

Bakkebyråkratiets yttergrense

Hjemmetjenestens møte med eldre med psykiske helseproblemer

Astrid Skatvedt, Ellen Andvig og Bergljot Baklien

Astrid Skatvedt, Førsteamanuensis, Høgskolen i Buskerud og Vestfold, astrid.helene.skatvedt@hbv.no

Ellen Andvig, Førstelektor, Høgskolen i Buskerud og Vestfold, ellen.andvig@hbv.no

Bergljot Baklien, Forsker, Statens institutt for rusmiddelforskning, bb@sirus.no

Abstract

Street level bureaucracy's outer limit

Home care service's meeting with elderly people with mental health problems

This article illuminates framework for home care services' work with older people with mental health problems living at home. We also focus upon which consequences the framework have upon home care service's work and care for this group of elderly. The article is based on qualitative data from a municipality in Norway. Our findings point to the professionals' experiences of limitations to provide holistic care and their various strategies for dealing with these. The professionals described a strong sense of commitment and shortcomings facing elderly with mental health problems. We call attention to a problem of responsibility, with consequences for both professionals and service users. By presenting professionals in home care service as "extreme street level bureaucrats", we expand Lipsky's theory of street level bureaucrats. Home care service's encounters with the this group of elderly is seen as the outer limit of street level bureaucracy, based on the major ethical dilemmas professionals experience in their daily work in connection with that they "shall not attend to" elderly's mental health problems.

Key words/ Nøkkelord

mental health; elderly; home care service; low ranking; street level bureaucrat; ethical dilemmas, psykisk helse; eldre; hjemmetjenesten; lav rangering; bakkebyråkrat; etiske dilemmaer

Referee*

Bakgrunn

I denne artikkelen ser vi på hvilke rammebetingelser som påvirker Hjemmetjenestens arbeid med eldre med psykiske helseproblemer. Team for Psykisk Helse (TPH) i kommunene arbeider også til en viss grad med personer i denne gruppa, men vi fokuserer primært på Hjemmetjenesten og deres opplevelser i artikkelen. Vi belyser også hvilke konsekvenser

rammebetingelsene kan ha for Hjemmetjenestens arbeid og for ivaretagelsen av denne gruppa eldre.

Offentlige tjenester i psykisk helsefeltet i Norge og andre vestlige land har som mål å redusere institusjonalisering og etablere omsorg og behandling i hjemmemiljøet. Samhandlingsreformen (2008-2009) peker på at forebyggende og helsefremmende arbeid blant eldre skal prioriteres. Forskning viser at eldre med psykiske helseproblemer likevel blir oversett til fordel for yngre (Imingen 2010; Norges Forskningsråd 2009; Norsk psykiatrisk forening 2010). Kommunen skal tilby helsehjelp til personer med både fysiske og psykiske helseproblemer (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011), men mange eldre får lite eller ingen hjelp med sine psykiske helseplager. At disse generelt gis lite oppmerksomhet i helsevesenet, kan gjenspeile helsepersonells lave rangering av både alders- og psykisk helselaterte problemer (Album & Westin 2008). Det kan også henge sammen med at de eldre kommer dårlig ut når kommunehelsetjenesten generelt er presset (Hamran & Moe 2012). Særlig er de med psykiske helseproblemer en utsatt gruppe. Dette berører også ansatte i Hjemmetjenesten, som møter dem i sitt daglige arbeid.

Barrierer for hjelp kan knyttes til rammebetingelser på strukturnivå og organiseringen av tjenestene, der standardisering og effektivisering er kjernepunkter. Disse legger føringer på det daglige arbeidet ved å definere muligheter og begrensninger for ansatte. Effektiviseringen fører til en kamp om tiden – om retten til å definere hva tiden skal brukes til (Tuft 2013; Vabø 2007). Arbeidet splittes opp i små, tidsbestemte enheter som gjør det vanskelig å ta hensyn til individuelle behov. Dermed reduseres hjelpenes mulighet til gode møter og utvikling av samarbeidsrelasjoner med den enkelte, noe som trolig er særlig viktig for å kunne hjelpe eldre med psykiske helseproblemer.

Forskningen om det kommunale tjenestetilbudet i Norge har fokusert mye på Hjemmetjenesten som organisasjon og praksis (Tønnessen 2011). Studier fra 80-90-tallet viste yrkesutøvere med et selvstendig arbeid, preget av lite styring og kontroll ovenfra (Ellefsen 1988; Lie 1987; Vabø 1998). Senere studier viste en Hjemmetjeneste under press på grunn av ulike administrative tilnærminger (Kirchhoff 2011; Rønning 2004; Thorsen, Vabø, & Dahle 2001; Vabø 2002). Forandringene førte til høyere terskel for å få hjelp, besøkene ble kortere og de ansatte fikk det travlere (Skatvedt & Andvig 2014; Vabø 2008). Rammebetingelser, både på aktør- og strukturnivå danner et viktig bakteppe for å forstå de spesielle utfordringene ansatte i Hjemmetjenesten har i sine møter med eldre med psykiske helseproblemer.

Mange norske kommuner organiserer hjemmebasert omsorg etter Bestiller-Utførermodellen (BU-modellen), der Tjenestekontoret behandler søknader og tar beslutninger om tildeling til innbyggere som ber om helse- og omsorgstjenester. Modellen innebærer at beslutninger, blant annet om tildeling av hjelp, fattes på et administrativt nivå, mens andre, mer uformelle beslutninger fattes på praksisnivå (Tønnessen 2011).

Tjenestekontoret skal delegere ansvaret for å gi eventuell hjelp til f.eks. Hjemmetjenesten. Tildelingene innebærer at beslutningstakerne utøver skjønn som blant annet tar utgangspunkt i juridiske og faglige grunnlag (Lorentzen 2005). Rommet for skjønnsutøvelse vil variere, og må forstås som et kontinuum, og ikke som en dikotomi (Lorentzen, 2005:11). En beslutningssituasjon kan være totalt regelstyrt, det vil si med et nesten ikke-eksisterende rom for skjønnsutøvelse. Eller, det kan være en der skjønn bestemmer hvilke hensyn som skal tas med, forståelsen av dem, og avveiningen mellom dem (Lorentzen 2005: 11).

