

# Valget mellom velferdsteknologi og hjemmesykepleie

En kvalitativ studie om hva som har betydning for  
saksbehandlerne vurdering ved valget



---

Universitetet  
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i Helsevitenskap

Masteroppgave (50 studiepoeng)

Student: Gunbjørg Sanne

Veileder: Bodil Furnes, Professor

Dato/år: 01.06.2021

Antall ord: 22734

## Forord

Denne masteroppgaven markerer at to år som student ved masterstudie i helsevitenskap er ved veis ende. Det føles både godt og vemodig, da disse årene har vært både lærerike og utfordrende. Samtidig er jeg takknemlig for alt det jeg har lært, selv om det har vært travelt når studier skulle kombineres med jobb og familieliv.

Det er mange som fortjener en takk for at disse to årene har latt seg gjennomføre. Først og fremst vil jeg takke min arbeidsgiver, ved min leder Elise Vigeland. Du har lagt til rette for at jeg kunne kombinere jobb med studier og har hele tiden støttet meg i valget om å studere!

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Bodil Furnes i forbindelse med gjennomføringen av masteroppgaven. Du har alltid stilt opp med støttende ord, faglige innspill og gitt meg troen på at dette skulle jeg klare!

Tusen takk til dere informanter som velvillig stilte opp i en travel arbeidshverdag, uten dere hadde ikke denne masteroppgaven vært mulig.

I tillegg må jeg takke kollokviegruppen min disse to årene; Jon Vidar Strømstad, Mari Elise Almås og Toril Andersen. Vi har delt både opp og nedturer og jeg er utrolig takknemlig for å ha blitt kjent dere tre!

Den aller største takken går til min familie; Atle, Daniel, Nora og Leah. Takk for deres tålmodighet og forståelse, når jeg har sittet med skolearbeid de fleste kvelder og helger disse to årene. Jeg gleder meg til dere igjen skal være min fritid!

Tananger, mai 2021

Gunbjørg Sanne

## Innhold

Forord.....	2
Sammendrag.....	6
1.0 Introduksjon.....	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	7
1.2 Tidligere forskning på dette området.....	9
1.3 Studiens hensikt.....	11
1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	12
1.5 Tildeling av helse og omsorgstjenester.....	12
1.5.1 Hjemmesykepleie.....	13
1.6 Begrepsavklaringer.....	13
1.7 Oppgavens oppbygging.....	14
2.0 Teoretisk rammeverk.....	15
2.1 Saksbehandler som bakkebyråkrat.....	15
2.2 Velferdsteknologi.....	16
2.3 Kari Martinsens omsorgstenkning.....	17
2.3.1 Relasjonell omsorg.....	18
2.3.2 Praktisk omsorg.....	18
2.3.3 Moralsk omsorg.....	19
2.4 Faglig skjønn.....	20
2.4.1 Sterkt og svakt skjønn.....	21
2.5 Helsefremming med salutogenese.....	21
2.5.1. Opplevelse av sammenheng.....	22
2.5.2 Generelle motstandsressurser.....	23
2.5.3 Sosial støtte.....	23
2.6 Menneske-til-menneske-forhold.....	23
3.0 Metode og metodiske overveielser.....	26
3.1 Design.....	26
3.2 Vitenskapsteoretisk ståsted.....	27
3.2.1 Fenomenologi.....	27

3.2.2 Hermeneutikken.....	27
3.2.3 Forskers forforståelse.....	27
3.3 Kvalitativt intervju .....	29
3.3.1 Intervjuguide .....	29
3.3.2 Strategisk utvalg .....	30
3.3.3 Rekruttering av informanter .....	30
3.4 Gjennomføring av intervju .....	31
3.4.1 Transkribering .....	32
3.5 Innholdsanalyse.....	32
3.6 Troverdighet.....	35
3.6.1 Gyldighet .....	35
3.6.2 Pålitelighet .....	35
3.6.3 Overførbarhet .....	36
3.7 Forskningsetiske vurderinger .....	36
3.8 Kritisk blikk på studien .....	37
4.0 Presentasjon av funn.....	39
4.1 Det individuelle er utgangspunktet for omsorg .....	39
4.2 Faglig skjønn utfordres av tilgjengelige ressurser .....	41
4.3 Kunnskap og erfaringer bidrar til gode vurderinger ved tjenestevalg .....	46
4.4 Teknologiske løsninger vurderes som både negativt og positivt .....	48
4.5 Det mellommenneskelige har betydning for tjenestevalg .....	50
5.0 Diskusjon .....	53
5.1 Individualisering .....	53
5.1.1 Mellommenneskelige relasjoner.....	57
5.2 Faglig skjønn og utfordring.....	60
6.0 Konklusjon.....	66
6.1 Implikasjoner for praksis og videre anbefalinger .....	67
7.0 Referanser .....	69
Vedlegg 1. Godkjenning NSD.....	74
Vedlegg 2. Intervjuguide .....	75

Vedlegg 3. Forespørsel om informanter .....	77
Vedlegg 4. Informasjonsskriv til informanter .....	80
Vedlegg 5. Samtykke erklæring.....	83
Vedlegg 6. Oversikt over kategorier, subtema og tema.....	84
Vedlegg 7. Utdrag fra innholdsanalysen .....	86

## Sammendrag

Innovasjon av primærhelsetjenesten har pågått i lengre tid, da det er kjent at Norge vil få en eldre befolkning i årene fremover og at det samtidig vil mangle helsepersonell til å ivareta dem. Velferdsteknologi er en innovativ løsning som derfor er blitt implementert i flere kommuner. Målet er at primærhelsetjenesten ved hjelp av velferdsteknologi skal kunne håndtere de kommende utfordringene, fordi det er forventet at velferdsteknologi vil kunne frigjøre helsepersonell til oppgaver som ikke kan ivaretas av teknologiske løsninger. Hensikten med studien var å få kunnskap og forståelse om hva som har betydning for saksbehandlernes vurdering ved valg av helse og omsorgstjeneste, når velferdsteknologi er implementert i primærhelsetjenesten. Kunnskapen vil kunne benyttes i det videre implementeringsarbeidet av velferdsteknologi. Studien har et utforskende, beskrivende og kvalitativt forskningsdesign, og det ble utført åtte individuelle semistrukturerte intervju med saksbehandlere. Innholdsanalysen til Graneheim og Lundmann ble benyttet som analyseverktøy. Funnene ble belyst med teori om omsorgstenkning, salutogenese og mellommenneskelige relasjoner. Resultatene viste at skjønnsmessige vurderinger hadde betydning for vurderingen og at det ble tatt utgangspunkt i individets helhetlige situasjon ved valget. Individualisering av tjenestene og at tjenestemottakerne skulle klare seg best mulig selv ble tilstrebet ved vurderingen. Mellommenneskelige relasjoner hadde betydning for om det ble innvilget hjemmesykepleie eller velferdsteknologi. Ressursmangel i helsetjenesten utfordret saksbehandlernes faglige kunnskap, samtidig vektla de sin fagkunnskap fremfor hensynet til ressursene. Studien viste at det må være handlingsrom til å foreta skjønnsmessige og faglige vurderinger ved valget, når velferdsteknologi implementeres, da ikke alle tjenestemottakerne kunne bli ivaretatt med velferdsteknologi.

## 1.0 Introduksjon

I Norge har det over lengre tid blitt arbeidet med innovasjon av den kommunale helse og omsorgstjenesten. Dette for å sikre at hver enkelt skal få nødvendig og faglig forsvarlig helsehjelp, den dagen de har behov for helse og omsorgstjenester ute i kommunene (Willumsen et al., 2015, s. 25). Det er allmenn kjent at «eldrebølgen» vil ramme Norge i årene fremover (Thygesen, 2019, s. 33). All kunnskap tilsier at en eldre befolkning har behov for flere helsetjenester enn en yngre befolkning. I tillegg til den demografiske endringen, er det også kjent at det vil mangle kvalifisert helsepersonell som kan gi dem nødvendig helsehjelp (Thygesen, 2019, s. 33–34). I kommunene skal hjemmesykepleien gi forsvarlige og omsorgsfulle helsetjenester til mennesker i alle aldre som bor hjemme (Holm & Wiik, 2020, s. 108–109). Det er utviklet ulike teknologiske løsninger og velferdsteknologi er implementert i flere kommuner med tanke på å bidra til at primærhelsetjenesten kan håndtere de kommende utfordringene (Knutshaug & Nakrem, 2017, s. 25). Velferdsteknologi er teknologiske løsninger som kan bidra til at individet klarer seg best mulig selv og kan i tillegg være helsefremmende ved å forebygge ytterligere funksjonsfall (Knutshaug & Nakrem, 2017, s. 18). I primærhelsetjenesten benyttes velferdsteknologi for å effektivisere og utnytte tilgjengelige ressurser på en mer hensiktsmessig måte (Thygesen, 2019, s. 138-139). Det forventes blant annet at bruk av velferdsteknologi kan frigjøre menneskelige ressurser fra tradisjonell hjemmesykepleie. Dermed kan helsepersonell utføre andre oppgaver, når det er mulig å gi mennesker helsetjenester på avstand. I tillegg forventes det at implementering av velferdsteknologi kan gi rimeligere helse og omsorgstjenester til den enkelte tjenestemottaker og dermed en økonomisk gevinst for primærhelsetjenesten (Thygesen, 2019, s. 34–35).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for denne studien er valget mellom velferdsteknologi og hjemmesykepleie. Det er et tema som det er viktig å få mer kunnskap om, når en kjenner til de kommende demografiske endringene og mangel på helsepersonell som kan ivareta deres behov for helse og omsorgstjenester i kommunene (Sirnes, 2016, s. 80). I tillegg er den politiske føringen at det skal legges til rette for at eldre mennesker skal kunne bo lengre hjemme (Thygesen, 2019, s. 26). Etter norsk lovgivning har alle rett på nødvendige helse og omsorgstjenester, der man oppholder seg i landet. Det innebærer at kommunene skal gi faglig forsvarlige tjenester til de som oppholder seg i kommunen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, s. §3-1). Dagens tradisjonelle hjemmesykepleie har flere målsettinger. Tjenesten skal være helhetlig og

tilpasset den som har behov for hjelp. Hjemmesykepleien skal gi nødvendig helsehjelp, samt bidra til å fremme helse hos dem som har behov for helsetjenester. Dette ved å legge til rette for at tjenestemottakerne skal kunne benytte egne ressurser ved utførelse av daglige gjøremål. Hjemmesykepleien skal samtidig benytte flere innovative løsninger i arbeidet og gi tjenester med god faglig kvalitet i samarbeid med både tjenestemottakerne og deres pårørende (Holm & Wiik, 2020, s. 17–19).

Det er utviklet flere velferdsteknologiske løsninger, med formål om å avlaste den tradisjonelle hjemmesykepleien i kommunene. Helsepersonell vil da benyttes til å utføre de oppgaver som ikke kan ivaretas ved hjelp av velferdsteknologi. Teknologien vil være en støtte i utviklingen av helse og omsorgstjenestene i kommunene (Thygesen, 2019). Flere kommuner har utarbeidet egne handlingsplaner for implementering av velferdsteknologi i primærhelsetjenesten. Målet er at velferdsteknologi skal gi brukerne trygge og faglig forsvarlige tjenester, samt bidra til at flere klarer seg lengre på egenhånd i egen bolig (Holm & Wiik, 2020, s. 141). Andre mener at velferdsteknologi ikke kan erstatte det som i politisk sammenheng ofte blir omtalt som «varme hender» (Sirnes, 2016, s. 85).

Flere politiske dokumenter gir føringer for hva som forventes fremover av de kommunale helse og omsorgstjenestene i landet vårt (Sirnes, 2016, s. 81). I stortingsmeldingen *Helsenæringen* viser en til hvordan man sammen må arbeide for innovasjon i helsetjenesten (Meld. St.18 (2018-2019)). Det understrekes i stortingsmeldingen *Leve hele livet* hvordan man sammen skal sikre gode og tilgjengelige tjenester når det er behov for dem, slik at den enkelte skal kunne leve livet sitt fullt ut (Meld. St.15 (2017-2018)). Stortingsmeldingen *Fremtidens primærhelsetjeneste* viser til at for å møte fremtidens utfordringer med tanke på den demografiske endringen og samtidig mangel på helsepersonell, må kommunehelsetjenesten utvikle seg (Meld. St.26 (2014-2015)). Stortingsmeldingen *Morgendagens omsorg* peker på at implementering av velferdsteknologi i primærhelsetjenesten vil utvikle dagens helsetjeneste og bidra til å møte de kommende utfordringene (Meld. St. 29 (2012-2013)). I rapporten *Innovasjon i omsorg* beskrives velferdsteknologi som teknologiske løsninger som kan bidra til at mennesker ikke vil ha behov for helse og omsorgstjenester like tidlig som i dagens helsetjeneste. Samtidig vil de menneskene som kan nyttiggjøre seg av velferdsteknologi være selvstendige i egne liv lengre (NOU 2011:11).



Min egen yrkeserfaring som sykepleier, er en medvirkende årsak til valg av tema for denne studien. De siste årene har jeg arbeidet som saksbehandler i en kommune, hvor en av arbeidsoppgavene er å kartlegge innbyggernes behov for helse og omsorgstjenester. På bakgrunn av egen yrkeserfaring opplever jeg at det er behov for kunnskap om hva som har betydning for saksbehandlerne ved behandling av søknader om helse og omsorgstjenester, når velferdsteknologi er implementert i primærhelsetjenesten. Dette fordi saksbehandlerne er utdannet helsepersonell og har ansvar for å forvalte tilgjengelige ressurser slik at de blir fordelt rettferdig og ivaretar flest mulig innbyggere, samtidig som de må forholde seg til økonomiske rammer (Sirnes, 2016, s. 82–84). Det forventes at saksbehandlerne bidrar til reduksjon av utgifter der det er mulig innenfor helse og omsorgstjenestene (Holm & Wiik, 2020, s. 20). Kommunene skal gi god omsorg til den enkelte, men samtidig ha lavest mulig nivå av tjenester og hjelpen som gis skal være faglig forsvarlig. Flere av de politiske føringene har som mål at den enkelte skal klare seg best mulig på egenhånd (Sirnes, 2016, s. 84–85). Erfaringene er at implementering av velferdsteknologi i primærhelsetjenesten tar lengre tid enn forespeilet (Thygesen, 2019). Det innebærer at utgiftene til hjemmesykepleie øker og mulighetene som velferdsteknologi gir benyttes ikke så ofte som ønsket, med tanke på de politiske føringene. Det langsiktige målet ved implementering av velferdsteknologi er at de to tjenestene skal utfylle hverandre og komme tjenestemottakeren til gode (Holm & Wiik, 2020, s. 141).

Det er behov for mer kunnskap om hvilke forhold som har betydning for saksbehandlerne ved valg av helse og omsorgstjeneste og hva de vektlegger ved valg av de to tjenestene velferdsteknologi og hjemmesykepleie. Denne kunnskapen er viktig fordi saksbehandlerne har betydning for hvilke helse og omsorgstjenester som innvilges i kommunene og hvordan tilgjengelige ressurser forvaltes. Saksbehandlerne har dermed betydning for hvordan kommunene klarer å følge opp de politiske føringene som er gitt og hvordan kommunene møter de kommende samfunnsutfordringene (Sirnes, 2016, s. 82–85).

## 1.2 Tidligere forskning på dette området

Det utvikles stadig nye innovative teknologiske løsninger og velferdsteknologi er derfor et område som er under stadig utvikling og hvor flere studier er utført. Det ble utført søk etter tidligere relevant forskning på ulike tidspunkt i forskningsprosessen. Dette for å favne relevant forskningslitteratur som kunne bidra til å belyse studiens problemstilling. Det er

utført søk i databasene Chinahl, Academic Search Premier, SveMed+ og Idunn med veiledning fra bibliotekar ved Universitetet i Stavanger. Søkeordene som ble benyttet i ulike kombinasjoner var; velferdsteknologi, welfare technology, home nursing, municipality, professional competence og professional judgement. Søkene ble avgrenset til å være peer reviewed, ikke mer enn 10 år gamle og fra Europa, Canada eller Australia. Denne geografiske avgrensningen ble valgt, da jeg ønsket å favne forskningslitteratur som kunne relateres til organiseringen av den norske velferdsstaten. Nedenfor følger en kort beskrivelse av relevant tidligere forskning som vil benyttes i diskusjonsdelen av studiens funn.

En kvalitativ studie har undersøkt etiske utfordringer fra et lederspesspektiv når omsorg skal gis i kommunehelsetjenesten ved å benytte fokusgruppeintervju. Studien belyser utfordringer og muligheter med velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten, samt hvilke etiske vurderinger som må foretas når tilgjengelige ressurser skal fordeles (Slettebø et al., 2018). Øydgard (2018) har i sin etnografiske studie sett nærmere på hvordan saksbehandlere som arbeider etter en bestiller- utfører modell i helse og omsorgstjenesten, tilpasser behovene til enkeltmennesker til det kommunale tilbudet. Det påpekes også hva en anser som nødvendig helsehjelp, når ressursene er begrenset. Casestudien til Frennert (2019) viser til at sentrale omsorgsverdier kan gå tapt i den digitaliseringen som nå skjer i primærhelsetjenesten og at teknologiske løsninger som benyttes derfor bør støtte omsorgens verdier. Studiens funn viser også at primærhelsetjenesten må utføre flere endringer, når omsorg skal gis gjennom teknologiske løsninger.

En studie undersøkte hvordan ulike kommuner har arbeidet med implementering av velferdsteknologi og gir en beskrivelse av ulike utfordringer som kan oppstå ved implementeringen. Det påpekes at en må benytte sin fagkunnskap og tenke helhetlig ved bruk av teknologiske løsninger i helsetjenesten (Lo et al., 2019a). En annen relevant kvalitativ studie tar utgangspunkt i ledere og helsepersonell som arbeider i kommunehelsetjenesten. Studien peker på hva som er nødvendig for å benytte velferdsteknologi i primærhelsetjenesten på en trygg og sikker måte. Resultatene i studien viser at det må være samsvar mellom tjenestemottakers behov og ressurser, når det skal vurderes hvilke tjenester som skal innvilges i kommunene (Johannessen et al., 2019).

En annen relevant kvalitativ studie undersøkte hvilken betydning involvering av helsepersonell har når velferdsteknologi skal benyttes i hjemmesykepleien. Funn i studien peker på at kunnskap om teknologiske løsninger hos helsepersonell er viktig for at de skal benytte løsningene i sitt arbeid. Samtidig viser studien at helsepersonell erfarte at fysiske møter og observasjoner ble undervurdert ved implementering av teknologiske løsninger. Det understrekes at det må være et samarbeid hvor det vurderes om den teknologiske løsningen er hensiktsmessig eller ikke for det enkelte individ (Glomsås et al., 2020). Lassen (2017) undersøkte årsakene til at helsepersonell benytter eller ikke benytter de teknologiske løsningene som implementeres i helsetjenesten. Funn i hennes studie påpeker at teknologiske løsninger endrer arbeidsrutiner til ansatte og at det derfor kan bli vanskeligere å benytte løsningene. Et annet sentralt funn i hennes studie er at de teknologiske løsningene må gi mening for de ansatte, for at de skal benytte dem.

Tøndel (2018) undersøkte i sin etnografiske studie hvordan teknologiske løsninger kan gi trygghet og omsorg til tjenestemottakere uten at helsepersonell fysisk er til stede hos dem. Studiens funn peker på at samspillet mellom tjenestemottaker og helsepersonell har betydning for hvordan omsorg på avstand erfares av både den som mottar og profesjonsutøveren som gir omsorg via teknologi. En annen relevant kvalitativ studie undersøkte konsekvensene av implementering av medisindispensere i hjemmesykepleien. Medisindispenseren har ført til at måten omsorg utøves til den som har behov for hjelp til å ta sine medisiner er endret. Flere tjenestemottakere har på grunn av medisindispenseren mistet den daglige kontakten med hjemmesykepleien. Et av målene med implementeringen av medisindispenseren var effektivisering av hjemmesykepleien. Funn i studien understreker at helsepersonell må stole på at teknologien fungerer hensiktsmessig for de som får sine medisiner på denne måten (Kleiven et al., 2020).

### 1.3 Studiens hensikt

Hensikten med denne studien er å få kunnskap og forståelse om saksbehandlernes vurdering ved valg av helse og omsorgstjeneste, når velferdsteknologi er implementert i primærhelsetjenesten. Funnene i studien vil kunne benyttes i det videre innovasjonsarbeidet av helse og omsorgstjenestene i kommunene og i arbeidet med implementering av velferdsteknologi.

## 1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål

Problemstillingen for denne studien er:

Hva har betydning for saksbehandlers vurdering ved valg av velferdsteknologi og hjemmesykepleie?

Samfunnsmessig er problemstillingen aktuell, da det er behov for innovasjon i helse og omsorgstjenestene i kommunene for å møte det økende antall eldre mennesker med ulike behov for helsehjelp (Thagaard, 2018, s. 49). Studien er avgrenset til å gjelde erfaringer med personer over 65 år, som opplever et funksjonsfall og som dermed henvender seg til kommunen med behov om helse og omsorgstjenester.

Følgende forskningsspørsmål vil benyttes for å besvare studiens problemstilling;

1. Hvilke vurderinger ligger til grunn for valget?
2. Hvilken betydning har faglig skjønn for valget?
3. Hvordan ivaretas omsorg for tjenestemottaker ved valget?
4. Hvordan vektlegges helsefremming for tjenestemottaker ved valget?

Forskningsspørsmålene er utdypet i utarbeidet intervjuguide (vedlegg 2).

## 1.5 Tildeling av helse og omsorgstjenester

Kommunene i Norge har ulik organisering på hvem som tildeler helse og omsorgstjenester til sine innbyggere. Bestiller- utfører modellen blir benyttet i flere kommuner etter at New Public Management teorien ble implementert på 1990- tallet. I bestiller- utfører modellen skilles det mellom den som beslutter vedtak om helsetjenester og den som utfører vedtaket. Modellen skulle i tillegg bidra til at tilgjengelige ressurser ble fordelt mer rettferdig (Holm & Wiik, 2020, s. 20). Denne studien er gjennomført i en kommune, hvor bestiller-utfører modellen benyttes ved tildeling av helse og omsorgstjenester. Når en søknad er ferdig behandlet blir et vedtak fattet og dette blir tilsendt tjenestemottakeren. I vedtaket beskrives omfang og innhold av helsetjenester som innvilges, samt opplysninger om når vedtaket skal revurderes (Holm & Wiik, 2020, s. 38).

### 1.5.1 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er en kommunal tjeneste som gir helsetjenester til mennesker som bor hjemme og som av ulike årsaker har behov for hjelp av helsepersonell. Behovet for hjelp kan være både kort og langvarig. Siden 1972 har hjemmesykepleie vært et tilbud i primærhelsetjenesten i Norge. Det var først i 1982, da kommunehelsetjenesteloven kom at det ble det en lovpålagt plikt å ha tilbud om hjemmesykepleie til de som var bosatt eller som oppholdt seg i kommunen. Siden har flere ulike reformer og endringer av helsetjenesten hatt betydning for utviklingen av hjemmesykepleien slik den i dag fremstår (Holm & Wiik, 2020, s. 15–19). I dagens hjemmesykepleie forsøker man å ta utgangspunkt i den enkelte tjenestemottakers ressurser. Hjemmesykepleien vil da med den hjelpen de gir bidra til at individet klarer seg best mulig på egenhånd og kan benytte sine egne ressurser i møte med utfordringer i sitt daglige liv (Holm & Wiik, 2020, s. 100–101).

### 1.6 Begrepsavklaringer

I denne studien er følgende beskrivelser av sentrale begreper valgt.

Saksbehandler er sykepleiere som behandler søknader om helse og omsorgstjenester i kommunen. De benytter sin sykepleiefaglige kunnskap og faglig skjønn, sammen med lover og regler for å beslutte hvilke helse og omsorgstjenester som innvilges den som søker om offentlige tjenester (Hanssen et al., 2015, s. 17–19).

Tjenestemottaker er mennesker som er innvilget helse og omsorgstjenester i kommunen. Det gjelder både dem som er innvilget teknologiske løsninger i form av velferdsteknologi og hjemmesykepleie, eller en kombinasjon av de to tjenestene (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2011, s. §1-3).

I denne studien er denne definisjonen av begrepet velferdsteknologi benyttet:

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som

teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon. (NOU 2011:11, s. 99)

### 1.7 Oppgavens oppbygging

I neste kapittel vil det teoretiske rammeverket for studien presenteres. Deretter følger metode kapittel, hvor det redegjøres for gjennomføring av forskningsprosessen. Studiens funn presenteres i fjerde kapittel, deretter følger et kapittel med diskusjon av studiens funn. Oppgaven avsluttes med konklusjon, samt implikasjoner for praksis og videre anbefalinger siste kapittel.

## 2.0 Teoretisk rammeverk

I denne delen vil det gjøres rede for begreper og teori som vil benyttes i oppgavens diskusjonsdel av funn i innhentet empiri. Teorien er de brillene som forsker har på når en forsøker å forstå innhentet empiri (Malterud, 2017, s. 47). Det redegjøres først for begrepene saksbehandler og velferdsteknologi. Deretter følger redegjørelse av omsorgstenkningen til den norske sykepleieren og filosofen Kari Martinsen (1989), som etterfølges av begrepet faglig skjønn. Etterpå redegjøres det for helsefremming og momenter av teorien om salutogenese som er utviklet av den israelsk-amerikanske sosiologen Aron Antonovsky (1980). Avslutningsvis redegjøres det for mellommenneskelige relasjoner med utgangspunkt i sykepleieteorien til den amerikanske sykepleieren Joyce Travelbee (2001).

