Spesielle utfordringer/ fordeler i din kommune

Økonomi nevnes som den aller største utfordringen akkurat nå. Enheten har et stort overforbruk og er nå satt under lupen av kommunens administrasjon. Tjenester til barn og unge har økt betraktelig de siste årene. Kommunen har et høyt fokus på opplæring av ansatte med blant annet et eget opplæringsprogram for ufaglærte for å høyne det faglige nivået.

6. Fora for etiske refleksjoner

Informanten sier det finnes et eget overordnet etisk råd i kommunen. Her kan hvem som helst melde en problemstilling til drøfting. I tillegg skal hver enkelt enhet og avdeling (også boliger) jevnlig ha etikk på dagsorden. Det er utarbeidet rutiner på dette i kommunen. Det er i tillegg oppnevnt kontaktpersoner i hver avdeling.

7. Benevnelse på boliger, tjenestemottakere og omsorgen for øvrig.

Informanten opplyser at «PU» ikke benyttes i kommunen, iallfall ikke offisielt. Her benyttes boligens adresse eller kun begrepet «tjenestested.» Informanten sier videre at ord og begreper som inneholder «PU» og HVPU antagelig ikke er dødt og begravd i kommunen enda, men det er høyt fokus på begrepsbruk. Informanten har i ettertid på e-post informert om at boliger for mennesker med utviklingshemming offisielt skal benevnes som «samlokaliserte boliger».

8. Faglig utviklingsarbeid

Informanten kjenner ikke til hvorvidt det er faglige drøftinger og lignende på tvers av de ulike boligene eller enhetene i kommunen. Men faglig arbeid er selvsagt tema på møter på de ulike boenhetene.

9. Individuelle vedtak etter LOST

Individuelle omsorgstjenester etter LOST fattes i enheten. Tjenester som er mer i retning av hjemmesykepleie fattes av pleie- og omsorgsenheten.

10. Størrelser på boenheter

Størrelsen på nye byggeprosjekter er på inntil 8 boenheter. Disse prosjektene er planlagt i nærhet til eksisterende boliger slik at det blir en stor grad av samlokalisering. Det vil da være inntil 14 boenheter på et lite område. Dette skyldes i stor grad økonomi, mangel på tomteareal, men også faglig kvalitet da fagmiljøene blir større med slike modeller. Informanten sier også at egne separate og spredte hjem vil kunne gi en del ensomhet for flere. Pårørende oppleves å inneha samme oppfatning.

11. God omsorg

Informanten mener god omsorg innbefatter tilpasset bistand til individuelle behov, faglige begrunnelser for tjenestene og kompetent personell. I tillegg nevnes rammebetingelser som økonomi, pårørendesamarbeid og administrering av tjenestene som vesentlig for god omsorg.

4.4.2 Gjennomgang av intervjuer av ansatte på tjenestenivå i kommune 2

1. Styringsdokumenter

Lokalt Nivå:

Når det gjaldt lokalt forankrede styringsdokumenter varierte informantenes kjennskap fra å ha hørt om at det finnes en plan for omsorgstjenesten til spesifikt å nevne dokumenter som «strategidokumentet som revideres hvert år». De fleste informantene mente at det databaserte journalsystemet var en sentral og viktig del av kommunens styrende dokumenter.

En informant kunne fortelle at kommunen hadde flere dokumenter lokalt som styrer kvaliteten på omsorgstjenestene og at dette var grunnen til at kommunen som en av veldig få var ISO sertifisert. En annen informant fortalte at kommunen har en brukergaranti som fritar brukerne for egenandel dersom kommunen ikke oppfyller det den har lovet i vedtakene.

Generelt var informantene godt oppdatert på mange ulike lokale styringsdokumenter, innbefattet hvor disse kunne finnes.

Nasjonalt Nivå:

Alle informantene syntes å ha god kjennskap til LOST § 4A som regulerer og begrenser ansattes adgang til å benytte tvang og makt. De fleste informantene nevnte også LOST, og noen var inne på lov om helsetjenester. Det fremkom relativt tydelig at informantene hadde hørt om de ulike lovene, men at innholdet og formålet var noe uklart når de ble intervjuet mer i dybden på disse lovene.

2. Faglige beslutninger i kommunen

Det var vanskelig å identifisere en entydig og klar forståelse av hvor og hvordan faglige beslutninger tas. Svarene varierte fra «jeg fatter faglige vedtak selv jeg» til «det er enhetsleder som tar faglige beslutninger i teammøte og den staben som er der». Det ble av en av informantene også sagt at «det finnes ingen skriftlige rutiner på hvilke faglige beslutninger som kan tas lokalt i den enkelte bolig og hvilke som skal tas av enhetsleder».

Det virket som om forståelsen av dette var mangelfull, og at alle informantene hadde forskjellige oppfatninger av hvor slike beslutninger tas. Det fremkom imidlertid som velkjent og relativt entydig at endringer og justeringer i tjenestetilbud tas med bakgrunn i rapporteringer i kommunens elektroniske journalsystem og kartlegging av bistands behov ved hjelp av IPLOS.

3. Innhold i vedtakene

Også her bar svarene preg av ulik grad av kjennskap til tema, men de fleste visste at det ble fattet enkeltvedtak om tjenestene hjemlet i LOST. Innholdet i vedtakene var ifølge informantene alt fra svært detaljerte beskrivelser av hva den enkelte skulle ha hjelp til og til at de bare beskrev timetallet den enkelte var tildelt. Ut fra svarene tolker vi det slik at denne kommunen har vedtak som både beskriver timetall og hvilke hjelpetjenester som skal gis selv om det av et par informanter kom frem at innholdet i tjenestene ikke var nevnt i vedtaket. Revidering av vedtakene synes å skje årlig, og vedtakene er tilgjengelige i brukers ”fagperm” som står plassert i den enkelte bolig.

Det synes som om det var enighet om at vedtakene var viktige og at de danner basisen for hva den enkelte bruker skal motta av tjenester.

4. Benevnelser internt om den du gir omsorgstjenester til

Hvilke begreper den enkelte benytter varierer, men det synes som om det mest innarbeidede begrepet er ”bruker”. Begrepene pasient, tjenestemottaker, var også i bruk. De fleste var enige om at i dagligtalen sammen med de andre ansatte så ble navnene mest benyttet.

5. Benevnelser eksternt om din arbeidsplass, sektor, sone og lignende.

Informantene var tydelige på at de arbeider i omsorgstjenesten for funksjonshemmede i kommunen. I dagligtalen innad i gruppen (ansatte i omsorgstjenesten) benyttes i stor grad gateadresse eller navn på bolig. Overfor personer som ikke selv arbeider i omsorgssektoren eller er kjent med denne sektoren ble det benyttet begreper som omsorgsbolig, eller bofellesskap. En av informantene var veldig tydelig på at det aldri blir brukt diagnoser på brukerne når informanten skulle si hvor og hva vedkommende arbeider med. Begreper som «pu-omsorg»/ «pu-bolig» var kjent, men ikke i bruk.

6. Rollen som tjenesteyter

Ut fra svarene kommer det i stor grad frem at rollen som tjenesteyter er preget av å få de praktiske daglige rutinene til å fungere så godt som mulig. Omsorgsrollen ble av informantene definert som å gi nødvendig hjelp til å klare å gjennomføre en så god dag som mulig, og det syntes å være bred enighet om at slik hjelp skulle gis slik at brukeren ble mest mulig aktiv selv. Flere av informantene brukte begrepet ”å arbeide med hendene på ryggen”. De la i det at de ikke skulle gi mer hjelp enn høyst nødvendig, og at de skulle stimulere brukerne til egenaktivitet.

Det å ta vare på og å hjelpe dem å gjennomføre viktige praktiske ting i livet ble av de fleste informantene sett på som en viktig rolle. Videre snakket de fleste om det å respektere brukers personlige valg, og å banke på døra før en går inn, samt å respektere at de som tjenesteytere var i brukerens hjem.

Flere av informantene var inne på den makten de har overfor brukerne, og at de måtte bruke denne makten klokt. Blant annet snakket flere om at makten ikke bare var negativ. Når de tok avgjørelser på vegne av bruker kunne dette skape trygghet og forutsigbarhet. En av informantene snakket om ulike grader av motivering. Han mente at han ”noen ganger måtte motivere sterkt” og eksemplifiserte dette med at dersom bruker har en time til undersøkelse på sykehus og ikke møtte opp, ville det kunne gå lang tid før neste mulighet bød seg.

7. Etiske dilemma

De ulike eksemplene som fremkom varierte fra åpenbar forståelse av hva et etisk dilemma er og til eksempler som mer belyser situasjoner hvor tjenesteyter kjenner seg i villrede når det gjelder håndtering av praktiske situasjoner. Noen av eksemplene beskriver situasjoner hvor tjenesteyter mener brukeren fremstår på en nedverdiggende måte, det fremstår litt uklart hvorvidt dette er nedverdiggende for brukeren eller om det er flaut for tjenesteyteren. For å belyse variasjonen nevnes følgende eksempler:

”På butikken kan en bruker ta veldig lang tid i kassa, legger en og en vare på båndet, køen blir lengre og lengre og folk begynner å se surt på oss”

”En bruker har merkelige spisevaner og viser seg fra en nedverdiggende side”

Dette er åpenbart situasjoner hvor tjenesteyter lett kommer i et ”dårlig lys”, og det er lett å mistenke tjenesteyter for å oppfatte disse situasjonene som så ubehagelige at det er dette som

fører til at det blir et dilemma. Hvilke verdier og normer som kommer i konflikt blir av informanten i liten grad belyst.

