



Senter for
omsorgsforskning
ØSTLANDET

«En har jo noen tanker om hvordan et ungt liv skal se ut, ikke sant?»

En kvalitativ studie om unge brukere av hjemmetjenesten



Silje Sveen og Laila Tingvold



Senter for omsorgsforskning – Rapportserie nr. 4/2015

«En har jo noen tanker om hvordan et ungt liv skal se ut, ikke sant?»

En kvalitativ studie om unge brukere av hjemmetjenesten

Senter for omsorgsforskning, rapportserie – nr. 4/2015

Silje Sveen og Laila Tingvold

«En har jo noen tanker om hvordan et ungt liv skal se ut, ikke sant?»

En kvalitativ studie om unge brukere av hjemmetjenesten

Senter for omsorgsforskning, Øst
Høgskolen i Gjøvik

2015

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde og illustrasjonsbilder: © Colourbox.com

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr.4/2015

Tittel: «En har jo noen tanker om hvordan et ungt liv skal se ut, ikke sant?» –En kvalitativ studie om unge brukere av hjemmetjenesten.

Forfattere: Silje Sveen og Laila Tingvold

Satt med Georgia 10,5/14 (Lato)

ISBN (trykt utgave): 978-82-8340-004-5

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-005-2

ISSN (trykt utgave): 1894-4213

ISSN (digital utgave): 1892-705X

Rapportserien finnes også digitalt:

www.omsorgsforskning.no

SAMMENDRAG

Prioriteringsdebatten er svært aktuell i norsk helsetjeneste, noe vi kan se både i media (Ruud, 2014) og i offentlige meldinger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). I den kommunale hjemmetjenesten har det siden 1990-tallet blitt beskrevet endringer i alderssammensetning hos mottakere av hjemmetjenester (Borgan, 2012; Brevik, 2010; Romøren, 2006). Det har blitt flere og flere yngre tjenestemottakere. Disse har ofte sammensatte problemer og flere behov for tjenester som krever nye tilnæringsmåter (Otnes, 2007). Flere studier viser at unge personer med psykiske diagnoser er en gruppe som har tilvekst i hjemmetjenestene (Falch & Bjørkquist, 2013; Gautun, Grødem, & Hermansen, 2012; Tingvold & Romøren, 2015).

Denne kvalitative studien har på bakgrunn av dette hatt til formål å beskrive en ny brukergruppe i kommunal hjemmetjeneste; unge mellom 16 og 30 år som faller utenfor skole og arbeid. I intervjuene kom det frem at en stor andel av de yngre brukere har ulike former for psykiske lidelser, mange med ADHD og autisme. Disse fikk spesiell oppmerksomhet i studien.

Studien baserer seg på seks dybdeintervjuer med ansatte i hjemmebaserte tjenester i to norske kommuner. Totalt har 14 ansatte i den kommunale omsorgstjenesten blitt intervjuet. Problemstillingene dreide seg om hvilke type tjenester brukergruppen mottar fra den kommunale pleie- og omsorgstjenesten,

hvilke behov gruppen har, hvilke tilleggstjenester de får, samt hva slags samhandling og samarbeid som utvikles mellom ulike aktører i forhold til tjenestemottaker. Studien hadde også som mål å beskrive hvilke erfaringer de ansatte som yter tjenester har med den aktuelle brukergruppen.

Intervjuene viste et stort mangfold av bistand og tjenester som ytes til brukergruppen. Dette omhandler praktisk bistand, veiledning, tiltak for å styrke boevne, livsmestring og koordinering av ulike aktører i forhold til de problemstillinger tjenestemottaker har.

Studien viser at det ikke er noen faste definerte rammer for hva de ansatte i de hjemmebaserte tjenestene skal yte av tjenester ovenfor denne brukergruppen og hvilke oppgaver som tilfaller andre instanser. Hvilke oppgaver hjemmetjenesten tar blir ofte basert på skjønn og etter hva ansatte i hjemmetjenesten opplever som meningsfulle for den enkelte bruker.

Studien viser også at brukergruppen har stort behov for en tverrfaglig tilnærming. Det er mange ulike aktører inne (blant annet NAV, fastlege, spesialisthelsetjeneste, politi) noe som fører til et stort behov for samarbeid. Utfordringen i dette synes å være at det ofte ikke er klart definerte ansvarsroller. Det ser i stor grad ut til at de ansatte i hjemmetjenesten tar ansvaret for å koordinere de ulike aktørene.

Utover dette uttrykte informantene et behov for kompetanseheving om tema rundt brukergruppen. Dette vil være vesentlig ut i fra kravene som stilles til de ansatte i hjemmetjenesten når det gjelder beslutninger, tilnæringsmåte og oversikt.

FORORD

Senter for omsorgsforskning fikk tildelt midler fra Helsedirektoratet for å styrke kunnskapsgrunnlaget om hjemmetjenestens nye brukere. Senter for omsorgsforskning, Østlandet, igangsatte ut i fra dette et prosjekt hvor hensikten var å beskrive en ny brukergruppe av hjemmetjenesten; yngre personer som faller utenfor skole og arbeid, og hvilke tjenester disse er mottakere av.

Prosjektet består av en litteraturgjennomgang og en kvalitativ studie. I den kvalitative studien har 14 ansatte blitt intervjuet i to norske kommuner. Prosjektet startet opp august 2014 og ble avsluttet i februar 2015.