Disse teoretiske perspektivene fra de ulike fagtradisjonene ble vurdert som hensiktsmessige for å belyse og diskutere studienes empiri, hvor hensikten er å få kunnskap og forståelse om hva som har betydning for saksbehandlerens vurdering. Dette fordi Martinsen (1989) i sin omsorgstenkning tar utgangspunkt i omsorg for den enkelte ved utøvelse av sykepleie. Antonovsky (1980) har en holistisk tilnærming til den enkelte for å bedre individets helse i sin teori om salutogenese og Travelbee (2001) tar utgangspunkt i relasjoner mellom mennesker ved utøvelse av sykepleie.

### 2.1 Saksbehandler som bakkebyråkrat

Professor i statsvitenskap Michael Lipsky (2010) bruker begrepet bakkebyråkrat, for å beskrive profesjonsutøvere som møter mennesker ansikt til ansikt ved forvaltning av offentlige ressurser. Skjønnsmessige vurderinger er en stor del av deres arbeidshverdag, da de skal utforme velferdstjenestene i praksis. Bakkebyråkraterne er en del av en organisasjon og sykepleiere som saksbehandlere favnes av dette begrepet (Lipsky, 2010, s. 3). I utførelsen av sitt arbeid opplever bakkebyråkraterne flere utfordringer. De må blant annet forholde seg til at tilgjengelige ressurser er mindre enn behovet som etterspørres. Samtidig skal de forholde seg til føringer som er gitt av ledelsen i organisasjonen. Bakkebyråkrater tar beslutninger på den informasjonen de har tilgjengelig og ofte tas beslutninger på kort tid. De opplever ofte et krysspress på hva en som profesjonsutøver vurderer og hvilke ressurser som er tilgjengelige (Lipsky, 2010, s. 27–29). Bakkebyråkrater kan tildele tjenester både etter rettigheter og skjønn. Når mennesket har en lovfestet rett, da oppfyller individet ulike vilkår for en bestemt tjeneste. Benyttes skjønn ved tildelingen, da benytter saksbehandleren retningslinjene for

tjenesten og det er ikke klare regler for hva den enkelte har krav på i den bestemte situasjonen (Stamsø, 2017, s. 138). Den skjønnsmessige vurderingen foretas i handlingsrommet som saksbehandleren har etter gjeldende lovverk. Bakkebyråkratene kan ivareta individuelle hensyn hos den enkelte innbygger ved å benytte skjønnsmessige vurderinger. Menneskene som henvender seg til bakkebyråkratene beskriver sine egne behov og utfordringer som de trenger hjelp til (Hanssen et al., 2015, s. 26–28).

## 2.2 Velferdsteknologi

Velferdsteknologi som begrep ble introdusert i rapporten *Innovasjon i omsorg* (NOU 2011:11). Selve begrepet kommer fra Danmark og benyttes i helse og omsorgstjenesten i Norden, for å møte de kommende demografiske utfordringene. Begrepet favner flere ulike teknologiske løsninger som kan benyttes av enkeltindivider eller deres pårørende, slik at en klarer seg best mulig på egenhånd i dagliglivet (Thygesen, 2019, s. 26–27). Teknologiske løsninger er tenkt til å kunne bidra til at flere eldre kan ivaretas hjemme selv om tilgjengeligheten på helsepersonell reduseres (Knutshaug & Nakrem, 2017, s. 16–17). I tillegg kan velferdsteknologi bidra til at den enkelte klarer seg lengre på egenhånd i eget liv, selv om deres funksjonsnivå reduseres (NOU 2011:11, s. 99).

Tre kriterier benyttes når teknologi skal defineres som velferdsteknologi. Det første er at den teknologiske løsningen kan benyttes i helse og omsorgstjenesten. Det andre kriteriet er at velferdsteknologi gir mulighet til å gi helse og omsorgstjenester på avstand til enkelt mennesker. Det tredje kriteriet er at målgruppen for den teknologiske løsningen er tjenestemottakeren selv eller deres pårørende (Thygesen, 2019, s. 26–27). I tillegg har implementeringen av velferdsteknologi i helsetjenesten tre målsetninger. Det første målet er at eldre kan bo lengre hjemme og bedre deres opplevelse av livskvalitet. Det andre målet er at de teknologiske løsningene skal bidra med å håndtere de kommende utfordringene i helsetjenesten. Det siste målet er at velferdsteknologi skal bidra til en bedre økonomi, samt utvikling av nye teknologiske løsninger som kan benyttes i helsetjenesten (Nielsen Hauge, 2017, s. 87).

Rapporten *Innovasjon i omsorg* (NOU 2011:11) formidler at målet med velferdsteknologi ikke er å erstatte menneskelige ressurser i primærhelsetjenesten, men at velferdsteknologi skal



bidra til at menneskelige ressurser benyttes der det er nødvendig. En av hensiktene med implementering av velferdsteknologi er at løsningene skal bidra til at kvaliteten på helse og omsorgstjenestene opprettholdes i møte med de demografiske endringene (NOU 2011:11, 2011, s. 114–115). Implementeringen av velferdsteknologi i helsetjenesten bidrar med både muligheter og utfordringer (Kiran, 2017). I tillegg stilles det flere etiske spørsmål når velferdsteknologi skal benyttes for å gi helsetjenester. Spørsmålene omfatter blant annet tjenestemottakernes autonomi, privatliv og samtykke (Hofmann, 2019). Videre har implementeringen av velferdsteknologi konsekvenser for hvordan helsepersonell skal gi helsetjenester til tjenestemottakerne (Thygesen, 2019, s. 38–40).

Det finnes ulike teknologiske hjelpemidler som kan benyttes av hjemmeboende. Når empirien i denne studien ble innhentet, var dette de teknologiske løsningene som kunne benyttes av hjemmeboende tjenestemottakere i den kommunen hvor studien ble utført; trygghetsalarm, medisindispenser, dørsensor, fallalarm og nattkamera. Trygghetsalarmen benyttes for at hjemmeboende ved å trykke på en alarmknapp, skal kunne få kontakt med helsepersonell som kan hjelpe dem. Denne teknologiske løsningen skal bidra til at tjenestemottaker føler seg trygg hjemme i egen bolig (Knutshaug & Nakrem, 2017, s. 17). Dørsensor og fallalarm er sensoriske løsninger som aktiveres når forhåndsinnstilte kriterier oppfylles. Denne typen teknologi registrerer at det skjer en bestemt aktivitet hos tjenestemottakeren som løsningen er installert hos og da varsles helsepersonell uten at det må trykkes på en knapp (Thygesen, 2019, s. 30). Elektroniske medisindispensere gir rett medisin til rett tid etter forhåndsinnstillinger og tas de ikke som avtalt varsles hjemmesykepleien via et elektronisk system (Aasland, 2017, s. 62). Nattkamera kan gi trygghet uten at helsepersonell fysisk er til stede hjemme hos tjenestemottakeren. Kamera slås på til avtalte tidspunkt og dermed kan det oppdages på avstand hvis tjenestemottaker eksempelvis ikke kommer tilbake til sengen etter toalettbesøk om natten (Knutshaug & Nakrem, 2017, s. 19).

### 2.3 Kari Martinsens omsorgstenkning

Ordet omsorg benyttes i vårt daglige språk og forbindes med det å ta vare på og hjelpe andre. Det å utføre handlinger for å ivareta andre, slik vi ønsker at de skal ivareta oss er sentralt i omsorgen. Nestekjærlighet forbindes derfor med omsorg. I omsorg er vi nær en annen (Martinsen, 1989, s. 14). Mennesker er avhengige av hverandre (Martinsen, 1989, s. 47). I omsorgen benyttes både erfaringer og fagkunnskap, når den andre skal ivaretas (Martinsen,

1989, s. 76). Samtidig har våre verdier betydning for våre handlinger når ressurser skal fordeles rettferdig og de gjenspeiles også i samspillet med andre mennesker (Martinsen, 1989, s. 52–60). Tillit er et viktig element i omsorgen som mennesker gir hverandre. I tillegg vil god omsorg innebære at en er engasjert i den andres situasjon. Motsetningen er likegyldighet ovenfor den andre. Sykepleiere kan benytte sitt faglige skjønn for å gi god omsorg (Martinsen, 2005, s. 136–137). Ved å engasjere seg i den andre, så vil tilliten i omsorgsrelasjonen bli sterkere (Martinsen, 2005, s. 154).

Martinsen (1989) benytter tre dimensjoner for å beskrive begrepet omsorg; den moralske, den praktiske og den relasjonelle dimensjonen, den videre redegjørelsen her har utspring i hennes utlegginger.

#### 2.3.1 Relasjonell omsorg

Omsorg vises gjennom relasjoner til andre mennesker (Martinsen, 2005, s. 137). Grunnlaget for all omsorg er at det er en relasjon, hvor man vil ta vare på den andre. Ut fra nestekjærlighet forsøker en å utføre handlinger, som er til det beste for den andre. Den relasjonelle dimensjonen tar utgangspunkt i et kollektivt menneskesyn, hvor vi alle er avhengige av hverandre. Avhengigheten er i alle menneskelige relasjoner og kommer til uttrykk på ulike måter. I et kollektivt menneskesyn er ikke avhengighet det motsatte av å klare seg på egenhånd, slik det hadde vært med utgangspunkt i et individuelt menneskesyn (Martinsen, 1989, s. 14–15). Den sosiale relasjonen mellom mennesker har betydning for den relasjonelle dimensjonen i omsorgen. Mennesket sin hverdag har ingen mening, når en ikke har sosial relasjon til andre mennesker. Et av omsorgens aspekter er å ta hensyn til andre mennesker (Martinsen, 1989, s. 69). Når mennesker blir eldre og opplever funksjonsfall, blir avhengigheten av andre mer synligjort (Martinsen, 1989, s. 44). I den avhengigheten mennesker har til hverandre i en relasjon, er tilliten til hverandre sentral. Når sykepleiere utfører omsorg til andre i en yrkesrelasjon, kan tilliten i omsorgs relasjonen vokse (Martinsen, 2005, s. 136–137). Forståelse og anerkjennelse av den andres situasjon er forutsetninger for å kunne ivareta den andre på en omsorgsfull måte (Martinsen, 1989, s. 71).

#### 2.3.2 Praktisk omsorg

Den praktiske dimensjonen av omsorg handler om ansvaret for å ivareta den svake (Martinsen, 1989, s. 15). Handlinger utføres uten å forvente noe tilbake og det er situasjonen som avgjør hvilke handlinger som utføres. En vet ikke når en selv har behov for hjelp fra andre og det er derfor viktig at en tilstreber at mennesker kan leve sitt liv med utgangspunkt i

sine tilgjengelige ressurser (Martinsen, 1989, s. 16). Lignelsen om den barmhjertige samaritan benyttes ofte for å illustrere den praktiske dimensjonen av omsorg. I denne lignelsen utføres konkrete handlinger for at den andre skal ha det bedre. Det utføres en situasjonsbetinget omsorg og ikke en sentimental omsorg, hvor egne følelser avgjør deltakelse i den andres situasjon. I tillegg gis hjelpen gis uten betingelser fra den som utfører handlingen. Når praktisk omsorg utføres må det være en balansegang mellom hjelpen som gis og individets autonomi. For å kunne vite hvilke praktiske handlinger en skal utføre, må sansene benyttes og tidligere erfaringer blir nyttige (Martinsen, 1989, s. 16–17). Handlinger begrunnes i fagkunnskap og etiske vurderinger av den helhetlige situasjonen til den som ikke klarer å ivareta seg selv (Martinsen, 1989, s. 76). Faglig skjønn benyttes for å avgjøre hvilke handlinger som er mest hensiktsmessige å utføre i situasjonen (Martinsen, 1989, s. 27).

### 2.3.3 Moralsk omsorg

Omsorgens moralske dimensjon synliggjøres gjennom de praktiske handlingene som utføres i relasjonen (Martinsen, 2005, s. 136). Relasjonens kvalitet har betydning og denne dimensjonen utvikles gjennom erfaring. Verdier og prinsipper må bli en del av den som utfører de praktiske handlingene (Martinsen, 1989, s. 17). Ny kunnskap tilegnes ved å sette seg inn i den andres situasjon og utføre handlinger som er til det beste for den andre (Martinsen, 1989, s. 25–27). Vårt menneskesyn har betydning for de valg en tar i utførelsen av omsorg. I denne dimensjonen er også det å lære seg å benytte makten i en avhengighetsrelasjon til den andres beste av betydning. Det å kunne klare å sette seg inn i den andres situasjon, slik at makten kan benyttes for å ivareta den svake. Skjønnsmessige moralske vurderinger må utføres slik at de ressursene en har tilgjengelig, benyttes på en slik måte at enkeltmennesker får mulighet til å leve sitt liv på en best mulig måte (Martinsen, 1989, s.16-18). Livsytringer har betydning for den moralske dimensjonen av omsorg. Dette er menneskers grunnleggende verdiforutsetninger og favner tillit, medfølelse, talens åpenhet og barmhjertighet som mennesker ikke kan klare seg uten. Ved utførelse av omsorg må ikke livsytringene begrunnes, men handlingen en utfører må begrunnes. Oppstår det konflikter når omsorg utøves, kan skjønn benyttes. Bruk av skjønn vil bidra til å utføre handlinger som anses som hensiktsmessige i forhold til livsytringene (Martinsen, 2005, s. 137–140). I den moralske dimensjonen utføres handlinger ut fra fornuften. Det innebærer at profesjonsutøveren tar hensyn til situasjonen og etiske verdier ved utførelse av omsorgshandlinger (Martinsen, 1989, s. 48–49). Den moralske dimensjonen av omsorg læres gjennom praksis (Martinsen, 1989, s. 50–51).

## 2.4 Faglig skjønn

Det norrøne ordet «*skyn*» er opprinnelsen til begrepet skjønn og ulike ord som «dømmekraft, forstand, omdømme, vett», kan benyttes for å forklare innholdet i begrepet (Hanssen et al., 2015, s. 17). Når faglig skjønn brukes i profesjonsutøvelse innebærer det at avgjørelser tas etter at ulike hensyn og informasjon er innhentet og vurdert. Avgjørelsen tas av profesjonsutøveren selv (Hanssen et al., 2015, s.18-19). Martinsen (2005, s.149) omtaler faglig skjønn som «taus kunnskap». Faglig skjønn handler om å gi omsorg som er tilpasset den enkelte, da er det den enkeltes erfaringer som styrer handlingene og ikke reglene (Martinsen, 2005, s. 152–153).

Ved tildeling av helse og omsorgstjenester må saksbehandleren forholde seg til gjeldende lovverk. Lovverket og de føringene dette gir omtales som rettsanvendelsesskjønn. Dette gir rammene for det faglige skjønnet som saksbehandler har mulighet til å utøve ved tildeling av helse og omsorgstjenester. Når skjønn tas i bruk, benyttes blant annet tidligere erfaringer og kunnskap for å fatte den rette beslutningen (Hanssen et al., 2015, s. 18–19). Bruk av faglig skjønn er nødvendig for å kunne gi individuelle tilpassete tjenester (Hanssen et al., 2015, s. 38). Når faglig skjønn benyttes i en beslutning, må det kunne begrunnes hvorfor en har tatt det valget en har tatt. Dette forutsetter at ved bruk av faglig skjønn benyttes fagkunnskap for å ta den mest hensiktsmessige beslutningen. I tillegg til fagkunnskap må etiske vurderinger tas med når skjønnsmessige vurderinger foretas. Faglig skjønn har dermed både en moralsk og en praktisk vurdering (Hanssen et al., 2015, s. 21–22).

Det er en sammenheng mellom den grunnleggende omsorgen og skjønn. Faglig skjønn utvikles gjennom erfaring og benyttes ved utføring av handlinger i ulike omsorgssituasjoner. Skjønnet er knyttet til fagkunnskap og verdier (Alvsvåg & Martinsen, 2018). Når relasjonen som en skal utføre omsorg i er vanskelig, kan regler bidra til at rette omsorgshandlinger blir utført i omsorgssituasjonen (Martinsen, 2005, s. 140). Faglig skjønn er å se de beste løsninger for den andre i situasjonen og handle ut fra det (Martinsen, 2005, s. 162). Forståelse for den andres situasjon og benytte tidligere erfaringer, sammen med fagkunnskap har betydning for hvordan en kan hjelpe mennesker som har behov for omsorg (Martinsen, 1989, s. 76). Ved å bruke det faglige skjønnet ved utførelsen av omsorg, kan en bidra til at en ikke opptrer med likegyldighet ovenfor den som trenger hjelp, men at en setter seg inn i den svakes livssituasjon og konkrete behov for hjelp (Martinsen, 2005, s. 137).

#### 2.4.1 Sterkt og svakt skjønn

Norheim (2015) viser til rettsfilosofen Dworkins som skiller mellom sterkt og svakt skjønn. Ved utøvelse av svakt skjønn forholder profesjonsutøver seg til gjeldende retningslinjer som er fastsatt av ledere og dermed blir handlingsrommet mindre. Utøves sterkt skjønn er ikke profesjonsutøver bundet av gjeldende retningslinjer og det gir et stort handlingsrom. Hvilket handlingsrom som er gitt av lederne har dermed betydning for hvilken skjønnsutøvelse profesjonsutøveren kan utøve. Faglig forsvarlighet må alltid ivaretas når skjønsmessige vurderinger utøves (Norheim, 2015, s. 120–122).

#### 2.5 Helsefremming med salutogenese

Helsefremming for enkeltindividet er viktig i dagens helsevesen og i møte med de fremtidige utfordringene i primærhelsetjenesten. Både velferdsteknologi og hjemmesykepleie har som mål å gi enkeltindividet bedre forutsetninger for å ivareta egen helse og klare seg best mulig på egenhånd (Rannestad & Haugan, 2014, s. 19–23). Teorien om salutogenese bidrar til å belyse hvordan helsefremming kan fremmes eller hemmes ved innvilgelse av ulike typer helse og omsorgstjenester i kommunene (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 30).

Begrepet helsefremming har ikke et fast bestemt innhold, men har både en politisk og individuell betydning (Naidoo & Wills, 2016, s. 58). I helsefremming vil en både bedre den generelle helsetilstanden i befolkningen og den enkeltes helse (Lindström et al., 2015, s. 39–41). Den enkeltes helse bedres, når individet blir bevisst egne ressurser og benytter dem til å ivareta sine egne behov når helsen endres. Det er individets ressurser som er utgangspunktet for helsefremming for den enkelte (Naidoo & Wills, 2016, s. 57–58). Samtidig må det tas hensyn til de etiske prinsippene ikke-skade, autonomi og rettferdighet når en vil bedre mennesker sin helse (Naidoo & Wills, 2016, s. 93–100). Ordet helse benyttes i vårt daglige språk og har flere meninger. Mennesker beskriver ofte en god helse når de opplever velvære og en dårlig helse når sykdom rammer. I en holistisk forståelse av helse, består helse av flere dimensjoner. Enkelte av dimensjonene er individuelle og omhandler blant annet individets følelser og sosiale relasjoner. Andre dimensjoner er samfunnsrelaterte faktorer som påvirker individets helse som blant annet økonomi, mat og miljø (Naidoo & Wills, 2016, s. 4–5).

Ordet salutogenese har opprinnelse fra det latinske ordet «*salus*» og det greske ordet «*genesis*», betydningen av ordet er «helsens opprinnelse» (Lindström et al., 2015, s. 27). I teorien om salutogenese går en bort fra å se på helse ut fra patogenese, men har heller søkelys på det som kan fremme helse og individet (Antonovsky, 1980). Når helsepersonell møter mennesker som har behov for helsetjenester med en salutogen tilnærming, har man søkelys på individets egne ressurser for å bedre helsen istedenfor å påpeke deres begrensninger på grunn av sykdom (Lindström et al., 2015, s. 28).

Teorien om salutogenese beskrives ved hjelp av en «horisontal linje» (Lindström et al., 2015, s. 19), hvor mennesket i den ene enden opplever dårlig helse og i den motsatte enden har individet en opplevelse av god helse. Opplevelsen er subjektiv, og alle mennesker er i konstant bevegelse mellom de to ytterpunktene (Lindström et al., 2015, s. 19). I dagliglivet må mennesket håndtere både ytre og indre stressorer, som påvirker deres subjektive opplevelse av helsen (Antonovsky, 1980, s. 72). Håndteringen i dagliglivet kan gi mennesket en opplevelse av god helse. I motsatt fall fører håndteringen av stressorene til sammenbrudd og opplevelse av dårlig helse (Lindström et al., 2015, s. 19).

#### 2.5.1. Opplevelse av sammenheng

Et grunnleggende begrep i salutogenese er *opplevelse av sammenheng* (Antonovsky, 1980, s. 123). Dette begrepet innbefatter; «begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet» (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 39). Begripelighet innebærer at individet lettere vil akseptere den situasjonen som en nå befinner seg i. Håndterbarhet er at individet har ressurser tilgjengelig som gjør at mennesket håndterer de endringer og utfordringer en møter. Dette kan være egne ressurser eller ressurser som er tilgjengelig via ens nettverk eller goder i velferdssamfunnet. Meningsfullhet er når mennesket er motivert og opplever mening i egen tilværelse (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 39–41). Mennesker kan ha både en sterk og svak opplevelse av sammenheng (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 46–47). Når sammenhengen er sterk vil mennesket kunne benytte egne ressurser og de ressursene som er i deres omgivelser til å fremme egen helse. Mennesket kan ikke alene fremme helse. Omgivelsene som er rundt den enkelte har betydning for menneskets mulighet til helsefremming (Moksnes, 2014, s. 44–45). De tre dimensjonene er avhengige av hverandre for å bidra til helsefremming, men det å oppleve mening anses som den viktigste motivasjonen til å fremme helse. Mennesket har behov for å oppleve mening med eget liv og det er ulike faktorer som gir livet mening hos den enkelte (Lindström et al., 2015, s. 28–29).

### 2.5.2 Generelle motstandsressurser

For å kunne utvikle en opplevelse av sammenheng, må mennesket ha generelle motstandsressurser ifølge teorien om salutogenese. Dette er ressurser som ligger i enkeltmennesket selv, men også i deres omgivelser (Antonovsky, 1980, s. 99). Hvis et menneske skal utvikle en sterk opplevelse av sammenheng, må en ha minst fire generelle motstandsressurser tilgjengelig hevder Antonovsky (1980). Generelle motstandsressurser er blant annet sosiale relasjoner, meningsfulle aktiviteter, penger, kunnskap og bosted. Individet benytter de generelle motstandsressursene til å fremme egen helse og dermed styrkes den enkeltes opplevelse av sammenheng (Lindström et al., 2015, s. 30).

### 2.5.3 Sosial støtte

Sosial støtte er en av de generelle motstandsressursene ifølge teorien om salutogenese (Antonovsky, 1980, s. 114). Det er et begrep som favner både følelsesmessig støtte, praktisk hjelp, informasjon og sosialt fellesskap med andre (Antonovsky, 1980, s. 114–117). Sosial støtte har betydning for hvordan egen helse og livssituasjon oppleves (Langeland, 2012). Det er en subjektiv opplevelse av hvordan relasjoner med andre erfarer og det er derfor ulikt hvor mye sosial støtte mennesker har behov for (Drageset, 2014, s. 76–77). Erfarer mennesket at de har lite støtte i sine relasjoner kan deres opplevelse av egen helse bli redusert (Lindström et al., 2015, s. 30). Mennesket har behov for sosial støtte for å ivareta både sin fysiske og psykiske helse. Dette gjelder i ulike livsfaser. Både familie, venner og helsepersonell kan bidra med sosial støtte, slik at den enkelte opplever at livskvalitet og helse bedres (Drageset, 2014, s. 80–81). Når sosial støtte erfarer som helsefremmende opplever individet å få; følelsesmessig støtte, fellesskap, anerkjennelse, informasjon og praktisk hjelp (Drageset, 2014, s. 84).

## 2.6 Menneske-til-menneske-forhold

Det er tre faktorer som kjennetegner en mellommenneskelig relasjon. Dette er at relasjonen er god, konstruktiv og at behovene til den andre blir ivaretatt (Travelbee, 2001, s. 173).

Implementering av velferdsteknologi kan komme til å endre forutsetningene for de mellommenneskelige relasjonene, som har betydning for mennesket sin helse, fordi helsetjenester da kan gis uten å være i samme rom (Thygesen, 2019, s. 34–35). Travelbee (2001, s.29) definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess, der sykepleieren bidrar til at enkeltmennesker kan mestre, forebygge og finne mening i sykdom og funksjonsendringer. I den mellommenneskelige relasjonen gis nødvendig helsehjelp til den som har behov for hjelp. Det er profesjonsutøveren som tar initiativ til og opprettholder

relasjonen til den andre (Travelbee, 2001, s. 41–42). Et annet mennesket er dermed utgangspunktet for den mellommenneskelige relasjonen. Relasjonen preges av forandring og er en kontinuerlig prosess mellom dem. Sykepleieren ønsker gjennom relasjonen å utruste den andre til å håndtere og mestre de utfordringer som er i deres liv (Travelbee, 2001, s. 29–30). Relasjonen oppleves betydningsfull og er viktig for begge parter. Mennesket som har behov for hjelp får sine behov ivaretatt i relasjonen (Travelbee, 2001, s. 177).