Med unntak av hjemmehjelpene, jobber de ansatte innenfor en medisinsk kultur med idealer om raske og gode behandlingsresultater. For eldre med psykiske helseproblemer er dette ofte lite realistisk. Vi antar at idealer om effektivitet og standardisering kan skape vanskelige og til dels uløselige dilemmaer i Hjemmetjenestens møter med brukere. Eksisterende forskning tyder på at det særlig vil gjelde bruken av tid, og muligheten for responsivitet overfor brukerne og deres behov (Drugge 2003; Tuft 2013; Vabø 2007).

Brukerne i denne gruppa havner nederst i pasient- eller bruker-hierarkiene. Hjelpen de trenger er ofte diffus og lite målbar. Det er mer konkret å stelle et sår på beinet enn et sår i sinnet. Hvilken hjelp de får, og hva som er hjelpenes rammebetingelser kan dermed betraktes som en test på velferdsstatens funksjonsevne overfor de som trenger hjelp og omsorg. Kunnskap om dette er viktig for å kunne gi bedre og mer adekvat hjelp til eldre med psykiske vansker, og for å sikre rekruttering av fagfolk til Hjemmetjenesten. Den har også overføringsverdi når det gjelder ytelsene til andre hjemmeboende som trenger hjelp og omsorg.

Vi har valgt Lipskys (1980/2010) teori om bakkebyråkratene som analytisk rammeverk. Den gir en bakgrunn for å drøfte aktørenes rammebetingelser og handlingsrom. Ansatte i Hjemmetjenesten iverksetter beslutninger fattet i den kommunale forvaltningen. De er dermed bakkebyråkrater på linje med sosialarbeidere, politi og lærere. Typisk for disse er en arbeidssituasjon der skjønn er et vesentlig trekk ved yrkesutøvelsen. Arbeidet forutsetter vurderinger som ikke kan forhåndsprogrammeres. Skjønnsutøvelse kan ha negative virkninger som for eksempel store forskjeller i fortolkning og praktisering av tildelingsregler. Men som Lorentzen (2005) påpeker, synes det samtidig åpenbart at skjønn ikke bare er uunngåelig, men til tider også den beste og mest rettfærdige måten å fatte beslutninger på.

Bakkebyråkratenes arbeid preges ofte av spenningsforholdet mellom brukeres behov, tilgjengelige ressurser og regelverkets begrensninger, noe som bidrar til at ansatte blir stilt overfor dilemmaer (Maynard-Moody & Musheno 2003). Det er sjelden mulig å lage regler som fanger opp alt som bør vektlegges, og det er nærhet til beslutningssituasjonen som gjør fagfolk i stand til å ta de beste beslutningene.

Å se ansatte som bakkebyråkrater, innebærer et bottom up- perspektiv der virkeligheten blir sett fra deres ståsted. Hill og Hupe (2009) sier om Lipskys tilnærming at han gjør bakkebyråkratene til helter fordi de er fanget i en situasjon som er tragisk, mens de hele tiden forsøker å gjøre det beste ut av det. Det er denne situasjonen vi har i fokus når vi spør hvilke erfaringer og refleksjoner ansatte i Hjemmetjenesten har gjort seg i forbindelse med å gi hjelp til eldre med psykiske helseplager. Med bakgrunn i Lipskys (1980/2010) studie, legger vi særlig vekt på yrkesutøvernes autonomi og bruk av skjønn. I tråd med analysen til Maynard-Moody og Musheno (2003), vil vi også vise hvordan bakkebyråkratene plasserer seg i skjæringspunktet mellom formelle vedtak og sitt eget verdisystem.

Problemstillinger

Vår intensjon er å synliggjøre rammebetingelser som kan påvirke Hjemmetjenestens arbeid med eldre med psykiske vansker. Vi ønsker å få fram ansattes opplevelse av en praksis som vi antar at for en stor del er styrt av regler og føringer. Samtidig er vi ute etter hvilke konsekvenser de ansatte i Hjemmetjenesten mener dette har for ivaretagelsen av eldre med

psykiske helseproblemer. Hvordan beskriver de sine opplevelser av møter med denne gruppa eldre i deres arbeidshverdag?

Empiri fra en mellomstor kommune

Det empiriske materialet er hentet fra Hjemmetjenestens arbeid med eldre personer med psykiske helseproblemer i en mellomstor kommune på Østlandet. Ca. 420 personer mottok hjelp fra Hjemmetjenesten. Av dem var det om lag 45 med psykiske helseproblemer. Disse fikk i hovedsak hjelp med somatiske helseplager, og ikke psykiske. Hjemmetjenesten utgjøres av Hjemmehjelpstjenesten og Hjemmesykepleien. Begge gir bistand til alle alders- og brukergrupper, men en høy andel er over 65 år. Mandatet er å sørge for at innbyggerne tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester i hjemmet.

Empirien gir et godt grunnlag for å svare på problemstillingene; kommunen er liten nok til å være forholdsvis oversiktlig, og stor nok til å kunne gi et inntrykk av generelle forhold som har overføringsverdi.

Metode og data

Problemstillingene spør om opplevelser og erfaringer, og vår intensjon er forståelse og innsikt. Det innebærer at en kvalitativ tilnærming er best egnet. Data er innhentet gjennom tradisjonelle kvalitative metoder som observasjon, feltsamtaler og intervjuer. Disse er gjennomført av førsteforfatter og en Phd-stipendiat.

Den deltakende observasjonen var del av et feltarbeid som strakk seg over ca. ett år, med gjennomsnittlig 1-2 feltøkter pr. uke. Vi deltok i hjemmebesøk hos brukere, og i ulike formelle og uformelle møter både i Hjemmetjenesten og TPH. Notater ble gjort fortløpende og i etterkant av feltøktene. Det ble gjennomført en lang rekke feltsamtaler, dvs. samtaler som ikke er avtalte og forberedte intervjuer (Wadel 1991). Som Aase og Fossåskaret (2007) peker på, gir slike samtaler muligheter for å følge opp og utdype situasjoner som oppstår underveis i et feltarbeid.