Vi takker alle som har bidratt i prosjektet, og spesielt de som har stilt opp på intervju i prosjektperioden.

Gjøvik, 15. februar 2015

Silje Sveen og Laila Tingvold

INNHOOLD

SAMMENDRAG V

FORORD VII

1 INNLEDNING 1

1.1 Kommunenes organisering 1

1.2 Utvikling i brukergrupper i
hjemmetjenesten 2

1.3 Barn og unge med psykiske
problemer 5

1.4 Problemstilling og formål 7

2 MATERIALE OG METODE 9

2.1 Materiale 9

2.2 Metode 10

2.3 Intervjuer 10

2.4 Forskningsetisk godkjenning 10

3 RESULTATER 11

3.1 Alder 11

3.2 Diagnoser 11

3.3 Bolig 12

3.4 Støttespillere 12

3.5 Kjennetegn 13

3.6 Aktiviteter 14

4 HVA SLAGS HJELP FÅR BRUKERGRUPPEN 17

4.1 Typer av tjenester 17

4.2 Samhandling og samarbeid 20

| | | |
|-----|-----------------------------|----|
| 5 | ERFARINGER | 23 |
| 5.1 | Økende antall | 23 |
| 5.2 | Behov for kompetanse | 24 |
| 5.3 | Yngre versus eldre brukere | 25 |
| 5.4 | Hva trigger mer tjenester? | 26 |
| 6 | DISKUSJON | 29 |
| 6.1 | Nye behov i en gammel ramme | 29 |
| 6.2 | Ansvarsfordeling | 32 |
| 6.3 | Kompetanse | 34 |
| 6.4 | Normalitet | 35 |
| 7 | AVSLUTNING | 37 |
| | REFERANSER | 39 |

1 INNLEDNING

Prioriteringsdebatten er svært aktuell i norsk helsetjeneste, noe vi kan se både i media (Ruud, 2014) og i offentlige meldinger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Det er ikke et spørsmål om man skal prioritere, men heller hvordan prioritere på mest hensiktsmessig måte. Helse- og omsorgsdepartementet (2014) påpeker at det er et uunngåelig gap mellom behov for helsetjenester og ressurser i alle land, og det er tydelig at gapet blir større på bakgrunn av demografisk endring og teknologisk utvikling. Å prioritere vil si å rangere noe, og la noe gå foran noe annet. Prioriteringen har store konsekvenser for liv og død, sykdom og lindring, enkeltmenneskers historier og befolkningens helse. Det dreier seg også om krevende medisinske beslutninger, økonomiske vurderinger og interesser, faglig prestisje og politisk styring. Dette medfører en stor debatt preget av sterke interesser og mye følelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

1.1 KOMMUNENES ORGANISERING

Kommuneloven (1992) gir kommunene i stor grad en frihet til å organisere og planlegge, ut fra kommunes behov. Kommunene har i forbindelse

med helse- og omsorgstjenestene krav om å sikre forebygging, behandling og mestring av sykdom og funksjonsnedsettelse. Utover dette står det blant annet i loven at kommunen skal legge til rette for sosial trygghet, gode levevilkår, likeverd og likestilling, samt sikre god kvalitet på tjenestene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Kommunenes variasjon har blitt beskrevet som stor med et fravær av nasjonal konsensus og styring av innretningen av tjenester, samt at det mangler en nasjonal normering (Brevik & Nygård, 2013).

1.2 UTVIKLING I BRUKERGRUPPER I HJEMMETJENESTEN

Dagens omsorgstjenester i kommunene har sitt utspring fra eldreomsorgen som ble bygget opp etter 1970-tallet (Hatland, Kuhnle, & Romøren, 2011). I et historisk tilbakeblikk startet det med menighetspleien som for over 100 år siden dro ut for å pleie personer i deres private hjem. Familie og slekt hadde da et lovfestet ansvar for eldre og hjelpetregendes pleie og omsorg. Siden 1960-tallet har familiestrukturen endret seg, og etter hvert ble pleie og omsorg et stadig økende offentlig ansvar (Birkeland & Flovik, 2014). I 1984 ble hjemmesykepleien lovpålagt gjennom kommunehelsetjenesteloven, og det ble et økt fokus på at eldre skulle få bo hjemme så lenge som mulig (Hatland et al., 2011).

Fra 1990-tallet har det skjedd en endring i alderssammensetningen blant mottakere av hjemmetjenester (Borgan, 2012; Brevik, 2010; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Romøren, 2006). I 2012 var 40 % av mottakerne av hjemmesykepleie og praktisk bistand under pensjonsalder (Borgan, 2012). Det har oppstått nye typer behov som fordrer nye løsninger og tjenester. Dette krever en omstilling i tjenestetilbudet, siden mange av de unge mottakerne blant annet har behov for bistand til å fungere i

arbeidslivet, og kan ha større forventninger og krav til en sosial og aktiv fritid enn eldre (Otnes, 2007). Romøren (2006) fant at mottakere av hjemmetjenester under 67 år bestod av to store og to mindre grupper diagnostisk sett. Den største gruppen var somatiske lidelser (39 %), og dernest gruppen med psykiske lidelser (37 %). De to minste gruppene bestod av utviklingshemmede (13 %) og personer med rusproblematikk (9 %). Flere studier viser til at yngre mottakere av hjemmetjenesten er mer ressurskrevende og får tildelt flere timer og mer bistand enn eldre (Borgan, 2012; Brevik, 2010; Hamran & Moe, 2012). Brevik og Nygård (2013) hevder at hjemmetjenestene for yngre og eldre fungerer på ulik måte, prinsipielt sett, ved at når Eldres hjelpebehov eskalerer blir det vurdert institusjonsplass. På den andre siden, når det samme skjer med yngre, vil de yngre bli boende i sin bolig med desto flere vedtakstimer.