Når en mellommenneskelig relasjon skapes, benyttes både verbal og nonverbal kommunikasjon mellom partene. Kommunikasjonen bidrar til at sykepleieren blir kjent med den som har behov for hjelp og ikke bare forholder seg til diagnosen. Når en har kontakt over tid, utvikles et menneske- til- menneske- forhold. Sykepleieren kan ved å være bevisst den mellommenneskelige relasjonen, gi mer individrettet hjelp til den som har behov for hjelp til å ivareta egen helse (Travelbee, 2001, s. 135–136). Det innebærer at i en mellommenneskelig relasjon har kommunikasjonen mellom de to partene betydning. Sykepleieren benytter kommunikasjon for å kartlegge individets behov for helsehjelp. Omsorg for den andre uttrykkes også gjennom nonverbal kommunikasjon. I verbal kommunikasjon benyttes ord, mens den nonverbale kommunikasjonen er det som blir sagt uten bruk av ord i samhandlingen. Dette er en gjensidig prosess mellom partene. Nærheten i den mellommenneskelige relasjonen har sammenheng med hvordan den gjensidige kommunikasjonen erfares. Den andre vil oppfatte sykepleierens hensikt med kommunikasjonen og kan da velge om det er en ensidig eller en gjensidig kommunikasjon (Travelbee, 2001, s. 136–139). Et menneske- til- menneske- forhold bidrar ifølge Travelbee (2001) til at profesjonsutøveren klarer å hjelpe den enkelte til å mestre egen situasjon, samt å forebygge en forverring av situasjonen. Partene i en slik relasjon ser på hverandre som unike mennesker. Det er ulike måter å opprettholde et menneske- til- menneske- forhold på. Ved å bli kjent med den man skal bistå, vil sykepleieren lettere vite hva som er den mest hensiktsmessige måten å hjelpe individet på (Travelbee, 2001, s. 171–173).

Den mellommenneskelige relasjonen etableres ifølge Travelbee (2001) etter at en har vært gjennom fire faser. Relasjonen kan etableres på både kort og lang tid. Det er gjensidighet som preger relasjonen (Travelbee, 2001, s. 172). Det innledende møte er første fase. Observasjon av den andre utføres av sykepleieren og partene ser ikke på hverandre som unike individ under dette møte. De kjenner hverandre ikke og begge parter danner seg et førsteinntrykk av



hverandre. Sykepleieren benytter kunnskap fra tidligere erfaringer i det første møtet og det er først når sykepleieren ser på den andre som et unikt individ at en går over i neste fase (Travelbee, 2001, s. 186–188). Neste fase er fremvekst av identiteter. Det sentrale i denne fasen er at det enkelte mennesket anses som unikt og at en klarer å bygge tilknytning til den andre. I denne fasen blir en kjent med hverandre, både med tanke på personlighet og identitet. Individene i relasjonen oppleves som enestående begge veier og det er en gjensidig forståelse av hverandre og grunnlaget for neste fase dannes. Det er først når en blir kjent med hverandre at det er grunnlag for en relasjon (Travelbee, 2001, s. 188–192). Deretter følger empati fasen. Her handler det om å få tak i hvordan den andre egentlig opplever situasjonen. Begge parter opplever i denne fasen at de har kontakt med hverandre og forståelse av situasjonen. Sykepleieren vil i denne fasen kunne forutse den andres adferd. Når en har oppnådd empati i relasjonen innebærer det at den mellommenneskelige relasjonen aldri vil bli den samme igjen, fordi en nå opplever at det er en nærhet i relasjonen (Travelbee, 2001, s. 193–200). Sympati og medfølelse er sentralt i den neste fasen. Her ønsker man å lindre den andres plager. Sykepleieren uttrykker medfølelse og viser oppriktig at en ønsker å hjelpe den andre. Dette bidrar til å styrke den som har behov for helsehjelp. Da en erfarer at handlinger ikke utføres av plikt av sykepleieren, men at en oppriktig ønsker å bidra til å bedre den andres helse. Den medfølelsen som sykepleieren erfarer for den andre vil ikke overstyre hennes følelser i situasjonen (Travelbee, 2001, s. 200–209). I den siste fasen oppnås det en gjensidig forståelse og kontakt for hverandre i relasjonen. Dette handler om erfaringer som sykepleier og den som har behov for helsehjelp har erfart sammen som er viktige og betydningsfulle. I denne fasen er det trygghet mellom partene og relasjonen er nær og unik (Travelbee, 2001, s. 211–217).

### 3.0 Metode og metodiske overveielser

I denne delen vil jeg redegjøre for forskningsprosessen som er blitt gjennomført. Den greske betydningen av ordet metode er; «*veien til målet*» (Kvale et al., 2015, s. 83). Målet er at forskningsprosessen skal være så transparent som mulig, slik at leser kan få innblikk i de valg og beslutninger som er tatt underveis i arbeidet. Det redegjøres først for studiens design, vitenskapsteoretisk ståsted og valg av metode med tanke på studiens problemstilling. Deretter følger redegjørelse av forskers forforståelse, planlegging og gjennomføring av intervju, samt utførelse av innholdsanalyse. Avslutningsvis gis det en vurdering av studiens troverdighet, samt etiske og metodiske vurderinger med tanke på forskningsprosessen som er gjennomført.

#### 3.1 Design

I denne studien ønsket jeg å se nærmere på hva som har betydning for saksbehandlerne vurdering ved valg av helse og omsorgstjeneste, når velferdsteknologi er implementert i primærhelsetjenesten. Forskning på fenomener som tar utgangspunkt i samfunnsmessige utfordringer, kan bidra til ny forståelse av virkeligheten (Thagaard, 2018, s. 49). Studien har et utforskende, beskrivende og kvalitativt forskningsdesign med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming (Kvale et al., 2015). Det var studiens problemstilling som avgjorde valg av forskningsdesign (Thagaard, 2018, s. 46–47). Kvalitativt forskningsdesign er egnet for studier der hensikten er å få innsikt i menneskers erfaringer og meninger om fenomener som undersøkes (Malterud, 2017, s. 30–32). Den valgte tilnærmingen i studien ble vurdert som egnet, fordi jeg ønsket å få kjennskap til saksbehandlerne subjektive meninger, forståelse og erfaringer om studiens problemstilling (Kvale et al., 2015, s. 42; Thagaard, 2018, s. 53). Det ble derfor vurdert som hensiktsmessig å benytte individuelle forskningsintervju for innhente datamateriell, da det ville bidra til å få frem saksbehandlerne subjektive perspektiv på studiens problemstilling (Kvale et al., 2015, s. 42). Det utforskende og beskrivende forskningsdesignet gav fleksibilitet ved gjennomføringen av studien. Ordlyden i studiens problemstilling ble spisset ytterligere underveis i forskningsarbeidet enn det som var nedtegnet i studiens prosjektplan og informasjonsskriv til forskningsfelt og informanter. I tillegg hadde jeg mulighet til å forfølge informantenes svar under intervjuene og dermed ble flere nyanser som var aktuelle for å besvare studiens problemstilling identifisert (Kvale et al., 2015, s. 140–141).

### 3.2 Vitenskapsteoretisk ståsted

En fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming i studien ble valgt, fordi det gav meg mulighet til å få kjennskap til saksbehandlerne subjektive erfaringer og meninger om fenomenene jeg ønsket å undersøke. I tillegg gav denne metodologiske tilnærmingen meg mulighet til å fortolke innhentet empiri, da målet var å frembringe ny kunnskap og forståelse om saksbehandlerne vurdering ved valg av velferdsteknologi og hjemmesykepleie.

#### 3.2.1 Fenomenologi

Den tyske filosofen Edmund Husserl født i 1859 regnes som grunnleggeren av fenomenologien, hvor det tas utgangspunkt i kjernen av fenomenet (Malterud, 2017, s. 28-29). De ytre omstendighetene rundt fenomenet holdes i bakgrunnen (Thagaard, 2018, s. 36). Fenomenologien ble videreutviklet av andre filosofer som Heidegger og Maurice Merleau-Ponty (Kvale et al., 2015, s. 44). Denne metodologien er både en forskningsmetode og en filosofi (Malterud, 2017, s. 26). I en fenomenologisk forskningsmetode er det den enkeltes subjektive opplevelse av ulike tema man ønsker å få kjennskap til og dermed bidra til utvikling av ny kunnskap (Kvale et al., 2015, s. 45-47). Denne tilnærmingen var hensiktsmessig, fordi det er den enkelte saksbehandler som kan formidle sin subjektive mening om hva som har betydning for deres vurdering. I fenomenologisk forskningsmetode forsøker forsker å legge til side sin egen forforståelse av temaet ved innhenting av datamateriell (Thagaard, 2018, s. 36).

#### 3.2.2 Hermeneutikken

Den hermeneutiske metodologien var opprinnelig knyttet til hvordan man fortolket mening i tekster. Den tyske filosofen Hans Georg Gadamer født i 1859 har hatt betydning for utviklingen av denne metodologien (Kvale et al., 2015, s. 73-74). I hermeneutikken vektlegges det at en kan tolke et fenomen på flere ulike nivåer og at det ikke bare er en måte å tolke en tekst på. Gjennom tolkning av teksten er målet at de ulike delene vil kunne forstås, når en ser på helheten i teksten som blir tolket (Malterud, 2017, s. 28). Denne tilnærmingen var hensiktsmessig, fordi jeg ønsket å se om det var grunnlag for en generell forståelse av hva som hadde betydning for saksbehandlerne vurdering på bakgrunn av deres subjektive meninger. Når fortolkning blir utført i forskning, er forsker opptatt av den underliggende betydningen av meningen med teksten. I hermeneutikken vil forskers forforståelse ha betydning for tolkning av innhentet datamateriell (Thagaard, 2018, s. 37-38).

#### 3.2.3 Forskers forforståelse

Malterud (2017, s.41) mener at det ikke er mulig for en forsker å være nøytral gjennom en forskningsprosess, men at det heller er spørsmål om hvordan forskeren påvirker

forskningsprosessen. I arbeidet med en studie har forsker med seg sine egne opplevelser, meninger og erfaringer. Forskers forforståelse er den ryggsekken som forsker tar med seg inn i forskningsprosessen. Ryggsekken som forsker har med seg, har betydning for hvordan datamateriell innhentes, gjennomføring av analyse og tolkning av innhentet datamateriell (Malterud, 2017, s. 44–45).

Jeg ble utdannet sykepleier for 20 år siden og har siden da arbeidet i primærhelsetjenesten i to ulike kommuner. Flere år av min yrkeserfaring har jeg som sykepleier i hjemmesykepleien. De siste ni årene har jeg vært ansatt som saksbehandler i en kommune, der en av arbeidsoppgavene er å behandle søknader om helse og omsorgstjenester fra innbyggerne. Ved gjennomføring av denne studien har jeg dermed forsket på eget fagfelt. Under gjennomføringen av masterstudiet i helsevitenskap har jeg selv ikke vært saksbehandler for eldre innbyggere i kommunen. Første året av studie arbeidet jeg som saksbehandler for innbyggere med utfordringer innenfor rus og psykiatri. Det siste året har jeg vært samhandlingskoordinator for somatiske utskrivelser fra spesialisthelsetjenesten. Disse tiltakene har bidratt til at jeg i min arbeidshverdag har hatt noe avstand til problemstillingen for studien.

Min nærhet til forskningsfeltet var min motivasjon for å se nærmere på temaet i denne studien (Malterud, 2017, s. 45–46). Da jeg selv har erfart at det har skjedd en utvikling de siste årene i primærhelsetjenesten. Flere teknologiske løsninger er blitt tilgjengelige for tjenestemottakerne. I tillegg erkjenner en i dag oftere at ressursene ikke strekker til, når det gjelder å få dekket behovene som innbyggerne har. Det å ha kjennskap til fagfeltet fra før, kan både være en styrke for forskningsprosessen og en svakhet (Thagaard, 2018, s. 190). Med min kjennskap til fagfeltet, så vet jeg hvordan saksbehandlerens arbeidshverdag er og hvordan saksgangen er fra de mottar en søknad til vedtak er fattet. Det medførte at jeg ikke hadde behov for å sette meg inn i den kommunale organiseringen, når det gjaldt tildeling av helse og omsorgstjenester. I tillegg har jeg forsøkt å være bevisst min egen forforståelse gjennom hele forskningsprosessen, slik at jeg kunne benytte min forforståelse til å frembringe ny kunnskap om temaet for studien (Malterud, 2017, s. 44–46).

### 3.3 Kvalitativt intervju

I et kvalitativt forskningsintervju forsøker forsker å forstå fenomenene som undersøkes fra informantenes perspektiv. Et kvalitativt intervju er en delvis strukturert samtale mellom informant og forsker, hvor målet er å frembringe ny kunnskap om fenomenene som undersøkes (Kvale et al., 2015, s. 20–22). Jeg valgte å benytte individuelle semistrukturerte intervju ved innhenting av datamateriell (Thagaard, 2018, s. 90–92). Dette ble vurdert som hensiktsmessig fordi saksbehandlerne vurderer og avgjør flere søknader om helse og omsorgstjenester på egenhånd. Individuelle forskningsintervju bidro til å få frem saksbehandlernes egne subjektive erfaringer, opplevelser og tanker om ulike fenomener i deres arbeidshverdag. I tillegg gav individuelle intervju forsker mulighet til å gå i dybden på ulike fenomener, som bidro til å besvare studiens problemstilling (Kvale et al., 2015, s. 42–46). Forsker fikk ved å benytte kvalitative forskningsintervju kjennskap til hva saksbehandlerne selv erfarte hadde betydning for deres vurdering ved valg av velferdsteknologi og hjemmesykepleie.

#### 3.3.1 Intervjuguide

Det ble utarbeidet en delvis strukturert intervjuguide (vedlegg 2), som ble benyttet ved gjennomføringen av intervjuene (Kvale et al., 2015, s. 22). Temaene for intervjuene var bestemt i forkant av intervjuene, men forsker hadde mulighet til å endre rekkefølgen på spørsmålene underveis i intervjuene hvis det var naturlig. Den delvis strukturerte intervjuguiden gav i tillegg forsker mulighet til å benytte oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuene til informantene. Fenomener som informantene formidlet i intervjuene kunne da utdypes, for å belyse studiens problemstilling (Thagaard, 2018, s. 91).

Jeg valgte å gjennomføre pilotintervju både for å prøve ut intervjuguide og for å øve på intervjurollen. Pilotintervjuet ble gjennomført med en person, som ikke innfridde inklusjonskriteriene for studien. Datamaterialet fra pilotintervjuet ble derfor ikke tatt med i det empiriske materialet for studien. Erfaringen fra pilotintervjuet gav mulighet til å finjustere intervjuguiden ytterligere før intervjuene med informantene ble gjennomført (Danielson, 2018, s. 185–186). Pilotintervjuet ble tatt opp på lydband etter samtykke fra deltakeren og ble slettet etter at forsker hadde lyttet til det. Hensikten med lydopptaket var at forsker fikk anledning til å evaluere seg selv som intervjuer og ble bevisst på hva som kunne forbedres i møte med informantene i studien. Tilbakemeldingene fra deltakeren som deltok i pilotintervjuet var nyttige for forsker. Pilotintervjuet gav forsker nyttig erfaring i hvordan

stille hensiktsmessige oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuet og være bevisst å lytte aktivt til informanten.

### 3.3.2 Strategisk utvalg

Det ble benyttet et strategisk utvalg med informanter, som innebar at informantene hadde kunnskap og erfaringer om de temaene som forsker ville undersøke nærmere for å besvare studiens problemstilling (Malterud, 2017, s. 57–59). Utvalget bestod av åtte informanter. Slik jeg vurderte det bidro dette antallet til at jeg fikk tak i flere nyanser og sikret variasjon i innhentet datamateriell (Thagaard, 2018, s. 59). Informantene var saksbehandlere fra ulike kontorer i en kommune. Ved å benytte informanter fra ulike kontorer i samme kommune, fikk forsker kjennskap til om ulike arbeidsplasser vurderte temaet ulikt, samt at datamaterialet fikk flere nyanser (Malterud, 2017, s. 63–64). Avgrensningen med å benytte informanter fra en kommune ble vurdert som hensiktsmessig, da kommunene har ulik organisering og hvilke velferdsteknologiske løsninger som er tilgjengelige for innbyggerne er ulike fra kommune til kommune. Det ble utarbeidet inklusjon og eksklusjonskriterier for informantene.

Inklusjonskriteriene for å delta som informant i studien var at deltakerne:

-var utdannet sykepleier

-snakket norsk

-var ansatt som saksbehandler i kommunen i minimum 2 år

-hadde erfaring med å behandle søknader om helse og omsorgstjenester hvor velferdsteknologi og hjemmesykepleie var aktuelle tjenester

Eksklusjonskriteriet for studien var saksbehandlere med andre helseutdanninger.

### 3.3.3 Rekruttering av informanter

I kontakt med forskningsfeltet ble min student e-post benyttet. Dette for å tydeliggjøre skille mellom mine to roller som ansatt i kommunen og som student ved Universitetet i Stavanger. Det ble sendt skriftlig henvendelse på e-post den 03.09.20 til de fire lederne ved helse og velferdskontorene i kommunen (vedlegg 3). I forespørselen ble det gitt en kort presentasjon av studien og dens formål, samt at jeg ønsket tilgang til aktuelle informanter ved deres kontor. De ble bedt om å formidle informasjon om studien til sine ansatte og oversende navn og kontaktinformasjon til ansatte som var interessert i å delta i studien (Thagaard, 2018, s. 56–57). Jeg fikk rask tilbakemelding fra tre kontorer på forespørselen, med navn og kontaktinformasjon til ansatte som ønsket å delta i studien. Etter to uker etterspurte jeg tilbakemelding fra det siste kontoret og fikk da positivt svar med navn på ansatte som ønsket å

delta i studien. Forsker gav informantene muntlig informasjon om studien over telefon ved første kontakt og oversendte skriftlig informasjon og samtykke erklæring til informantenes e-post (vedlegg 4 og 5). Tre av informantene tok direkte kontakt med meg for å avtale tid for intervju. Tid og sted for gjennomføring av intervju ble avtalt direkte med den enkelte informant. Informantene fikk selv velge tidspunkt og sted som passet for dem.

Det ble innhentet to informanter fra hvert av de fire helse og velferdskontorene i kommunen. Alle informantene var kvinnelige saksbehandlere og var som inklusjonskriteriene tilsa utdannet sykepleiere. Det var henholdsvis fra ni til tjuette år siden de ble utdannet sykepleiere. De hadde arbeidserfaring som saksbehandlere fra tre til fjorten år. Ytterligere kjennetegn ved informantene ble ikke innhentet, da det ikke ble vurdert som relevant for å besvare studiens problemstilling.

#### 3.4 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført på den enkeltes arbeidsplass i arbeidstiden. Forsker forsøkte å bidra til at intervjusituasjonen opplevdes trygg og at informantene dermed hadde tillit til intervjuer (Thagaard, 2018, s. 93–94). Rekkefølgen på gjennomføringen av intervjuene var tilfeldig. Det betydde at jeg ikke utførte begge intervjuene på en arbeidsplass før jeg gikk videre til neste kontor. Før oppstart av intervjuene informerte forsker informantene muntlig om studiens hensikt og formål. Det ble i tillegg understreket at deltagelse var frivillig og at de når som helst i forskningsprosessen hadde mulighet til å trekke seg som informant i studien uten begrunnelse. I tillegg ble informasjon om hvordan deres anonymitet ville bli ivaretatt og hvordan innhentet datamateriell ville bli oppbevart gjentatt. Det ble gitt anledning til at informantene kunne stille eventuelle spørsmål før intervjuet startet. Alle informantene signerte den skriftlige samtykke erklæringen før gjennomføring av intervju (Kvale et al., 2015, s. 104–106). To av informantene valgte å ta kopi av det signerte samtykket.

De åtte individuelle intervjuene ble gjennomført i løpet av september og oktober 2020. Lengden på intervjuene var fra 32 minutt til 43 minutt. Forsker opplevde at ved gjennomføring av det siste intervjuet, kom det ikke frem flere nyanser som belyste studiens problemstilling. Derfor antas det at metningspunktet for studien ble nådd med åtte informanter (Thagaard, 2018, s. 59).

To av informantene i studien var ansatt ved samme arbeidssted som forsker. Ved gjennomføringen av intervjuene opplevde forsker ingen forskjell på å intervju disse to informantene sammenlignet med de andre informantene i studien. Forsker opplevde hvert intervju som unikt, selv om samme intervjuguide ble benyttet i alle intervjuene. Blant annet viste dette seg ved at informantene hadde ulike måter å beskrive nyanser av temaene på. Forsker fikk tilbakemelding fra informantene om at det var relevante spørsmål i intervjuguiden og at temaet engasjerte mer enn de hadde trodd på forhånd. Alle informantene kjente til at forsker var ansatt i kommunen og hadde erfaring som saksbehandler selv. Forsker opplevde ikke at egen bakgrunn og tilknytning til kommunen var til hinder for at informantene delte sine meninger, erfaringer og opplevelser i intervjuene.

#### 3.4.1 Transkribering

Det ble benyttet båndopptaker under alle intervjuene, da ingen informanter hadde innvendinger mot det. Opptakene hadde god kvalitet. Alle intervjuene ble transkribert av forsker samme dag som de ble utført (Thagaard, 2018, s. 111–112). Transkriberingen gav forsker god kjennskap til innhentet datamateriell og mulighet til å oppdage om det var noe jeg kunne forbedre eller be neste informant om å utdype ytterligere. Intervjuene ble nedtegnet på bokmål. Navn og andre kjennetegn på informantene ble heller ikke nedtegnet, for å ivareta informantenes anonymitet. Pauser og latter ble nedtegnet med markeringer. Etter at transkriberingen var fullført, hadde jeg 82 sider med nedtegnet tekst.

#### 3.5 Innholdsanalyse

Fenomener fra virkeligheten som undersøkes kan tolkes på ulike måter, og den subjektive tolkningen har betydning for forståelsen av fenomenene (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106). Et kvalitativt forskningsintervju krever derfor en forståelse og samarbeid mellom informant og forsker, slik at den nedtegnede teksten som er utgangspunktet for en kvalitativ analyse er gjensidig, kontekstuell og verdibundet (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106). I analysen av innhentet datamateriell ble den kvalitative innholdsanalysen i tråd med Graneheim og Lundman (2004) benyttet. Denne tilnærmingen til innhentet datamateriell gav mulighet til å analysere frem både det manifeste og det latente innholdet i empirien og ble derfor vurdert til å være egnet, for å kunne få en forståelse av hva som hadde betydning for saksbehandlerne vurdering. Det manifeste innholdet er det synlige som beskrives i teksten. Det latente innholdet er den underliggende betydningen av teksten som tolkes frem av forsker



(Graneheim et al., 2017). Innholdsanalysen består av flere nivåer, der målet er å få frem likheter og ulikheter i teksten (Graneheim & Lundman, 2004).

Før jeg påbegynte arbeidet med innholdsanalysen, valgte jeg å lese gjennom egen forforståelse. Det gjorde jeg for å være så bevisst som mulig egen forforståelse ved utførelsen av analysearbeidet. Deretter leste jeg gjennom det transkriberte datamaterialet flere ganger, samtidig som jeg nedtegnet stikkord om hva som kjennetegnet hvert enkelt intervju. Den prosessen bidro til at jeg som forsker ble ytterligere kjent med innhentet datamateriell og fikk inntrykk av hva dette handlet om. Graneheim og Lundman (2004) beskriver det transkriberte datamaterialet som analyseenhet. Deretter ble meningsenheter i datamaterialet identifisert. Dette var ord eller setninger som belyste studiens problemstilling (Graneheim & Lundman, 2004). Forskningsspørsmålene i studien ble benyttet i arbeidet med å identifisere de meningsbærende enhetene, da de ble utformet for å bidra til å besvare studiens problemstilling. Denne prosessen gjentok jeg, for å være sikker på at jeg ikke overså aktuelle meningsbærende enheter i innhentet datamateriell.

I neste nivå ble meningsenhetene kondensert. Kondenseringen innebar at meningsenhetene ble forkortet av forsker, samtidig som kjernen i det som meningsenheten fortalte ble beholdt (Graneheim & Lundman, 2004). Neste nivå var å kode de ulike meningsenhetene. Kodene var merkelapper for det manifeste innholdet i de meningsbærende enhetene (Graneheim & Lundman, 2004). I neste nivå ble det utformet kategorier av kodene. Det vil si at grupper av koder med felles innhold og betydning ble slått sammen og adskilt fra andre kodegrupper som fikk sine kategorier. Kategoriene var gjensidig utelukkende fra hverandre (Graneheim & Lundman, 2004). Når kategoriene ble dannet forholdt jeg meg til det manifeste innholdet, men noe tolkning fant sted i og med at det ble laget kategorier som favnet flere koder (Graneheim et al., 2017).

Neste nivå i innholdsanalysen var å tolke frem latent innhold i utforming av subtema, som bestod av flere kategorier som formidlet noe om det samme (Graneheim & Lundman, 2004). Den latente abstraksjonen av det manifeste innholdet ble synlig på dette nivået i innholdsanalysen (Graneheim et al., 2017). Det siste nivået i innholdsanalysen var å formulere overbyggende tema. I disse ble det latente innholdet i subtemaene ytterligere abstrahert

(Graneheim et al., 2017). Det ble utformet fem tema i denne innholdsanalysen, med tilhørende subtema og kategorier (vedlegg 6). I tabell 1 vises noen få eksempler fra analyseprosessen.