Arbeidstøy/ uniform på jobb i private hjem, det vil lett kunne oppleves som stigmatiserende for brukeren dersom den som er med han på butikken eller i andre offentlige rom har kommunens omsorgstøy på seg.

Her beskrives en situasjon hvor verdien av å ikke bli identifisert som ”bruker” av omsorgs tjenester må ses i forhold til ulempen de ansatte har ved å slite på eget tøy. Det kan også tenkes at de ansatte ser det som viktig for sin identitet som tjenesteyter å skille seg ut fra de som er mottakere av omsorgen.

I denne kommunen var det etablert rutiner for å ta opp etiske dilemma, og dette kom frem i samtale med alle informantene. Det ble beskrevet et system med postkasser på de ulike boligene hvor etiske dilemmaer kunne legges anonymt. Problemstillingene ble vurdert av teamleder og tatt opp til drøfting på teammøte. Dette var noe de fleste informantene var klar over, og det synes som om disse postkassene var i bruk. Informantene var i noe mindre grad klar over om det var noe mer overordnet etisk råd i kommunen. Her svarte en informant utdypende om at slikt råd fantes og hvordan en skulle komme i kontakt med dette rådet. Andre informanter var tydelige på at slikt ikke fantes i kommunen.

Utover postkassesystemet, sa flere informanter at etiske dilemma ble dokumentert i elektronisk journal. Den ene informanten supplerte med at ”men det er ikke alt man kan skrive der”. Denne siste kommentaren gir grunnlag for å tenke at det er ting som ikke blir drøftet eller dokumentert i kommunens omsorgstjeneste.

8. God Omsorg

Her ble informantene bedt om å si hva de legger i begrepet god omsorg.

De fleste av informantene var enige om at god omsorg i stor grad handler om å dekke grunnleggende behov og å sørge for at brukerne har et godt liv. På nærmere spørsmål om hva god omsorg er nevner informantene begreper som respekt, sosial tilhørighet, gi brukerne opplevelsen av å være verdifulle for noen, og å hjelpe brukerne til å skape et innhold i hverdagen.

Flere var også inne på at god omsorg er å være forutsigbar og å skape trygghet for brukerne. De fleste var inne på det å hjelpe brukerne til å ta ”gode valg”. Dette kunne være utfordrende fordi gode valg noen ganger ville kunne innebære å påvirke til valg brukeren ikke selv så som gode.

Det ble av en informant sagt at kommunen har grenser for tjenesteyternes omgang med brukerne utenom jobb. Informanten så dette som problematisk og uttalte følgende: ”Dersom ikke vi som kjenner til de utfordringene brukerne har skal kunne være sammen med dem på fritiden, hvem skal da være det?»

4.4.3 Oppsummering av kommune 2

Kommune 2 har før 1991 hatt erfaringer med institusjonsomsorg for mennesker med utviklingshemming. Det var da snakk om et samarbeid mellom HVPU og den aktuelle kommunen og innbefattet avlastning og dagtilbud. I dag har kommunen en relativt stor enhet som gir omsorgstjenester til mennesker med ulike funksjonsnedsettelse – også utviklingshemming.

Kommunen har et administrativt vedtatt internkontrollsystem og en politisk vedtatt virksomhetsbeskrivelse som skal sikre at omsorgstjenester er forankret i de til enhver tid gjeldende lovverk og forskrifter. Disse dokumentene danner et overordnet mål for hele virksomheten og gjelder alle som mottar omsorgstjenester uansett funksjonsnivå.

Informantene har noe ulik kjennskap til disse dokumentene. De fleste har hørt om at det finnes en overordnet plan for virksomheten mens et mindretall nevner strategidokument som årlig revideres. Vi får imidlertid lite informasjon om mål og om et helhetlig innhold for øvrig i disse dokumentene. Flere enkeltelementer er likevel kjent av informantene. Alle informantene viser til elektronisk journalsystem for kontinuerlig praktisk informasjon om tjenestemottakerne som et viktig verktøy for å nå virksomhetens planer og mål.

Alle kjenner godt til LOST 4a, mens det er større usikkerhet knyttet til innholdet i hjemmelslov for praktisk bistand og helsetjenester.

Individuelle vedtak etter LOST fattes i enheten i følge leder. Blant tjenesteyterne varierer svarene på hvem som fatter slike vedtak og hvem som tar faglige beslutninger. Alle viser også her til elektronisk journal samt registreringer i IPLOS som viktige kilder til å vurdere tjenestetilbudet til den enkelte bruker. Men det er ulike svar på hvem som fatter individuelle vedtak og hvem som har faglig ansvar på den boenheten de arbeider på.

I følge informantene er vedtakene på individuelle tjenester i noen tilfeller spesifisert med detaljerte beskrivelser om tjenestens innhold. Andre vedtak inneholder kun et timetall for omfanget av tjenesten. Det er videre kjent at vedtakene revideres årlig og danner grunnlag for omsorgstilbudet til den enkelte bruker.

Kommunen har satset mye på å fange opp etiske dilemmaer som ansatte møter i sin arbeidshverdag. Det er utarbeidet overordnede rutiner på dette. Det er oppnevnt en kontaktperson på alle avdelingene. Etikk skal jevnlig være på dagsorden på interne møter på boenhetene. Informantene for øvrig har god kjennskap til at etikk er et satsingsområde på deres boenhet, men har eller lite eller ingen kjennskap til at det finnes en overordnet plan om dette emne i kommunen.

Tjenesteyterne er klare på at tjenestemottakerne benevnes som «bruker», men at også pasient og tjenestemottaker ble benyttet. De benevner i stor grad boenhetens navn eller adresse når de forteller hvor de arbeider. Men de sier i tillegg at de arbeider i omsorgstjenesten for funksjonshemmede. Ord som «PU», PU-tjenesten» og «PU-bolig» er kjent, men benyttes ikke av ansatte i kommunen, mener informantene. Kommunen har ikke tatt stilling til fremtidige størrelser på boenheter, men sier at økonomi er en faktor som kan presse frem stor grad av samlokalisering.

Informantene svarer ganske samstemt på at deres rolle er å bistå brukerne i å dekke daglige primære behov i tillegg til å legge til rette for egenaktivitet og medvirkning.

Når det gjelder å definere hva som ligger i begrepet «god omsorg» for brukerne svarer informantene, også leder, samstemt på at individuelle grunnleggende behov skal dekkes. Det

nevnes også flere ulike betraktninger om ulike idealer og kjerneverdier. Men ingen av informantene viser til standarder eller kvaliteter som fremkommer i aktuelle lovverk eller forskrifter.

4.5 Funn kommune 3

4.5.1 Informasjon fra leder kommune 3

1. Historikk.

Kommunen hadde ingen institusjon under HVPU, og har bygget opp sine tjenestetilbud til mennesker i forbindelse med at sentralinstitusjonene ble lagt ned i 1991. Det ytes omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming i totalt 5 bofellesskap, samt i to privathjem.

2-3. Visjoner/ målsettinger.

I forbindelse med en større omorganisering i 1997 ble det utarbeidet målsettinger og Visjoner for omsorgstjenesten. Dette er et stort og omfattende dokument som ifølge informanten nok ikke er fremme i det daglige. Det ble foretatt en evaluering av dokumentet i forbindelse med innlemningen av avdeling for funksjonshemmede i omsorgstjenestens øvrige drift i 1999. Etter dette er det ikke foretatt endringer i dokumentet, informanten gir ingen ytterligere utdyping av innholdet i dette dokumentet.

4. Kommunale styringsdokumenter.

Informanten sier at kommunen yter sine omsorgstjenester med hjemmel i sosialtjenesteloven og lov om helsetjenester i kommunen. I tillegg presiserer informanten at det fra 01.01 2012 kommer nytt lovverk som en del av Samhandlingsreformen.

Leder har i ettertid ettersendt dokumenter hvor denne kommunen presenterer sin visjon og overordnet mål for omsorgstjenesten. Dokumentet har fokus på hele omsorgssektoren. Det er ikke nevnt noe spesifikt om omsorgen for mennesker med utviklingshemming. I visjonen finner vi igjen noen av de kjerneverdiene vi viser til i kapittel 2.2, blant annet trygghet og medvirkning. Målene som presenteres er bygd på gjeldende lovverk og retningslinjer for tjenesteområdene. I tillegg beskrives målene som samstemte med nasjonale mål for utvikling av helhetlig, individrettet tjeneste til alle mennesker med bistandsbehov.

Målene som nevnes i det tilsendte dokumentet er blant annet at kommunale omsorgstjenester skal være samordnet, individrettet, enhetlig og flerfaglig. Alle mennesker, uansett funksjonsnivå, skal få dekket sine omsorgsbehov. Det fokuseres også mye på at det skal være stor grad av bredde i kompetanse og en klar forpliktelse på felles avklart ideologi. Denne ideologien samt målformuleringene skal i første rekke markedsføres av lederne til deres ansatte. De ansatte skal motiveres til daglig tjenesteyting i tråd med ideologi og mål heter det videre i dokumentet som for øvrig er fra 1999. Internopplæringen i kommunen skal også bidra til at ansatte bevisstgjøres på nevnte omsorgsideologi som bygger på opplæring og opptrening (habilitering og rehabilitering) som grunnlag for alle tjenestene. Tjenesteyterne skal vise respekt for det enkelte menneskets integritet, og alle tjenester som kommunen yter er basert på en vurdering av brukers funksjonsnivå og tiltaksbehov. Det er også utarbeidet et felles registreringssystem som skal ivareta kravet til dokumentasjon og kvalitetssikring av tjenesten.