Årsaken til endringene i alderssammensetningen, kan i stor grad knyttes opp mot flere helse- og sosialpolitiske reformer, som reformen for Helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU-reformen), opptrappingsplanen for psykisk helse, reformer innen rusomsorg og Helseforetaksreformen (Brevik, 2010; Gautun et al., 2012; Romøren, 2006). Gjennom Samhandlingsreformen har kommunene fått større ansvar i helse- og omsorgstilbudet, noe som har medført nye grupper og nye utfordringer for kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Samhandlingsreformen har ført til at ansatte i omsorgstjenestene opplever et økt tidspress med flere, komplekse og utfordrende oppgaver (Gautun & Syse, 2013).

Samtidig kan noe av årsaken til endringen ligge i nye oppfatninger om hva «god omsorg» er og hvor den skal ytes (Brevik, 2010; Gautun et al., 2012). Tidligere ble «god omsorg» betraktet som institusjonsomsorg hvor brukere med like behov var samlet og fikk omsorg av spesialutdannet personale (Gautun et al., 2012). Senere ble det imidlertid avdekt at store institusjoner kunne ha mangler og ikke alltid tilbød gode tjenester,

noe som gradvis førte til en endret oppfattelse av hva «god omsorg» er (Gautun et al., 2012). «God omsorg» betraktes i vår samtid ofte som en tilpasset tjeneste som er desentralisert og avinstitusjonalisert (Gautun et al., 2012).

Utover dette kan behovet for tjenester ha vokst siden det er flere i aldergruppen under 67 år i 2004 enn det det var på 90-tallet (Romøren, 2006), samt at krav og forventninger fra yngre brukergrupper og deres støttespillere ser ut til å ha økt (Gautun et al., 2012; Hamran & Moe, 2012). Brevik (2010) hevder på sin side at kommunene i stor grad har tatt på seg nye oppgaver selv. Tilveksten av yrkesgrupper som sosionomer, barnevernspedagoger og lignende knyttes opp mot gruppen av yngre brukere og har endret kommunenes omsorgspraksis (Brevik, 2010). Hamran & Moe (2012) fant i sine undersøkelser at det ble omtalt som naturlig at unge skal ha en annen type hjelp enn eldre, og at dette ikke nødvendigvis ble sett på som forskjellsbehandling. Dette kunne forklares med at yngre og eldre brukere ikke vurderes på samme måte, eller som sammenlignbare tilfeller, til tross for at de er brukere av de samme ressursene. Videre fant de at yngre brukere av tjenestene sammenlignes med funksjonsfriske personer på sin egne unge alder og at dette ble vektlagt som normen for hva som oppfattes som et verdig og akseptabelt liv for dem. På den andre siden fant de at pleietrengende eldre ikke ble sammenlignet med funksjonsfriske eldre på samme måte (Hamran & Moe, 2012).

Gautun et al. (2012) fant, gjennom kvalitative undersøkelser i fem kommuner, at den gruppen som har størst tilvekst innenfor kommunale hjemmetjenester er personer med alvorlige psykiske lidelser, personer med dobbeltdiagnoser (rus og psykiatri), unge personer med autisme og særlig unge personer med ADHD. Falch og Bjørkquist (2013) fant i sine studier av hjemmetjenesten i Bodø at nye grupper innen hjemmetjenesten (i oppfølgingstjenesten for psykisk helse og rus) er unge personer med ADHD og unge med Asperger syndrom. Denne gruppen

opplevdes utfordrende for de ansatte, fordi ingen av de ansatte hadde erfaringer med temaer rundt disse brukerne i sine grunnutdanninger (Falch & Bjørkquist, 2013).

Gjennom det pågående forskningsprosjektet ved Senter for Omsorgsforskning Øst, Evaluering av Omsorgsplan 2015 (Tingvold & Romøren, 2015) rapporterte flere informanter i ulike kommuner at unge personer som faller utenfor skole og arbeid, er en gruppe som øker hos hjemmetjenestene.

Barn og unge med psykiske problemer er en av flere grupper som ofte kan ha behov for tverrfaglig sammensatt bistand, hvor da samarbeid mellom ulike aktører er nødvendig. En tidligere studie om fastlegenes rolle i forhold til denne gruppen har vist at ansvarsrollene og koordineringsansvaret var både utfordrende og uklare i denne brukergruppen (Andersson & Tingvold, 2005).

Dette betyr at unge, med psykiske lidelser eller problemer, har behov for en tverrfaglig tilnæringsmåte som kan synes å være utfordrende for pleie- og omsorgstjenesten. De foreløpige studiene om denne gruppen tyder på at det er uklare rammer og retningslinjer rundt ansvarsroller og koordinering rundt brukergruppen.