Flere eksempler fra innholdsanalysen vises i vedlegg 7.

Tabell 1.

Meningsbærende enhet	Kondensat	Kode	Kategori	Subtema	Tema
å behandle hver enkelt som, som et enkelt individ. Eh og ... handle ut fra det	Behandle hver enkelt som et enkelt individ.	Individuell behandling	Individet fremfor systemet	Tilpasning av tjenester	Det individuelle er utgangspunktet for omsorg
passe på og ikke behandle alle likt da. At ok, to damer på 95 år med lårhalsbrudd, skal ikke behandles likt, du må jo vurdere hver enkelt	Vi må vurdere hver enkelt søker. To damer på 95 år med lårhalsbrudd kan ikke behandles likt.	Ulik behandling	Individet fremfor systemet	Tilpasning av tjenester	Det individuelle er utgangspunktet for omsorg
Hvis vi kommer tidlig på hjemmebesøk og får avklart det, hva er viktig for deg	Få avklart hva som er viktig for deg på et tidlig hjemmebesøk.	Tidlig hjemmebesøk	Fysisk møte	Viktighet av å se den enkelte	Det individuelle er utgangspunktet for omsorg

Gjennomføringen av innholdsanalysen var ikke en rettlinjert prosess slik som den her blir fremstilt, men i prosessen beveget jeg meg frem og tilbake mellom de ulike nivåene. Dette for å ivareta en troverdig abstraksjon mellom de ulike nivåene (Graneheim et al., 2017). Veileder for masteroppgaven fikk oversendt material med empiri og analyse underveis i analyseprosessen og ulike måter å tolke datamaterialet på ble diskutert i veiledningstimer. Det bidro til validering av analyseprosessen underveis. Målet med analysearbeidet var konsensus, som innebar en enighet om en rimelig fortolkning om det som var analysert frem i innholdsanalysen (Kvale et al., 2015, s. 284). Min erfaring og forforståelse som forsker kan ha påvirket gjennomføringen av analyseprosessen, selv om jeg har forsøkt å være bevisst dette i utførelsen av arbeidet.

### 3.6 Troverdighet

Troverdighet i kvalitativ forskning innebærer en vurdering av hvor pålitelig gjennomføringen av forskningsprosessen har vært og styrkes ved at forsker beskriver hvordan forskningsarbeidet er blitt utført (Thagaard, 2018, s. 187–188). I kvalitativ forskning benyttes begrepene gyldighet, pålitelighet og overførbarhet for å bedømme troverdigheten til en utført studie (Graneheim & Lundman, 2004, s. 109). Jeg vil i det følgende belyse disse i forhold til min studie.

#### 3.6.1 Gyldighet

I kvalitativ forskning innebærer gyldighet at resultatene av en studie er troverdige (Thagaard, 2018, s. 181). Gyldighet handler om valg av metode for å besvare studiens problemstilling og tillit til analysearbeidet som er gjennomført av innhentet datamateriell (Graneheim & Lundman, 2004, s. 109). Studiens gyldighet har derfor sammenheng med valg av tema, utvalg av informanter og metoden som ble benyttet ved gjennomføring av forskningsarbeidet. Dette er beskrevet detaljert i tidligere avsnitt, noe som er med å styrke studiens gyldighet. I tillegg er det i tidligere avsnitt gitt beskrivelse av forskers kontakt med forskningsfeltet, gjennomføring og transkribering av intervjuene, samt utførelse av innholdsanalyse med mål om å ivareta studiens gyldighet (Graneheim & Lundman, 2004, s. 109–110). Denne studiens gyldighet kan svekkes av at to informanter har samme arbeidssted som forsker, fordi forsker dermed hadde en kollegial relasjon til to av studiens informanter. Det er derfor i tidligere avsnitt beskrevet hvordan forsker erfarte intervjuene og hva som ble gjort for å ha en profesjonell kontakt med forskningsfeltet.

#### 3.6.2 Pålitelighet

I kvalitativ forskning handler pålitelighet om at forsker må gjøre det tydelig for leser om det er forsker sin tolkning eller informantenes stemme som formidles i de ulike delene av den skriftlige beskrivelsen av studien (Graneheim et al., 2017, s. 33). Det er i tidligere avsnitt gjort rede for analysearbeidet, slik at leser kan følge de ulike nivåene og dette medvirker til økt pålitelighet. Forskers forforståelse vil ved gjennomføring av en studie ha betydning for ulike deler av forskningsarbeidet (Graneheim et al., 2017, s. 33). Det er derfor gjort rede for egen forforståelse tidligere i kapittelet også med tanke på studiens pålitelighet. Forsker rådførte seg med veileder på flere ulike tidspunkt gjennom hele forskningsprosessen. Rådføringen innebar blant annet utveksling av kunnskap, alternative tolkninger og faglige diskusjoner. Ved gjennomføring av innholdsanalysen ble de ulike nivåene diskutert med veileder flere ganger, fordi en tekst kan tolkes på flere ulike måter og målet var konsensus om tolkningen. Forskers

rådføring med veileder vil også kunne bidra til økt pålitelighet av resultatene (Graneheim et al., 2017, s. 33).

### 3.6.3 Overførbarhet

Resultatet av et forskningsarbeid er troverdig, når det kan overføres til andre situasjoner (Kvale et al., 2015, s. 289–290). For å styrke denne studiens overførbarhet er det tidligere gitt en beskrivelse av studiens kontekst, samt utvalgets egenskaper og studiens hensikt (Graneheim & Lundman, 2004, s. 110). I denne studien ble et strategisk utvalg med informanter benyttet, som hadde god kjennskap til fenomenene som skulle belyses. Resultatene fra denne studien kan benyttes i andre kontekster, da en i studien har innhentet informasjon om informantenes meninger og kjennskap til temaet som ble undersøkt (Malterud, 2017, s. 63). Størrelsen på utvalget i en studie avgjør ikke alene om resultatene kan overføres til andre kontekster. Alle informantene hadde mye kunnskap om temaet og informasjonsstyrken var derfor høy i denne studien (Malterud, 2017, s. 63). Resultatene av denne studien kan ikke generaliseres til å favne alle norske kommuner (Malterud, 2017, s. 66–67), da den er utført i en kommune som tildeler helse og omsorgstjenester etter bestillerutfører modellen. Denne studiens resultater gir leseren kjennskap til hva som har betydning for saksbehandlernes vurdering ved valg av helse og omsorgstjeneste, når velferdsteknologi er implementert i primærhelsetjenesten. Studienes resultater vil være nyttig i det videre implementeringsarbeidet av velferdsteknologi i primærhelsetjenesten, fordi studien bidrar med kunnskap om hva som har betydning for saksbehandlernes vurdering ved valg av velferdsteknologi og hjemmesykepleie. I tillegg bidrar studien med kunnskap om hvorfor velferdsteknologi ikke benyttes så ofte som ønsket av saksbehandlerne. I kvalitativ forskning er en indikator på overførbarhet at studiens resultater bidrar til at andre forstår mer om sitt eget (Malterud, 2017, s. 67).

## 3.7 Forskningsetiske vurderinger

Ved utførelse av forskningsarbeid må forsker forholde seg til etiske prinsipper og forskningsetiske retningslinjer gjennom hele forskningsprosessen. Helsinkideklarasjonen fra 1964 gir retningslinjer for gjennomføring av forskning. Forskningsarbeid skal vurderes av andre før arbeidet påbegynnes (Kjellstrøm, 2018, s. 78). Denne studien ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), dato 21.08.2020 og har referansekoden 347781 (vedlegg 1). Malen til NSD ble benyttet når jeg utarbeidet skriftlig forespørsel om informanter til forskningsfeltet, informasjonsskriv til informantene og samtykke erklæring.

Forsker gav informantene både muntlig og skriftlig informasjon om studien, før det ble innhentet skriftlig samtykke. Når samtykket var signert, ble intervjuene gjennomført (Thagaard, 2018, s. 22–23). Før gjennomføring av intervjuene, ble informasjon om at informantene kunne trekke seg fra studien når som helst i forskningsprosessen uten å begrunne valget gjentatt. Alt datamateriell informanten hadde bidratt med i studien ville da bli slettet (Kjellstrøm, 2018, s. 89–91). Dette ble gjort for å understreke at deltakelse i studien var frivillig.

Forsker sørget for at deltagelse i forskningsarbeidet ikke hadde negative konsekvenser for informantene (Thagaard, 2018, s. 26). I denne studien ble et strategisk utvalg benyttet og forsker måtte derfor i tillegg vurdere konsekvensene for de andre som utvalget representerte (Kvale et al., 2015, s. 107). Ivaretagelse av informantenes anonymitet har blitt ivaretatt ved gjennomføring av forskningsarbeidet ved å ikke nedtegne navn, dialektord og andre kjennetegn ved transkriberingen av det empiriske datamaterialet (Thagaard, 2018, s. 24). Lydopptak av intervjuene og kodenøkkel med navn på informantene har blitt oppbevart adskilt i to ulike låsbare skap under gjennomføringen av forskningsarbeidet. Dette vil slettes etter at forskningsarbeidet er innlevert og vurdert ved Universitetet i Stavanger. Forsker har ansvaret for at analysen av datamaterialet, samt at formidlingen av studiens resultater blir utført på en etisk forsvarlig måte (Kvale et al., 2015, s. 108). I neste kapittel hvor studiens funn presenteres, blir sitater benyttet for å tydeliggjøre informantenes stemme. Sitatene er på bokmål og dialektord er omformulert for å ivareta informantenes anonymitet.

### 3.8 Kritisk blick på studien

Da forsker i denne studien ikke har tidligere erfaring som intervjuer, vil det ha vært forskjell på gjennomføringen av de åtte intervjuene. Samme intervjuguide ble benyttet under alle intervjuene, men det ble stilt ulike oppfølgings spørsmål til informantene. Dette for å få informantenes egne beskrivelser av hva de egentlig mente med det som ble sagt. Intervjuer som person har også hatt betydning for kvaliteten på innhentet datamateriell (Kvale et al., 2015, s. 85–87).

Forskers forforståelse og erfaring som saksbehandler, innebar at forsker hadde mye kunnskap om informantenes arbeidshverdag. Forskers nærhet til forskningsfeltet gav i denne studien

mulighet til å stille relevante spørsmål og kan ha bidratt til at jeg har fått frem andre nyanser enn det en forsker uten kjennskap til fagfeltet ville ha gjort (Malterud, 2017, s. 44–46). Imidlertid kan det være en svakhet å forske på eget fagfelt, da forsker kan rammes av feltblindhet. Det innebærer at forsker leter etter det som støtter egne erfaringer og opplevelser fra fagfeltet og kan da overse andre nyanser som vil bidra til å fremme ny kunnskap om temaet (Malterud, 2017, s. 155–156). Gjennom forskningsprosessen har jeg forsøkt å være bevisst egen forforståelse. Jeg valgte å nedtegne egen forforståelse før oppstart av forskningsarbeidet. Forforståelsen kan bli benyttet på en konstruktiv måte, når forsker er bevisst på hva man som forsker tar med seg inn i forskningsprosessen (Malterud, 2017, s. 44–46). Nedtegnet tekst om egen forforståelse ble tatt frem flere ganger underveis i forskningsprosessen og hjalp meg å være bevisst egen forforståelse ved innhentning av datamateriell og deretter i det videre analysearbeidet med tolkning av teksten (Thagaard, 2018, s. 190–191).

Det kan være en svakhet ved studien at to av informantene hadde samme arbeidssted som forsker. Når forskningsarbeid utføres på eget arbeidssted, må forsker være bevisst hva en ønsker å utforske. I tillegg må forsker kunne ha både nærhet og distanse til innhentet datamateriell, for å kunne tolke empirien og dermed utvikle ny kunnskap (Malterud, 2017, s. 156). Det er derfor i tidligere avsnitt gjort rede for innhenting av informanter, gjennomføring av intervju og gjennomføring av innholdsanalysen.

## 4.0 Presentasjon av funn

I denne delen vil fortolkning av funnene i analysen presenteres. Det er også benyttet sitater fra informantene for å understreke empirien og informantenes stemme i presentasjonen. Dette også for at leser skal kunne vurdere relevans og troverdighet til funnene som presenteres.

Informantene vil heretter omtales som saksbehandlere. Presentasjonen er delt opp i fem hovedtema, med tilhørende subtema som var resultatet etter gjennomført innholdsanalyse av studiens empiri. Tabell 2 viser en oversikt over subtema og tema.

Tabell 2.

Subtema	Tema
<ul style="list-style-type: none"><li>• Viktigheten av å se den enkelte</li><li>• Tilpasning av tjenester</li></ul>	Det individuelle er utgangspunktet for omsorg
<ul style="list-style-type: none"><li>• Regelverkets betydning for faglig vurdering</li><li>• Økonomiens betydning for faglig vurdering</li><li>• Økonomibesparende teknologi</li></ul>	Faglig skjønn utfordres av tilgjengelige ressurser
<ul style="list-style-type: none"><li>• Erfaringers betydning for faglig skjønn</li><li>• Vurdering med støtte i faglig skjønn</li><li>• Betydning av faglige diskusjoner</li></ul>	Kunnskap og erfaringer bidrar til gode vurderinger ved tjenestevalg
<ul style="list-style-type: none"><li>• Teknologi som et nødvendig onde</li><li>• Tjenestemottakers trygghet</li><li>• Teknologi som et gode</li></ul>	Teknologiske løsninger vurderes som både negativt og positivt
<ul style="list-style-type: none"><li>• Relasjonens betydning</li><li>• Samtalens betydning</li><li>• Meningsfull hverdag</li></ul>	Det mellommenneskelige har betydning for tjenestevalg

### 4.1 Det individuelle er utgangspunktet for omsorg

Saksbehandlerne beskrev omsorg som en subjektiv opplevelse, da alle mennesker opplever omsorg som mottas på ulike måter og alle har egne ønsker og behov. De forsøkte derfor å forstå og få tak i den enkeltes ønsker og behov når kartleggingen ble utført. Det ble tilstrebet å finne tjenester som kunne ivareta behovet for helsetjenester hos den enkelte og som samtidig gav tjenestemottakerne opplevelse av omsorg. Flere forsøkte derfor å tilpasse mulighetene i systemet til tjenestemottakeren, istedenfor at de identifiserte behovene ble tilpasset systemet:

*«hva jeg tenker er god omsorg .... Det er vel egentlig å kartlegge brukeren og så på en måte få litt tak i hvem de egentlig er ... for hvis du gjør det så får du svar egentlig ut ifra det. Eh for det er jo ikke mine ..... normer og tanker på en måte» (4b)*

*«det ikke er du som skal definere omsorgen på en måte, du må først finne behovet som brukeren har. Noen synes det er nok at du sier hei, noen trenger en klem liksom» (2a)*

Hjemmebesøk ble tilstrebet å gjennomføre så tidlig som mulig og de fleste ønsket at pårørende også var til stedet hvis søkeren ønsket det. Pårørende opplevde ofte hjemmesituasjonen annerledes enn søker selv og flere hadde erfart at pårørende kunne bidra med informasjon som hadde betydning for vurderingen. Restriksjoner under Covid-19 pandemien, hadde ført til at flere vurderinger ble tatt via telefon. Alle understrekte at de fortrinnsvis ønsket å møte søkerne hjemme, da hjemmebesøkene gav mer helhetlig informasjon med tanke på vurderingen:

*«... veldig viktig for meg å møte pasientene, møte brukerne. Og ikke, helst ikke ta vurderinger på telefonen» (1a)*

Under kartleggingen ble det forsøkt å få frem ulike funksjonsendringer hos søkerne, da det som oftest var årsaken til søknaden. Ønsker og behov hos søkerne var ulike. De ønsket derfor at søkerne skulle si noe om hva som var viktig for dem, da det bidro til at de kunne ta hensyn til søkerens stemme i vurderingen. Når de forsøkte å få en helhetlig oversikt over situasjonen til søkerne, fortalte saksbehandlerne at det var lettere å vurdere hvilke tjenester som var egnet for den enkelte. Diagnosene gav saksbehandlerne ofte noen tanker om hensiktsmessige tjenester, men flere hadde erfart at valget ofte ble annerledes når helheten var kartlagt. Flere påpekte at mennesket består av flere dimensjoner og at de derfor ikke bare eksempelvis kunne forholde seg til den ødelagte foten ved vurderingen, men måtte forsøke å få en helhetlig oversikt av søkers situasjon:

*«... for noen har behov for det og noen har behov det og det tenker jeg er viktig at vi får kartlagt» (2b)*

*«jeg vurderer deres funksjonsnivå. Både kognitivt, fysisk og psykisk, eh.. så ut fra det så tar jeg jo en vurdering» (4a)*

Det ble presisert hvordan de forsøkte å ta hensyn til den enkeltes behov ved vurderingen, da ingen søkere var like og kunne derfor ikke behandles likt. Flere hadde samme diagnoser, men ulike individuelle ressurser og særegne situasjoner som saksbehandlerne forsøkte å ta hensyn til. Derfor hadde flere innvilget mer tjenester enn det de i utgangspunktet hadde anledning til i noen saker. Dette fordi de vurderte det som nødvendig for å ivareta den bestemte tjenestemottakeren ut fra en helhetlig vurdering. Det ble antydning at det kostet lite for



kommunen, men betød mye for den det gjaldt. De påpekte at det ikke var mulig å gi alle søkerne helt lik behandling, da det var individuelle hensyn som hadde betydning for vurderingen:

*«passe på og ikke behandle alle likt da. At ok, to damer på 95 år med lårhalsbrudd, skal ikke behandles likt, du må jo vurdere hver enkelt» (2a)*

Ved å tilpasse mulighetene i systemet til den enkelte, hadde flere erfart at tjenestemottakere gav uttrykk for at omsorgen de mottok var god. Noen hadde også erfart at innvilgelse av velferdsteknologi hadde gitt enkelte tjenestemottakere en bedre hverdag enn når de mottok hjelp av hjemmesykepleien. Eksempelvis hadde nattkamera gitt flere bedre nattesøvn, da de ikke lengre ble vekket av nattpatruljen som utførte tilsyn hos dem. Medisindispenseren hadde ført til at tjenestemottakere ikke lengre satt og ventet på at hjemmesykepleien skulle komme, men fikk sine medisiner til faste tider:

*«jeg hadde en med Parkinson, som skulle ha medisiner 6 ganger i døgnet ... og det var veldig nøye med tidspunktene ... og det var ikke alltid at hjemmesykepleien klarte det akkurat på de tidene. Og der fungerte det veldig bra og det avlastet de veldig» (3b)*

Noen fortalte om velferdsteknologi til søker og deres pårørende under hjemmebesøket, når de vurderte at det var en aktuell tjeneste å innvilge. Andre viste til at det var unaturlig å fortelle om velferdsteknologi, da de fortrinnsvis ønsket å starte med hjemmesykepleie til helt nye søkere. De ønsket alle å gi tjenestemottakerne god omsorg, men var usikre på om velferdsteknologi og hjemmesykepleie kunne gi like god omsorg til alle som hadde behov for tjenester. Erfaringen var at de fleste søkte om hjemmesykepleie, da det var den tjenesten de kjente til. En saksbehandler uttrykte omsorg med velferdsteknologi slik:

*«omsorgen bærer du stort sett alltid med deg. Du kan ikke sitte der kald og ikke føle omsorg, men jeg prøver jo å tenke at der jeg kan sette inn velferdsteknologi, så gjør jeg det, men hvis brukeren på en måte har lyst til å ha tilsyn gange tre fordi det er så kjekt å bli sett, kontra å få en Evondos (medisindispenser) som kan erstatte de besøkene. Så tenker jeg jo Evondos, det er jo omsorg inni der og, jeg bryr meg jo om damen, men da pleier jeg å legge frem for bruker fordeler med Evondos» (2a)*

#### 4.2 Faglig skjønn utfordres av tilgjengelige ressurser

Saksbehandlerne beskrev på ulike måter hvordan ressursmangel hadde fått en stadig større betydning i deres arbeidshverdag. De fikk ofte påminnelser om økonomiske innsparinger både på e-post eller muntlig av lederne på kontoret. Flere hadde en opplevelse at de oftere enn før

ble utfordret til å se på muligheter for å redusere omfanget på den hjelpen som ble innvilget til tjenestemottakerne. Det opplevdes som vanskelig når deres faglige vurderinger ikke samsvarte med tilgjengelige ressurser og kompromisser ble løsningen for å ivareta tjenestemottakeren:

*«vi er satt til å gjøre en jobb hvor vi skal gi den enkelte det den har behov ut fra samfunnets ressurser. Vi skal faktisk altså finne en gylden middelvei og det er faktisk det vi er satt til å gjøre ... eh og det er nødt til å styre alt vi gjør» (1b)*

Lovverket hadde betydning for vurderingen, da det skulle bidra til at den enkelte fikk den hjelpen en lovmessig hadde rett på. Flere uttrykte hvordan de støttet seg til lovverket, når de vurderte hva som var nødvendig helsehjelp å innvilge med tanke på deres faglige kunnskap. Kriterier og retningslinjer var også nyttige redskaper, når de vurderte hvilke tjenester som skulle innvilges og samtidig tilstrebet en rettferdig fordeling av tilgjengelige ressurser. I tillegg var de nyttige når saksbehandlerne skulle forklare søkerne om de oppfylte kriteriene eller ikke til ulike tjenester. Sykepleiefaglig kunnskap hadde betydning for deres vurdering og gav dem mulighet til å ta individuelle hensyn, selv om de måtte forholde seg til lovverk, kriterier og retningslinjer ved vurderingen:

*«... retten til helsehjelp, jeg tenker det er ganske .... godt å ha det lovverket i ryggen» (1a)*

*«jeg tenker i forhold til rettferdighet og slikt, i forhold til at vi skal jo behandle og vurdere mest mulig likt. Og da tenker jeg det er greit å begynne med å ha noen retningslinjer og så kan en ta en vurdering ut fra dem, for det finnes jo alltid unntak» (4b)*

Søkerne hadde ofte urealistiske forventninger til primærhelsetjenesten, med tanke på hva de selv måtte ta ansvar for og hva de kunne få hjelp til. Saksbehandlerne benyttet både faglig kunnskap og skjønn, når de forsøkte å avklare ulike forventninger og sette grenser i forhold til hva tjenestemottakerne kunne forvente av primærhelsetjenesten. Noen gav uttrykk for frustrasjon over at det var de som måtte møte innbyggerne, når det ofte var politikerne som skapte urealistiske forventninger hos dem som hadde behov for tjenester:

*«noen ganger må vi jo bruke det faglige skjønn til å sette grenser, eh .... Si at noen har listen veldig høyt på hva de tror de kan få og når vi har hatt møter med dem eller snakket med dem, så går vi gjerne ut og har sagt at du fyller ikke kriteriene for dette og kanskje bedre at du tenker sånn. Vår jobb er jo veldig mye å realitets orientere folk» (1a)*

*«jeg skulle ønske at politikerne kunne være ... mye ærligere både i valgkamp, men også generelt. Og si at det er ikke ressurser i denne kommunen til alt det som vi her står og lover» (1b)*

Saksbehandlerne viste til at tilgang på ressurser hadde betydning for deres vurdering og at hensynet til ressursene hele tiden lå i bakgrunnen og var en stadig påminnelse. Flere fortalte hvordan de vurderte om de kunne gi den hjelpen de egentlig ønsket å innvilge søkerne på grunn av ressursene. Det kom frem at det var vanskelig å fordele ressursene og at de forsøkte å fordele tilgjengelige ressurser etter hvem som hadde mest behov etter faglige vurderinger. Behovene opplevdes som utømmelige og skjønnsmessige vurderinger ble benyttet for å tilstrebe en rettferdig fordeling av ressursene:

*«du sitter ikke der og er Florence Nightingale og øser ut med omsorg, for du sitter jo i en stilling hvor du skal spare på en måte og fordele tjenestene rettferdig, dekke behov, men ikke overskride budsjettet» (2a)*

De var enstemmige på at det var kontoret som stod bak avgjørelsene og ikke den enkelte saksbehandler. Flere saker avgjorde de på egenhånd, men vedtaket ble signert av leder. De viste til at ressursmangelen i hjemmesykepleien, var en av årsakene til at de måtte vurdere andre tjenester for å ivareta søkeres behov for helsetjenester på. Velferdsteknologi ble beskrevet som teknologiske løsninger som kunne bidra til at tilgjengelige ressurser kunne ivareta flere tjenestemottakere. Det kom frem at det ikke måtte bli glemt at det var eldre og syke mennesker som henvendte seg for å få hjelp og at det derfor burde trås varsomt frem og være frivillig med velferdsteknologi selv om ressursene var begrenset. Andre påpekte at det var utvilsomt vesentlig å tilstrebe at hjemmesykepleie måtte prioriteres til dem som hadde behov som ikke kunne ivaretas av teknologiske løsninger:

*«jeg tror aldri at velferdsteknologi kan dekke opp alt det som hjemmesykepleien kan gi. Eh....men for å gi god nok hjelp til alle, så er vi jo avhengige av velferdsteknologien. For at vi på en måte skal ha den omsorgsbiten som en ikke klarer å gi gjennom velferdsteknologi og klare å gi det til de som virkelig trenger det» (4b)*