5. Spesielle utfordringer/ Fordeler i din kommune.

Største utfordringen for kommunen ligger i å yte gode tjenester til personer med dobbeltdiagnose, informanten utdyper dette med å si at det gjelder personer med diagnoser

som Asperger, ADHD, Tourette og psykiske lidelser i tillegg til utviklingshemming. Økonomien er også en utfordring selv om omsorgen for mennesker med utviklingshemming så langt ikke har blitt utsatt for økonomiske nedskjæringer.

6. Fora for etiske refleksjoner.

Etiske dilemmaer tas opp på ledermøte. Informanten sier at det ikke er noe spesielle fora for drøfting av etiske dilemma utover dette.

7. Benevnelser på boliger, tjenestemottakere og omsorgen for øvrig.

Boliger for funksjonshemmede inkludert personer med utviklingshemming benevnes som omsorgsboliger. På mer folkemunne mener informanten at det nok også benyttes begrep som «pu-bolig». Boligens adresse benyttes også i en del tilfeller.

8. Faglig utviklingsarbeid.

Faglig samarbeid skjer stort sett i faste ledermøter som vi har hver 14 dag. Her møtes alle gruppeledere og distriktsleder. På disse møtene tar vi opp alle mulige ting både av faglig og av mer administrativ art. De ukene det ikke er ledermøter, møtes gruppelederne alene i noe de kaller fagmøter. Totalt er det 9 gruppeledere. Disse er stort sett vernepleiere eller sykepleiere.

9. Individuelle vedtak.

Omsorgstjenester fordeles via individuelle vedtak fattet av fagkonsulenter. Tjenestene tildeles i stor grad i samarbeid med leder, pårørende og hjelpeverge.

Der sitter en fagkonsulent i hvert distrikt. Endring av behovet registreres av leder "på plassen" som rapporterer behov til distriktsleder.

Faglig forsvarlig tilbud registreres av lagleder. Hjelpeverge og pårørende kan i noen tilfeller fremme behov for tjenester som går utover det som kommunen mener er faglig forsvarlig. Dette er gjerne "ekstra tjenester". Kommunen går aldri på akkord med det som er faglig forsvarlig, men vi må av og til si nei til slike ekstra tjenester.

10. Størrelser på boenheter.

Kommunen har organisert omsorgen i mindre enheter. Vi har hatt konsulent inne som har påpekt en økonomieffektivisering i å etablere større og mer robuste enheter. Politikerne er i ferd med å vurdere denne konsulentrapporten. I dag har vi enheter på mellom to og maksimalt åtte brukere.

11. God Omsorg.

Informanten fremhever viktigheten av å ivareta individuelle behov og å ha respekt for ønsker brukerne har. Videre nevnes likeverd, helhetlig menneskesyn og det å tilpasse miljø og rammer til den enkelte for å fremme egenaktivitet.

Informanten nevner også viktigheten av å kvalifisere de ansatte via støtte til videreutdanning og kurs, samt viktigheten av målrettet miljøarbeid.

4.5.2 Gjennomgang av intervjuer av ansatte på tjenestenivå i kommune 3

1. Styringsdokumenter

Lokalt Nivå:

Når det gjaldt lokalt forankrede styringsdokumenter snakket en del av informantene relativt vagt om planer og mål for omsorgssektoren i kommunen. Innholdet i disse planene var ikke godt kjent, det var i liten grad mulig å få informasjon om konkret innhold, og hvor planene fantes eller på hvilket nivå i kommunen de er vedtatt.

En informant kunne beskrive et dokument som het ”velkommen til <navnet på boligen>”

Dokumentet er tilgjengelig på kommunens intranett og beskriver temaer som brukermedvirkning, etikk, respekt, integrering, og tilrettelegging.

Nasjonalt nivå:

Alle informantene syntes å ha god kjennskap til LOST § 4A som regulerer og begrenser ansattes adgang til å benytte tvang og makt. Generelt synes det som relativt klart at omsorgstjenestene gis med hjemmel i et lovverk, men innholdet i dette lovverket og hvilken kvalitet dette lovverket legger opp til synes noe vagt for informantene. Utover å nevne LOST syntes det ikke som om innhold eller hvilke kvalitetsdefinisjoner disse presenterer var kjent for informantene.

Det som imidlertid var påfallende i kommunen, var at alle nevnte og hadde god kjennskap til lovverket knyttet til bruk av tvang og makt overfor enkelte mennesker med utviklingshemming (LOST § 4A)

2. Faglige beslutninger i kommunen

Informantene hadde ulike oppfatninger om hvor faglige beslutninger tas, og det ble beskrevet et koordinerende team som fatter vedtakene. Graden av involvering fra primærkontaktene og ansvarlig fagperson i den enkelte bolig ble beskrevet av én som svært sentral mens andre mente at disse ikke var involvert i prosessen i det hele tatt.

Det ble fra alle informantene sagt at det databaserte journalsystemet med tilhørende behovskartlegging IPLOS, danner grunnlaget for de enkeltvedtakene som fattes når det gjelder omsorgstjenester. Hvor ofte en slik kartlegging foretas, var det forskjellig oppfatning av. Noen mente dette skjedde halvårlig mens andre mente det skjedde en gang pr år.

Foreldre/ pårørendes rolle i vedtaksprosessen ble i liten grad belyst: En informant mente at behov for endring måtte meldes til kommunens fagkonsulent av foreldre/ pårørende, og at fagkonsulenten gav avslag eller fattet nytt vedtak på bakgrunn av slik henvendelse.

3. Innhold i vedtakene

Vedtaket kan for eksempel si om brukeren skal ha en-til-en oppfølging i døgnets våkne timer, men sier ingenting om hva brukeren skal ha hjelp til. Det er den ansatte som selv tolker hva innholdet i tjenestene skal være. Informanten tror at den individuelle planen sier noe mer om innholdet i tjenestene.

Vedtaket er godt kjent av alle ansatte og omfatter hvor mye hjelp den enkelte skal ha (timer/døgn) og hva den enkelte skal ha hjelp til som for eksempel ”hjelp til å stå opp eller lignende”

Vedtakene er blitt noe mer spesifisert etter hvert, men beskriver bare antall timer med hjemmehjelp, hjemmesykepleie med mer. I tillegg til vedtaket har alle en individuell plan som

spesifiserer hvilke tjenester den enkelte bruker skal ha. Utover dette brukers elektronisk journal, der det står det listet opp hva den enkelte trenger hjelp til. Informanten kjenner ikke innholdet i vedtakene til ”punkt og prikke”, men mener at de sier noe om antall timer med bistand. Hva den enkelte skal ha hjelp til fremkommer ikke i vedtakene. Hvilke type tjenester den enkelte skal ha spesifiseres nærmere i prosedyrer og i individuell plan.

4. Benevnelser internt om din arbeidsplass, sektor, sone og lignende.

Det mest innarbeidede begrepet syntes å være ”bruker”, men også begrepene pasient, tjenestemottaker og beboer var i bruk. I samtalene ble også begreper som ”jentene” og ”guttene mine” benyttet. Ellers var de fleste enige om at i dagligtalen sammen med de andre ansatte så ble navnene mest benyttet. I dagligtalen innad i gruppen (ansatte i omsorgstjenesten) benyttes i stor grad gateadresse eller navn på bolig. Navn på bolig var i stor grad hentet fra gateadressen eller fra området boligen lå i.

5. Benevnelser eksternt om din arbeidsplass, sektor, sone og lignende

Utad var det i hovedsak bruker eller beboer som ble brukt. Informantene var tydelige på at de arbeider i omsorgstjenesten i kommunen, og de syntes å skille mellom hvem de snakket med når de skulle sette ord på hvordan de benevner stedet de arbeider. Overfor personer som ikke selv arbeider i omsorgssektoren eller er kjent med denne sektoren, ble det benyttet begreper som omsorgsbolig og bolig for mennesker med utviklingshemming. Begreper som «pu-omsorg» og «pu-bolig» var kjent, men i liten grad i bruk.

6. Rollen som tjenesteyter

Ut fra svarene kommer det i stor grad frem at rollen som tjenesteyter er preget av å få de praktiske daglige rutinene til å fungere så godt som mulig. Omsorgsrollen av informantene definert som å gi nødvendig hjelp til å klare å gjennomføre en så god dag som mulig. Det syntes å være bred enighet om at slik hjelp innbefatter det å skape trygghet og forutsigbarhet for brukerne. Flere var inne på viktigheten av å tilpasse hjelpen til de behov den enkelte har. Også rollen som utenforstående eller gjest i brukers hjem kom frem ved at alle var opptatt av at de måtte banke på å vente på svar før de gikk inn til brukeren. Flere var også opptatt av at de av og til kunne bli bedt om å gå ut av leiligheten. Dette virket det som om de fleste både respekterte og syntes var greit. ”Vi prøver selvfølgelig å gjøre ferdig det vi holder på med, men må vi gå så må vi gå”.