1.3 BARN OG UNGE MED PSYKISKE PROBLEMER

I Norge har omkring 8 % av barn en psykisk diagnose, mens mellom 15-20 % har psykiske vansker med så stor symptombelastning at de mistrives, blir hindret i hverdagens gjøremål, i læringssituasjoner og har utfordringer i sosialt samvær med andre (Mathiesen, 2009).

Mathiesen (2009) beskrev fem overordnede grupper av psykiske lidelser hos barn og unge. Disse var emosjonelle lidelser, atferdsforstyrrelser, nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser,

spiseforstyrrelser og psykoser. Under nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser finner man ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder), autisme og autis melignende tilstander, lærevansker, Tourettes syndrom og motoriske vansker uten kjent årsak (Mathiesen, 2009).

ADHD er en tilstand som karakteriseres av store konsentrasjonsproblemer, impulsivitet og hyperaktivitet, som er til hinder for ordinær funksjon i dagliglivet (Helsedirektoratet, 2014). ADHD er en risikofaktor for utvikling av rusproblemer og sosiale vanskeligheter. Over 80 % av barn som får en ADHD-diagnose vil også ha symptomer i ungdomsalder og som voksen, og disse blir fremtredende og forstyrrende i å fungere på skole og i arbeidslivet (Mathiesen, 2009).

Autisme er en samlebetegnelse for en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse som er kjennetegnet av en manglende sosial fungering, vanskeligheter med å kommunisere og en tendens til å ha et repeterende handlingsmønster. Diagnosen blir stilt ut fra atferdsmessige kjennetegn (Mathiesen, 2009).

I 2012 ble det foretatt en kartlegging av fire utviklingsforstyrrelser og nevrologiske sykdommer hos barn i Norge, hvor det ble funnet at forekomst av ADHD og autisme er økende med alder hos norske barn, det rammer flest gutter og de er dels overlappende (Surén et al., 2012). Det ble videre funnet store regionale forskjeller i diagnostiseringen av ADHD og autisme i Norge, noe de mener er for store forskjeller til at naturlig variasjon kan være grunnlaget (Surén et al., 2013).

Dette betyr at kunnskapsgrunnlaget rundt denne gruppen er under utvikling, og det er store regionale forskjeller i antall unge med diagnosene i landet. Noen kommuner har da et stort antall personer med disse diagnosene, mens andre kommuner har svært få. Siden Surén et al. (2013) konkluderer med at det er for store forskjeller til at det skal være naturlig variasjon, vil dette vise til forskjeller i diagnostisering i ulike kommuner. Dette vil kunne føre til store behov for

omsorgstjenester til gruppen med unge med ADHD og autisme i noen kommuner hvor forekomsten eller diagnostiseringen er høy, mens motsatt i kommuner hvor forekomsten eller diagnostiseringen er lav. Når det gjelder prioriteringer innen kommunal pleie- og omsorgstjeneste, vil dette kunne gi store utslag for hvor brorparten av ressursene blir lokalisert.

1.4 PROBLEMSTILLING OG FORMÅL

Denne rapporten har til hensikt å beskrive en ny brukergruppe i hjemmetjenesten; unge personer som er i etableringsfasen i livet og som faller utenfor skole og jobb. Unge med utviklingsforstyrrelsene ADHD og autisme har fått ekstra oppmerksomhet. Det sentrale åpenbare trekket er at de mottar ulike hjemmetjenester for å mestre hverdagen. Hva kjennetegner denne nye brukergruppen unge som faller utenfor skole og arbeid? Det ble tatt utgangspunkt i følgende problemstillinger:

- Hvilke tjenester mottar gruppen fra den kommunale pleie- og omsorgstjenesten?
- Hva har gruppen behov for å få bistand til?
- Hvilke tilleggstjenester mottar brukergruppen?
- Hvordan er samhandling og samarbeid med andre aktører lagt til rette for, rundt denne gruppen?
- Hvilke erfaringer finnes hos ansatte som yter tjenester til denne gruppen?

2 MATERIALE OG METODE

2.1 MATERIALE

Prosjektet tar utgangspunkt i funn fra forskningsprosjektet «Evaluering av Omsorgsplan 2015» (Tingvold & Romøren, 2015), samt seks dybdeintervjuer med ansatte i hjemmetjenesten, i to norske kommuner. Prosjektet vil belyse hvordan ansatte i hjemmetjenesten i kommunen beskriver denne nye gruppen brukere. Kommunene ble rekruttert fra det etablerte panelet av omsorgsforskningkommuner som Senter for omsorgsforskning har etablert, og det ble opprettet kontakt med helse- og omsorgssjefene i begge kommunene. Helse- og omsorgssjefene opprettet deretter kontakt med aktuelle informanter. Den ene kommunen kan betegnes som mellomstor (mellom 20 000 og 60 000 innbyggere) og den andre kan betegnes som stor (mer enn 60 000 innbyggere). Det ble gjennomført intervjuer med ansatte i ulike deler av hjemmebaserte tjenester, samt leder av tildelingskontoret i den ene kommunen.

2.2 METODE

Det ble gjennomført kvalitative intervjuer som metode i dette prosjektet. Når man bruker forskningsintervju er hensikten å innhente beskrivelser av informantens livsverden, med det formålet å fortolke og analysere de beskrevne fenomenene (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009). Intervjuene ble transkribert i etterkant, hvor sentrale tema av intervjuet ble transkribert ordrett, og resten på et mer overordnet nivå. Det ble laget en tematisk oppsummering av funn. Funnene ble deretter analysert og skrevet ut. I tilfeller hvor det var behov for sitater som ikke var skrevet ordrett ned, ble det gått tilbake i lydfilen.