Samtaledataene dreier seg om anslagsvis 25 individuelle intervjuer/feltsamtaler med forskjellige yrkesgrupper og med fagfolk i ulike posisjoner. Disse varierte fra 10-15 minutters prat til opp mot 30-45 minutters samtaler der temaer som angikk arbeidshverdagen til den enkelte ble tatt opp. Samtalene var ofte direkte knyttet til aktuelle hendelser, f.eks. et hjemmebesøk eller beslutninger om vedtak. I tillegg hadde vi to fokusgruppeintervju på ca. halvannen time med til sammen 15 ansatte med ulik yrkesbakgrunn og i forskjellige posisjoner (hjemmehjelper, omsorgsarbeidere og sykepleiere, mellomledere, ledere og leger) fra kommunehelsetjenesten. Det ble brukt intervjuguide på fokusgruppeintervjuene. De er også transkribert. Til sammen har dette gitt et rikt datamateriale.

Datakildene har vist seg å supplere hverandre på en god måte. Kombinasjon av feltnotater, feltsamtaler og intervju har gitt grunnlag for validering av tolkningene. Det samme gjør diskusjonene vi hadde med kompetansegruppa, et forum der problemstillinger ble diskutert, og data analysert og utviklet. Der deltok en bruker og to sykepleiere; en fra TPH og en fra Hjemmetjenesten sammen med forskerteamet (førsteforfatter, stipendiat og vitenskapelig assistent). Samarbeidet med kompetansegruppa bygger på en ambisjon om ikke bare å forske på, men også med og for de utforskede (jfr.Nählinger 2011)

Data er analysert fortløpende og parallelt med datainnsamlingen. Analysen har hatt en induktiv tilnærming når det gjelder å identifisere temaer (Patton 1990). Mønstre og kategorier har blitt synlige gjennom en detaljert lesing av feltnotater og transkriberte intervjuer. Situasjoner og fenomener som framsto som betydningsfulle med hensyn til problemstillingene ble kodet og fortløpende kategorisert. Intensjonen har vært å presentere *tykke beskrivelser* (Geertz 1973) av virksomheten, og datamaterialet ble gjennomgått gjentatte ganger for å identifisere mønstre og generere aktuelle spørsmål.

I ettertid har vi sett at antall deltakere i fokusgruppa trolig var i største laget til at de følte seg komfortable med å ta opp problematiske temaer (Bloor 2001). Flerstegs fokusgruppeintervju (Hummelvoll 2010) kunne ha avhjulpet dette, og gitt en annen dybde. Kanskje burde vi også lagt mer vekt på å sette sammen en mer homogen gruppe (Patton 1990).

I analysen av materialet utkrystalliserte det seg flere temaer om forholdet mellom rammebetingelser og praksis. Vi går nå videre med å presentere disse temaene.

Før og nå - fra helhetlig til oppstykket omsorg

De ansatte snakket mye om hvordan organiseringen innvirket på arbeidet. Mange fra Hjemmetjenesten var negative til at tjenestene var organisert etter BU-modellen. Flere mente at den hadde uheldige konsekvenser for arbeidshverdagen, særlig med tanke på eldre brukere med psykiske helseproblemer. En sykepleier sa at organiseringen hadde bidratt til at en gikk fra å være få, som jobbet tett sammen og kjente pasientene og hverandre, til:

«Nå er vi mange, jeg føler at vi ikke klarer å ha kontroll på alle pasientene, fordi du er hos så mange forskjellige. Jeg føler at det var mer helhetlig før. (...) Du får ikke fulgt dem opp på samme måten på noen som helst måte, verken psykisk eller somatisk.»

I følge denne sykepleieren hadde de gått fra å være få sykepleiere som forholdt seg til hver pasient, til at det var mange hjelpere som kom til hver enkelt. Opplevelsen av mangel på kontroll, kontinuitet og mulighet til helhetlig omsorgsarbeid kan gi inntrykk av at de opplever at handlingsrommet er innsnevret og innskrenker skjønnsutøvelsen. Mangel på kontinuitet kan gjøre det vanskelig å etablere gode relasjoner, og reduserer slik vi har forstått muligheten til å gi et godt, sykepleiefaglig tilbud.

En sykepleier sa de hadde mer tid før, og at det gjorde det lettere å ivareta brukernes behov. Før hendte det at hun tok med seg en bruker ut:

«Jeg tok med meg hun ene...hun var psykisk uheldig...og da gikk vi tur, og så gikk vi innom og kjøpte is, da, på veien hjem. Og da... fordi vi gjorde sånne ting. Jeg synes det var koselig, jeg. Det var mer tid. Mer helhetlig.»

Det å oppleve å ha tid til å utøve yrket i samsvar med yrkesetiske og faglige idealer, virker inn på autonomien i det daglige arbeidet. Mange sa de forsøkte å strekke tiden ved å bruke litt mindre tid enn oppsatt hos en bruker, for at de kunne ta seg bedre av en annen. En sa det slik:

«Hvis man først en dag har litt tid, da, så setter du deg ned og prater, og da blir dem jo kjempeglad for det. Men dagen etter har du ikke tid, eller det kommer noen andre, og dem har ikke tid, så blir det litt sånn der... 'Jammen i går, så gjorde dem det' og 'dette trenger jeg', og

det er litt vanskelig. 'Den gjør det', liksom, hun er snill og gjør det. Jeg er slem, og jeg gjør det ikke. Det er vanskelig å trekke seg ut av sånne situasjoner»

Dette sitatet illustrerer hvordan ansatte i Hjemmetjenesten forsøkte å overkomme gapet mellom stor arbeidsmengde og mange mer eller mindre uttalte behov og knappe ressurser. Flere sykepleiere fortalte om etiske problemer i forbindelse med BU-modellen. Den var ment som et middel til å sikre rettferdig fordeling, og at alle som skulle få hjelp, fikk det. En sa det imidlertid slik: *«I stedet for at det skulle bli mer rettferdig, er det blitt blodig urettferdig!»* Urettferdigheten ble blant annet forklart med at Tjenestekontoret hadde dårligere kjennskap til brukernes psykiske helsebehov enn de ansatte i praksisfeltet. De har tettere kontakt med systemkrav enn ansatte på bakkenivå. En sykepleier sa:

«Vi er tette på hver enkelt når vi selv møter dem og kan kartlegge dem, i forhold til hva vi har kompetanse på og kan gi av tilbud... men det blir så fjernt! Altså, det blir så fjernt når det er Tjenestekontoret som gjør det, for da... da er det et viktig ledd som ikke tas med, og det er oss»

Dette illustrerer at ansatte i Hjemmetjenesten mente at de selv var best egnet til å kartlegge og vurdere brukeres behov. Det var både fordi de mente å ha mer kompetanse, men også fordi de ofte allerede hadde en relasjon med brukerne og at det derfor ville være lettere for brukerne å komme fram med det de hadde på hjertet.