7. Etske dilemma.

Informanten ble bedt om å komme med eksempler på etiske dilemmaer. Det er et generelt inntrykk at etiske problemstillinger har vært mye oppe til diskusjon. Likevel var informantene i svært varierende grad i stand til å komme med eksempel på etiske dilemma. Igjen syntes det som om det har vært et høyt fokus på å begrense bruk av tvang/ makt da dette var tema som gikk igjen når informantene skulle gi eksempel på etiske dilemma. Andre tema som ble nevnt var utfordringer knyttet til at bruker hadde nattlige besøk, eller ikke var hjemme om natta, og at ansatte lett kunne snakke over hodet på brukerne når de var flere sammen.

Systematisk diskusjon omkring etiske problemstillinger ble nevnt som et ønske, men noe som i praksis ikke skjedde. Ansatte snakket uformelt seg imellom om etiske dilemma, men da var det ofte i forbifarten og med den som tilfeldigvis var på jobb den dagen. Det fremkom heller ikke at informantene hadde hatt noen opplæring eller kurs i etisk refleksjon knyttet til egen yrkesutøvelse.

En informant mente at det hadde vært et forum for etisk refleksjon som ikke var i drift lenger.

8. God omsorg

De fleste av informantene var enige om at god omsorg i stor grad handler om å dekke grunnleggende behov og å sørge for at brukerne har et godt liv. På nærmere spørsmål om hva dette er i praksis, nevner informantene begreper som respekt, sosial tilhørighet, fysisk nærhet, gi brukerne opplevelsen av å være verdifulle for noen og å hjelpe brukerne til å skape et innhold i hverdagen.

Flere var også inne på at god omsorg er å være forutsigbar og å hjelpe brukerne til å ta ”gode valg”. Det ble også sagt at god omsorg kunne være å sette grenser og å være tydelig når bruker valgte ting som den ansatte mente var negativt, eller til og med kunne være farlig for bruker.

Det å respektere brukers valg, og å sørge for at brukers egne ønsker og behov blir tatt på alvor blir av informantene problematisert. Det blir av flere gitt uttrykk for at enkelte valg er problematiske. Dette gjelder spesielt valg som avviker fra hva tjenesteyter selv mener er gode valg for bruker. Eksempler på slike valg er overspising, uverdigg oppførsel i sosiale situasjoner, ukritisk forhold til fremmede personer.

4.5.3 Oppsummering av kommune 3

Kommune 3 hadde ingen institusjoner under HVPU og etablerte omsorgen for mennesker med utviklingshemming i 1991. Det ble etablert et eget strategidokument for hele omsorgstjenesten i kommunen etter en større omorganisering i 1996. Dette har vært uendret siden 1999. Det er ingen uttalte visjoner eller mål for tjenesten som ytes av denne enheten. Men det opplyses i intervju med leder at kommunen har en større og mer overordnet visjon med et slagord som leder mener er etablert og godt kjent av ansatte og innbyggere. De uttalte målene er generelle for hele omsorgssektoren og setter mennesket i sentrum hva blant annet gjelder individuelle behov, brukermedvirkning, integritet og helhetstenkning. Det er også et stort fokus på ansatte og deres ideologiske tilnærming til deres tjenesteyting. Dette dokumentet er i følge kommunen forankret i aktuelle lovverk slik at tjenesten til en hver tid er tidsriktig og bygd på de kvalitetene som den nasjonale standarden setter. Dokumentet er i liten grad kjent blant informantene som heller ikke kan gjengi mål eller innhold i dette. Det er også uklart på hvilket nivå det er vedtatt og hvor det finnes i dag. Når det gjelder nasjonale styringsdokumenter, nevner alle LOST som hjemmelslov for tjenestene som ytes. Mens alle informantene gir utfyllende informasjon om LOST 4a (bruk av makt og tvang) er det større usikkerhet omkring innholdet i de kapitlene andre omsorgstjenester og praktisk bistand hjemles.

Videre er det usikkerhet om hvem og hvor faglige beslutninger tas i kommunen. Individuelle vedtak er i følge leder fattet av en fagkonsulent. I tillegg er leder i hver boenhet samt

pårørende og hjelpeverge sentrale i utarbeidelsen av vedtakene. Endringer av behov hos en tjenestemottaker registreres av leder av den enkelte boenhet. Informantene gir ulike svar på dette spørsmålet. Kun en informant bekreftet leder sitt svar, mens andre viser til primærkontakters viktige rolle og at IPLOS- registreringer danner grunnlag for enkeltvedtakene på omsorgstjenester. Innholdet i vedtakene er i følge informantene godt kjent. Men samtidig er vedtakene svært generelle og fører ofte til at ansatte selv definerer hva innholdet i tjenesten skal være på. Men det nevnes også at det finnes prosedyrer og noen ganger også individuell plan som i større grad utdyper tjenesten innhold og form. Kommunen har enda ikke tatt stilling til størrelsen på fremtidige bolig etableringer for mennesker med utviklingshemming. I dag er det organisert i mindre enheter med maksimalt 8 tjenestemottakere pr. boenhet. Men en presset økonomi bekreftes i en nylig utarbeidet rapport ved at det er økonomieffektiviserende å etablere større og mer robuste boenheter. Når det gjelder benevelser på enhet, tjenestemottakere og omsorgen for øvrig, opererer kommunen med begreper som skal være så nøytrale som mulig. Men begreper som "pu-bolig" og boligens adresse blir også benyttet for å benevne hvor ansatte har sitt arbeidssted. Mottaker av tjenesten kalles som regel "bruker" eller "beboer".

God omsorg for mennesker med utviklingshemming defineres også noe ulikt i intervjuene. Leder påpeker flere kjerneverdier med hovedfokus på individuelle behov og respekt for andre sin livsførsel og valg. I tillegg retter informanten fokus på de ansattes rolle og viktigheten av et helhetlig menneskesyn, ideologi og fagkompetanse. Informantene i frontlinjen er også inne på ledes perspektiv, men har likevel ulikt fokus på hva som er de viktigste kjerneverdier de som ansatte skal ha fokus på i deres arbeid. Men informantene har i liten grad kjennskap til aktuelt lovverk og forskrifter som blant annet definerer hva god omsorg for mennesker med utviklingshemming skal innebære. Det å sette grenser eller være tydelig på tjenestemottakers valg når en ser at valget vil sette tjenestemottaker i fare eller i en fornedrende situasjon, blir også definert som god omsorg av flere informanter. Her er en også inne på et område som heller mot etiske dilemmaer, og som oppleves som utfordrende for de ansatte. Her nevnes for eksempel overspising.

Det nevnes ingenting fra verken leder eller informantene i frontlinjen om hvorvidt eller hvordan tjenesten og strategidokumenter evalueres.

5.0 Drøfting av funn

Problemstillinger vi har ønsket å se på var:

Er det samsvar mellom den standard som er definert i lover og forskrifter og den praksisen vi finner ved å intervju tjenesteytere på det kommunale omsorgsnivået? Hvilke konsekvenser får et eventuelt avvik mellom standardene gitt i aktuelle lover og forskrifter og den kvaliteten som preger utførelsen av omsorgstjenestene?

Figur 2 på side 9 viser de ulike nivåene vi mener ”hviskeleken” er gjenstand for. Begrepene system- tjeneste og omsorgsnivå er nærmere beskrevet i kapittel 1.3.3 omsorgsnivå. Som nevnt har vi ikke utført undersøkelser på nasjonalt nivå, men viser til aktuelle lover, forskrifter og rundskriv som legger føringer for utførelsen av omsorgen. Det kunne selvsagt være interessant å se nærmere på blant annet statlig oppfølging og evaluering av lovverk/forskrifter i forhold til utøvelsen av omsorgstjenester på kommunalt nivå. Dette er det ikke funnet plass til i denne omgang da vi har satt fokuset på praksisen på kommunalt tjenestenivå.

5.1 Kommunalt nivå

Av de tre kommune vi besøkte har to utarbeidet styringsdokumenter for tjenesten som gir beskrivelser av omsorgsutøvelsen i den respektive kommunen. Dokumentene er i mer eller mindre grad utformet på bakgrunn av gjeldene lovverk og standarder. Utarbeidelse av slike dokumenter er i tråd med kvalitetsforskriften (FOR 2003-06-27 nr. 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesteyting) og er et viktig redskap for det arbeidet som skal utøves på tjeneste- og individnivå i kommunen. Kommune 2 har i tillegg et kvalitetssikringssystem med utarbeidede virksomhetsplaner for den enkelte enheten innen omsorgssektoren som presenteres for alle ansatte og som inneholder resultatmål og noen egendefinerte mål som den enkelte enhet selv utarbeider. Planene evalueres to ganger i året. Dette er etter vår vurdering et godt utgangspunkt for å sikre kvalitet og kunnskapsflyt i en stor organisasjon som denne omsorgen representerer. Kommune 3 har også et styringsdokument utarbeidet etter aktuelle lovverk, men som ikke dette blitt evaluert eller endret siden 1999. Internopplæringen og kvalitetssikringssystemet i denne kommunen bygger på dette dokumentet som også har fokus på bevisstgjøring av tjenesteytere om omsorgsideologi/menneskesyn. Dokumentet utvannes imidlertid gjennom mangelfull evaluering, tidsriktig oppdatering og manglende implementering i de ulike tjenesteytingsnivåene. Her er situasjonen den at det er utført et godt planarbeid samt at det finnes ressurser til å kunne utøve disse. Det virker å være utfordringer på det administrative planet hvor blant annet ledelse, kvalitetssikringsrutiner og profesjonalitet bør være fokusområder for å sikre flyt av viktig informasjon, mål med omsorgsarbeidet og dens ideologiske forankring. Skjer ikke dette vil frontlinjearbeiderne antagelig fortsette å implementere og forsterke egne holdninger og verdier i sitt arbeid. Når omsorgen i tillegg er i rask vekst og våre tre kommuner har uttalt at de har store økonomiske utfordringer vil dette kunne ha negativ innvirkning på fag- og planarbeid da ressursene settes i en «her- og nå» modus framfor langsiktig målrettet miljøarbeid på alle nivåer.