De fremholdt hvordan budsjett og forventninger om å redusere kostnader ble formidlet til dem. Det bidro til frustrasjon, da behovene ikke ble mindre og samtidig skulle de legge til rette for at tjenestemottakerne bodde lengre hjemme. Forholdet til kommuneøkonomien var distansert og forventningen om å redusere kostnader forsøkte de å skyve bort, men samtidig måtte de forholde seg til det i arbeidshverdagen. Dette var ikke enkelt og flere fortalte at de ikke alltid valgte den rimeligste løsningen ved valg av tjeneste, da deres skjønn og faglige

kunnskap tilsa en annen løsning. Alle var derimot glade og takknemlige for at de ikke hadde ansvar for økonomien selv. Noen påpekte at det var lett å glemme velferdsteknologi, som kunne bidra til å redusere kostnader og at påminnelser innimellom derfor var nyttig:

*«jeg tror nok at vi som arbeider som saksbehandlere har litt sånn distansert forhold til kommuneøkonomien» (4b)*

*«Det er lett at ting sklir litt ut, du har travle dager og du sklir kanskje inn i gamle vante mønstre igjen. Men hvis du på en måte innimellom blir påminnet at nå overstiges budsjettet med så og så mye» (2a)*

Flere påpekte at innholdet i omsorgen endres, når velferdsteknologi ble benyttet for å redusere kostnader i primærhelsetjenesten. Det ble uttrykt bekymring for at eldre mennesker med behov for helsetjenester ble sittende alene med ulike teknologiske løsninger og i tillegg ble det forventet at de skulle håndtere teknologien på en hensiktsmessig måte for å ivareta egen helse. Opplevelsen var at innsparinger i kommunen ofte rammet eldre og stemmeløse, fordi det ikke var noen som kjempet deres sak. Saksbehandlerne presiserte at de måtte få benytte sin faglige kunnskap og ikke at økonomien skulle bli avgjørende for deres vurdering. Deres sykepleiefaglige kunnskap hadde ingen prislapp, da de arbeidet med å ivareta mennesker:

*«de gamle blir kanskje litt forlatt i stedet for å stikke innom å si hei til disse gamle, som egentlig trenger å bli sett og kjenne at noen bryr seg. Eh .. de blir egentlig litt satt til side for alle innsparinger kommunen skal gjøre og alle de kule løsningene eh så du får ikke gi, gi omsorg slik som du gjorde før» (2a)*

*«jeg tror at min leder ville hørt dette svaret annerledes. Men jeg tenker at det viktigste er at pasienten blir ivaretatt. Eh.. altså det er mennesker vi jobber med. Det er ikke maskiner, men av og til så tenker de nok mer med pengesekken enn de tenker med ... hjertet rett og slett» (4a)*

Saksbehandlerne opplevde en forventning om å innvilge minst mulig tjenester til dem som henvendte seg til kommunen. Eksempelvis tilsyn fra hjemmesykepleien hvor faglig kunnskap ble benyttet for å begrunne at det ikke var tilstrekkelig med trygghetsalarm, men nødvendig med tilsyn fra hjemmesykepleien hos enkelte av tjenestemottakerne. De fortalte at det ble formidlet en forventning om at flere tjenestemottakere skulle ivaretas ved hjelp av velferdsteknologi, for å redusere kommunens kostnader. Ved vurdering av søknader fra helt nye søkere, hadde noen erfart at det derfor oftere ble stilt spørsmål om vedtakets faglige begrunnelse og om ulike teknologiske løsninger var vurdert. Det gav dem en følelse av

mistenkeligjøring av den vurderingen de hadde utført og at deres begrunnelser ikke var gode nok:

*«jeg føler at det er ett press at vi hele veien skal kutte på utgifter, så går de jo gjennom alle de nye. Hvem har fått vedtak, hvem har fått opplæringsvedtak, hvem har bare innvilget hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi. Det legger jo ett lite press» (4a)*

Hvis hjelpen ble økt i forbindelse med et funksjonsfall, hadde flere erfart at de måtte være tydelige på at den økte hjelpen var tidsavgrenset og skulle avsluttes. Andre fortalte at når hjemmesykepleie først var blitt innvilget, så var det veldig vanskelig å avslutte tjenesten eller å få tjenestemottakerne til å si ja til velferdsteknologi. Balansegangen mellom å motivere og presse tjenestemottakerne til å benytte velferdsteknologi ble opplevd som vanskelig. Noen forsøkte derfor å forsikre søkerne om at de ville få mer hjelp, hvis det var behov for mer hjelp ut fra en faglig vurdering, men at deres nåværende behov kunne ivaretas med velferdsteknologi:

*«Er de først begynt med hjemmesykepleie, så er det veldig vanskelig å få det bort. Så det beste er å ta det opp med en gang og er det en som jeg ser at her kan du bruke dispenser så formidler jeg det. Men jeg kjenner jo det at det er litt vanskelig hvis de er veldig veldig imot det ... hvor mye skal du pushe på?» (3b)*

Saksbehandlerne omtalte velferdsteknologi som en erstatning for hjemmesykepleien og at hensikten var å avlaste den tradisjonelle hjemmesykepleien. De så at det var behov for effektivisering av tjenestene, samtidig beskrev flere at det var utfordrende når hendene i hjemmesykepleien ble erstattet med teknologiske løsninger. Flere var utrygge på hvordan kliniske observasjoner skulle utføres med teknologi, da en ikke fikk kjent på huden eller sett tjenestemottaker fysisk. Flere mente også at spontaniteten i helsetjenesten forsvant når velferdsteknologi ble benyttet for å ivareta eldre menneskers behov for omsorg og at det gav en følelse av kaldere helsetjenester. En uttrykte dette om denne saken:

*«vi må være ærlige om at vi skal bruke velferdsteknologi fordi ressursene, de menneskelige ressursene i helsevesenet ikke vil strekke til. Det gjør de ikke i dag og de vil ikke gjøre det i fremtiden og da må vi finne løsninger som ivaretar pasientenes behov uten at de må ha mennesker til stedet» (1b)*

Det var vanskelig når tjenestemottakere som var innvilget hjemmesykepleie isteden skulle få hjelp med velferdsteknologi, for å redusere kommunens kostnader. Det gav saksbehandlerne en følelse av at det ikke ble tatt hensyn til tjenestemottakernes ønsker, når en så muligheter for

reduerte utgifter ved å benytte teknologi. De var derfor tydelige på at tjenestemottakernes behov måtte være utgangspunktet for velferdsteknologi og at det måtte tilstrebes å finne hensiktsmessige løsninger til den enkelte. Bekymringen var at det ikke måtte bli slik at det ble teknologi eller ingen tjenester fra kommunen, når en ut fra faglig kunnskap vurderte at søker hadde behov for helse og omsorgstjenester:

*«... når de har hatt hjemmesykepleie over lang tid som har kommet og delt ut medisiner og så skal vi begynne med det, fordi at vi sier at kommunen skal spare penger. Da blir det på en måte feil» (2b)*

Alle påpekte at en ikke måtte glemme at det alltid ville være behov for hendene i utførelsen av omsorgen, da ikke alle tjenestemottakerne kunne bli ivaretatt med velferdsteknologi ut fra faglig kunnskap. De hadde derfor et kritisk blikk på bruk av velferdsteknologi i eldreomsorgen, samtidig var de også kritiske fordi den faglige kunnskapen ikke måtte undervurderes ved vurderingen. De var opptatt av at alle tjenestemottakerne hadde særegne behov og at det derfor måtte utføres individuelle vurderinger på om teknologi var hensiktsmessig tjeneste eller ikke. Det var helheten rundt tjenestemottakeren som ble avgjørende for om det eksempelvis var bedre at hjemmesykepleien leverte medisiner enn at medisindispenser ble innvilget. Flere understrekte at det var enklere å forholde seg til velferdsteknologi, når de bare så på søkers konkrete behov og la bort det menneskelige aspektet i omsorgen:

*«en skal jo tenke litt slik at alle tjenester er som ett trappetrinn, så kanskje det er lettere å tenke ... velferdsteknologi løsning før du tenker, at du ser om det er noe der som kan gjøre at vi ivaretar dette behovet og at en tenker mer behov og kanskje ikke så mye omsorg i første omgang» (4b)*

4.3 Kunnskap og erfaringer bidrar til gode vurderinger ved tjenestevalg  
Saksbehandlerne fortalte at deres erfaringer som sykepleiere og tidligere behandlede saker hadde betydning for deres vurdering. Deres opplevelse var at deres tidligere erfaringer hjalp dem å gi faglig forsvarlige tjenester tilpasset den enkeltes situasjon. Flere hadde samtidig en opplevelse av at hva som ble vurdert som faglig forsvarlige tjenester var blitt endret over tid. Det ble påpekt hvordan økonomi hadde fått en større betydning i dagens helsetjeneste. De opplevde en forventning om at tjenestemottakerne skulle bo lengre hjemme og samtidig ha lavest mulig nivå av helsetjenester. Deres erfaring og faglig kunnskap ble benyttet når de

måtte begrunne at det ikke var faglig forsvarlig at tjenestemottakere lengre var hjemme i egen bolig:

*«vi blir veldig presset på dette som saksbehandlere at de skal bo hjemme så lenge som mulig. Og det er vel og bra det, men vi må bruke det faglige skjønnnet og vi må høre på de det gjelder» (1a)*

*«innimellom må man rett og slett si at vet du hva vi klarer ikke å ivareta deg hjemme, det er farlig. Når vi kommer til ordet farlig, for liv og helse ...» (3a)*

Innholdet i faglig skjønn ble knyttet opp til deres tidligere erfaringer og at skjønnnet var noe som lå i dem, uten at de helt kunne forklare hvordan. Noen ble påminnet tidligere situasjoner hvor de hadde utført gode helhetlige vurderinger. Faglig skjønn ble også beskrevet som en følelse av at de visste hva som ble rett avgjørelse for den bestemte tjenestemottakeren, selv om ikke alle kriteriene var oppfylt. Andre beskrev faglig skjønn ved at vurderinger ble utført på autopilot på bakgrunn av deres tidligere erfaringer. Det opplevdes betydningsfullt når skjønnsmessige vurderinger gav dem mulighet til å ta individuelle hensyn, da ingen saker var helt like:

*«jeg tenker at vi bruker både vår erfaring og det vi har lært gjennom utdannelsen på en måte .... Altså det ... om det er to omtrent like tilfeller så ... det ene passer for den ene, men passer nødvendigvis ikke for den andre. Og hvorfor. Du tenker jo mye begrunnelser, hvorfor velger du det ene fremfor det andre i denne saken. Altså sånn ubevisst nesten» (3b)*

Deres tidligere erfaringer ble benyttet for å finne rett tjeneste for den enkelte. Samtidig fortalte flere at de ønsket at tjenestevalget bidro til at tjenestemottakeren kunne benytte egne ressurser i dagliglivet. Flere hadde erfart at tilliten mellom dem og tjenestemottaker ble bedret, når de fant rett og egnet tjeneste til den enkelte. De dro nytte av tilliten, når det senere oppstod endringer i helsetilstanden til tjenestemottaker og behovet for tjenester måtte revurderes. Det var i tillegg viktig for dem å få tak i om søker ønsket teknologiske løsninger eller ikke, fordi teknologi kunne virke ukjent for mange tjenestemottakere. Noen hadde undret seg over hvor mye de skulle presse på med velferdsteknologi, når de hadde en følelse av at teknologien ble opplevd som både skummel og fremmed av søkeren. Skjønnsmessige vurderinger og faglig kunnskap ble derfor benyttet for å begrunne om en tjeneste var rett eller ikke for tjenestemottakeren:

*«hvis man finner en tjeneste som treffer. Så ... vare det tillitsforholdet lengre» (2b)*

*«De er ikke slik som oss og står ikke på barrikadene og sier at dette vil jeg ikke ha, de står med luen i hånden og det har de gjort siden de ble født, mange av de mot autoriteter og mot alt dette og da når vi sier, vi må klare å sanse om personen vil ha det tenker jeg, den velferdsteknologien» (1a)*

De hadde alle nytte av å diskutere saker med sine kollegaer og ledere. Det faglige miljøet på arbeidsplassen, ble benyttet ved vurdering av søknader som de opplevde som vanskelige eller var i tvil om. Dette gjaldt både tidlig i kartleggingen og når beslutninger skulle fattes. De presiserte at det var rom for å diskutere vanskelige saker og at innspill fra kollegaer eller lederne hadde betydning for deres vurdering. Flere påpekte at diskusjonene også bidro til utvikling av deres faglige skjønn, fordi de delte faglig kunnskap med hverandre. Samtidig bidro diskusjonene til at alle sider ved en sak ble belyst før beslutning ble fattet:

*«jeg er trygg på mitt faglige skjønn. Eh mange saker er nokså enkle, de er ikke så kompliserte. Og hvis jeg noen ganger synes at nå er det litt komplisert eller jeg kunne tenke meg luften det så bruker vi å gå på hjemmebesøk sammen eller jeg går til en kollega og så snakker vil litt om den saken» (1b)*

4.4 Teknologiske løsninger vurderes som både negativt og positivt  
Saksbehandlerne gav uttrykk for at implementering av velferdsteknologi var noe de var skeptiske til, men som de samtidig forstod var nødvendig. Det ble påpekt av flere at teknologiske løsninger gav tjenestemottakerne det de omtalte som kalde tjenester, men samtidig opplevde de at for enkelte var tross alt teknologiske løsninger mer hensiktsmessig enn hjemmesykepleie. Noen hadde erfart at de teknologiske løsningene ikke fungerte for tjenestemottakerne og ble derfor erstattet med hjemmesykepleie. Implementeringen av velferdsteknologi hadde ført til at saksbehandlerne måtte endre sine tanker om teknologi og hva de skulle vektlegge ved vurderingen. Opplevelsen var at det tok tid å få endret tankene, da velferdsteknologi var en ny måte å gi tjenester på, samtidig måtte tankene hos utførere og tjenestemottakerne også endres:

*«det er jo litt det å snu tankegangen litt. Både hos oss og hjemmesykepleien og brukerne. Og den gruppen vi jobber med de er jo litt skeptiske til teknologien. Skeptiske til å prøve det. ... det er nytt og noe helt annet den gruppen er vant med» (3b)*

De formidlet frustrasjon over nye og ukjente saksbehandlingsrutiner på de ulike teknologiske løsningene som var blitt implementert i kommunen. Eksempelvis var det flere skjemaer som måtte fylles ut på noen av løsningene og det opplevdes både som overveldende og uforståelig



for dem. Noen fortalte at det derfor var enklere å velge hjemmesykepleie enn velferdsteknologi, da de var trygge på den saksbehandlingsrutinen. Andre hadde opplevd at saksbehandlingsrutinene ble lettere, når de hadde gjentatt den flere ganger:

*«jeg er kanskje mer usikker på saksbehandlingen og fremgangsmåten hvis jeg skal sette inn nattkamera enn hvis jeg skal sette inn nattpatrulje, som jeg er vant med å gjøre»* (1a)

*«men slik som GPS som var ganske nytt for meg, da må jeg inn å lese. Har jeg husket det som står»* (3b)

Velferdsteknologi ble vurdert som hensiktsmessig tjeneste, når søkerne hadde behov for en trygghet som hjemmesykepleien ikke kunne gi. Når tjenestemottakerne var trygge hjemme, ble det understreket at de klarte seg lengre uten andre tjenester fra kommunen. Trygghetsalarm var derfor den teknologiske løsningen de innvilget uten å nøle, da det var godt for tjenestemottakerne å vite at hjemmesykepleien bare var ett trykk unna hvis behov for hjelp. Erfaringen var at nattkamera også hadde bidratt til at behovet for trygghet ble ivaretatt hos flere av tjenestemottakerne istedenfor tilsyn av nattpatruljen:

*«trygghetsalarm har alltid vært, det har egentlig vært ett veldig godt hjelpemiddel for mange og gjort at de har følt seg trygge hjemme»* (1b)

*«noen trenger bare å vite at de er trygge, de trenger ikke at noen er der, men de trenger å vite at noen vet om de og bryr seg»* (2a)

Velferdsteknologi ble beskrevet som løsninger som kunne bidra til at eldre kunne bo hjemme noe lengre. Noen mente at innleggelse på sykehjem kunne utsettes med noen måneder. Flere hadde positive erfaringer med dørsensor til demente, som da kunne være hjemme istedenfor på sykehjem. Det ble også påpekt at når man fikk til samarbeid mellom velferdsteknologi og hjemmesykepleie, så ble det et gode for tjenestemottakerne dette gjaldt. Opplevelsen var at man ofte ikke kunne tenke bare det ene eller det andre, men at de to tjenestene kunne utfylle hverandre når man ønsket å legge til rette for at eldre kunne være hjemme lengre:

*«jeg tenker at det kan bidra til at de bor hjemme lengre og at det er tryggere for brukeren, eh og tryggere for pårørende»* (4b)

*«de som man klarer å ivareta hjemme med velferdsteknologi og hjemmesykepleie. Jeg tror viss vi setter begge to sammen, som ett lag istedenfor en og en. Så tror jeg vi hadde klart det mye mer»* (3a)

Friheten som velferdsteknologi kunne gi tjenestemottakerne i eget liv i motsetning til hjemmesykepleie ble påpekt. Eksempelvis gav dørsensoren den enkelte mer frihet innenfor fastsatte rammer. De som hadde fått innvilget medisindispenser, fikk frihet ved at de slapp besøk av flere ulike mennesker i løpet av en dag og samtidig ikke måtte sitte å vente på medisinene sine:

*«det.. gir nok de brukerne som er innstilt på dette en større frihet i hverdagen enn, enn når de skal basere seg på person, altså hjemmesykepleien kommer da. Og det gjelder spesielt medisiner. Det har jeg faktisk hatt en del pasienter som har vært utrolig frustrerte over at hjemmesykepleien skal komme to-tre ganger om dagen og så sitter de inne og venter» (1b)*

Det at tjenestemottakerne klarte seg best mulig på egenhånd og var minst mulig avhengig av hjelp hadde betydning for vurderingen. Flere fortalte at de ønsket at deres valg av tjeneste bidro til at individet beholdt selvstendighet i eget liv lengre. Følelsen var at de fleste ønsket å klare seg best mulig selv og at de ikke ønsket hjelp av hjemmesykepleien:

*«å klare ting selv det er utrolig viktig, for jeg tror ikke at det er så mange som har lyst på hjelp fra hjemmesykepleien, egentlig. De fleste ønsker å klare seg selv ... og hvis det finnes hjelpemidler som gjør at de kan klare seg selv lengre, men at de samtidig har den tryggheten om at hvis de en gang trenger hjelp så skal de få den hjelpen» (2b)*

4.5 Det mellommenneskelige har betydning for tjenestevalg  
Betydningen av å bli kjent med de som henvendte seg til kommunen med behov om helsetjenester ble presisert. Saksbehandlerne erfarte at det var lettere å finne hensiktsmessige tjenester som også gav tjenestemottakerne betydningsfulle dager, når de hadde kjennskap til hvem tjenestemottakerne egentlig var som mennesker. Tjenestemottakerne ble fulgt opp av saksbehandlerne over både korte og lengre perioder, det kunne medføre at relasjonen mellom dem noen ganger ble tettere enn det som var forventet. Noen fortalte at det å sette seg ned og bare være til stede fikk en ny mening, når de ofte fulgte opp tjenestemottakere i vanskelige og sårbare situasjoner. Det ble presisert at en mistet noe i omsorgen, når man ikke lengre møtte hverandre fysisk og gav tjenester med teknologiske løsninger. Sykepleiefaglig kunnskap var nødvendig for å begrunne at tjenestemottakere hadde behov for å bli sett av andre mennesker og at velferdsteknologi derfor ikke var egnet tjeneste. Opplevelsen var at de teknologiske løsningene endret forutsetningene for relasjonene mellom mennesker:

*«jeg tror omsorg, hele det begrepet har i seg at det er ett menneskelig element, en form for empati om du da vil. Så jeg bygger på faglige perspektiver. De er veldig opptatt av at vi skal være veldig faglige i det vi gjør, ha god kunnskap, men når vi har det så kommer dette menneskelige aspektet inn som en del av omsorgen og det er, dessverre jeg skulle ønske at jeg kunne si at vi skal få til det med all teknologi og, men det tror jeg ikke» (1b)*

Det ble understreket at mennesket har behov for å bli sett av andre mennesker i livets ulike situasjoner. Eksempelvis var det å bli sett gjennom nattkamera ikke tilstrekkelig for alle tjenestemottakerne, men kunne fungere for noen. Noen saksbehandlere hadde erfart at tjenestemottakere uttrykte at de ikke stolte på at teknologi kunne ivareta dem slik hjemmesykepleien kunne. Dessuten var de teknologiske løsningene ukjente for flere i dagens eldre generasjon. Eksempelvis ble det fortalt at for noen tjenestemottakere var det daglige besøket av hjemmesykepleien, den eneste kontakten de hadde med andre mennesker i løpet av en dag. Det ble presisert at den tryggheten hjemmesykepleien gav flere tjenestemottakere med et besøk, aldri kunne bli erstattet av velferdsteknologi. Alle uttrykte derfor bekymring for hvis hendene i omsorgen ble erstattet med teknologiske løsninger:

*«jeg tenker at teknologi kan aldri erstatte hender .... det tror jeg ikke eller den tryggheten som det kanskje gir at folk kommer hjem» (3b)*

*«mange som trenger den der menneske kontakten» (4a)*

*«jeg tenker at det kan bli litt kaldt hvis at det i forhold til det å ha folk inn. Eh.. ja at det kanskje slik at folk blir deprimerte, for det er jo ingen varme i disse tekniske løsningene, nei ikke omsorg og ikke varme» (4b)*

Tilgjengelighet ble beskrevet som en måte saksbehandlerne gav omsorg til tjenestemottakerne på. Flere hadde erfart at når de var vanskelige å få tak i ved henvendelser, ble tilliten mellom dem og tjenestemottaker av og til svekket. Noen hadde derfor som rutine å arbeide lengre dager på kontoret. De besvarte da mistete anrop fra tjenestemottakerne eller deres pårørende, når de hadde vært lite tilgjengelige på kontoret den dagen. Andre hadde tjenestemottakere som ringte dem for å prate om hverdagslige ting, da de ikke hadde noen andre å prate med:

*«Tilgjengelighet, tenker jeg er omsorg i jobben her. Det å få tak i oss, få snakke med noen hvis de lurer på noe. Vite at vi på en måte har tid» (1a)*

Alle understreket at de var opptatt av å ha tid til å lytte og prate med tjenestemottakerne. Saksbehandlerne ønsket at tjenestemottakerne erfarte at de ble både sett og hørt. Det var

viktig for saksbehandlerne å få tak i deres historie og at tjenestemottakerne hadde tillit til dem. Eksempelvis hadde det å dele en kopp kaffe sammen og være til stede for den andre betydning for deres relasjon. Flere hadde erfart at den gode samtalen med tjenestemottakeren bidro til at hjemmesituasjonen fungerte bedre enn forventet med de tjenestene som ble innvilget:

*«det er den gode samtalen helt i starten som er viktig» (2b)*

*«Det er god gammeldags sykepleie. Ta seg tid å sette seg ned og ta en arm rundt skulderen. Ok, i Covid kan vi ikke det, men tanken er der. Du vet å gå og ta deg en kopp kaffe, sette deg på terrassen med dem og bare ta en prat og være der» (3a)*

De ønsket at valg av tjeneste bidro til at tjenestemottakerne opplevde meningsfulle hverdager. Dette forutsatte at de måtte bli kjent med tjenestemottakeren, bare slik kunne de vurdere hva den enkelte anså som meningsfullt i sitt liv. En helhetlig vurdering ble derfor presisert som viktig, slik at de så mennesket og ikke bare diagnosene eller andre åpenbare endringer i funksjonsnivået. Eksempelvis ble det fortalt om mottak av medisinske opplysninger fra mennesker med alvorlige diagnoser. Saksbehandlerne kunne da begynne å tenke over hvilket liv det kunne være, men så etter å ha truffet personen og de ble kjent, kom diagnosens alvorlighet i bakgrunnen:

*«Se bak diagnosene, for jeg har erfaringsmessig gått på en smell på dette ett par ganger. Og det har vært overraskende, for vi kan ikke alltid stole på det som står skrevet» (3a)*

Ved valget som ble utført etter vurderingen forsøkte saksbehandlerne å bidra til at den enkelte tjenestemottaker opplevde at de hadde en god hverdag, selv om deres fysiske helse var redusert.

## 5.0 Diskusjon

I denne delen vil jeg diskutere funn i studiens empiri ved å støtte meg til tidligere presentert teori og forskning. Diskusjonen er delt opp i de to diskusjonsområdene individualisering, og faglig skjønn og utfordringer. Diskusjonsområdet individualisering har underområde mellommenneskelige relasjoner. Disse diskusjonsområdene gjenspeiler de frem analyserte temaene i studien som er;

- Det individuelle er utgangspunktet for omsorg
- Faglig skjønn utfordres av tilgjengelige ressurser
- Kunnskap og erfaringer bidrar til gode vurderinger ved tjenestevalg
- Teknologiske løsninger vurderes som negativt og positivt
- Det mellommenneskelige har betydning for tjenestevalg

I diskusjonen tilstreber jeg å besvare studiens problemstilling; Hva har betydning for saksbehandlers vurdering ved valg av velferdsteknologi og hjemmesykepleie?