Ulike strategier i arbeidshverdagen

Ansatte i Hjemmetjenesten hadde tilsynelatende flere strategier for hvordan de forholdt seg til de administrative beslutningene. Noen stilte seg lojale, og sa at vedtakene kunne hjelpe dem til ikke å bli dradd inn i noe som ble vanskelig å takle. En sykepleier sa: *«Jeg følger vedtakene, og ferdig med det. Trenger de noe mer, må de søke om det»*. Dette tyder på at det kan ligge beskyttelse i vedtakene ved at en slipper å forholde seg til den andres psykiske smerte; en kan ikke gjøre noe med det før det foreligger et vedtak. Dessuten kan det være at en føler en mangel på faglig kompetanse, og at det derfor kan være greit å kunne vise til regler.

Utsagnet viser hvordan en bakkebyråkrat kan bruke offentlige føringer til å strukturere arbeidshverdagen. Vi kan si at noen skjønnsutøvelser preges av et utgangspunkt i systemføringer, heller enn i faglige, etiske vurderinger. Hjemmetjenesten er de som konfronteres med eldre som ikke prioriteres, og mange opplever at det er vanskelig å ikke skulle gjøre noe.

En kan både opponere og tilpasse seg i bakkebyråkratiet. Flere i Hjemmetjenesten tok til orde for at brukernes behov eller forventninger var legitime og at vedtakene ikke tok høyde for variasjoner i behov. Det ble ofte gitt hjelp det ikke var vedtak om, fordi de bare *«måtte»*: *«Det er så mange som snakker om vedtak, og det det ikke er vedtak på... men vi gjør det bare»*. Det kunne være å bruke lenger tid enn det var vedtak om, eller at de gjorde noe det ikke var vedtak om. Det kunne for eksempel være en samtale, samtidig som de gjorde noe annet *«ekstra»*, som å brette tøy. Det ble formidlet med en viss grad av stolthet over å være de som aldri sa nei, og som imøtekom brukernes behov.

Hjemmetjenesten hadde noe ulike oppfatninger av ordningen med vedtak. De fleste vurderte vedtakene som lite fleksible, mens noen mente de var for uspesifiserte. Når hjelp ble vurdert

som nødvendig, ble den tilsynelatende forsøkt gitt, selv om det ikke forelå spesifikke vedtak. Noen ganger ble det gjort i det stille, andre ganger ble betydningen av en slik fleksibilitet diskutert i teamet. Strategiene gjenspeiler en opplevelse av egen faglig autonomi og mulighet for skjønnsutøvelse som nokså stor, samtidig som de også kan ses som uttrykk for systemkritikk. Strategiene kan også ha sammenheng med en profesjonskultur som setter egen fagetikk og lojalitet til brukerne høyere enn til systemet.

Opplevelser av forpliktelse

I motsetning til TPH, jobbet Hjemmetjenesten turnus. De ga ofte uttrykk for frustrasjon og en følelse av utilstrekkelighet fordi de måtte «ta seg av» psykisk syke etter arbeidstid og i helger, når ikke THP var på jobb. Dette var oppgaver som det ikke var vedtak om, og som ofte innebar behov for spesialkompetanse de ikke hadde. Flere uttrykte at dette kunne være svært belastende i en allerede presset arbeidssituasjon. I tillegg ga de uttrykk for fortvilelse over at eldre brukere, som etter deres mening hørte hjemme under psykiske helsetjenester, ikke ble prioritert der. Det kan se ut som praksis i Hjemmetjenesten styres av en etikk der en aldri skal si nei, en må og skal ta imot alle henvendelser og gjøre det beste ut av det for brukeren, enten det foreligger et vedtak eller ikke.

«Det er et A-lag og et B-lag, og vi er B-laget. Vi tar alle [brukere] – det må vi, mens de [TPH] sier nei... Vi er blitt en slags søppelbøtte som bare tar imot»

Det så ut til å være en sterk opplevelse av forpliktelse overfor den aktuelle gruppa hos Hjemmetjenesten. Det kan ha sammenheng med at Hjemmetjenesten er tett på Eldres lidelse i det daglige arbeidet, noe som kan gi en forpliktelse til å handle. Samtidig gjenspeiler sitatet en opplevelse av at Eldres psykiske helseproblemer ikke er viktige nok til å kreve spesialkompetanse.

Opplevelse av omsorgssvikt og utilstrekkelighet

Våre data viste at Hjemmetjenesten var de som «ble værende» med eldre med psykiske helseproblemer. Et utdrag fra et feltnotat kan illustrere hvordan dette kan oppleves:

«Hjemmesykepleier og jeg går runden til omsorgsboligene. Vi går bortover gangen der det står flere rullatorer, og vi hører en dame gråte. Det er henne vi skal til. Sykepleier sier: «Hun gråter nesten bestandig. Gråter når vi kommer, gråter når vi går. Hun er veldig deprimert.» Sykepleieren hjelper henne med morgenstellet. Det er vanskelig å gjøre det så damen blir fornøyd. Gråten kommer og går. Jeg setter på kaffe og smører brødkiver. Sykepleieren ordner med medisiner og formaner damen om å komme seg litt ut – i det minste til oppholdsrommet for å treffe andre mennesker. Damen sier hun ikke vil, og begynner å gråte. Vi går etter å ha satt henne i stolen hun sitter i hele dagen. Frokosttallerkenen, kopp og termos med kaffe står på bordet ved siden av, sammen med fjernkontrollen til TV'n. Hun gråter når vi går.»

Sykepleieren virket berørt av situasjonen. Hun sa at hun nesten alltid hadde vondt i magen når hun gikk derfra, og at hun ble der lenger noen ganger, når det var ekstra ille. Feltnotatet over er en god illustrasjon av tilkortkommenhet, behov som ikke blir tatt tak i og hvor stor belastning det kan være å stå i dette.

Generelt sett fant vi at ansatte i Hjemmetjenesten var fleksible ved å hjelpe hverandre med å komme gjennom listene over de som skulle besøkes. Datamaterialet antyder likevel at det var mer legitimt å bruke skjønn som begrunnelse for «noe ekstra» når det gjaldt somatiske enn psykiske helseproblemer.