2.2.1 INTERVJUER

Informantene som ble intervjuet i dette prosjektet hadde stor variasjon i bakgrunn og i tjenestested. Følgende yrkesgrupper var representert i utvalget; sykepleier, sykepleier med videreutdanning innen psykisk helse, vernepleier, vernepleier med master i sosialt arbeid, sosionom, sosionom med videreutdanning innen psykisk helse, barnevernspedagog, hjelpepleier innen vernepleie, helsefagarbeider og ufaglært. Noen av informantene hadde jobbet i kommunehelsetjenesten i over 20 år, mens andre hadde jobbet i tjenesten i alt fra ett til rundt syv år. Informantene tilhørte ulike deler av hjemmebaserte tjenester, hvor noen jobbet i hjemmetjeneste tilknyttet omsorgsboliger, andre jobbet i psykisk helse, rustjenesten, miljøtjenesten og én informant ledet et tildelingskontor.

Fire av intervjuene ble gjennomført med én informant, ett intervju var med to informanter og det siste intervjuet var et gruppeintervju med et team på ti stykker. Intervjuene hadde en varighet på mellom 30 min og to timer. Samtlige intervjuer ble tatt opp på bånd.

2.3 FORSKNINGSETISK GODKJENNING

Prosjektet ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste, og fikk godkjenning til å igangsettes.

3 RESULTATER

3.1 ALDER

Prosjektet startet med å etterspørre «yngre brukere av hjemmetjenesten» uten å definere alder. Til svar fikk vi at alderen på yngre brukere av hjemmetjenesten er tradisjonelt definert som personer under 67 år, mens vi i utgangspunktet var ute etter unge voksne. Vi spurte da mer spesifikt om yngre personer og aldersgruppen ble spisset til å innhente informasjon om brukere mellom 18 og 25 år. Underveis i prosjektet justerte vi aldersgruppen ytterligere til å omfatte brukere av hjemmetjenesten mellom 16 og 30 år for å omfatte den gruppen som oftest ble beskrevet av informantene i intervjuene.

3.2 DIAGNOSER

I intervjuene kom det fram at de unge brukerne hadde et sammensatt diagnosebilde, som i stor grad dreide seg om ulike former for psykiske lidelser. I bakgrunnen til prosjektet ble særlig unge personer som faller utenfor skole og arbeid med diagnosene ADHD

og autisme pekt på som grupper som var økende i hjemmebaserte tjenester, derfor ble det i intervjuene spurt ekstra om denne gruppen. Alle utenom én av informantene hadde erfaring med gruppen unge mennesker med diagnosene ADHD eller autisme. Brukere som er i kontakt med rustjenesten har alltid en rusdiagnose, men ofte er den sammenfallen med andre psykiske diagnoser. Det var også brukere i gruppen som ble beskrevet med andre utfordringer og diagnoser som epilepsi, Downs syndrom, tvangslidelser, psykoseproblematikk, psykisk utviklingshemming, depresjon, angst, vanskelige liv og traumatisk barndom.

Flere informanter fortalte at de opplevde at gruppen med yngre brukere med utviklingsforstyrrelser var økende.

3.3 BOLIG

Når det gjelder hvordan brukergruppen bor, kom det frem gjennom intervjuene at det er store forskjeller. Noen bor sammen med foreldrene sine, andre har egne leilighet som de eier eller leier. Kommunale leiligheter, omsorgsboliger eller midlertidig bolig gjennom NAV ble også nevnt i intervjuene. Videre er det noen som ikke har egen bolig, men som sover over på sofaen til venner eller lignende.

3.4 STØTTESPILLERE

Brukergruppens grad av nettverk og støttespillere varierte også i stor grad. Noen av informantene mente at alle har pårørende som stiller opp, men at de for øvrig har få andre i nettverket sitt. Andre hadde en opplevelse av at familien var lite på banen når det gjelder denne brukergruppen. Det ble også gjort noen refleksjoner fra informanter om at brukergruppen

har lite nettverk fordi de ikke har hatt muligheten til å opparbeide seg nettverk, og at dette også vil bli enda mindre når de blir eldre. Det ble også påpekt at unge med utviklingsforstyrrelser har en tendens til å bli tiltrukket av miljøer som for eksempel kriminelle og personer som er yngre enn dem selv, noe som gjør nettverket enda mer utfordrende. Det er likevel flere som understreker at det også finnes noen som klarer seg veldig bra, som har venner og kjæresteforhold.

3.5 KJENNETEGN

På spørsmål om hva som kjennetegner brukergruppen fortalte informantene at mange ofte var opptatt av å være selvstendige og ikke nødvendigvis ønsker eller ser behov for tjenester. Informantene fortalte at tjenestemottakerne ofte er ensomme og at de ikke har rukket eller hatt mulighet til å bygge seg opp et sosialt nettverk. En refleksjon rundt hvorfor de faller ut fra skole og arbeidsliv kom fra en informant:

(...)Kanskje er det sånn at skolen har blitt mye mer opptatt av prosjekt- og gruppearbeid? Det å jobbe under frihet er sentralt i skolen nå, og de [brukergruppen] klarer ikke det. De ramler ut av det! Kanskje hvis de hadde hatt faste rutiner, så kanskje de hadde greid det? Det er vanskelig å finne seg til rette i skolen. Det er kanskje ikke så gode muligheter for individuell tilpasning, men kanskje blir det galt det og, at de skal tas ut av klassen og stigmatiseres?.