Kommune 1 har ikke utarbeidet noen form for styringsdokumenter (politiske- eller administrative vedtak) som skal sikre kvalitet og standard av tjenesteytingen. Her reiser det

seg mange spørsmål. Hvem skal da sette standarden for hva som er god omsorg- og på hvilket grunnlag? Hvordan vil dette påvirke de øvrige nivåene i den kommunale organisasjonen? Hvordan skal man kvalitetssikre og evaluere denne tjenesten i kommunen? Dette kan være grobunn for at omsorgsytelsen på tjeneste- og individnivå blir formet mer av personlige holdninger, verdier og tradisjoner enn av føringer fra nasjonalt nivå og/eller systemnivå i kommunen. Dette kan gi stort rom for tilfeldigheter og et «her og nå-perspektiv» i omsorgen og sette til side profesjonaliteten som fordrer elementer som en overordnet plan, faglighet og kunnskap om tjenesteyterrollen.

I de tre kommune er det generelt liten grad av kjennskap til kommunes planer, visjoner og mål for omsorgen for mennesker med utviklingshemming på individnivå. Det er kjennskap til noen av kjerneverdiene som lovverket formidler, men vi vurderer det slik at det ikke er en helhetlig forståelse for verdigrunnlaget – og at dette ikke er implementert i en helhetlig praksis i de tre kommunene. Dette vil kunne gi konsekvenser for praktiseringen av omsorgstjenestene når manglende strategidokumenter erstattes av egne forventninger, ideologisk ståsted og holdninger i forhold til innhold og gjennomføringen av tjenesteytelsen. I neste ledd er det tjenestemottakeren som skal forholde seg til dette mangfoldet av ulikheter i tjenesteytelsen som den ofte mangelfulle eller fraværende planen for et faglig og kvalitativt habiliteringsforløp kan føre til. I Når administrative eller politiske planer ikke er utarbeidet eller ikke er kjent internt på det kommunale nivået legges det i stor grad til rette for selvutviklet praksis nedover i organisasjonen. Vi mener altså å se at det av mangel på overordnet oppfølging i stor grad er ”gatebyråkratiet” som setter standard for omsorgen. Dette kan en anta skjer både gjennom mangel på overordnet kunnskap om omsorgen, fravær av informasjon om standard for den respektive kommune og fravær av evaluering av praksis, noe vi antar har skjedd over tid og dermed er blitt en godt innarbeidet praksis i alle tre kommunene. Funnene viser at 85 % av informantene har arbeidet i mellom 11- 25 år med omsorg for mennesker med utviklingshemming og kan i så måte være kontinuitetsbærere av en omsorgstradisjon tilbake fra tiden med HVPU. To av de tre kommunene har en historie knyttet til å være vertskommune for en HVPU institusjon eller har hatt tett samarbeid på enkelte områder. Så i tillegg til manglende overordnede planer kan også tjenesteytere i la seg prege av erfaringer og holdninger de har ervervet gjennom tidligere arbeid og kollegasamarbeid. Det vil kreves et solid planarbeid og en kontinuerlig evaluering av praksisen opp mot nasjonale og overordnede kommunale føringer for å sikre kvalitet og standard i alle ledd i omsorgen.

Funnene gir også noen tanker om hva som ligger til grunn for begrepsbruken som skal synliggjøre hvem som er tjenestemottakeren. Gjennomgående blir det benyttet verdinøytrale begreper på tjenestemottaker, men i alle tre kommunene registrer vi i ulik grad begreper som ”PU”, ”PU-omsorgen”, ”Pu-bolig” og lignende på alle nivåer, også i offentlige administrative og politiske dokumenter. Dette er forkortelser/begreper som i utgangspunktet skulle fungere som enkle hjelpeord, men som lett kan identifisere mennesker i avmakt og føre til et gruppeperspektiv fremfor et individperspektiv. Dette kan bidra til en forherligelse av tidligere omsorgsmodeller og ideologiske perspektiver (eksempelvis HVPU) og til et rigid syn på funksjonshemmede som tilsidesetter eller i beste fall påvirker nåtidens krav og standarder på

en dårlig måte. Et annet moment er at tjenestemottakerne ofte ikke er i posisjon til å kunne tale sin sak og dermed ikke kan stille kritiske spørsmål/evaluere sider ved den tjenesten de mottar fra tjenesteyter. I tillegg ser vi gjennom våre funn og egen praksis at tjenesteytere benytter boenhetens adresse som navn på tjenestested både i dokumenter og i dagligtalen intern og også utad i kommunen. Ved å tilkjenne adressen til tjenestemottaker som sitt arbeidssted har en også et fokus på at adressen i større grad er en arbeidsplass fremfor enkeltmenneskers private hjem. Dette er problematisk i forhold til taushetsplikt og berører mange av kjerneverdiene i aktuelt lovverk som skal bidra til å sikre integritet, respekt og likhet. I hvilken annen omsorg i offentlig regi blir en tjenestemottakers adresse opplyst som et arbeidssted for offentlige tjenesteytere? Dette kan vitne om manglende kunnskap om kjerneverdier, ideologisk forankring av tjenesten, og om kommunale tjenesteytere på alle nivåer med manglende perspektiver på omsorgsutøvelsen overfor mennesker med utviklingshemming.

En annen utfordring vi ser i våre funn er en hårfin balansegang mellom det å definere hva som er god omsorg utfra egne holdninger, og samtidig ivareta tjenestemottakers autonomi. En slik paternalistisk holdning i omsorgsyirket er viktig og nødvendig, men det forutsettes god kunnskap om gjeldende lovverk og dets ideologisk forankring. Da er man igjen tilbake på det Lipsky kaller for "Street-level bureaucracy" hvor tjenesteyterne overtar markedet med egne prinsipper, holdninger og handlinger for å løse pålagte oppgaver. Det kan virke som at omsorgen i kommunene på en måte er låst i et "status quo" hvor fraværet av et solid og overordnet fundament med et ideologisk bakteppe oppveies eller rettere sagt er blitt erstattet av helhertet innsats og omsorg fra en rekke flinke tjenesteytere på individnivå. Dette gatebyråkratiet ser i neste omgang til å bli befestet og akseptert da det i liten grad stilles spørsmål til dette fenomenet internt i kommunen. Det er urovekkende at lovverk og dets intensjoner tilsidesettes for selvutviklet praksis. Det kan bidra til at viktige idealer og verdier som er selve forutsetningen for et tidsriktig menneskesyn og faglige tilnærming for tjenesteyterne aldri når frem til tjenestemottakeren slik intensjonen er fra nasjonalt hold. Det er påfallende at dette kan skje upåaktet uten at det på nasjonalt nivå eller på kommunalt nivå stilles spørsmål ved omsorgen overfor mennesker med utviklingshemming sett i forhold til ansvarsreformens intensjoner, aktuelt lovverk og gjeldende forskrifter. Hvordan kan en så stor reform som ble operasjonalisert i Norge i 1991 og som er implementert i aktuelt lovverk bli forbigått i stillhet gjennom manglende kvalitetssikring, og evaluering? For det er grunn til å tro at funnene har vært godt befestet over tid i de tre kommunene da flere av de ansatte har arbeidet i svært mange år og representerer en historie i kommunens omsorgsutøvelse.

I kapittel 2.3 viser vi til Linde og Nordlund (2006) sin syvpunktliste over hva som gjør miljøarbeid profesjonelt som vi mener samsvarer med de standardene vi finner i lovverk, forskrifter og rundskriv, og som dermed er gode kvalitetsindikatorer på omsorgstjenestene. Vi vil videre i kapittelet drøfte våre funn i lys av de fem første av disse syv punktene da disse er de mest relevante for undersøkelsen.

A) Profesjonelt miljøarbeid skal ta utgangspunkt i brukers behov og ønsker.

I kapittel 2.2 omtales kjerneverdier i god omsorg. På system- og tjenestenivå skulle dette gitt seg utslag i individuelt tilpassede og oppdaterte enkeltvedtak. Våre funn viser imidlertid at det er varierende grad av individuell tilpasning og i flere tilfeller fant vi gamle eller kopier av tidligere vedtak. Alle kommunene oppgav at de baserte enkeltvedtakene på IPLOS-kartlegging slik at de skulle være tilpasset den enkelte brukers behov. Det var imidlertid noe usikkert hvor ofte slike kartlegginger ble gjort. På individnivå gav alle informantene uttrykk for at brukers behov stod sentralt i omsorgsutøvelsen. Dette ble problematisert ved eksempler på situasjoner hvor individuelle behov måtte vike på grunn av mangel på personale, økonomiske utfordringer, valg som ”ikke er bra for bruker”, valg som ikke er forenlig med fellesskapets interesser i boligen. Det synes som om informantene til tross for et uttalt ønske om å følge prinsippet om å ha brukers behov i sentrum opplever dette som vanskelig. Mulige konsekvenser av dette misforholdet er blant annet: De ansatte blir misfornøyde og mister motivasjon. Dette kommer til uttrykk ved at informantene sier at de i stor grad benytter egne verdier og holdninger, og at de ofte må finne løsninger ”der og da” i stedet for å kunne se til overordnede mål og styringsdokumenter. Slik egendefinert praksis stiller store krav til den enkelte ansatte: For å opprettholde motivasjon og faglig stolthet er det nødvendig å kunne justere egne faglige valg mot andre enn seg selv. Dette blir vanskelig når det ikke foreligger vedtatte retningslinjer eller mål. Brukerne blir behandlet som gruppe og ikke som individer. På grunn av resursmangler er det ikke mulig for de ansatte å benytte individuelle faglige tilpasninger i så stor grad som ønskelig. Dette gir en situasjon som hindrer at individuelle behov styrer tjenestene

B) Ha begrunnet forslag til hvordan en skal arbeide eller hva en skal arbeide med.