Flere i Hjemmetjenesten tok seg mer tid hos brukere enn det som var tildelt. Det fordret imidlertid enighet om hvem og hvordan. Om en sykepleier brukte mer tid enn planlagt, kunne det føre til at kollegaer følte seg presset til å arbeide ekstra. En sykepleier opplevde sanksjoner fra kollegaer etter at hun hadde brukt ekstra tid hos en bruker. Sykepleieren vurderte at brukeren var i en psykisk krise som krevde tilstedeværelse ut over det som var bestemt. Det kan med andre ord være risikofyllt å gå for langt i å utfordre organisasjonen og handle ut fra eget faglig skjønn.

Rammebetingelsene for hjelp gjør at noen ansatte ender opp i «Catch 22» situasjoner. De kan la være å gjøre noe det ikke er vedtak om. Da kan det gå ut over brukerne ved at deres psykiske helsebehov ikke blir tilstrekkelig ivaretatt, samtidig som det kan innebære å gå på akkord med egne idealer. Eller, de kan vurdere at vedtakene er uforenlige med egen yrkesetikk, og gjøre det de synes de må gjøre. Da kan de bli utsatt for sanksjoner fra ledelsen, og det vil kunne gå ut over kolleger ved at de må gjøre den jobben overskrideren skulle ha gjort med tanke på de neste brukerne på lista.

Diskusjon

Foran har vi vist hvordan rammebetingelser, både organisatoriske og på aktørnivå, påvirker Hjemmetjenestens arbeid med eldre som har psykiske problemer. Rammebetingelsene oppleves i hovedsak som begrensninger og som innsnevring av handlingsrommet. Men i noen tilfeller kan de også oppleves som positive. Regler og vedtak kan gi trygghet og ramme inn det som kan oppleves som grenseløse forventninger. Samtidig fortalte våre informanter at rammebetingelsene hadde konsekvenser, både for dem selv som hjelpere, og for brukerne, og særlig for de eldre som hadde psykiske problemer. Dette samsvarer med annen forskning som har vist at utviklingen av Hjemmetjenestene gjennom årene har bidratt til økt arbeidspress og dårligere muligheter til å gi god omsorg (Rasmussen 2004; Skatvedt & Andvig 2014; Tønnessen 2011; Vabø 2007).

Hjelpernes handlingsrom

I utgangspunktet har alle lik rett til helsehjelp. I praksis er det Hjemmetjenesten som ivaretar de eldre brukerne. Paradokset er at viktige psykiske helsebehov for en stor gruppe eldre sjelden utløser beslutninger om tjenestetilbud. På den måten kan presset mellom muligheter og mål reduseres. Det er i samsvar med Brodskins (2008) studie, som viste at de målene eller oppgavene som blir satt til side, ofte er de som brukerne har størst behov for.

Dataene viser at autonomi og mulighet for å utøve skjønn for Hjemmetjenesten er innskrenket, særlig når det gjelder å ivareta Eldres psykiske helse. Samtidig ser vi at omsorgspersonalet strekker seg langt for å ivareta brukeres behov. Våre funn støtter oppfatningen om at det relasjonelle omsorgsidealet er solid forankret i yrkeskulturen og ikke lar seg regulere bort (Vabø 2008). Likevel er det grunn til å bekymre seg over hvorvidt den omsorgsrasjonelle orienteringen i økende grad blir forsøkt fortrent gjennom økonomiske,

organisatoriske og byråkratiske rammebetingelser. Når lønnsomhetskrav blir gjort gjeldende der omsorgsrasjonaliteten i utgangspunktet burde råde, oppstår det dilemmaer som ofte skaper mer avmakt enn myndiggjøring (Neumann & Klemsdal 2006), og kanskje særlig innenfor kvinnedominerte omsorgsykker (Husso & Hirvonen 2012; Rasmussen 2004).

Også andre studier har funnet at henvisninger til vedtak og regler kan gi beskyttelse mot en u håndterlig arbeidsmengde (Ellis, Davis, & Rummery 1999). Vedtak kan legitimere tilside-
settelse av egen skjønnsutøvelse når denne kan medføre belastninger for en selv. For eksempel kan en sykepleier vurdere den psykiske helsa til en bruker slik at en profesjonell respons ville være det beste, men at responsen ville være krevende på en eller annen måte. Som vi var inne på, er det et spenn mellom regler og skjønn. Ved å definere vedtakene som regler, der skjønn er eliminert (Lorentzen 2005), kan lojalitet til beslutningene legitimeres. Det vil i så fall kunne gå på bekostning av brukerne. Det kan også være at den medisinske kulturen bidrar til en devaluering og bagatellisering av psykiske helseplager hos eldre, ved at de blir sett som en naturlig del av alderdommen, som noe som hverken kan eller skal behandles. Det innebærer at symptomer fortolkes annerledes hos eldre (ensomhet) enn hos yngre (depresjon, angst). På denne måten kan det å ikke intervensere som yrkesutøver legitimeres.

Våre funn om Hjemmetjenestens strategier for å forsøke å møte behov hos denne bruker-gruppa, er i tråd med forskning som har funnet at ansatte i Hjemmetjenesten rasjonerte omsorgen for å overkomme gapet mellom en omfattende arbeidsbyrde og knappe personal-ressurser (Juritzen & Heggen 2006; Tønnesen, Nortvedt, & Førde 2011). Det er ikke overraskende at dette særlig vil gå ut over de eldre med psykiske vansker. Vi kan si det er noen strukturelle begrensninger for utøvelse av god, helhetlig omsorg. Resultatet er at ansatte i Hjemmetjenesten konfronteres med etiske dilemmaer fordi tjenestetilbudet til eldre med psykiske helseproblemer ikke er i overensstemmelse med virkeligheten de møter. Omsorgs-utøvelsens vilkår skaper etiske dilemmaer og gir noen grunnleggende utfordringer som fortjener mer oppmerksomhet.

Hjemmetjenesten som bakkebyråkrater

Bakkebyråkratenes arbeid er preget av at de møter brukerne direkte og personlig (Lipsky (1980/2010)). Lipsky viser hvordan bakkebyråkraterne hele tiden konfronteres med den urettferdigheten som ligger i at folk skal behandles likt, samtidig som de ser problemene med forskjellsbehandling (1980:23). Han vektlegger også hvordan bakkebyråkraterne opplever at deres egen erfaringsbaserte kunnskap gir grunnlag for vurderinger og beslutning når det gjelder brukerne.