Utover dette viser informantene til at brukerne ofte ikke identifiserer de seg med andre som har samme problematikk, slik én informant sier det:

Også er det jo sånn at de synes at andre fungerer dårligere, hvis de for eksempel går i en autismegruppe. Det som er gjengs er at alle synes 'de andre' er teite!

Brukergruppen har ofte behov for bistand til personlig hygiene, måltider, det å bo og ta beslutninger i

dagliglivet. Det pekes på at de ofte har store konflikter hjemme med foreldre. Mange har en traumatisk barndom bak seg, og har det som betegnes i et intervju som «vanskelige liv». Dette beskriver to informanter på denne måten:

Jeg tenker at man ser på mennesket som sammensatt med flere områder...helse, økonomi, nettverk... De vi møter sliter ofte på veldig mange av de områdene.

De sliter på de fleste områder...det sosiale...og det er jo selve livet det!

Informantene hevdet at mange i brukergruppen, spesielt de med ADHD, lettere kan havne i rus enn andre, og er oftere tiltrukket av slike miljøer. De har oftere kontakt med politiet i forhold til alt fra å kjøre uten sertifikat til manglende impulskontroll og manglende refleksjon rundt konsekvenser. En informant reflekterer rundt dette med ADHD og rus:

Jeg tenkte på de med ADHD...jeg har det ikke dokumentert, men jeg opplever at de som har ADHD ofte begynner å ruse seg. Om det er et behov for å dempe det, eller om det handler om impuls...?

Flere av informantene legger vekt på at arbeidet med denne gruppen er et langsiktig arbeid. Det å gjøre dem i stand til å klare seg i egne liv selv kan ofte ta lang tid.

3.6 AKTIVITETER

I intervjuene ble det forespurt hva brukergruppen hadde av aktiviteter i det daglige. Det hyppigste svaret var tilrettelagt arbeid, ofte i vernet bedrift eller lignende. Noen går også på skole eller på tiltak gjennom NAV. De er også med på ulike aktivitetstilbud i kommunen, som grupper for unge eller tur- og kulturgrupper. Det er flere som jobber redusert, og de har ofte større vedtak om hjelp. Dette innebærer også assistanse til å delta i sosiale aktiviteter og hjelp til

praktiske hjemmeoppgaver. Én informant er tydelig på at de legger vekt på en eller annen form for aktivitet:

Noen gjør jo ikke så mye, men vi prøver alltid å koble de på noe. Alle får til noe, tenker jeg! Så spørs det hvor stor motivasjonen er for å sette i gang noe. Vi har et tiltak som går ut på å få folk ut i aktivitet, i nye miljøer.

Informanten mente at slike tiltak som skal koble personer opp mot nye miljøer, en klatreklubb, et kor eller en annen form for interesserelatert samling, kan være avgjørende for noen i brukergruppen som har få kontakter utenfor kriminelle miljøer og rusmiljøer.

4 HVA SLAGS HJELP FÅR BRUKERGRUPPEN

4.1 TYPER AV TJENESTER

Alle informantene oppga at støttesamtaler og veiledning var viktige tiltak fra hjemmetjenesten for denne brukergruppen. Én informant beskriver det innledende arbeidet rundt brukerne slik:

Ofte så er det støttesamtaler i bunnen for alt vi gjør, også dukker det opp ting...eller vi kartlegger ting i starten som gjør at vi skal gå en viss retning.

Kartleggingen viser ofte at de trenger bistand til å få hverdagen til å gå rundt og veiledning til å ta vare på bolig og seg selv.

Det handler rett og slett om å hjelpe de å bo! Døgnstruktur er en kjempeviktig bit rundt den her gruppen. Vi hjelper til med regulering av databruk, motiverer dem for å dra på jobb, og motiverer og hjelper dem til å gjøre alt i hjemmet - da mener jeg alt fra å gjøre rent og bære ut søpla til kostholdsveiledning...både når det gjelder hva man skal spise og når man skal spise.

Det ble også skissert at flere brukere i denne gruppen ønsker å være selvstendige. Én informant beskriver at

tjenestene ofte handler om å se til at det er bra med brukeren:

Bare si 'hei' og 'hvordan går det' og... 'har du det bra?' Noen vil jo helst bare ha det sånn... de lever sitt liv og har sine ting. De vil liksom ikke ha for mye innblanding, men de synes det er trygt at noen er der, og ser at de er der og at alt er bra.

Det blir i intervjuene snakket en del om hvem som egentlig ønsker denne bistanden, om det er brukeren selv, eller om det er pårørende og andre som ser et behov. En informant fortalte:

Denne gruppen styrer mye mer, de har meninger, de er oppegående og de klarer seg selv - samtidig som de ikke klarer seg selv. Jobben vår er å finne ut når de klarer seg selv, og når de ikke klarer seg selv. Noen mener jo de er helt fantastiske til å lage mat, men det eneste de kan å lage er Grandiosa - som de tar av plasten på og setter inn. Så da må vi ha fokus på realitetsorientering og sørge for at brukeren sakte, men sikkert klarer mer og mer.