### 5.1 Individualisering

Alle saksbehandlerne trakk frem hvordan den enkelte tjenestemottaker sine behov og ønsker var utgangspunktet for deres vurdering av hvilke tjenester som var hensiktsmessig å innvilge. Martinsen (1989) viser til at hver situasjon hvor det er behov for at en ivaretar en annen er unik. Det er den bestemte situasjonen som avgjør hvilke handlinger en bør utføre (Martinsen, 1989, s. 18). Det innebærer at personer med like diagnoser ikke kan ivaretas med de samme helsetjenestene, fordi det er det særegne i situasjonen som avgjør hvilke praktiske handlinger som er hensiktsmessige å utføre. Ved å forsøke å sette seg inn i den andres situasjon og anerkjenne hvordan individet erfarer situasjonen vil det bidra til at en vet hvilken praktisk hjelp en skal utføre (Martinsen, 1989). Frennert (2019) peker i sin studie på at utgangspunktet for omsorg er at menneskene vil ta vare på hverandre med de omsorgshandlingene som utføres.

Når en salutogen tilnærming benyttes i omsorg, er det vesentlig å få kartlagt individets behov og ønsker. Da vil de tjenester eller tiltak som iverksettes kunne ha en helsefremmende betydning for tjenestemottaker, fordi individet blir i stand til å benytte egne ressurser i møte med sine utfordringer (Rannestad & Haugan, 2014, s. 19–20). En annen betydning av en salutogen tilnærming ved vurdering av aktuelle helsetjenester er at tjenestemottaker erfarer at

en får den omsorgen en har behov for, da tjenestene er tilpasset deres individuelle behov og ønsker (Langeland, 2012). Noen av saksbehandlerne i min studie beskrev hvordan teknologiske løsninger for noen tjenestemottakere bidro til at de erfarte både omsorg og bedre mulighet til å benytte egne ressurser i eget liv. Forskning indikerer at når helsetjenester skal gis via teknologiske løsninger må en ta hensyn til at det er flere dimensjoner i omsorg og individets ønsker og behov bør tas hensyn til (Frennert, 2019). På den annen side sa noen andre av saksbehandlerne at for noen tjenestemottakere er hjemmesykepleie den mest hensiktsmessige helse og omsorgstjenesten. Slik jeg vurderer det vil dette kunne bety at den subjektive opplevelsen av omsorg og hva som erfares som helsefremmende for individet bør vektlegges i saksbehandlerens vurdering ved valg av velferdsteknologi og hjemmesykepleie.

Alle saksbehandlere trakk frem at hjemmebesøk til dem som søker om helse og omsorgstjenester har betydning for deres vurdering av hvilke tjenester som er hensiktsmessig å innvilge den enkelte. Saksbehandlerne beskrev at hjemmebesøk gir nyttig informasjon om søkeren, samt at det bidrar til at de får kartlagt den enkeltes ressurser og hva som er endret i deres funksjonsnivå. De benytter sin sykepleiefaglige kunnskap for å avdekke behov og dermed kunne gi tilpasset omsorg til den enkelte. Handlingene som vurderes som hensiktsmessige å utføre begrunnes ut fra den enkeltes situasjon av profesjonsutøveren. Handlingene uttrykkes gjennom den praktiske dimensjonen av omsorgen (Martinsen, 1989). Travelbee (2001) påpeker at det fysiske møte er sentralt når en skal tilstrebe å forstå den som har behov for omsorg, samt å se det unike i det andre mennesket. I tillegg har det første møtet betydning for den mellommenneskelige relasjonen mellom saksbehandler og tjenestemottaker (Travelbee, 2001). Noen saksbehandlere i min studie forsøkte å sette seg inn i søkerens helhetlige situasjon, ved blant annet å forsøke å få tak i hva som var viktig for den enkelte. Det å ha forståelse for den andres situasjon, har betydning for hvordan omsorgen erfares av den som har behov for hjelp (Martinsen, 1989, s. 16-17). Ved å ha en helhetlig tilnærming til søkerens situasjon, benytter saksbehandlerne momenter fra teorien om salutogenese i utførelsen av kartleggingen av søkerne (Langeland, 2012). Videre beskrev noen av saksbehandlerne i min studie hvordan de hadde erfart at når de innvilget tjenester som passet individet, så var erfaringen at tjenestemottakerne opplevde frihet og mulighet til å bestemme i eget liv. Funn i tidligere forskning indikerer at når teknologiske løsninger er tilpasset det unike mennesket sin situasjon og behov, vil omsorg som gis gjennom teknologi oppleves som god og samtidig

bidra til helsefremming, dette ved at tjenestemottakerne opprettholder selvstendighet i eget liv (Johannessen et al., 2019).

Saksbehandlerne beskrev hvordan de forsøkte å ta hensyn til søkers helhetlige situasjon, ved å benytte mulighetene de har til å tilpasse tjenestene til individet. Martinsen (1989) påpeker hvordan det er den enkelte situasjon som avgjør hvilke handlinger som utføres. Ved utførelse av praktiske handlinger som skal ivareta den andre, synliggjøres omsorgens moralske dimensjon og det inkluderer profesjonsutøverens verdier (Martinsen, 1989, s. 16–19). Den grunnleggende avhengigheten som Martinsen (1989) viser til mellom mennesker, fordrer at det i enhver omsorgssituasjon i tillegg er et maktforhold mellom den som gir omsorg og den som har behov for omsorg. Maktforholdet synliggjøres i den moralske dimensjonen av omsorg og har sammenheng med saksbehandler sin evne til å sette seg i inn i den andres situasjon. Selv om det i alle omsorgssituasjoner er en ubalanse i maktforholdet mellom partene, har man i utførelsen av omsorg en gjensidighet til hverandre da vi alle en eller annen gang kan ha behov for omsorg. Ved at saksbehandleren tar hensyn til det unike mennesket sin situasjon, vil makten forvaltes på en slik måte at den som har behov for omsorg ivaretas (Martinsen, 1989). I tillegg kan makten i relasjonen benyttes til å fremme helse hos tjenestemottakeren, hvis saksbehandleren er oppriktig interessert i det andre mennesket og ikke overkjører den som har behov for helsetjenester (Haugan, 2014, s. 207). Noen saksbehandlere i min studie beskrev at de ønsket at deres beslutning skulle føre til at tjenestemottakerne erfarte at deres stemme ble hørt ved valg av helse og omsorgstjeneste. Ved å være bevisst hvordan en benytter makten en har som saksbehandler når beslutninger tas, vil det bidra til å styrke tilliten i omsorgsrelasjonen mellom tjenestemottaker og saksbehandler (Martinsen, 2005, s. 162–165).

Funn i studien viser at de fleste saksbehandlerne ikke hadde et bevisstgjort forhold til innholdet i helsefremming ved vurdering av hensiktsmessig helse og omsorgstjeneste. Noen saksbehandlere beskrev imidlertid hvordan de var opptatt av at tjenestene skulle bidra til at søkerne klarte seg best mulig på egenhånd i sitt daglige liv. Videre ønsket flere saksbehandlere at deres vurdering skulle bidra til at tjenestemottakerne kunne bo hjemme i egen bolig lengst mulig. Martinsen (1989, s. 78) viser til at viktigheten i omsorg er at funksjonsnivået til den som trenger hjelp ikke forverres, men opprettholdes. I min studies empiri påpekes betydningen av individualisering ved vurdering av hensiktsmessig helse og

omsorgstjeneste av saksbehandlerne. Tidligere forskning peker på at hver situasjon må vurderes i forhold til om behov for helse og omsorgstjenester kan ivaretas ved hjelp av teknologi eller om en bør innvilge tradisjonelle tjenester (Kleiven et al., 2020).

Teorien om salutogenese viser til betegnelsen *opplevelse av sammenheng* (Antonovsky, 1980, s. 123), som består av de tidligere nevnte komponentene håndterbarhet, meningsfullhet og begripelighet. Komponenten håndterbarhet innebærer at tjenestemottakerne opplever at de har egne ressurser tilgjengelig til å håndtere ulike situasjoner i eget liv. De egne ressursene tjenestemottakerne benytter for å håndtere situasjonene kan blant annet være personlige eller velferdsordninger fra det offentlige hjelpeapparatet (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 39–40). Ved å innvilge helse og omsorgstjenester som bidrar til at tjenestemottakerne klarer å benytte egne ressurser når de skal utføre hverdagslige aktiviteter, vil slik jeg ser det kunne bidra til bedre håndgripelighet i individets liv. Komponenten meningsfullhet handler om tjenestemottaker sin motivasjon. Det innebærer at det er viktig at den man skal fatte beslutninger i forhold til er involvert i prosessen og at saksbehandleren får tak i hva som er viktig for den enkelte (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 41). Slik jeg vurderer det kan tjenestemottaker da kunne oppleve valg av helse og omsorgstjeneste som meningsfullt. Den siste komponenten i opplevelse av sammenheng er begripelighet. Denne komponenten innebærer at tjenestemottaker forstår sin egen situasjon og hvilke ressurser som bør benyttes for å møte utfordringene i eget liv (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 39–40). Slik jeg ser det kan betegnelsen opplevelse av sammenheng, ses i sammenheng med at flere av saksbehandlerne beskrev fordeler og ulemper med tradisjonell hjemmesykepleie og velferdsteknologi til tjenestemottakerne for å finne den mest hensiktsmessige tjenesten for individet. Medisindispenseren ble brukt som eksempel som en teknologisk løsning som gir tjenestemottakerne mulighet til å utføre aktiviteter som de selv opplever er viktig for egen helse, istedenfor å sitte hjemme og vente på at hjemmesykepleien skal komme. Tidligere forskning understreker at det er tjenestemottaker sine ønsker og behov som må være utgangspunktet ved bruk av teknologiske løsninger i helsetjenesten, når hensikten er at tjenesten skal bidra til å fremme helse (Johannessen et al., 2019).

Funn i min studie peker på at det å bli kjent med mennesket bak diagnosen hadde betydning for saksbehandlerne sin vurdering av hva som var hensiktsmessig helse og omsorgstjeneste for den enkelte. Flere hadde erfart at når de ble kjent med mennesket, så var individet helt



annerledes enn hvis de bare forholdt seg til diagnosen som var beskrevet. Ved en salutogenetisk tilnærming påpekes det at en må se hele mennesket og ikke bare ta utgangspunkt i den delen av mennesket som er sykt (Lindström et al., 2015, s. 23). Saksbehandlerne må dermed ikke bare tilnærme seg funksjonssvikten, men få tak i helheten til tjenestemottakeren. Slik jeg vurderer det vil en helhetlig tilnærming kunne bidra til at saksbehandlerne bedre vil kunne vurdere hvilken hjelp som er rett for den enkelte, da funksjonssvikten alene ikke er avgjørende for om velferdsteknologi eller hjemmesykepleie er den mest hensiktsmessige tjenesten. Helse er en subjektiv opplevelse og alle individ har ulik opplevelse av hva som fremmer deres helse (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 28–31). Flere av saksbehandlerne beskrev hvordan de ønsket at valg av tjeneste skulle bidra til at tjenestemottakerne hadde meningsfulle hverdager. I salutogenetisk tenkning vil individet erfare en sterk opplevelse av sammenheng, når minst fire av de generelle motstandsressursene er ivaretatt (Lindström et al., 2015, s. 29–30). Slik jeg vurderer det kan opplevelse av meningsfulle dager være en av de generelle motstandsressursene til tjenestemottakerne og dermed bidra til en sterk opplevelse av sammenheng. Tidligere forskning understreker at helsepersonell må benytte individuelle vurderinger, når teknologiske løsninger skal ivareta individets behov, dermed vil hverdagen kunne erfares som meningsfylt ved hjelp av teknologi (Kleiven et al., 2020).

#### 5.1.1 Mellommenneskelige relasjoner

Alle saksbehandlerne trakk frem viktigheten av å bli sett av andre mennesker, når man har behov for omsorg. Saksbehandlerne møter mennesker i ulike livssituasjoner og for noen er det daglige besøket av hjemmesykepleien, den eneste kontakten de har med andre mennesker. Martinsen (1989) viser til den grunnleggende avhengigheten mennesker har til hverandre. Mennesket klarer seg ikke alene og relasjonen mellom menneskene er omsorgens utgangspunkt, da utførelse av omsorg er avhengig av andre mennesker. Avhengigheten til andre mennesker blir synliggjort ved at den som ikke klarer å ivareta seg selv er helt avhengig av at profesjonsutøveren utfører nødvendige handlinger ut fra den bestemte situasjonen. Handlingene utføres uten å forvente noe tilbake fra profesjonsutøveren. I omsorg tas det hensyn til og det vises forståelse for et annet menneske (Martinsen, 1989). Avhengigheten utdypes ved at mennesket sitt dagligliv har ingen mening uten andre mennesker og vi har behov for fellesskap med andre. Det er gjennom fellesskap at vi kan få bety noe for andre, samt forstå den vi forsøker å gi omsorg til (Martinsen, 1989, s. 69). Flere saksbehandlere i min studie beskrev hva implementeringen av velferdsteknologi i helsetjenesten betyr for relasjonen i omsorgen, når en ikke lengre møter mennesker ansikt til ansikt. Travelbee (2001)

vektlegger betydningen av de mellommenneskelige relasjonene, når mennesket har behov for hjelp til å ivareta egen helse. Den profesjonelle omsorgsutøveren ser på individet som har behov for hjelp som unikt og vil ivareta den enkelte sitt behov for omsorg. Ved utvikling av den mellommenneskelige relasjonen erfares det at man tar del i den andres situasjon ved å vise empati, medfølelse og har en gjensidig forståelse for hverandre (Travelbee, 2001). I min studies empiri peker noen av saksbehandlerne på betydningen av samtale og det å ta seg tid til å lytte til tjenestemottakeren når en vurderer hva som er hensiktsmessig helse og omsorgstjeneste for den enkelte.

I den salutogene helsemodell påpekes blant annet betydningen av sosial støtte som en generell motstandsressurs, da kontakt med andre har betydning for hvordan egen helse oppleves. Sosial støtte bidrar til å bedre helsen til den enkelte (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 139). Det innebærer at når en tar seg tid til å lytte kan det ha en helsefremmende betydning, for den som strever med egen helse (Lindström et al., 2015, s. 28–29). Når de generelle motstandsressursene forsterkes, vil individets opplevelse av sammenheng bedres (Moksnes, 2014, s. 45–46). Slik jeg vurderer det kan saksbehandlerne bidra med å gi sosial støtte til tjenestemottakerne, ved å legge til rette for samtale og tilpasse hjelpen som gis til den enkelte. Da vil den hjelpen som mottas erfares som helsefremmende og bidrar til at tjenestemottaker gis mulighet til å benytte egne ressurser for å fremme sin helse (Drageset, 2014, s. 81–83). Den profesjonelle relasjonen mellom saksbehandler og tjenestemottaker kan dermed ha en helsefremmende betydning, når det tas hensyn til enkeltindividet ved å ta seg tid til å bli kjent og se hele mennesket (Haugan, 2014, s. 206–209). Tidligere forskning understreker at helsepersonell vurderer at flere av de fysiske besøkene ikke kan erstattes av teknologiske løsninger (Kleiven et al., 2020), noe som også flere av saksbehandlerne uttalte.

De fleste saksbehandlere trakk frem at de tilstrebet å opparbeide en tillitsfull relasjon til tjenestemottakerne. I en relasjon mellom et individ som har behov for helsetjenester og en person som skal utføre hjelpen er det både avhengighet og makt. Disse to aspektene er til stede i relasjonen og det er den moralske dimensjonen som er med på å avgjøre hvordan en utfører god omsorg i relasjonen (Martinsen, 1989, s. 59). Den moralske dimensjonen omfatter blant annet hvordan den som har behov for hjelp ivaretas med den makten som er i omsorgsrelasjonen. Dette henger sammen med plikten til å ivareta de svake som har behov for hjelp og hvordan praktiske handlinger utføres for å ivareta dem (Martinsen, 1989, s. 47–49).

Noen av saksbehandlerne i min studie beskrev hvordan de forsøkte å være tilgjengelige for tjenestemottakerne, for å bedre tilliten i relasjonen til den som har behov for hjelp. I en salutogenetisk tilnærming bidrar tillit til å bedre individets opplevelse av sammenheng i relasjonen (Langeland, 2012). Slik jeg vurderer det kan relasjonen mellom saksbehandler og tjenestemottaker ha betydning for hvordan tjenestemottaker benytter egne ressurser for å møte sine helseutfordringer. Forskning understreker at relasjonen mellom omsorgsutøver og den som har behov for omsorg, har betydning for hvordan omsorgshandlingene oppleves av den som mottar hjelpen (Tøndel, 2018).

Saksbehandlerne beskrev hvordan innholdet i omsorgen endres, når en ikke lengre har den nære relasjonen til den som har behov for omsorg. Slik en kan se når omsorg gis ved hjelp teknologiske løsninger fremfor tilstedeværelse. De fysiske forutsetningene for omsorg endres, når omsorg utøves ved hjelp av teknologiske løsninger (Holm & Wiik, 2020, s. 140, 157–158). De fleste saksbehandlerne i min studie fortalte at de var utrygge på om velferdsteknologi var den rette tjenesten for flere av sine tjenestemottakere. Ved implementering av velferdsteknologi i helsetjenesten kan det stilles flere spørsmål, det ene er om behovet for menneskelig omsorg kan erstattes av ulike teknologiske løsninger (Thygesen, 2019, s. 38). I en mellommenneskelig relasjon er det en gjensidig påvirkning mellom profesjonsutøver og den som trenger hjelp til å ivareta sine behov. I tillegg bidrar både nonverbal og verbal kommunikasjon til at profesjonsutøveren får informasjon, som gjør at man vet hvilke praktiske handlinger som bør utføres for å ivareta den andres behov for omsorg (Travelbee, 2001). Den praktiske dimensjonen av omsorgen, fordrer at profesjonsutøveren benytter sin fagkunnskap og sine sanser når omsorg utøves (Martinsen, 1989). Tidligere forskning indikerer at når teknologiske løsninger implementeres i helsetjenesten, må profesjonsutøvere samtidig se på nye måter å utføre arbeidet sitt på (Lo et al., 2019). Fagkunnskap må benyttes på en annen måte når omsorg utføres på avstand og ikke ansikt til ansikt (Kleiven et al., 2020). En annen studie peker på at helsepersonell opplever at det er vanskelig å ikke lengre ha den daglige oppfølgingen av tjenestemottakerne, da en blant annet er redd for å miste kliniske observasjoner som har betydning for hvilke handlinger som vurderes som nødvendige ut fra helsesituasjonen (Glomsås et al., 2020). I dag har mange eldre som bor hjemme et mer komplekst sykdomsbilde enn tidligere og endringer i helsetilstanden kan derfor skje på kort tid (Holm & Wiik, 2020, s. 18–19). Slik jeg vurderer det innebærer implementering av velferdsteknologi at saksbehandlerens fagkunnskap blir utfordret når det

skal vurderes om de fysiske besøkene fra hjemmesykepleien kan ivaretas av teknologiske løsninger.

## 5.2 Faglig skjønn og utfordring

Noen saksbehandlere beskrev hvordan deres faglige skjønn var noe som lå i dem og som førte til at handlinger ble utført på autopilot. Saksbehandleren favnes av begrepet bakkebyråkrat, fordi saksbehandlerne forvalter offentlige ressurser i velferdsstaten og samtidig avgjør de flere søknader om helse og omsorgstjenester uten at de drøftes med kollegaer. I tillegg har de mulighet til å utøve skjønnsmessige vurderinger når beslutninger tas (Lipsky, 2010). Saksbehandlerne må forholde seg til norsk lovverk ved bruk av faglig skjønn. I tillegg regulerer nasjonale og lokale retningslinjer, samt kriterier for de ulike tjenestene saksbehandlernes muligheter til å utøve skjønnsmessige vurderinger. Bruk av faglig skjønn gir saksbehandlerne mulighet til å fatte beslutninger som er rett i den enkelte sak og bidrar til at det kan tas hensyn til individuelle behov (Hanssen et al., 2015, s. 18–19). I min studies empiri påpekte saksbehandlerne hvordan de forsøkte å tilpasse tjenestene til individet ved å benytte skjønnsmessige vurderinger.

Martinsen (1989) omtaler skjønn som den tause kunnskapen og den tilegnes gjennom erfaring. Den tause kunnskapen bidrar i praksis til at en ved vurderinger har kyndige saksbehandlere, som kan begrunne sine beslutninger når de skal sørge for ivaretagelse av tjenestemottakerne. Alle saksbehandlerne beskrev hvordan deres tidligere erfaringer fra sykepleie praksis og tidligere behandlinger av søknader hadde betydning for deres vurdering av hensiktsmessig tjeneste for tjenestemottakerne. Martinsen (1989) påpeker betydningen av erfaringene, når en skal avgjøre hva en skal utføre i enhver situasjon. Det en observerer i situasjonen med et blikk, gjør at profesjonsutøveren kan ta en beslutning på hvordan en best mulig skal kunne ivareta den andre ut fra den særegne situasjonen (1989, s. 24–25).

Teknologiske løsninger kan ikke erstatte alle kliniske vurderinger. Den tause kunnskapen vil dermed kunne bidra med grenser til når teknologien kan benyttes i omsorgen (Martinsen, 1989, s. 27). Faglig skjønn benyttes i alle situasjoner og utøvelse av skjønnsmessige vurderinger fordrer at saksbehandlerne har god kjennskap til hensikten med bestemte lover og regler, da de er veiledende for å kunne utøve skjønnsmessige vurderinger (Alvsvåg & Martinsen, 2018). En saksbehandler fortalte hvordan skjønnet blir benyttet når det er behov

for å se mellom linjene ved vurdering av en søknad, da lovverk og retningslinjer ikke alltid fungerer i praksis slik som de var tiltenkt.

Dette viser at i tillegg til norsk lovverk, er retningslinjer og kriterier som er utarbeidet lokalt for de ulike helse og omsorgstjenestene også medbestemmende for faglig skjønn (Norheim, 2015, s. 18–19). De skjønnsmessige vurderingene foretas i handlingsrommet saksbehandleren har til å fatte beslutninger innenfor gjeldene reguleringer. Det innebærer at det faglige skjønnnet må tilpasses de reguleringer som saksbehandlerne må forholde seg til i sine stillinger. Handlingsrommet til å utøve skjønnsmessige vurderinger kan være stort eller lite. I handlingsrommet må saksbehandleren vurderer hva som er hensiktsmessig tjeneste for å ivareta blant annet tjenestemottakers selvbestemmelse og trygghet. Samtidig skal saksbehandleren sørge for å gi tjenestemottaker faglig forsvarlige tjenester (Hanssen et al., 2015, s. 25–28). I min studies empiri indikeres det at handlingsrommet til saksbehandlerne påvirkes av og noen ganger styres av implementeringen av velferdsteknologi og ressursmangel i primærhelsetjenesten. Slik jeg vurderer det fordrer implementeringen av velferdsteknologi i primærhelsetjenesten at saksbehandlerne benytter sitt faglige skjønn i vurderingen. Bruk av faglig skjønn som synliggjør faglig kunnskap er sentralt når omsorgens grunnleggende verdier skal ivaretas, som blant annet er ansvaret for de svake.

Profesjonsutøverne bør utføre handlinger som gjør at de svakes behov for omsorg blir ivaretatt, uten å forvente at noe gis tilbake (Martinsen, 1989). Alle saksbehandlerne påpekte at deres faglige skjønn ble utfordret i møte med velferdsteknologi. De beskrev at det var en forventning om at velferdsteknologi skulle benyttes til å ivareta flest mulig tjenestemottakere. Saksbehandlernes faglige skjønn som benyttes når det foretas en helhetsvurdering av tjenestemottakernes situasjon (Martinsen, 1989, s. 25), blir slik jeg ser det utfordret av forventningen om å redusere kommunens kostnader ved bruk av velferdsteknologi. De ytre kravene om å innvilge teknologiske løsninger til de tjenestemottakerne som kan ivaretas med velferdsteknologi, utfordrer i tillegg den relasjonelle dimensjonen i omsorg (Martinsen, 1989, s. 14–15). Utgangspunktet for de skjønnsmessige vurderingene er at menneskene vil hverandre alt godt og at det er en grunnleggende tillit mellom individene (Martinsen, 2005, s. 116). Noen saksbehandlere påpekte at de ønsket at det skulle være frivillig å benytte velferdsteknologi og ikke være en påtvunget tjeneste. Det vil kunne gi saksbehandlerne mulighet til å utføre skjønnsmessige vurderinger i det regulerte handlingsrommet (Norheim, 2015, s. 25–28). Tidligere forskning understreker at en må tenke helhetlig når vurderingen

foretas og at saksbehandlerne ikke må legge til side sin fagkunnskap når nye tjenesteløsninger tas i bruk i primærhelsetjenesten (Lo et al., 2019).

Alle saksbehandlerne beskrev at faglige diskusjoner på arbeidsplassen bidro til bevisstgjøring av deres faglige skjønn. Skjønnsmessige vurderinger bør ikke fremstå som tilfeldige, men kunne begrunnes i faglig kunnskap (Hanssen et al., 2015, s. 44). Saksbehandlerne benyttet sin fagkunnskap sammen med sin tause kunnskap, for å kunne begrunne hvilke helse og omsorgstjenester som var mest hensiktsmessige for individet i den særegne situasjonen (Martinsen, 1989). Ved å være bevisst på forhold som innvirker på det faglige skjønnet, vil de skjønnsmessige vurderingene bidra til å ivareta behovet for individualisering av helse og omsorgstjenesten, da tjenestemottakerne har ulike ønsker og behov (Hanssen et al., 2015, s. 38–39). Tidligere forskning understreker at saksbehandlerne benytter skjønnsmessige vurderinger ved beslutninger og at saker drøftes med kollegaer, for å vurdere hva som er nødvendige behov som skal ivaretas av helse og omsorgstjenesten (Øydgard, 2018), noe som også trekkes frem av saksbehandlerne i min studie.