Sett i et bakkebyråkratperspektiv, viser våre data at organiseringen svekket viktige forut-setninger for arbeidet. Manglende kontinuitet og kontroll berører opplevelsen av autonomi. Dette er forhold som er innvevd i hverandre. Nærhet og kontinuitet styrker skjønn som er grunnlag for hverdagsbeslutningene, og det samme gjør fellesskapet med andre fagfolk i samme situasjon. Maynard-Moody og Musheno (2003:4) kaller det «*dealing with faces*», og peker på at frontlinje-arbeiderne (deres begrep) vektlegger hvem brukerne er og hvordan de har det i beslutninger om hvilken hjelp som skal ytes.

Risikoen kan ses som en byrde ved skjønn (Grimen 2008). Det er altså en utfordring å finne balansen mellom arbeidskultur og egne verdier og bruk av skjønn. Som Lipsky (1980/2010)

også påpeker, utvikler bakkebyråkratene noen standardprosedyrer for hvordan arbeidsbyrden skal håndteres.

Funnene viser at fagfolkene som er tettest på, ser BU-modellen som en hindring for god kartlegging – et kjernepunkt for en bakkebyråkrat (jfr. Lipsky 1980/2010). Tjenestekontoret på sin side, er avhengig av å få tilbakemeldinger fra de som er tett på når behovene endres over tid, slik det ofte gjør for eldre. I BU-modellen er vurderingen av bestillers (brukers) behov flyttet bort fra omsorgsarbeiderne og opp på et administrativt nivå. Dette kan ses som en tillitsbrist overfor bakkebyråkratene, ved at deres mulighet for skjønn er kraftig redusert (Dahl 2011; Tufte 2013)

Mangelen på tid kan ha konsekvenser for den balansegangen som forventes av bakkebyråkratene. Lipsky beskriver hvordan offentlige tjenester både skal utvise upartiskhet og gi lik behandling, samtidig som de forventes å ta hensyn til det særegne og spesielle i klientenes eller brukernes situasjon (1980/2010:15). Helse- og sosialarbeidere har ofte en kultur for å bruke den tiden de opplever som nødvendig for brukeren, selv når det går ut over den arbeidstiden de er betalt for (Connelly 2013; Vabø 2008). Som vi har vært inne på, er det vanskeligere å måle den tiden det tar å stelle et sår på sinnet enn et sår på leggen. Samtidig er det åpenbart at tid er særlig viktig når det gjelder brukere med psykiske helseproblemer.

Ubeskyttede bakkebyråkrater i en mangesidig skvis

Som vi så over, ga ansatte i Hjemmetjenesten uttrykk for at de ofte møter det vi kan kalle mangelfullheten ved egen praksis. De «ble sittende» med eldre som etter deres oppfatning heller skulle fått hjelp fra TPH. Ansatte i Hjemmetjenesten jobber stort sett aleine, og møter brukerne i deres hjem; en til en, ansikt til ansikt. De oppfatter seg som en som skal bidra til å ivareta hele mennesket. Andre bakkebyråkrater jobber i kontekster med mer beskyttelse, f.eks. ved at en arbeider i det offentlige rom, at en jobber i par eller grupper, eller at en ikke blir konfrontert med andre menneskers smerte i samme monn, og *uten* å skulle gjøre noe, som de i Hjemmetjenesten. I arbeidssituasjoner ansikt til ansikt i et hjem, blir samværet strippet for beskyttende «støy» som en kan få ved å jobbe sammen med andre eller i det offentlige rom.

Som Hamran og Moe (2012) påpeker, vurderes eldre og yngre brukeres behov forskjellig. Ofte regnes Eldres psykiske helseproblemer som en uløselig del av livet selv. De defineres sjelden som bistandsbehov med tilbud om tjenester. Derimot utløser de dilemmaer: Ansatte i Hjemmetjenesten blir daglig konfrontert med eldre med eksistensielle og emosjonelle problemer som de ikke skal gjøre noe med, eller forholde seg til faglig – om de skal følge vedtak og økonomiske føringer. Manglende mulighet til å realisere idealene fører ofte til en utilstrekkelighetsfølelse som synes å være mer eller mindre permanent, emosjonelt belastende og som kan skape en angst for å bli avslørt som utilstrekkelige (Husso & Hirvonen 2012; Rasmussen 2004; Vike 2002). Som Rasmussen (2004) sier, blir de gjort ansvarlige for å yte tjenester, uten å være i stand til å påvirke ressursene. På en annen side har vi også sett at det kan være en form for beskyttelse å ha en «profesjonell distanse». Slik sett kan regler, vedtak og standardisering ikke bare spille en uheldig rolle i arbeidspraksisen, men også gi beskyttelse mot ansvarsoversvømmelse.

Spenningsforholdet mellom arbeidsoppgaver og ressurser er et kjennetegn ved bakkebyråkratiet (Lipsky 1980/2010; Maynard-Moody & Musheno 2003; Rasmussen 2004; Schönfelder 2007). Hjemmetjenesten ser ut til å befinne seg i en kontinuerlig og mangesidig skvis mellom behov for hjelp og ressurser til å hjelpe. Samtidig ser det ut til at de også

befinner seg i en klemme mellom det å fortolke beslutninger som enten regler eller som anvisninger med rom for skjønn. Vi kan si de er i skvis mellom seg selv og systemet, brukere og pårørende, fag, kollegaer, og sist, men ikke minst, egne verdier.

Flere av våre funn kan se som illustrasjoner av lav prestisje. Både Hjemmetjenesten og brukerne er underlegne innenfor henholdsvis yrkeslivet og som hjelpemottakere (Thorsen 2003). Rasmussen (2004) setter ansvarsoversvømmelsen i sammenheng med at hjemmebaserte tjenester preges av kvinnelige ansatte, og at kvinners manglende evne til å sette grenser bidrar til at offentlige omsorgsorganisasjoner blir grådige organisasjoner for kvinnelige omsorgsarbeidere. De grådige organisasjonene utnytter personalets ansvarlighet og engasjement når det gjelder brukernes behov for omsorg (ibid.). Samtidig kan funnene gjenspeile en forventning til kvinners omsorgsarbeid om at de alltid skal stille opp. Hjemmetjenesten hadde stor overvekt av kvinnelige ansatte. Forventningene til kvinners omsorgsarbeid er annerledes enn til menns. Kvinners omsorgsarbeid privatiseres på den måten at det forventes at de yter noe personlig og noe ekstra. I flg. Sörensdotter (2008) vurderes ikke ansattes kroppslige og emosjonelle arbeid som kompetanse fordi kunnskapen settes i sammenheng med kvinner.