Standarden i lovverket sier at omsorgen skal være samordnet, helhetlig og være forutsigbar for tjenestemottakeren. På system- og tjenestenivå skulle dette blitt gjenspeilt i planer, målsettinger og skriftlige strategier. Vi har i liten grad funnet slike dokumenter i oppdatert stand i de tre kommunene. Faglig sett er det derfor vanskelig å gi omsorgstjenester av god kvalitet og i tråd med vedtatte standarder. Uten overordnede strategier og mål i kommunene er det vanskelig å se hvilke begrunnelser en har for arbeidet, og hva en skal arbeide med. Slike strategier og mål må videre operasjonaliseres på individnivå. Dersom dette ikke gjøres, vil det også på individnivå være vanskelig å se at omsorgen er i tråd med overordnede strategier og mål. Våre funn viser at det på individnivå i liten grad blir styrt etter definerte mål og strategier i det daglige arbeidet. Dette fraværet av overordnet styring fører i stor grad til en egendefinert praksis hvor den enkelte ansatte løser utfordringer slik det faller seg i den enkelte konkrete situasjonen. Dette kan bety at tjenesteyters egne holdninger og verdier styrer omsorgen mer enn de overordnede mål og strategier kommunen har etablert og som skal være i tråd med nasjonalt lovverk og standard på området.

C) Profesjonelt miljøarbeid kan vise arbeidsmåten og begrunne valget.

Også her viser våre funn på system- og tjenestenivå en mangel på planer, noe som i stor grad fører til en egendefinert praksis på individnivå. De ansatte blir i stor grad overlatt til seg selv og må ta metodevalg i et ”der og da” perspektiv uten å ha en klar metodebeskrivelse og

begrunnelse for metodevalget. Slike ad-hock løsninger preges ofte av tjenesteyterens egne verdier og holdninger. Dette gjør systemet sårbart for praksis som ikke er i tråd med vedtatte standarder. Mange tjenesteytere arbeider alene med brukerne vil slik egenutviklet praksis heller ikke bli korrigert av andre ansatte. På system og tjenestenivå skulle en forvente at de metoder en bruker var planlagte, beskrevne og faglig begrunnet. Videre burde det kunne forventes at metodene ville kjennes igjen i mer operasjonalisert form på individnivå. Faglig sett burde alle ansatte ha kjennskap til og kunne beskrive og begrunne valg av metoden i alt det de gjør i sin yrkesutøvelse.

D) Profesjonelt miljøarbeid preges av at man reflekterer over egen praksis.

Alle de fire punktene som er nevnt under standard for god omsorg understreker viktigheten av å reflektere over egen praksis. Slik refleksjon er nødvendig for å tilrettelegge for valgfrihet, yte respekt for brukers valg, tilrettelegge for sosial deltakelse og å planlegge helhetlig og yte samordnede tjenester. Funnene viser at kommunene i varierende grad la til rette for slik refleksjon. En av kommunene hadde et klart fokus på etisk refleksjon, og dette var en tydelig rød tråd i hele organisasjonen. Generelt synes det imidlertid som om mange på individnivå arbeider mye alene hos enkelt brukere. Dette gir lite rom for feedback fra kollegaer. Det ble i to av kommunene nevnt ”brukermøte” hvor faglige utfordringer ble drøftet. Det fremkom imidlertid lite entydig hvorvidt fag og metode var hovedinnholdet i disse møtene eller om det var mer organisatoriske ting som sto på agendaen. Våre erfaringer tilsier at refleksjon over egen praksis er essensielt med tanke på kvalitetssikring av omsorgen. Spesielt viktig synes dette å være når felles strategier og mål ser ut til å være så vage og til dels fraværende som våre funn viser. På system- og tjenestenivå skulle en forvente at det tilrettelegges for slik refleksjon ved å skape tid og rom for samarbeid og refleksjon. Dette blir ofte et ressurspørsmål som lett kan føre til at tid til dette nedprioriteres.

E) Profesjonelt miljøarbeid krever at en har begrunnet forslag til hvor lenge man skal arbeide med et område.

Undersøkelsene våre viser imidlertid at det på grunn av mangelfullt planarbeid ikke finnes klare og tydelige begrunnelser verken for metodevalg eller for hvor lenge det skal arbeides med et bestemt område. Tiltak iverksettes ofte uten en klar faglig begrunnelse og ofte uten definerte evalueringsrutiner eller tidsperspektiv. Igjen mener vi at dette prinsippet finnes igjen i det vi i kapittel 2.2 beskriver som standard for god omsorg, at ”tjenestetilbudet skal være behovstilpasset og rettidig” og at det i dette ligger et krav til å arbeide planmessig og med klare mål. Dersom metodene ikke fører til det definerte målet innen en definert tid må metodene evalueres. Ut fra dette skal en ikke arbeide med et område lenger enn nødvendig for enten å nå målet eller å se at metoden ikke virker. På system- og tjeneste nivå vil dette kunne bety å tilrettelegge for planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak. På individnivå vil det kunne bety en klar forpliktelse gjennom kontroll og evalueringsrutiner slik at gjennomføringen sikres å være i samsvar med disse planene. På individnivå skulle en også kunne finne igjen begrunnelsene som er gitt i nevnte planer og mål.

6.0 Konklusjon

Det er for oss liten tvil om at prinsippene i ”hviskeleken” tynner ut, svekker og endrer meningsinnholdet i den informasjonen lovgiverne har festet på papiret.

Utgangspunktet vårt var hvorvidt det er samsvar mellom standardene i lovverket og den praksis vi ville finne ved å intervjuer tjenesteytere ute i kommunene. Funnene våre bekrefter at dette samsvaret er mangelfullt. I to av de tre kommunene var dette merkbart allerede på system nivå og i alle tre kommunene var manglende samsvar tydelig på både tjeneste og individ nivå. Kravene til styring via strategi- og mål dokumenter oppfylles ikke i to av de tre kommunene.

Dette gjør kommunen ute av stand til å etablere en felles standard for god omsorg. Uten en definert standard oppfyller heller ikke kommunen sine forpliktelser overfor egne ansatte, dette setter den enkelte ansatte i en vanskelig og faglig uholdbar situasjon hvor vedkommende blir overlatt til seg selv i faglig utfordrende situasjoner. Konsekvensene vil kunne være at tilbudet tjenestemottakerne får blir personavhengig mer enn systemavhengig. Dette er uheldig fordi det i liten grad er med på å skape forutsigbarhet i tilbudet, kontinuiteten i tjenestene blir mangelfull og den enkelte ansattes egne holdninger og verdier blir styrende.

Undersøkelsen viser også at det er kommuner som har gode rutiner for mål og planarbeid, og at mange ansatte er dedikerte i sitt arbeid og yter sitt beste for å dekke de behov brukerne har. Til tross for dette synes det som om lang erfaring, gjerne med fartstid fra det tidligere HVPU skaper bastante holdninger som i noen tilfeller er vanskelige å endre.

Kommunenes mangler når det gjelder planer, mål og evaluering, kombinert med ansatte som har mye realkompetanse og lite formell kompetanse, danner grobunn for mye «egendefinert praksis». Dette er i tråd med flere av punktene som etterlyses av forløpsgruppen i forbindelse med forarbeidet til samhandlingsreformen (kapittel 2.1).

7.0 Anbefalinger

Funnene i undersøkelsen viser at prinsippene i ”hviskeleken” gjenkjennes når vi ser på samsvaret mellom lovverkets intensjon og praksis på de ulike nivåene i den kommunale omsorgssektoren. Vi vil her trekke frem noen anbefalinger for hvordan intensjonene i lover, forskrifter og rundskriv kan få en tydeligere plass i den kommunale omsorgssektoren. Det er i hovedsak utfordringene knyttet til overordnet faglig styring, kvalitetssikring, og kommunikasjon som opprettholder det vi tidligere i rapporten har kalt egendefinert praksis. Våre anbefalinger er derfor i første rekke ment å skulle adressere disse utfordringene. Vi mener det er essensielt at kommunene utarbeider et overordnet styringsdokument for omsorgstjenestene. Dette må beskrive ideologien kommunen bygger omsorgsutøvelsen på, de ansattes menneskesyn og holdninger, og definere standarden for god omsorg. Styringsdokumentet må samordnes med gjeldende lover, forskrifter og rundskriv. Videre må et slikt styringsdokument operasjonaliseres slik at det blir funksjonelt på både system-, tjeneste- og individ nivå. På bakgrunn av våre funn mener vi det spesielt er følgende tre punkter kommunene bør vurdere en økt satsing på

1. Sikre informasjonsflyt gjennom å etablere klare og tydelige kommunikasjonslinjer på både system- tjeneste- og individnivå. Slike systemer for informasjonsflyt bør i tillegg til å sikre selve informasjonsflyten også ha elementer i seg som gjør det mulig å dokumentere at informasjonen er gitt og mottatt.
2. I en sektor hvor tjenesteyter ofte må ta avgjørelser på vegne av tjenestemottaker er det viktig at disse avgjørelsene systematisk tas opp til faglig overveielse. Vi mener derfor at kommunene på alle de tre nevnte nivåer bør:
 - a. Etablere arenaer for faglig refleksjon og drøfting av praksis.
 - b. Øke bruk av fagutdannet personell.
 - c. Høyne fokuset på etisk refleksjon og holdninger til det å yte omsorgstjenester.
3. Dersom en skal klare å styre omsorgstjenestene etter de intensjonene som er gitt i lover, forskrifter og rundskriv, må kommunene i større grad enn det vi har sett kvalitetssikre tjenestene. Vi tror at dette må skje på både på system- tjeneste- og individnivå. Vi mener videre at slik kvalitetssikring må inneholde elementer som beskriver kvaliteten tjenesten skal ha, kontrollerer utførelsen og sikrer tilbakemelding til den som utfører tjenesten.