Opplevelsen til alle saksbehandlerne var at velferdsteknologi erstatter hendene i hjemmesykepleien. Når teknologi implementeres i primærhelsetjenesten utfordres de grunnleggende verdiene i utførelsen av omsorg, da en ikke lengre har behov for å være i det samme rommet for å utøve omsorg til en annen (Thygesen, 2019, s. 31–32). Nærhet, empati og tillit er noen av verdiene som utfordres når teknologi tas i bruk i omsorgen påpeker tidligere forskning (Slettebø et al., 2018). Samtidig beskrev noen av saksbehandlerne at de vurderte teknologi som en løsning som dekker behov, men ikke gir omsorg til tjenestemottakerne. Når teknologiske løsninger vurderes som supplement eller i kombinasjon med hjemmesykepleie må det alltid tas utgangspunkt i det unike individet (Thygesen, 2019, s. 26–27). Forskning understreker at hvis individet selv ikke erfarer at den teknologiske løsningen er hensiktsmessig, så vil den ikke fungere som den er tiltenkt (Johannessen et al., 2019). Samtidig påpeker forskning at helsepersonell må kombinere sin faglige kunnskap og kunnskap om teknologiske løsninger når velferdsteknologi er et alternativt tjenestetilbud til hjemmeboende mennesker (Lo et al., 2019). Dette påpekes også i min studies empiri, hvor skjønnsmessige vurderinger benyttes i møte med velferdsteknologi for å ivareta tjenestemottakerne på en best mulig måte.

Alle saksbehandlerne vurderte velferdsteknologi som en nødvendig innovativ løsning, da det ikke er tilstrekkelig med ressurser tilgjengelig til å dekke behovet for helse og omsorgstjenester som etterspørres. Velferdsteknologi blir fremstilt som en av innovasjonsløsningene som kan bidra til at helsetjenesten kan møte de kommende demografiske endringene da en vil mangle både helsepersonell og økonomiske ressurser i primærhelsetjenesten (Knutshaug & Nakrem, 2017). En av hensiktene med å implementere velferdsteknologi er å effektivisere dagens helse og omsorgstjeneste. De teknologiske løsningene kan ivareta enkelte oppgaver i primærhelsetjenesten og dermed frigjøre ressurser til å utføre oppgaver som ikke kan ivaretas med velferdsteknologi (Thygesen, 2019). Flere studier viser til at velferdsteknologi blir vurdert til å være en løsning for å møte fremtidens utfordringer i helse og omsorgstjenesten (Glomsås et al., 2020; Johannessen et al., 2019; Tøndel, 2018). I tillegg påpeker tidligere forskning at teknologiske løsninger kan bidra til å løse kapasitetsproblemer i primærhelsetjenesten (Lo et al., 2019b). Noen av saksbehandlerne beskrev at de i noen saker, måtte vurdere om det var tilstrekkelig med ressurser tilgjengelig til å ivareta individet hjemme. Profesjonsutøvere møter i sitt arbeid en forventning om å redusere utgiftene (Holm & Wiik, 2020, s. 141), dette samsvarer med empirien i min studie hvor alle saksbehandlerne beskrev hvordan de stadig ble påminnet budsjetter som måtte reduseres eller overholdes. Forskning indikerer at teknologiske løsninger skal føre til en effektivisering av primærhelsetjenesten (Kleiven et al., 2020), slik at helsepersonell kan benyttes til andre oppgaver (Slettebø et al., 2018).

Saksbehandlerne beskrev hvordan mangelen på økonomiske ressurser i helse og omsorgstjenesten utfordret deres faglige kunnskap. Når noen har behov for omsorg, må det vurderes hvilken hjelp som er hensiktsmessig å gi og hva velferdsstaten er forpliktet til å gi den enkelte (Martinsen, 1989, s. 34–35). Noen saksbehandlere trakk frem hvordan vedtak på hjemmesykepleie måtte gjennomgås regelmessig med mål om å redusere kostnader. Det kan være skjulte faktorer i en situasjon som er avgjørende for hvilke handlinger en vurderer er mest hensiktsmessig å utføre for individet (Martinsen, 1989). Slik jeg ser det kan skjønnsmessige vurderinger som begrunnes i faglig kunnskap av saksbehandlerne være et hjelpemiddel når begrensede tilgjengelige ressurser skal fordeles, slik at de svake ivaretas.

Det er interessant at saksbehandlerne beskrev at de vektla sine sykepleiefaglige vurderinger fremfor kommunens økonomi. De fleste saksbehandlerne hadde erfart at de måtte forsvare

sine faglige vurderinger, når de ikke hadde innvilget den mest økonomibesparende tjenesten. Bakgrunnen for den kommunale organiseringen med en bestiller- utfører modell, var at en slik organisering skulle bidra til at tilgjengelige ressurser ble fordelt så rettferdig som mulig (Holm & Wiik, 2020, s. 20). De økonomiske rammene synes å ha betydning for hvilket handlingsrom saksbehandlerne har, når de utfører sin vurdering. Det kom frem i min studie at når utgifter skulle reduseres hadde noen saksbehandlere erfart at det ble stilt større krav til deres faglige begrunnelser for vurderingen. Dette kan ha sammenheng med at skillet mellom rettsanvendelsesskjønn og faglig skjønn ikke er helt tydelig og ved ønsket om å redusere utgifter blir det oftere stilt spørsmål om avgjørelsene ligger i saksbehandlerens regulerte handlingsrom til å foreta skjønnsmessige vurderinger (Hanssen et al., 2015, s. 26–27). Forskning understreker at en i primærhelsetjenesten vil gi tjenestemottakerne tjenester med god kvalitet, men samtidig tilstrebe lavest mulig nivå av helse og omsorgstjenester (Slettebø et al., 2018), noe som også trekkes frem av saksbehandlerne i min studie.

Alle saksbehandlerne beskrev hvordan de forsøkte å ha avstand til kommunens økonomi når vurderingen ble utført, selv om de hadde god kjennskap til at ressursene var begrenset. Ved å identifisere tjenestemottakerne sine egne ressurser i kartleggingen, kan det ved valg av helse og omsorgstjeneste legges til rette for at tjenestemottakerne selv kan utføre oppgaver i eget liv. Det vil kunne bidra til at mennesker klarer seg lengre og bedre på egenhånd (Rannestad & Haugan, 2014, s. 19–20) og slik jeg vurderer det kan dermed ressursbruken i kommunen reduseres. Tidligere forskning påpeker at teknologiske løsninger vil kunne gi reduserte kostnader i helse og omsorgstjenesten, hvis en tar utgangspunkt i individuelle behov når hensiktsmessige løsninger skal vurderes (Frennert, 2019).

De fleste saksbehandlerne i studien trakk frem at forventningene til dem som søker om helse og omsorgstjenester ikke samsvarer med de tilgjengelige ressurser som i dag finnes i primærhelsetjenesten. Når mennesker blir eldre, blir den grunnleggende avhengigheten av andre mer synlig i dagliglivet. Behovet for omsorg og hjelp fra andre øker (Martinsen, 1989). Videre beskrev saksbehandlerne at det var en forventning om at omfang av offentlige tjenester skulle være lavest mulig, men samtidig skulle det gis faglig forsvarlige tjenester til tjenestemottakerne. Saksbehandlerens faglige vurderinger blir derfor sentrale når den helhetlige omsorgen til tjenestemottaker skal ivaretas ved prioritering av tilgjengelige ressurser (Martinsen et al., 2018, s. 31–34). Øydgard (2018) understreker i sin studie at



forventninger ikke samsvarer med tilgjengelige ressurser og at saksbehandlerne erfarer at det som vurderes som faglig forsvarlige tjenester stadig får en ny mening. En annen studie påpeker de etiske utfordringene som oppstår når det er for lite ressurser i forhold til behovet som etterspørres og en samtidig skal gi tjenester med god faglig kvalitet (Slettebø et al., 2018). Noen saksbehandlere etterlyste mer informasjon ut til kommunens innbyggere om hvordan ressurs situasjonen egentlig er i helse og omsorgstjenesten, med tanke på ivaretagelse av eldre og syke mennesker.

Endrede og ukjente saksbehandlingsrutiner var en av årsakene til at hjemmesykepleie fortrinnsvis velges av noen saksbehandlere, når velferdsteknologi var et alternativ til å ivareta tjenestemottakeren. Forskning understreker at teknologiske løsninger ikke blir benyttet, når helsepersonell opplever at deres forutsetninger for å utføre sitt arbeid endres. Helsepersonell vil da fortrinnsvis benytte de kjente måtene å ivareta omsorg for andre på (Glomsås et al., 2020). Noen av saksbehandlerne gav også uttrykk for at de var utrygge på de teknologiske løsningene og at det gjorde det enda vanskeligere å innvilge dem. Sykepleiere har i flere år benyttet teknologi i utførelsen av praktiske sykepleieoppgaver. Forskjellen som nå erfares er at de oppgaver som kan utføres på avstand, overtas av teknologiske løsninger. Det fører til at en ikke lengre går inn til tjenestemottakeren for å se at medisinene blir tatt til rette tidspunkt, men en må stole på at medisindispenseren varsler hvis medisinene ikke tas som forhåndsinnstilt (Lassen, 2017). Slik jeg vurderer det har saksbehandlerne behov for mer kunnskap om teknologiske løsninger, slik at de kan formidle til søkerne at det å få helsetjenester via teknologiske løsninger er like trygt som fysiske besøk av hjemmesykepleien. Når saksbehandlerne ikke er trygge på at teknologi vil ivareta individets behov, vil den som har behov for hjelp oppfatte dette i samtale med saksbehandler (Johannessen et al., 2019), slik jeg ser det vil det da i praksis bli vanskeligere å få tjenestemottakerne til å si ja til å forsøke teknologiske løsninger.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med studien var å få kunnskap og forståelse om saksbehandlernes vurdering ved valg av helse og omsorgstjeneste, når velferdsteknologi er implementert i primærhelsetjenesten. Følgende problemstilling for studien ble derfor utformet; Hva har betydning for saksbehandlers vurdering ved valg av velferdsteknologi og hjemmesykepleie?

Saksbehandlerne tilstreber å få overblikk over individets helhetlige situasjon og det er den særegne situasjonen som er utgangspunktet for å finne hensiktsmessig tjeneste. Derfor må det i vurderingen ikke glemmes at tjenestemottakerne ikke er sine diagnoser, men særegne individer med sin egen historie, ønsker og behov. Saksbehandlingens vurdering blir utfordret av mangelen på helsepersonell og forventning om å redusere kostnader medfører at de ved valget må utføre noen prioriteringer om hvem som har mest behov for tjenester ut fra faglig kunnskap. Samtidig må de tilstrebe en rettferdig fordeling av de tilgjengelige ressursene, slik at de ivaretar flest mulig tjenestemottakere.

Betydningen av mellommenneskelige relasjoner vektlegges ved vurderingen. Individets relasjoner til andre mennesker har betydning for hvordan egen helse oppleves, samt hvordan den enkelte håndterer utfordringer i eget liv ved funksjonsendringer. Viktigheten av de fysiske møtene kan komme i bakgrunnen, når velferdsteknologi implementeres i primærhelsetjenesten og det samtidig forventes at flest mulig tjenestemottakere skal ivaretas ved hjelp av velferdsteknologi. Saksbehandlerne vurderte at den velferdsteknologien som i dag er tilgjengelige for hjemmeboende, ikke kan erstatte de fysiske møtene mellom den som har behov for omsorg og den som utøver omsorg. Velferdsteknologi kan innebære gode løsninger for enkelte individer, når det tas utgangspunkt i den enkelte tjenestemottakers ønsker og behov, fordi da kan hjelpen som mottas erfares både som omsorgsfull og helsefremmende.

Et resultat som synes å være fremtredende er at faglig kunnskap blir vektlagt mer enn hensynet til tilgjengelige ressurser ved saksbehandlers vurderinger ved valg av tjeneste. Dette viser at sykepleiere ikke kan legge til side sin faglige kunnskap, selv om de tiltrer stillinger der de skal forvalte tilgjengelige ressurser på vegne av velferdsstaten. Faglig kunnskap blir benyttet sammen med faglig skjønn når saksbehandlerne ved valget skal forholde seg til

ressursmangelen og samtidig ivareta tjenestemottakerne. Saksbehandlerne vektla individualisering av helse og omsorgstjenestene. Ved å benytte skjønn sammen med fagkunnskap, kan de ta hensyn til det særegne i situasjonen og innvilge tjenester som er hensiktsmessige for den enkelte tjenestemottakeren. Dermed kan valg av tjeneste bidra til å fremme den enkeltes helse og bidra til at tjenestemottakerne kan bo lengre hjemme.

Når primærhelsetjenesten skal møte de kommende demografiske utfordringene og mangelen på helsepersonell, må man være bevisst på hvordan faglig kunnskap benyttes i møte med velferdsteknologi. Samtidig må ikke betydningen av de skjønnsmessige vurderingene skyves bort, da de kan bidra til at man i primærhelsetjenesten klarer å ivareta særegne behov og ønsker til tjenestemottakerne. Imidlertid forutsetter dette at det er handlingsrom til å benytte skjønnsmessige vurderinger. Det er vesentlig å være klar over at ikke alle mennesker med behov for helse og omsorgstjenester vil kunne oppleve god omsorg og helsefremmende tjenester ved hjelp av velferdsteknologiske løsninger. Det må derfor være rom for å innvilge hjemmesykepleie til de som trenger det, noe også saksbehandlerne faglige vurderinger er tydelige på.

### 6.1 Implikasjoner for praksis og videre anbefalinger

Denne studien er liten, men studiens resultater har allikevel implikasjoner for praksis. Ved implementering av velferdsteknologi bør saksbehandlerne skjønnsmessige vurderinger tillegges en større betydning for å ivareta individets særegne behov for omsorg og helsefremmende tjenester. Dette vil bidra til å ivareta behovet for individualisering av helse og omsorgstjenestene i primærhelsetjenesten. Samtidig bør det ses på muligheter for å ivareta menneskers behov for kontakt med andre mennesker, når en rammes av funksjonsfall og ikke lengre klarer å opprettholde sitt sosiale nettverk og får tjenester via velferdsteknologi. Dette fordi relasjoner til andre mennesker har betydning for hvordan egen helse erfares. Resultatene av studien indikerer at saksbehandlerne har behov for mer kunnskap om velferdsteknologi, slik at de blir tryggere på de ulike teknologiske løsningene. Økt kunnskap vil kunne innebære at saksbehandlerne oftere vil vurdere at velferdsteknologi kan være en hensiktsmessig tjeneste for å ivareta tjenestemottakernes behov for omsorg, samt bidra til helsefremming.

Da denne studien er avgrenset til en kommune, hadde det vært hensiktsmessig og gjennomført en større studie i flere kommuner med lik organisering ved tildeling av helse og omsorgstjenester. Det ville gitt større datagrunnlag og til å kunne identifisere mer generelle sammenhenger, som dermed kan benyttes i det videre implementeringsarbeidet av velferdsteknologi. I tillegg hadde det også vært hensiktsmessig å undersøke hva som har betydning for vurderingene ved valg av velferdsteknologi og hjemmesykepleie, når tildelingen ikke foregår i en bestiller- utfører modell. En slik studie vil kunne bidra med kunnskap om det er forskjell på hva som har betydning for vurderingen, når tildelingen skjer av helsepersonell som utfører den hjelpen som innvilges.

## 7.0 Referanser

- Alvsvåg, H., & Martinsen, K. M. (2018). Omsorg og skjønn. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 215–222. idunn.no. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-03>
- Antonovsky, A. (1980). *Health, stress, and coping* (1st ed). Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A., & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium den salutogene modellen*. Gyldendal akademisk.
- Danielson, E. (2018). Kvalitativt forskningsinterview. I M. Henricsson (Red.), *Videnskabelig teori og metode: Fra idé til eksamination* (2.utg., s. 177–192). Munksgaard.
- Drageset, J. (2014). Sosial støtte - Et salutogent begrep og forskningsfelt. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 76–84). Cappelen Damm akademisk.
- Frennert, S. (2019). Lost in digitalization? Municipality employment of welfare technologies. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 14(6), 635–642. <https://doi.org/10.1080/17483107.2018.1496362>
- Glomsås, H. S., Knutsen, I. R., Fossum, M., & Halvorsen, K. (2020). User involvement in the implementation of welfare technology in home care services: The experience of health professionals—A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21–22), 4007–4019. <https://doi.org/10.1111/jocn.15424>
- Graneheim, U. H., Lindgren, Britt. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hanssen, H., Humerfelt, K., Kjellevoid, A., Norheim, A., & Sommerseth, R. (2015). Faglig skjønn i utøvelse av profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid. I H. Hanssen (Red.), *Faglig skjønn og brukervedvirkning* (2.utg., s. 17–47). Fagbokforlaget.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2019-2020). Gyldendal Norsk Forlag.

- Hofmann, B. (2019). Hvordan vurdere etiske aspekter ved moderne helse- og velferdsteknologi? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(03), 99–116. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-09>
- Holm, S., & Wiik, H. (2020). *Bo lenger hjemme—Nye utfordringer for hjemmetjenesten*. Fagbokforlaget.
- Johannessen, T. B., Holm, A. L., & Storm, M. (2019). Trygg og sikker bruk av velferdsteknologi i hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(3), 71–83. idunn.no. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-07>
- Kiran, A. H. (2017). Mediating patienthood—from an ethics of to an ethics with technology. *Nursing Philosophy*, 18(1), e12153. <https://doi.org/10.1111/nup.12153>
- Kjellstrøm, S. (2018). Forskningsetik. I M. Henricsson (Red.), *Videnskabelig teori og metode: Fra idé til eksamination* (2.utg., s. 75–101). Munksgaard.
- Kleiven, H. H., Ljunggren, B., & Solbjør, M. (2020). Health professionals' experiences with the implementation of a digital medication dispenser in home care services – a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 320. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05191-9>
- Knutshaug, T. J., & Nakrem, S. (2017). Velferdsteknologi- hva, hvorfor og hvordan? I S. Nakrem & J. B. Sigurdsson (Red.), *Velferdsteknologi i praksis perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste* (s. 15–33). Cappelen akademisk.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utg.), Gyldendal akademisk.
- Langeland, E. (2012). Betydningen av den salutogene modell for sykepleie. *Klinisk Sygepleje*, 26(2), 38–48. idunn.no.
- Lassen, A. M. (2017). Velferdsteknologi i et medarbejderperspektiv—Et kvalitativt studie af kommunale medarbejderes erfaringer med velferdsteknologi. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(2), 106–117. idunn.no. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-02-08>
- Lindström, B., Eriksson, M., & Sjøbu, A. (2015). *Haikerens guide til salutogenese helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Gyldendal akademisk.

- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services* (30th anniversary expanded ed). Russell Sage Foundation.
- Lo, C., Waldahl, R. H., & Antonsen, Y. (2019). Tverrfaglig, sammenkoblet og allestedsnærværende – om implementering av velferdsteknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester. *Nordisk välfärdsforskning | Nordic Welfare Research*, 4(1), 9–19. idunn.no. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-4161-2019-01-02>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: En innføring*. (4.utg.), Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin historisk-filosofiske essays*. TANO.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Akribe.
- Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 30.oktober 2020, fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Meld. St.15 (2017-2018). *Leve hele livet—En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 30.oktober 2020, fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Meld. St.18 (2018-2019). *Helsenæringen—Sammen om verdiskapning og bedre tjenester*. Nærings- og fiskeridepartementet. Hentet 30.oktober 2020, fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-18-20182019/id2639253/>
- Meld. St.26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 30.oktober 2020, fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Moksnes, U. K. (2014). Opplevelse av sammenheng. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 41–51). Cappelen Damm akademisk.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2016). *Foundations for health promotion* (Fourth edition). Elsevier.
- Nielsen Hauge, H. (2017). Telemedisin, M-helse, sensorteknologi, hverdagsteknologi og velferdsteknologi. I *Den digitale helsetjenesten* (s. 64-90). Gyldendal Akademisk.

- Norheim, A. (2015). Selvbestemmelse eller medbestemmelse i demensomsorgen—  
Utfordringer for det faglige skjønnnet. I H. Hanssen (Red.), *Faglig skjønn og  
brukermedvirkning* (2.utg., s. 105–130). Fagbokforlaget.
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet  
30.oktober 2020, fra  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2011). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (Lovsamling  
for helse- og sosialsektoren 2019-2020). Gyldendal Norsk Forlag.
- Rannestad, T., & Haugan, G. (2014). Helsefremming i kommunehelsetjenesten. I G. Haugan  
& T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 15–25). Cappelen  
Damm akademisk.
- Sirnes, T. (2016). Fra politikk til praksis i helse og velferdstjenestene. I E. Willumsen & A.  
Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid: Et samfunnsoppdrag* (2.utg., s. 79-92).  
Universitetsforl.
- Slettebø, Å., Skaar, R., Brodtkorb, K., & Skisland, A. (2018). Conflicting rationales: Leader's  
experienced ethical challenges in community health care for older people.  
*Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 645–653.  
<https://doi.org/10.1111/scs.12490>
- Stamsø, M. A. (2017). Organisering og finansiering av velferdstjenester. I M. A. Stamsø  
(Red.), *Velferdsstaten i endring: om norsk helse- og sosialpolitikk* (3.utg., 110-142).  
Gyldendal Akademisk.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse en innføring i kvalitative metoder*. Fagbokforl.
- Thygesen, H. (2019). Velferdsteknologi og nye tjenesteløsninger. I I. Moser (Red.),  
*Velferdsteknologi: En ressursbok* (s. 25-44). Cappelen Damm Akademisk.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal.
- Tøndel, G. (2018). Omsorgens materialitet: Trygghet, teknologi og alderdom. *Tidsskrift for  
omsorgsforskning*, 4(3), 287–297. idunn.no. [https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-  
2018-03-11](https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-11)



- Willumsen, E., Ødegård, A., & Sirnes, T. (2015). Innovasjon innen helse og velferd—Sosial innovasjon. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Sosial innovasjon fra politikk til tjenesteutvikling* (s. 25–41). Fagbokforl.
- Øydgard, G. (2018). Individuelle behovsvurderinger eller standardiserte tjenestetilbud? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(1), 27–39. idunn.no.  
<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-01-04>
- Aasland, K. (2017). Utvikling av velferdsteknologiprodukter. I S. Nakrem & J. B. Sigurbjønsson (Red.), *Velferdsteknologi i praksis perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste* (s. 51-64). Cappelen akademisk.

Vedlegg 1. Godkjenning NSD  
21.08.2020 09:52

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 347781 er nå rang av NSD. Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 21.08.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. **DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG** Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet. **MELD VESENTLIGE ENDRINGER** Hvis det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å opprettholde meldeskjemaet. Før du melder inn en endring

21.08.2020 09:49

Hei, vi har tatt en gjennomgang av ditt meldeskjema. Du vil få en ferdig vurdering i neste melding, men du bør være oppmerksom på / gjøre følgende: 1) Siden helsepersonell har taushetsplikt er det veldig viktig at intervjuene gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten holder over. Intervjuer og informanter har sammen ansvar for dette, og bør innledningsvis i intervjuene drøfte hvordan dette skal håndteres. Vi minner om at informantene dine ikke kan gi opplysninger som kan identifisere en enkelt pasient eller pågående, direkte eller indirekte. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates og at dere er forsiktige ved å bruke eksempler under intervjuene. 2) Informasjonsskrivet ditt er godt utformet, men du må legge til kontaktinformasjon til personvernombudet ved UIS. Videre ber vi deg legge til dato for prosjektslutt i samtykkeerklæringen til informantene. Du trenger ikke dokumentere endringer i skrivene til NSD. Lykke til med prosjektet! Mvh Tore AK Fjeldsbø Rådgiver

Hvor lang arbeidserfaring har du som sykepleier?

Hvor lenge har du arbeidet som saksbehandler ved helse og velferdskontoret?

### **Velferdsteknologi**

Hva innebærer velferdsteknologi for deg?

Hvilke velferdsteknologiske løsninger kjenner du til, som er tilgjengelige for hjemmeboende i kommunen du arbeider?

Hvilke fordeler opplever du at velferdsteknologi gir dem som har behov for helse og omsorgstjenester?

Hva opplever du er utfordrende med velferdsteknologi?

### **Omsorg**

Hva er viktig i omsorg for deg?

Hvordan kan du som saksbehandler sørge for at tjenestemottaker får god omsorg?

Når du sammenligner de to tjenestene velferdsteknologi og hjemmesykepleie, tenker du at begge tjenestene gir like god omsorg til den enkelte eller ikke? (Hvorfor /hvorfor ikke)

### **Helsefremming**

Hva betyr helsefremming for deg?

Hvordan kan du som saksbehandler bidra til helsefremming hos tjenestemottaker?

Når du sammenligner de to tjenestene velferdsteknologi og hjemmesykepleie, tenker du at begge tjenestene bidrar til helsefremming hos den enkelte eller ikke? (Hvorfor /hvorfor ikke)

### **Faglig skjønn**

Hva innebærer faglig skjønn for deg?

På hvilke måter bruker du ditt faglige skjønn som saksbehandler?

Hvordan påvirker retningslinjer ditt faglige skjønn?

Opplever du at du har handlingsrom til å benytte ditt faglige skjønn som saksbehandler?

Hva tenker du er viktig for å utvikle faglig skjønn?

## **Valget**

Hvilken kartlegging utfører du i forkant av valget?