Konsekvenser for både bakkebyråkrater og brukere

BU-modellen innebærer at brukers behov vurderes på administrativt nivå, og ikke av dem som har hverdagskontakten med dem. Sett i et personorientert perspektiv, kan det se ut til at relasjonen mellom bruker og hjelper blir mindre viktig når ukjente fagfolk kommer på kartleggingsbesøk, framfor de som allerede kjenner brukeren. Da blir det vanskeligere å få til «*dealing with faces*» (Maynard-Moody & Musheno 2003). Kanskje har ikke brukere et tillitsfullt nok forhold til beslutningstakerne og de som kartlegger hjelpebehov (Skatvedt & Andvig 2014), noe som igjen kan ha sammenheng med at beslutningstakerne ikke er nær nok konteksten for implementeringen (Lorentzen 2005). Et resultat kan bli at den profesjonelle fagkunnskapen ikke får bidra til de beste beslutningene, og at sykepleieren for eksempel blir satt til å ivareta enkle somatiske behov med lite lidelsestrykk framfor psykiske behov med stort lidelsestrykk.

Når det ikke er tatt høyde for at de ansatte skal forholde seg aktivt til lidelsene, kan det føre til alvorlige yrkesetiske og personlige dilemmaer i jobbhverdagen. Det synes som hjelpernes dilemmaer ikke anerkjennes som reelle, fordi behovene for hjelp ikke er anerkjent (Husso & Hirvonen 2012; Vike 2002). Slik kan ansattes rolle ses som en ekstremversjon av Lipskys (1980/2010) bakkebyråkrater. Møtene med eldre med psykiske helseproblemer som ikke skal «gjøres noe med», og som ses som en normal del av aldring, fører med seg et *responsivetsproblem* (Norvoll 2007), både på system- og personnivå. Det viser seg blant annet som manglende vedtak om tjenester, og manglende respons overfor brukerne og deres behov. Det blir et sprik mellom bakkebyråkratenes oppdrag og brukernes livsverden. Med Asplund (1987:11-13) kan vi se responsiviteten som likegyldighetens motsats, der deltakerne behandler hverandre som konkrete individer og ikke abstrakte rollefigurer, og berøres av hverandres tilstedeværelse.

Den psykiske lidelsens subjektive og diffuse karakter stiller store krav når det gjelder å respondere på ulike behov (Norvoll 2007:81). I stedet for å respondere, kan løsningen på dilemmaet være å stille seg responsløs, signalisere at en ikke ser, og heller ikke berøres av den Andre (Asplund 1987). Som nevnt kan ansatte finne beskyttelse mot emosjonelt press, og legitimere responsløshet som administrative beslutninger. Asplund legger vekt på at

responsiviteten er sårbar overfor kontroll og styring, fordi den nettopp kjennetegnes av regelbrudd og improvisasjon. Det er muligheten til å improvisere, og til å tilpasse seg til situasjoner og individer som gir grunnlaget for sosialt samspill, et grunnleggende element i relasjonen mellom hjelper og hjelpemottaker.

Konklusjon

Artikkelen har trukket fram forhold som berører Hjemmetjenestens møter med eldre med psykiske helseproblemer. Vi har belyst de ansattes opplevelse av ansvarsoversvømmelse og yrkesetiske og personlige dilemmaer i arbeidet, ved at de mener å ikke rå over nok ressurser eller har tilstrekkelig autonomi til å realisere ansvaret de har. Vi finner et responsivetsproblem, både på system- og personnivå, som gir konsekvenser både for personale og brukere. Ved å presentere ansatte i Hjemmetjenesten som «ekstrembakkebyråkrater», har vi utvidet Lipskys teori om bakkebyråkratene, med bakgrunn i de store etiske dilemmaene ansatte møter i det daglige arbeidet.

En måte å se på hvordan velferdsstaten fungerer, er å vurdere ivaretagelsen av de mest sårbare. Hjelpere som forsøker å gjøre det beste ut av det for disse, kan ses som bakkebyråkratiet helter. De jobber i yttergrensen av bakkebyråkratiet ved at de daglig møter lidelse de ikke skal gjøre noe med, om de skal følge formelle vedtak. Likevel: selv om vi har funnet at rammebetingelsene begrenser Hjemmetjenestens handlingsrom, er ikke dette noe som er gitt og fastlåst en gang for alle. Det kan reforhandles, påvirkes og utvides – i samspill mellom organisasjonen og de som jobber i den. De ansatte er altså ikke maktesløse, men har et handlingsrom innenfor strukturer og rammebetingelser.

Vi ser for oss at tiden er moden for å åpne opp for andre måter å organisere arbeidet på. Vi ser også en tendens til krav om å gå tilbake til å gi ansatte i hjemmebasert omsorg mer autonomi og dermed også større rom for å kunne ta i bruk sitt faglige skjønn. Våre funn tyder på at de da vil kunne møte Eldres psykiske helsebehov på en mer helhetlig måte og samtidig redusere opplevelsen av egen utilstrekkelighet.

Litteratur

Aase, T. H., & Fossåskaret, E. (2007). *Skapte virkeligheter : Om produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.

Album, D., & Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social science & medicine*, 66(1), 182-188. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.003>

Asplund, J. (1987). *Det sociala livets elementära former* (3. utgave ed.). Gøteborg: Bokforlaget Korpen.

Bloor, M. (2001). *Focus groups in social research*. London: Sage.

Brodkin, E. Z. (2008). Accountability in Street-Level Organizations. *International Journal of Public Administration*, 31(317-336).