Samlet sett mener vi at kommunene vil kunne heve kvaliteten på sine omsorgstjenester vesentlig ved å satse på disse punktene. Vi mener også at tjenesteyterne vil kunne oppleve en økt jobbtilfredshet ved å få tydeligere krav til kvaliteten på tjenestene. Videre mener vi kommunen vil bli bedre i stand til å kontrollere tjenesteytingen og å gi tilbakemelding på utførelsen av omsorgstjenestene.

Litteraturliste

- Aadland Einar (2011), «Og eg ser på deg...» (3.utgave), Oslo: Universitetsforlaget
- Aadland Einar (1998), Etikk for helse – og sosialarbeidere (3.utgave), Oslo; Det Norske Samlaget
- Christoffersen Svein Aage (red.) (2011), Profesjonsetikk (2.utgave), Oslo; Universitetsforlaget
- Dalland Olav, (2007), Metode og oppgaveskriving for studenter (4. utg), Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Engelstad Fredrik (1999), Om makt. Teori og kritikk, Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Fjørtoft Kjersti, Skorstad Berit (1998), Etikk i sosialt arbeid, Oslo; Ad Notam Gyldendal
- Kvale Steinar, Brinkmann Svend (2009), Interview (2. utg), København: Hans Reitzels Forlag
- Lingås Lars Gunnar (2000), Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag (3 utgave), Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lingås Lars Gunnar (2000), Over andres dørstokk (2. utgave), Oslo; Kommuneforlaget AS
- Lipsky, M. (1980). Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services. Russell Sage Foundation.
- Linde Sølvi og Nordlund Inger (2011), Innføring i profesjonelt miljøarbeid (2.utgave), Oslo; Universitetsforlaget
- Lorentzen Per (2011), Ansvar og etikk i miljøarbeid, Oslo; Universitetsforlaget
- Söderström Sylvia, Tøssebro Jan (2011), Innfridde mål eller brutte visjoner, Trondheim; NTNU Samfunnsforskning AS
- Wong Wilson PA715: Politics of Policy Making and Implementation, October 16, 2007
- Lov 1991- 12-13 nr 81 : Lov om sosiale tjenester m.v

- FOR 2003-06-27 nr. 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesteyting etter lov av 19. November 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. Desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
- FOR-2006-02-17-204 Forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk
- Lov 2011-06-24 nr. 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m. m. (helse og omsorgstjenesteloven)
- Lov – 2012-06-22-46: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) [pasientrettighetsloven]
- Nou 1985:34 levekår for psykisk utviklingshemmede

Nettsteder:

- www.regjeringen.no/.../info_og_utvikl_program_210_2013.pdf
- <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201> (samhandlingsreformen)
- www.hf.hio.no/tverrfaglig/TM-Veks-2/Tverr_sam_brukermed.doc
- www.barneombudet.no/temasider/helse/funksjonsn/.../fn_konvens
- www.naku.no/node/424
- www.lovdatab.no/all/nl-20100326-009.html
- www.wikipedia.no
- www.gyldendal.no
- www.kunnskapssenteret.com
- www.helsekompetanse.no
- www.cappelendam.no
- www.nfunorge.no

Vedlegg 1. (Forespørsel om deltakelse i prosjektet)



Sørlandet sykehus HF
Medisinsk klinikk
Avdeling for voksenhabilitering, Kongsgård



Vår dato
2011-05-11
Deres dato

Vår referanse
JOHROG
Deres referanse

NN Kommune
v/NN
Pb.
xxxx tedsnavn

– Forespørsel om intervju av ansatte i forbindelse med prosjekt

Undertegnede er i gang med et prosjekt for å undersøke samsvaret mellom kvalitetsindikatorer for god omsorg gitt i Lov om sosiale tjenester og den omsorgen som gis av den enkelte omsorgsyter overfor mennesker med utviklingshemming.

Prosjektet er Finansiert ved hjelp av midler fra Sørlandet sykehus (SSHF) støtte fra Fellesorganisasjonen for, barnevernspedagoger, sosionomer og Vernepleiere (FO) og fra Helsedirektoratet.

Prosjektet er ikke en del av et utdanningsløp, men et prosjekt initiert av oss på bakgrunn av de erfaringene vi har gjort oss som ansatte i habiliteringstjenesten for voksne i en årrekke.

Vi ønsker å gjennomføre en studie basert på kvalitative intervju av ansatte i tre ulike kommuner. De tre kommunene vil plukkes ut som a) storkommune med mer enn 40.000 innbyggere, b) mellomstor kommune med inntil 10.000 innbyggere, og c) liten kommune med inntil 4.000 innbyggere.

For å kunne gjennomføre prosjektet er vi avhengige av å kunne intervju personer som er ansatt som omsorgsyter og som jobber direkte med omsorg overfor mennesker med utviklingshemming. Vi er ikke avhengige av at disse personene skal ha en bestemt utdanning eller erfaring, men ønsker et tverrsnitt av gruppen ansatte innen dette feltet.

Vi vil komme tilbake til antall intervjuer samt metode for utvelgelse ved en senere anledning om deres kommune blir med i vårt prosjekt.

Vi understreker at all innsamlet data, navn på kommune, personell og lignende vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert i rapporten. Våre intervjuer vil finne sted høsten 2011.

Vi håper at Deres kommune er villig til å delta i prosjektet.

Med vennlig hilsen

John Arne Rognlie
Vernepleier med spesialutdanning
91384250

Arne Launes
Vernepleier med spesialutdanning
91776333

Sørlandet sykehus HF

Postadresse
Sørlandet sykehus HF
Avdeling for voksenhabilitering
Postboks 1653 Lundsiden
4688 Kristiansand

Besøksadresse
Bispegrå 40
4632 Kristiansand

Telefon
+47 38 14 93 00
Telefaks
+47 38 14 93 26
Bankkonto
6468.05.01465

Administrasjonsadresse
Sørlandet sykehus HF
Postboks 416
4604 Kristiansand
Telefon
+47 38 07 30 00

Foretaksregisteret
NO 983 975 240 MVA
Hjemmeside
www.sshf.no
e-post
postmottak@sshf.no

Vedlegg 2. (Fullmaktskjema)



Sørlandet sykehus HF
Medisinsk klinikk
Avdeling for voksenhabilitering, Kongsgård



Informasjonsskriv om intervju

Prosjektnavn: "omsorgsfeltets hviskelek"

Vi er to spesialvernepleiere med bred erfaring innenfor omsorgen for mennesker med utviklingshemming gjennom de siste 20 årene. Vi har jobbet i den kommunale omsorgstjenesten samt i spesialisthelsetjenesten (habiliteringstjenesten for voksne).

Vi har med støtte fra Fellesorganisasjonen for vernepleiere, sosionomer og barnevernspedagoger (FO) og fra helsedirektoratet startet opp et prosjekt for å se på omsorgsarbeidet i tre ulike kommuner. I denne forbindelse ønsker vi å intervjuere personer i din kommune, og vi har fått oppgitt ditt navn som en mulig kandidat, og du er valgt ved bruk av loddtrekning.

All informasjon vil selvsagt bli anonymisert og bli behandlet konfidensielt. Intervjuet vil foregå på din arbeidsplass, og vil ha en estimert varighet på ca 1 time, det er selvsagt lov å trekke seg underveis dersom du skulle føle for det.

Intervjuet vil foregå med oss begge tilstede, og vi vil bruke lydopptaker for å sikre data i vår videre bearbeidelse av det innsamlede materialet. Opptakene vil bli slettet ved prosjektets slutt.

Takk for din deltakelse i prosjektet.

Mvh

John Arne Rognlie
Vernepleier med spesialutdanning
Telefon: 91702949
e-post: john.arne.rognlie@sshf.no

Arne Launes
Vernepleier med spesialutdanning
Telefon: 91776333
e-post: arne.launes@sshf.no

Fullmakt

Undertegnede gir med dette samtykke til å delta i intervju vedrørende prosjektet omsorgsfeltets hviskelek. Informasjon jeg gir i løpet av intervjuet skal bare benyttes i det aktuelle prosjektet, og mine svar vil ikke kunne kobles til min arbeidsplass eller til meg som person.