Hvordan benytter du ditt faglige skjønn ved valg av tjeneste?

Hvordan har dine tanker om helsefremming betydning for om du velger velferdsteknologi eller hjemmesykepleie?

Hvordan har dine tanker om omsorg betydning for om du velger velferdsteknologi eller hjemmesykepleie?

Erfarer du at mange valg tas alene som saksbehandler eller tas beslutninger i fellesskap med kollegaer og ledelse?

Hvilke strukturelle forhold har betydning for ditt valg? (saksbehandlingsrutiner, kriterier og politiske føringer)

Hvilken betydning har økonomi for om du velger velferdsteknologi eller hjemmesykepleie?

Ut fra det du har sagt om de ulike emnene, hva har mest betydning for ditt valg?

Hva skal til for at du skal velge velferdsteknologi fremfor hjemmesykepleie?

Er det noe du vil utdype eller avklare i forhold til det som er kommet frem under intervjuet?

Tusen takk for at du tok deg tid til å stille som informant i denne studien.

## **Forespørsel om informanter til forskningsprosjekt.**

### ***” Valget mellom velferdsteknologi og hjemmesykepleie”***

Jeg er masterstudent i helsevitenskap ved Universitet i Stavanger og arbeider i tillegg som samhandlingskoordinator i [REDACTED] kommune. I forbindelse med gjennomføringen av min masteroppgave har jeg behov for å få tilgang til informanter fra kommunehelsetjenesten.

Temaet for forskningsprosjektet er; Valget mellom velferdsteknologi og hjemmesykepleie. Dette temaet ønsker jeg å belyse gjennom problemstillingen;

” Hvilke forhold har betydning for saksbehandlerens valg mellom velferdsteknologi og hjemmesykepleie når omsorg og helsefremming for den enkelte tjenestemottaker skal ivaretas?”

#### **Bakgrunn og formål**

Bakgrunn for valg av tema er at det er kjent at det blir stadig flere eldre mennesker i Norge og for å imøtekomme deres behov for helsetjenester har man over lengre tid arbeidet med innovasjon av den kommunale helse og omsorgstjenesten. Velferdsteknologi er ett av flere innovasjonstiltak. I tillegg er det flere politiske dokumenter, som gir føringer for hva som forventes fremover av den kommunale helse og omsorgstjenesten.

Formålet med forskningsprosjektet er å få kunnskap om hvordan faglig skjønn, omsorg og helsefremming har betydning for saksbehandlerens valg mellom de to tjenestene.

Forskningsprosjektet vil belyse temaet fra sykepleierens perspektiv, da man vil innhente data fra saksbehandlere som er utdannet sykepleiere.

#### **Metode for innhenting av datamateriell i forskningsprosjektet**

Dette er en kvalitativ studie, hvor individuelle intervju vil bli benyttet for å innhente data.

#### **Hvilke informanter ønsker jeg til forskningsprosjektet?**

Jeg ønsker å komme i kontakt med totalt 8 saksbehandlere fra kommunehelsetjenesten, hvor en av arbeidsoppgavene er å behandle søknader fra innbyggere over 65 år.

Inklusjonskriteriene for informantene er;

-utdannet sykepleier

-snakker norsk

-har vært ansatt som saksbehandler i kommunen i minimum 2 år

-har erfaring med å behandle søknader om helse og omsorgstjenester hvor velferdsteknologi og hjemmesykepleie er aktuelle tjenester

Det er ønskelig at helse og velferdslederne videreformidler informasjon om forskningsprosjektet til ansatte og at det gis en tilbakemelding med kontaktinformasjon til informanter som ønsker å delta i studien til min e-post. Jeg vil deretter kontakte dem på e-post og oversende forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet. Ved positiv tilbakemelding fra informanten vil jeg avtale tid for intervju direkte med den enkelte.

### **Hva vil det innebære for informantene?**

Informantene vil få oversendt et informasjonsskriv med informasjon om hva studien vil innebære for dem. I tillegg vil de få ett samtykkeskjema som skal underskrives ved deltakelse i studien.

Intervjuet kan avholdes på informantens kontor i arbeidstiden eller annet avtalt sted. Intervjuet vil ta omtrent 45 minutt og jeg ønsker å benytte lydopptaker under intervjuet. Lydopptaket fra hvert intervju vil bli nedskrevet og anonymisert, før det vil bli analysert og benyttet i det videre arbeidet med studien.

### **Annen viktig informasjon om forskningsprosjektet**

Kommunen eller informantens arbeidssted vil ikke bli identifisert i studien.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Informantene kan når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle personopplysninger vil da bli slettet.

Forskningsprosjektet er godkjent hos Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Det kan etter avtale sendes kopi av masteroppgaven etter sensur, hvis resultatene av forskningsprosjektet er av interesse for deg eller ditt arbeidssted.

### **Kontaktinformasjon**

Hvis du har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Masterstudent Gunbjørg Sanne, på e-post [g.sanne@stud.uis.no](mailto:g.sanne@stud.uis.no) eller mobil: 980 80 590.

Min veileder i forskningsprosjektet, Professor Bodil Furnes kan også kontaktes på e-post [bodil.furnes@uis.no](mailto:bodil.furnes@uis.no) eller telefon 51 83 42 79.

Med vennlig hilsen

Gunbjørg Sanne

Masterstudent i Helsevitenskap ved Universitet i Stavanger



## **Vil du delta i forskningsprosjektet**

### ***” Valget mellom velferdsteknologi og hjemmesykepleie”***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i forskningsprosjektet hvor formålet er å undersøke hvilke forhold som har betydning for saksbehandlerens valg av tjeneste til søkere med behov for helse og omsorgstjenester i kommunen. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Bakgrunn og formål med forskningsprosjektet**

Bakgrunn for valg av tema er at det er kjent at det blir stadig flere eldre mennesker i Norge og for å imøtekomme deres behov for helsetjenester har man over lengre tid arbeidet med innovasjon av den kommunale helse og omsorgstjenesten. Velferdsteknologi er ett av flere innovasjonstiltak. I tillegg er det flere politiske dokumenter, som gir føringer for hva som forventes fremover av den kommunale helse og omsorgstjenesten.

Formålet med forskningsprosjektet er å få kunnskap om hvordan faglig skjønn, omsorg og helsefremming har betydning for saksbehandlerens valg mellom de to tjenestene.

Forskningsprosjektet vil belyse temaet fra sykepleierens perspektiv. Problemstillingen for forskningsprosjektet er;

Hvilke forhold har betydning for saksbehandlerens valg mellom velferdsteknologi og hjemmesykepleie når omsorg og helsefremming for den enkelte tjenestemottaker skal ivaretas?

Jeg er masterstudent i helsevitenskap ved Universitet i Stavanger og arbeider i tillegg som samhandlingskoordinator i [redacted] kommune. Dette forskningsprosjektet utføres i forbindelse med gjennomføringen av min masteroppgave.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Universitetet i Stavanger, ved det Helsevitenskapelige fakultet er ansvarlig for prosjektet.



### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du er utdannet sykepleier og arbeider som saksbehandler i kommunehelsetjenesten, hvor en av arbeidsoppgavene er å behandle søknader fra innbyggere over 65 år. I tillegg snakker du norsk og har vært ansatt som saksbehandler i kommunen i minimum 2 år. Du har i tillegg erfaring med å behandle søknader om helse og omsorgstjenester hvor velferdsteknologi og hjemmesykepleie er aktuelle tjenester.

Jeg har fått din kontaktinformasjon av din leder etter å ha sendt forespørsel om aktuelle informanter på deres kontor som ønsker å delta i forskningsprosjektet.

Det er planlagt å innhente data fra 8 informanter i forbindelse med forskningsprosjektet.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Dette er en kvalitativ studie, hvor individuelle intervju vil bli benyttet for å innhente datamateriell. Intervjuet kan avholdes på informantens kontor i arbeidstiden eller annet avtalt sted. Intervjuet vil ta omtrent 45 minutt og jeg ønsker å benytte lydopptaker under intervjuet. Lydopptaket fra hvert intervju vil bli nedskrevet og anonymisert, før det vil bli analysert og benyttet i det videre arbeidet med studien.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Utskriftene av lydopptak vil student og veileder ha tilgang til. Lydopptak vil oppbevares i låsbart skap. Navn og andre kontaktopplysninger vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er senest 01.10.2021. Lydopptak vil slettes, utskrifter og navnelister makuleres ved prosjektslutt.

## **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

## **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Stavanger har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Masterstudent Gunbjørg Sanne, på epost [g.sanne@stud.uis.no](mailto:g.sanne@stud.uis.no) eller mobil: 98080590.

Veileder/prosjektansvarlig Professor Bodil Furnes, på epost [bodil.furnes@uis.no](mailto:bodil.furnes@uis.no) eller telefon 51834279.

Personvernombud Rolf Jegervatn ved Universitetet i Stavanger, på epost [personvernombud@uis.no](mailto:personvernombud@uis.no).

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Gunbjørg Sanne  
Masterstudent i Helsevitenskap

Professor Bodil Furnes  
Prosjektansvarlig/veileder

## **Samtykke til deltakelse i forskningsprosjektet**

### **” Valget mellom velferdsteknologi og hjemmesykepleie”**

Jeg har mottatt både muntlig og skriftlig informasjon om forskningsprosjektet, og hva det vil innebære for meg som informant. Jeg har fått anledning til å stille spørsmål om forskningsprosjektet og jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet avsluttes 01.10.2021.

-----  
Navn, blokkbokstaver

-----  
Signatur, dato

*Et signert eksemplar beholdes av informant, ett signert eksemplar leveres til masterstudent.*

Vedlegg 6. Oversikt over kategorier, subtema og tema

Tema 1.

Kategorier	Subtema	Tema
Kartlegging	Viktighet av å se den enkelte	Det individuelle er utgangspunktet for omsorg
Fysisk møte	Viktighet av å se den enkelte	
Individet fremfor systemet	Tilpasning av tjenester	
Ulik opplevelse av omsorg	Tilpasning av tjenester	

Tema 2.

Kategorier	Subtema	Tema
Ulike kriterier og retningslinjer	Regelverkets betydning for faglig vurdering	Faglig skjønn utfordres av tilgjengelige ressurser
Lovverk	Regelverkets betydning for faglig vurdering	
Forventningsavklaring	Økonomiens betydning for faglig skjønn	
Ressursene er begrenset	Økonomiens betydning for faglig skjønn	
Forhold til budsjett	Økonomiens betydning for faglig skjønn	
Fag fremfor økonomi	Økonomiens betydning for faglig vurdering	
Innvilge minst mulig tjenester	Økonomiens betydning for faglig vurdering	
Hender erstattes av teknologi	Økonomibesparende teknologi	
Teknologi dekker behov	Økonomibesparende teknologi	

Tema 3.

Kategorier	Subtema	Tema
Sykepleiefaglig erfaring	Erfaringers betydning for faglig skjønn	Kunnskap og erfaringer bidrar til gode vurderinger ved tjenestevalg
Rett tjeneste	Vurdering med støtte i faglig skjønn	
Forsvarlighet	Vurdering med støtte i faglig skjønn	
Kollegaer	Betydning av faglige diskusjoner	

Tema 4.

Kategorier	Subtema	Tema
Endre tanker	Teknologi som et nødvendig onde	Teknologiske løsninger vurderes som både negativt og positivt
Ukjente saksbehandlingsprosedyrer	Teknologi som et nødvendig onde	
Være trygg	Tjenestemottakers trygghet	
Bo hjemme	Teknologi som et gode	
Frihet med teknologi	Teknologi som et gode	
Klare seg selv	Teknologi som et gode	

Tema 5.

Kategorier	Subtema	Tema
Kontakt med andre	Relasjonens betydning	Det mellommenneskelige har betydning for tjenestevalg
Tilgjengelighet	Relasjonens betydning	
Bli sett og hørt	Samtalens betydning	
Hele mennesket	Meningsfull hverdag	

Vedlegg 7. Utdrag fra innholdsanalysen

Meningsbærende enhet	Kondensat	Kode	Kategori	Subtema	Tema
hva er det som er litt vanskelig for deg nå som du egentlig klarte før, når du hadde det livet du egentlig ønsket på en måte eller ...	Hva er vanskelig for deg nå, som du selv klarte før?	Noe er endret	Kartlegging	Viktighet av å se den enkelte	Det individuelle er utgangspunktet for omsorg
jeg går jo på hjemmebesøk først	Jeg går på hjemmebesøk først.	Hjemmebesøk	Fysisk møte	Viktighet av å se den enkelte	Det individuelle er utgangspunktet for omsorg
det første jeg gjør er jo å kontakte pasienten og så dra på ett hjemmebesøk .... så tar vi en prat	Det første jeg gjør er å dra på ett hjemmebesøk og vi har en samtale.	Hjemmebesøk	Fysisk møte	Viktighet av å se den enkelte	Det individuelle er utgangspunktet for omsorg
jeg tror noen har andre behov enn andre. Altså, folk har forskjellige behov. Og da tenker jeg at vi må ta litt hensyn.	Jeg tenker at vi må ta hensyn til at folk har ulike behov.	Hensyn	Individet fremfor systemet	Tilpasning av tjenester	Det individuelle er utgangspunktet for omsorg
for noen har behov for det og noen har behov det og det tenker jeg er viktig at vi får kartlagt.	Viktig å få kartlagt den enkeltes behov, da behovene er forskjellige.	Forskjellige behov	Individet fremfor systemet	Tilpasning av tjenester	Det individuelle er utgangspunktet for omsorg
det er jo egentlig den enkelte bruker som må definere om dette er en god omsorg for meg	Den enkelte bruker må definere hva som er god omsorg.	Omsorg er forskjellig	Ulik opplevelse av omsorg	Tilpasning av tjenester	Det individuelle er utgangspunktet for omsorg
det er jo en forvaltning vi driver. Vi forvalter jo et lovverk	Vi forvalter et lovverk.	Forvalter lovverk	Lovverk	Regelverkets betydning for faglig vurdering	Faglig skjønn utfordres av tilgjengelige ressurser
... retten til helsehjelp, jeg tenker det er ganske .... godt å ha det lovverket i ryggen	Lovverket er godt å ha i ryggen når retten til helsehjelp vurderes.	Retten til helsehjelp	Lovverk	Regelverkets betydning for faglig vurdering	Faglig skjønn utfordres av tilgjengelige ressurser
jeg tenker i forhold til rettferdighet og	Sakene skal behandles mest mulig rettferdig og	Retningslinjer og rettferdighet	Ulike kriterier og retningslinjer	Regelverkets betydning	Faglig skjønn utfordres av

slikt, i forhold til at vi skal jo behandle og vurdere mest mulig likt. Og da tenker jeg det er greit å begynne med å ha noen retningslinjer og så kan en ta en vurdering ut fra dem, for det finnes jo alltid unntak	da er retningslinjer greit å ta en vurdering ut fra, for det finnes alltid unntak.			for faglig vurdering	tilgjengelige ressurser
jeg er en fagperson. Jeg må få lov til å bruke fagkunnskapen min og ikke bare tenke økonomi.	Jeg må få bruke min fagkunnskap og ikke bare tenke økonomi.	Bruke fagkunnskap	Fag fremfor økonomi	Økonomiens betydning for faglig vurdering	Faglig skjønn utfordres av tilgjengelige ressurser
De tror at de fortjener og skal ha alt. Men det er jo ikke alltid slik det er	De tror de fortjener alt, men det er ikke slik det er.	Fortjener alt	Forventningsavklaring	Økonomiens betydning for faglig vurdering	Faglig skjønn utfordres av tilgjengelige ressurser
velge de rette tjenestene ..... ikke for lite og ikke for mye	Velge rette tjenester, ikke for mye og ikke for lite.	Ikke gi for mye	Innvilge minst mulig tjenester	Økonomiens betydning for faglig vurdering	Faglig skjønn utfordres av tilgjengelige ressurser
vi er satt til å gjøre en jobb hvor vi skal gi den enkelte det den har behov ut fra samfunnets ressurser. Vi skal faktisk altså finne en gylden middelvei og det er faktisk det vi er satt til å gjøre ... eh og det er nødt til å styre alt vi gjør	Vi skal finne en gylden middelvei og dekke personers behov ut fra samfunnets ressurser. Det må styre alt vi gjør.	En gylden middelvei	Ressursene er begrenset	Økonomiens betydning for faglig vurdering	Faglig skjønn utfordres av tilgjengelige ressurser
jeg er litt der, altså gjør så godt jeg kan. Jeg tar det opp når jeg mener det er aktuelt. Skriver litt i journalen eller at det har vært snakket om eller, men jeg kjenner jo ikke ... i forhold til økonomi altså ...	Økonomien kobler jeg litt ut. Jeg informerer om velferds-teknologi når jeg mener det er aktuelt og dokumenterer i journal.	Kobler ut økonomi	Forhold til budsjett	Økonomiens betydning for faglig vurdering	Faglig skjønn utfordres av tilgjengelige ressurser

jeg kobler det litt ut.					
jeg må innrømme at jeg tenker ikke på budsjett. Jeg tenker på behovene.	Jeg tenker på behov og ikke på budsjett.	Behov før budsjett	Fag fremfor økonomi	Økonomiens betydning for faglig vurdering	Faglig skjønn utfordres av tilgjengelige ressurser
det er jo teknologi for å avlaste hjemmesykepleien litt. Altså, for vi vet jo at i fremtiden er det ikke nok hender og da må vi se på andre alternativer. For å frigjøre litt hender	Vi vet at i fremtiden er det ikke nok hender og hender må frigjøres. Teknologi skal avlaste hjemmesykepleien.	Mangler hender	Hender erstattes med teknologi	Økonomi-besparende teknologi	Faglig skjønn utfordres av tilgjengelige ressurser
... de har hatt hjemmesykepleie over lang tid som har kommet og delt ut medisiner og så skal vi begynne med det fordi at vi sier at kommunen skal spare penger på det. Da blir det på en måte feil	Det blir feil, hvis hjemmesykepleien har gitt dem medisiner i lang tid og så skal vi begynne med teknologi, siden kommunen skal spare penger.	Spare penger med teknologi	Hender erstattes med teknologi	Økonomi-besparende teknologi	Faglig skjønn utfordres av tilgjengelige ressurser
jeg tenker at det er en teknologi som både skal være økonomi besparende og som skal ivareta bruker best mulig, og som skal lette på en måte jobben til hjemmesykepleien eller andre. Det skal på en måte .... Men, det skal være bruker i midten og så skal det på en måte være hvilket behov den har, så skal man på en måte finne de teknologiene som passe best for brukeren.	Teknologi skal bedre økonomien, ivareta brukeren og avlaste hjemmesykepleien. Brukers behov må være i sentrum og en må finne den teknologien som passer best til den enkelte bruker.	Avlaste med teknologi	Hender erstattes med teknologi	Økonomi-besparende teknologi	Faglig skjønn utfordres av tilgjengelige ressurser
vi blir veldig kjørte på dette som	Vi blir veldig presset på at folk skal bo hjemme så	Hjemme lengre	Forsvarlighet	Vurdering med støtte i	Kunnskap og erfaringer bidrar til gode



saksbehandlere at de skal bo hjemme så lenge som mulig. Og det er vel og bra altså, men vi må bruke det faglige skjønn og vi må høre på de det gjelder	lenge som mulig, men vi må bruke faglig skjønn og høre på dem det gjelder.			faglig skjønn	vurderinger ved tjenestevalg
da bruker du faglig skjønn hvis det er en som er helt imot det. Dette er uaktuelt. Ok da blir det hjemmesykepleie da til medisinene	Faglig skjønn bruker du hvis en tjeneste er helt uaktuell for en person. Da vil personen få hjelp til medisinene av hjemmesykepleien	Aktuell tjeneste med skjønn	Rett tjeneste	Vurdering med støtte i faglig skjønn	Kunnskap og erfaringer bidrar til gode vurderinger ved tjenestevalg
jeg tenker at vi bruker både vår erfaring og det vi har lært gjennom utdannelsen på en måte .... Altså det ... om det er to omtrent like tilfeller så ... det ene passer for den ene, men passer nødvendigvis ikke for den andre. Og hvorfor. Du tenker jo mye begrunnelser, hvorfor velger du det ene fremfor det andre i denne saken. Altså sann ubevist nesten.	Vi bruker vår erfaring og det vi har lært gjennom utdannelsen. Har vi to lignende saker, så passer noe for den ene og noe annet for den andre. Ubevist tenker jeg på begrunnelse for hvorfor jeg velger det ene fremfor det andre i sakene.	Ubevist bruk av tidligere erfaringer	Sykepleie faglig erfaring	Erfaringers betydning for faglig skjønn	Kunnskap og erfaringer bidrar til gode vurderinger ved tjenestevalg
når du har holdt på med samme prosedyre der du kun har hjemmesykepleie i mange år og så nå kommer denne her nye teknologien. En helt ny måte å tenke på	Det tar tid å endre tankemåte, når en før bare brukte hjemmesykepleie. Så kommer nå mange nye teknologiske løsninger.	Endre tankemåte	Endre tanker	Teknologi som ett nødvendig onde	Teknologiske løsninger vurderes som både negativt og positivt
det er jo litt nytt for oss og på en måte, hvordan det skal gjøres i praksis, så.. eh ja og disse	Det er nytt for oss og prosedyrene for hvordan det skal gjøres er annerledes.	Annerledes-prosedyrer	Ukjente saksbehandlings-prosedyrer	Teknologi som et nødvendig onde	Teknologiske løsninger vurderes som både negativt og positivt

prosedyrene som er litt annerledes					
At det kan være nok med kameratilsyn .... at det kan være den tryggheten som de trenger. Og det er nok liksom.	Det kan være nok med kameratilsyn, det er den tryggheten de trenger.	Trygg med kamera	Være trygg	Tjenestemottakers trygghet	Teknologiske løsninger vurderes som både negativt og positivt
det kan gi dem trygghet, i at slik som med medisinene for eksempel at de får medisinen til rett tid	Det at de får medisinene til rett tid, kan gi trygghet.	Trygg når medisin til rett tid	Være trygg	Tjenestemottakers trygghet	Teknologiske løsninger vurderes som både negativt og positivt
de blir jo litt friere da. Jeg tenker i forhold til for eksempel medisindispenser at de, de må jo ta de til faste tider, men litt mer forutsigbart i vertfall når det gjelder det da at ... det blir på nøyaktige tidspunkter.	Det blir friere og mer forutsigbart med medisindispenser. Du får medisinene til faste tider.	Frihet med medisindispenser	Frihet med teknologi	Teknologi som ett gode	Teknologiske løsninger vurderes som både negativt og positivt
Teknologi så skal gjøre det enklere for brukeren og klare seg i hjemmet ... og ja ... selvstendig	Teknologi gjør det lettere å klare seg selvstendig hjemme.	Være selvstendig	Klare seg selv	Teknologi som ett gode	Teknologiske løsninger vurderes som både negativt og positivt
jeg har inntrykk av at det er ganske mange som så, så ... som synes det er trygt at det kommer noen. Og ser at de har tatt medisinen og ikke stoler på den teknologien, men de er jo ikke vokst opp med ... den type ting.	Mange synes det er trygt at det kommer noen, som ser at de har tatt medisinen. De har ikke vokst opp med teknologi og stoler ikke på den.	Tryggere med mennesker	Kontakt med andre	Relasjonens betydning	Det mellommenneskelige har betydning for tjenestevalg
og en del er jo ensomme. Og det er en trygghet at ... eh at det kommer folk inn da og det kan jo ikke ... det kan jo	Mange er ensomme, og det er en trygghet at folk kommer innom. Det kan ikke erstattes med teknologi.	Besøk av mennesker	Kontakt med andre	Relasjonens betydning	Det mellommenneskelige har betydning for tjenestevalg

ikke teknologien erstatte					
For noen er den kontakten med hjemme-sykepleien den eneste levende kontakten de har hver dag	Den daglige kontakten med hjemme-sykepleien, er den eneste kontakten noen har med andre mennesker.	Andre mennesker	Kontakt med andre	Relasjonens betydning	Det mellom-menneskelige har betydning for tjenestevalg
ha det der sykepleiefaglige og se bruker, først av alt og ikke bare være kald saksbehandler	Ikke være en kald saksbehandler, men være sykepleier og se bruker.	Være til stede	Tilgjengelighet	Relasjonens betydning	Det mellom-menneskelige har betydning for tjenestevalg
Det er god gammeldags sykepleie. Ta seg tid å sette seg ned og ta en arm rundt skulderen. Ok i Covid kan vi ikke det, men tanken er der. Du vet å gå og ta deg en kopp kaffe. Sette deg på terrassen med dem og bare ta en prat å være der.	Det er god gammeldags sykepleie. Ta seg tid til å sette seg ned og ta en kopp kaffe. Bare være der og ta en prat.	Tid	Bli sett og hørt	Samtalens betydning	Det mellom-menneskelige har betydning for tjenestevalg
se bruker, lytte til hva er det de vil og så dekke behovet	Se og lytte til bruker og så dekke behovet.	Lytte til bruker	Bli sett og hørt	Samtalens betydning	Det mellom-menneskelige har betydning for tjenestevalg
Du trenger ikke alltid ha diagnoser, noen ganger så ser du diagnosen og du tenker å herligheten, og mennesket lever enda. Og du treffer mennesket og du ser helt en annen	Vi trenger ikke alltid diagnoser. Når en møter mennesker, så er de annerledes enn når du leser diagnosen.	Bli kjent	Bli sett og hørt	Samtalens betydning	Det mellom-menneskelige har betydning for tjenestevalg