Informantene nevner tjenester som telefonavtaler om morgenen for å bli vekket og satt i gang for å komme seg på skole eller jobb og tildeling av medisiner. Det blir sagt i intervjuene at tjenestene kan variere fra dag til dag, ut i fra hvilke innpass de får hos brukerne.

Flere nevner også en av tjenestene brukergruppen ofte får er bistand til kontakt mot NAV og koordinering av samarbeidspartnere, samt å følge til ulike instanser. På spørsmålet om hvilke tjenester brukergruppen har behov for svarer en informant:

(...)Vi skal vite hva som finnes av tilbud i kommunen og hjelpe personer opp mot de tilbudene som kan være aktuelle for bruker. Eller igjen å ha ansvarsgrupper for å administrere... Det er ikke alltid vi skal gjøre alt, men vi skal kanskje ha et øye for at det blir gjort. Det er jo så mange instanser!

I ansvarsgruppemøter og andre samarbeidsmøter var det ofte de ansatte i disse ulike hjemmebaserte tjenestene som tok ansvar for at brukeren skulle få med seg det som ble sagt, og sørge for at brukeren skulle få

sagt sin mening. Utarbeidelse av individuell plan var også aktuelt for noen.

Gjennom intervjuene kommer det fram at ensomhet og mangel på et sosialt liv også er en sentral problemstilling. Dette kan stå presisert i vedtaket fra tildelingskontoret, eller at tjenesteutøver ser at det er hensiktsmessig å bidra inn mot det sosiale. Mange opplever at de blir brukerens nærmeste person, og dette opplever noen som positivt, mens andre mener det er lite hensiktsmessig. Det vil da være viktig å koble tjenstemottagerne opp mot andre personer og skape nettverk. En informant beskrev at noen få brukere får følge på sosiale hendelser som bowling og lignende, sammen med en annen bruker. Andre fortalte at de gjerne skulle hatt mer penger i tjenesten for å ta med de unge ut på konserter og lignende, fordi brukerne selv sjelden hadde ressurser til slike ting selv.

På spørsmål om hvor grensen går og hvem som skal gjøre hva i helse- og omsorgssektoren svarte en informant:

Det er ikke definerte grenser på hva vi skal gjøre og hva andre skal gjøre...Vi gjør det [oppgaver] hvis det gir mening for tjenstemottakerens situasjon!

Informantene fortalte at hva de gjorde ble regulert ut fra hvor god tid de har med tanke på hvor mange vedtakstimer den enkelte bruker har.

Gjennom disse intervjuene er det tydelig at det er et stort mangfold av bistand og tjenester som ytes til brukergruppen. Dette innbefatter alt fra praktisk bistand til veiledning og realitetsorientering der det å holde orden i bolig og mestre livet i hverdagene står sentralt. Hva den enkelte får av tjenester og vedtakstimer varierer fra sak til sak, og blir i stor grad basert på skjønn. I tillegg kommer det fram at brukerne ofte kan ha sterke meninger og at tjenestene kan variere fra dag til dag ut fra hva slags innpass de ansatte får hos den enkelte. Det er ofte mange aktører omkring brukerne og det er ikke alltid klare rammer rundt hvem som skal gjøre hva for brukerne. I intervjuene kommer det også fram fra

noen informanter at hjemmetjenestene ser ut til å skulle ha full oversikt, og sørge for at brukerne får den oppfølgingen de skal ha.

4.2 SAMHANDLING OG SAMARBEID

Det kommer frem gjennom alle intervjuene at det er mange samarbeidspartnere inne i bildet hos denne brukergruppen, og at det er mange tjenester som tilbys i tillegg til den hjemmebaserte tjenesten som var hovedfokus i dette prosjektet. Brukergruppen kan også hører til under mange andre innretninger i helse- og omsorgstjenesten i kommunene, og kan ikke enkelt finnes igjen ett sted. Dette er sett på som en stor utfordring:

Jeg har sett det jeg mener er en økning innen den gruppen [unge ofte med ADHD og Asperger] og at de faller i mellom. Det er ingen plasser der det er definert hvem som skal følge de opp!

Videre beskriver informanten en utvikling av bistandsbehov som ikke er tilpasset tilbudet som eksisterer fra tidligere:

Tradisjonell hjemmetjeneste har jo ikke tilbudt tjenester slik som veiledning tidligere. Det har jo vært barnevernet og kanskje helsesøstre som har hatt dette ansvaret?...Der er vi fragmentert nå! Det må være definert: hvem har det ansvaret?

Brukere som er under 18 år ble beskrevet som brukere som i størst grad falt mellom tilbudene som kommunene hadde.

Informantene viste til at det var mange ulike instanser inne hos brukergruppen, og de ulike samarbeidspartnere som ble nevnt var pårørende, Barnevernet, NAV, fastlege, spesialisthelsetjenesten, rustjenesten, ulike oppfølgingstjenester og aktivitetstilbud ut fra tilbud i kommunene, støttekontakter, skole, fengsel og politi, fysioterapeuter, ergoterapeuter og hjemmesykepleie. Det ble

understreket at en endring i brukergruppen har medført at det er et større behov for tverrfaglig samarbeid, og at dette er særlig viktig for å kunne gi en god og helhetlig tjeneste. Helheten kan være kompleks, og dermed er samarbeid mellom ulike instanser også ofte utfordrende. En informant reflekterer over samarbeid på denne måten:

Samarbeid... ja, det kan være utrolig givende og flott når det fungerer bra, også kan det være kjempeutfordrende og vanskelig. Jeg er allikevel veldig glad i det. Det er forskjellige instanser og forskjellig fokus, og vi er opptatt av forskjellige ting. Jeg tenker at det er en kunst å få det til, men jeg synes at vi blir bedre og bedre på det, og mer og mer vant til det...både vi og samarbeidspartnerne rundt.