Sted: _____ Dato: _____

Signatur: _____

Postadresse
Sørlandet sykehus HF
Avdeling for voksenhabilitering
Postboks 1653 Lundsiden
4688 Kristiansand

Besøksadresse
Bispegrå 40
4632 Kristiansand

Telefon
+47 38 14 93 00
Telefaks
+47 38 14 93 26
Bankkonto
6468.05.01465

Administrasjonsadresse
Sørlandet sykehus HF
Postboks 416
4604 Kristiansand
Telefon
+47 38 07 30 00

Foretaksregisteret
NO 983 975 240 MVA
Hjemmeside
www.sshf.no
e-post
postmottak@sshf.no

Vedlegg 3. (Intervjuguide leder)

Intervjuguide leder

KOMMUNE NR:

INFORMANT NR:

SPØRSMÅL	OK	TILLEGGS SPØRSMÅL	OK
INNLEDNING Opplysninger om informanten: a. Hva er din stilling i kommunen? b. Hva slags fagbakgrunn har du? c. Hvor lenge har du jobbet i kommunen? d. Hva er ansvarsområdet ditt? e. Hvilken erfaring har du fra omsorgsarbeid for mennesker med utviklingshemming?		Hvor mange personer med utviklingshemming bor det i din kommune. Er det noen etter/ videreutdanninger som du mener er spesielt relevante for din stilling.	
OMSORG 1. Hvilken historie har din kommune når det gjelder omsorgen for mennesker med utviklingshemming?		Institusjoner? Privat pleie?	
2. Hvilke overordnede visjoner har din kommune når det gjelder omsorgstjenestene for mennesker med utviklingshemming?		På hvilket nivå er disse vedtatt? Kan disse dokumentene fås?	
3. Har kommunen noen klart definerte mål for tjenestene?		På hvilket nivå er disse vedtatt? Kan disse dokumentene fås?	

4. Hvilke overordnede planer/ dokumenter styrer omsorgstjenestene for mennesker med utviklingshemming?		På hvilket nivå er disse vedtatt? Kan disse dokumentene fås?	
5. Kjenner du til spesielle utfordringer eller spesielle fordeler i din kommune når det gjelder omsorgen for mennesker med utviklingshemming?		Er det noen av de utfordringene du ser som bekymrer deg særlig? Er det noen av disse fordelene som du vil legge særlig vekt på?	
6. Har din kommune noen fora hvor drøfting av etiske problemstillinger i forbindelse med omsorgstjenestene for mennesker med utviklingshemming?		Hvordan fanges etiske dilemma opp i din kommune.	
7. Hvilke benevnelser bruker din kommune på de boligene hvor mennesker med utviklingshemming mottar omsorgstjenester? (Skill mellom dagligtale og offisielle dokumenter).		Tror du at dette gjenspeiler hele kommunen?	
8. Har kommunen samarbeids fora hvor erfaringer og metodikk kan drøftes på tvers av personalgrupper og soner?		Ville et slikt fora kunne være nyttig? Og på hvilken måte	
9. Hvordan tildeler din kommune omsorgsressurser?			

10. Har din kommune noen offisielle holdninger når det gjelder størrelsen på boenheter for mennesker med utviklingshemming? (sentralisering vs egne hjem).		Interkommunalt samarbeid? Samordning av flere boliger, f.eks samlokalisering?	
11. Kan du fortelle hva du legger i "faglig god omsorg" for mennesker med utviklingshemming?		a. Selvbestemmelse. b. Egenverd c. Respekt for personlig livsførsel. d. Behovstilpasning e. Rettidig tilbud om tjenester f. Samordning og helhet g. Medbestemmelse h. Forutsigbarhet i. Valgfrihet j. Sosial deltakelse. k. Verdighet. På hvilken måte er disse verdiene med på å påvirke din egen omsorgsutøvelse overfor mennesker med utviklingshemming?	

Vedlegg 4. (Intervjuguide omsorgsytere)

Intervjuguide omsorgsytere.

KOMMUNE NR.

INFORMANT NR.

KJØNN.

SPØRSMÅL	OK	TILLEGGSPØRSMÅL	OK
OPPLYSNINGER OM INFORMANTEN. 1. Bakgrunnsopplysninger. - Hva er din stilling i kommunen? - Hvilken fagbakgrunn har du? - Hvor lenge har du jobbet i kommunen? - Hvilken erfaring har du fra omsorgsarbeid overfor mennesker med utviklingshemming? - Hvilken konkret opplæring har du fått i kommunen når det gjelder omsorgsarbeid overfor mennesker med utviklingshemming?		GENERELLE SUPPLERENDE SPØRSMÅL SOM BRUKES TIL FLERE AV SPØRSMÅLENE. <i>Er det noe mer du vil si?</i> <i>Har du noen eksempler?</i> <i>Kan vi bruke dette i direkte sitat?</i> <i>Hvorfor tror du det er slik?</i> Spør om boligens størrelse, antall brukere og antall ansatte. Definer nærmere rollen din f.eks som primærkontakt, ansvarlig for spesielle deler av brukerens opplegg m.m	
OMSORG FOR MENNESKER MED UTVIKLINGSHEMMING. 2. Hvilke overordnede styringsdokumenter kjenner du til? (nasjonalt, kommunalt) 3. Hvor tas faglige beslutninger når det gjelder omsorgstjenestene for mennesker med utviklingshemming? 4. Hva er innholdet i vedtakene om omsorgstjenester til personene du bistår?		Hvem avgjør at faglige tiltak skal justeres/ endres. Hvor spesifikke er disse vedtakene? (timer/ oppgaver m.m)	
BEGREPER/ SPRÅKLIG UTTRYKK. 5. Hvilke benevnelse benytter du når du omtaler de du skal gi omsorgstjenester til? 6. Hvilke benevnelser benytter du når du skal snakke om stedet du		Kjenner du til begreper som "pu-bolig", pu-tjenesten" osv.	

jobber? (sektor/ sone/ bolig). 7. Hva kan du si om din rolle overfor den du skal gi omsorgstjenester til? (jobbe i noens hjem/ makt/ m.m) 8. Har du opplevd noen etiske eller moralske dilemma som du har måtte løse der og da? a. Hvilke rapporteringsrutiner kjenner du til når du må løse slike dilemma der og da.		Har du noen refleksjoner knyttet til det å jobbe i andres hjem? Har du refleksjoner i.f.t den makten du har overfor den du yter bistand til? Kan du si noe om dine tanker om begrepet <i>manipulering</i> i.f.t din rolle som omsorgsyter? På hvilken måte kan etiske refleksjoner være positivt for arbeidet som omsorgsyter?	
9. Kan du fortelle hva du legger i "faglig god omsorg" for mennesker med utviklingshemming?		a. Selvbestemmelse. b. Egenverd c. Respekt for personlig livsførsel. d. Behovstilpasning e. Rettidig tilbud om tjenester f. Samordning og helhet g. Medbestemmelse h. Forutsigbarhet i. Valgfrihet j. Sosial deltakelse. k. Verdighet. På hvilken måte er disse verdiene med på å påvirke din egen omsorgsutøvelse overfor mennesker med utviklingshemming?	

Vedlegg 5. (Utvelgelse av informanter)



Sørlandet sykehus HF
Medisinsk klinikk
Avdeling for voksenhabilitering, Kongsgård



Vår dato
2011-05-31
Deres dato

Vår referanse
JOHROG
Deres referanse

XXX KOMMUNE

– Utvelgelse av intervju objekter til prosjekt.

Viser til vårt brev datert 11.05.11 og telefonsamtaler vedrørende prosjekt. Vi takker for at XXX kommune har en positiv innstilling til å delta i vårt prosjekt. Som tidligere nevnt ønsker vi med prosjektet å undersøke samsvaret mellom kvalitetsindikatorer for god omsorg gitt i Lov om sosiale tjenester og den omsorgen som gis av den enkelte omsorgsyter overfor mennesker med utviklingshemming.

Vi ønsker å utføre intervjuer i XXX kommune i perioden Mai -September 2011.

Kriterier for utvelgelse av personer til interju:

Vi ønsker å intervju totalt 5-7 personer i deres kommune. Disse skal være personer i direkte omsorgsarbeid, og en person skal ha en mer administrativ stilling i kommunen.

Omsorgspersonene skal jobbe med personer som har diagnose utviklingshemming, er over 18 år og bor i egen eid eller leid bolig.

Praktisk gjennomføring:

Vi ønsker å intervju personer som er på jobb de aktuelle dagene, og vi vil selv oppsøke dem der de jobber. Det vi trenger er navn og adresse til 5-6 aktuelle boliger, og at de aktuelle boligene er orientert om at vi kommer. I tillegg trenger vi en person som innehar en mer administrativ stilling i kommunen som kan svare på spørsmål. Intervjuene vil ta i underkant av en time.

Med vennlig hilsen

John Arne Rognlie
Vernepleier med spesialutdanning

Arne Launes
Vernepleier med spesialutdanning

Sørlandet sykehus HF

Postadresse Sørlandet sykehus HF Avdeling for voksenhabilitering Postboks 1653 Lundsiden 4688 Kristiansand	Besøksadresse Bispegra 40 4632 Kristiansand	Telefon +47 38 14 93 00 Telefaks +47 38 14 93 26 Bankkonto 6468.05.01465	Administrasjonsadresse Sørlandet sykehus HF Postboks 416 4604 Kristiansand Telefon +47 38 07 30 00	Foretaksregisteret NO 983 975 240 MVA Hjemmeside www.sshf.no e-post postmottak@sshf.no
---	--	--	---	--