- Connelly, J. (2013). *The ways in which new public management ideas impact upon the administrative culture of 'street-level' bureaucrats and professionals working within Irish social policy*. (PhD Thesis), University College Cork.
- Dahl, H. M. R., B. (2011). Paradoxes in Elderly Care: The Nordic Model. In A. H. Kamp, H (Ed.), *Elderly Care in Transition - Management, Meaning and Identity at Work. A Scandinavian Perspective* (pp. 29-50). Copenhagen: Copenhagen Business School Press.
- Drugge, C. (2003). *Omsorgsinriktat lärande. En studie om lärande i hemtjänsten*. (Ph.D thesis), Luleå Tekniska Universitet.
- Ellefsen, B. (1988). Andres hjem som arbeidsplass. In B. Ellefsen & T. I. Romøren (Eds.), *Betalt for å hjelpe. Yrker og arbeid i velferdsstaten*. Oslo: Tano.
- Ellis, K., Davis, A., & Rummery, K. (1999). Needs Assessment, Street-level Bureaucracy and the New Community Care. *Social Policy & Administration*, 33(3), 262-280. doi: 10.1111/1467-9515.00150
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og profesjonsmoral. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Hamran, T., & Moe, S. (2012). Yngre og eldre brukere i Hjemmetjenesten - ulike behov eller forskjellsbehandling. Senter for omsorgsforskning, Nord-Norge: Universitetet i Tromsø.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Retrieved 3.3.2015, from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Hill, M., & Hupe, P. (2009). *Implementing Public Policy*. Los Angeles: SAGE.
- Hummelvoll, J. K. (2010). Flerstegsfokusgruppeintervju - en sentral metode i deltagerbasert og handlingsorientert forskningssamarbeid. *Klinisk sykepleje*, 24(3), 4-13.
- Husso, M., & Hirvonen, H. (2012). Gendered Agency and Emotions in the Field of Care Work. *Gender, Work & Organization*, 19(1), 29-51.
- Imingen, I. (2010). *Eldres liv og helse. En review over kvalitativ forskning om hjemmeboende eldre i Norden*. (Master i psykisk helsearbeid), Høgskolen i Hedmark.
- Juritzen, T. I., & Heggen, K. (2006). Omsorgsmakt. Relasjonære sonderinger mellom makt og avmakt. *Sosiologi i dag*(3), 61-80.
- Kirchhoff, J. W. (2011). Yrkesrelatert stress i hjemmebaserte tjenester. *Sykepleien Forskning*, 2(6), 145-150.
- Lie, B. (1987). *Et yrke tar form. En analyse av hjemmehjelpenes yrkesrolle og yrkesutdanning*. (Hovedoppgave), Universitetet i Oslo.
- Lipsky, M. (1980/2010). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.

- Lorentzen, H. (2005). Skjønn versus regler - om skjønnsutøvelsens vilkår og konsekvenser (Vol. 7). Oslo: NIBR Norsk institutt for by-og regionsforskning.
- Maynard-Moody, S., & Musheno, M. C. (2003). *Cops, teachers, counselors: stories from the front lines of public service*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Neumann, B. C., & Klemsdal, L. (2006). Innledning. *Sosiologi i dag*(3), 3-6.
- Norges Forskningsråd. (2009). Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Oslo: Norges Forskningsråd.
- Norsk psykiatrisk forening. (2010). Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011-2020. Oslo.
- Norvoll, R. (2007). *Det lukkede rom: Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*. (Doktorgrad), Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet.
- Nählinder, J. (2011). Følgeforskning i et innovationsprosjekt. In L. Svensson, G. Brulin, S. Jansson & K. Sjöberg (Eds.), *Lärande utvärdering genom följeforskning* (pp. 183-194). Lund: Studentlitteratur.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*: Sage.
- Rasmussen, B. (2004). Between Endless Needs and Limited Resources: The Gendered Construction of a Greedy Organization. *Gender, Work and Organization*, 11(5), 506-525.
- Rønning, R. (2004). *Omsorg som vare? Kampen om omsorgens sjel i norske kommuner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Samhandlingsreformen. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling på rett sted og til rett tid*. Oslo.
- Schönfelder, W. (2007). *Mellom linjene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Om samarbeid mellom organisasjoner og profesjoner*. (PhD), Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Skatvedt, A., & Andvig, E. (2014). Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*, 01, 64-70.
- Sörensdotter, R. (2008). *Omsorgsarbeid i omvandling : Genus, klass och etnicitet inom hemtjänsten*. (ph.d), Stockholms universitet Samhällsvetenskapliga fakulteten.
- Thorsen, K. (2003). Kjønn, makt og avmakt i omsorgstjenestene. Med perspektiv på brukerne. In L. Vidding Isaksen (Ed.), *Omsorgens pris. Kjønn, makt og marked i velferdsstaten* (pp. 128-161). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Thorsen, K., Vabø, M., & Dahle, R. (2001). Makt og avmakt i helse- og omsorgstjenestene (Vol. 18). Oslo: NOVA rapport.
- Tufte, P. (2013). Is There Time Enough? Temporal Resources and Service Performance in Danish Home Care Sector. *Nordic journal of working life studies*, 3(2), 97-112.

- Tønnesen, S., Nortvedt, P., & Førde, R. (2011). Rationing home-based nursing care - professional ethical implications. *Nursing Ethics*, 18(3), 386-396.
- Tønnessen, S. (2011). *The challenge to provide sound and dilligente care. A qualitative study of nurses' desicions about prioritization and patients' experiences of the home nursing service*. Oslo.
- Vabø, M. (1998). Hva er nok? Om behovsfortolkninger i hjemmetjenesten (Vol. 8). Oslo: NOVA rapport.
- Vabø, M. (2002). Kvalitetsstyring og kvalitetsstrev: nye styringsambisjoner i hjemmetjenesten (Vol. 18). Oslo: NOVA rapport.
- Vabø, M. (2007). *Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringideologisk brytningstid*. (dr.philos), Universitetet i Oslo, NOVA.
- Vabø, M. (2008). Omsorgshverdag i Norden - arbeidsgleder, travelhet, ansvarspress. *Aldring og livsløp*, 4.
- Vike, H. (2002). *Maktens samvittighet*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag A/S.
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur. En innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK.

Takk til PhD-stipendiat Kristin Briseid for å ha gjennomført flere av intervjuene og for interessante diskusjoner. Takk til de mange engasjerte helsearbeiderne som har villet snakke med oss, og til medlemmene i kompetansegruppa for gode innspill under analysearbeidet. Takk også til de kunnskapsrike og alltid hjelpsomme bibliotekarene på HBV, og til to anonyme fagfeller for verdifulle kommentarer og konstruktiv kritikk.