Flere informanter problematiserte ansvarsspørsmålet, som dette sitatet illustrerer:

Dette med å skyve brukere mellom barnevernet og oss er interessant, fordi barnevernet mener vi har ansvar og vi mener barnevernet har ansvar! Det går ofte på diagnose. Har de fått en diagnose så mener barnevernet at det er helse og omsorg sitt ansvar...men det er jo ikke så enkelt! Vi tror at de ofte kan få en diagnose, men at det egentlig er omsorgssvikt de har. Det er jo akkurat samme sykdomsbildet!?

Brukergruppen er ny for kommunale hjemmebaserte tjenester og de har også andre behov enn hva tradisjonell hjemmetjeneste tidligere har gitt. Dette viser igjen at brukergruppen er kompleks og at det er et stort behov for samarbeid rundt denne brukergruppen. Det er svært mange aktører, og informantene viser til betydningen av samarbeid for å kunne gi en god og helhetlig tjeneste. Videre problematiserer disse sitatene ansvarsspørsmålet i kommunen, hvor de da opplever at brukergruppen kan falle i mellom tilbudene, ved at det ikke er definert hvem som skal ha ansvaret.

5 ERFARINGER

5.1 ØKENDE ANTALL

Flere informanter mente de så en økning av unge brukere i hjemmetjenesten. Hva som kan være årsaker til dette er mange og vanskelig å si noe sikkert om påpekte informantene. Noen av informantene reflekterte litt rundt hva økningen kan komme av. Et økt fokus på gruppen og tidlig innsats hadde to av informantene tanker om:

Det er jo mange ungdom som sliter på den ene eller andre måten. Det har jo vært mer fokus på det de siste årene - også er det ulike syn på det. Det handler om alt fra de med ADHD - til de som skal være best i alt, ikke sant? De sliter inni seg... med stress og depresjon. Så jeg håper jo at vi er flinkere til å fange opp det nå. Og at det har blitt flere miljøterapeuter og barnevernspedagoger i skolene for å fange de opp.

En annen informant påpekte at økt kunnskap kan ha bidratt til mer åpenhet og aksept omkring denne gruppen:

Vi vet jo mer om psykisk helse nå...og det har jo vært mer tabu tidligere, ikke sant? Vi blir jo glade når vi får unge folk, for da tenker vi at vi

får gjort masse tidlig i livsløpet. (...) Jeg tror ikke de ikke har vært der før...jeg tror bare de ikke har kommet fram på samme måte som de gjør nå! De blir fanget opp tidligere (...) Også før bodde de da kanskje på gutterommet eller...så var de han «raringen»...eller...jeg vet ikke jeg.

Andre reflekterte mer over det overordnede systemet som gjør at nye grupper dukker opp:

Det er en gruppe vi tidligere ikke har hatt...de blir puffet over fra barnevern(...) og det kan være rett at de skal over!

Det handler jo mye om samhandlingsreformen og politiske føringer...kommunen får mer og mer ansvar.

Jeg tror at behovet er skrikende! Det er veldig mange som burde ha kommet seg ut av foreldrehjemmet og fått tjenester i kommunen!

I intervjuene vises det til en opplevelse av at unge brukere i hjemmetjenesten øker, og at dette kan komme av tidligere innsats, samt et økt fokus på psykisk helse. Psykisk helse er ikke like tabubelagt nå som tidligere og dermed kan man kanskje se at flere unge søker og får hjelp. Utover dette har kommunen fått nye oppgaver ut fra politiske føringer og reformer, noe som også har ført til nye brukergrupper i pleie- og omsorgstjenesten. Dette fører til et økende antall unge brukere med sammensatte behov som hjemmetjenesten skal yte tjenester til.

5.2 BEHOV FOR KOMPETANSE

Det var gjennomgående at informantene ønsket kompetanseheving om denne brukergruppen. De så behovet for det på grunn av at gruppen er relativt ny og veldig sammensatt. Det var ulik erfaring og kjennskap til arbeid med gruppen fra de ulike utdanningsretningene. Flere påpekte at denne gruppen, og tema rundt den, tidligere ikke var tatt

med i utdanningsløpene, og at noen yrkesgrupper hadde mer om dette i sine utdanninger enn andre. Informantene som ble intervjuet i dette prosjektet tilhørte et bredt spekter av utdanningsbakgrunner, og flere la vekt på at denne tverrfagligheten var viktig for å arbeide med brukergruppen. Dette ble begrunnet med at det er nødvendig med en annerledes tilnærming til brukergruppen enn det den tidligere tradisjonelle hjemmebaserte tjenesten har tilbydd.

På spørsmål rundt hva som får fokus og hvordan tilbudet blir tilrettelagt ut fra dette svarte én informant:

(...)Det er jo veldig avhengig av hvem vi er. Vi er våre egne instrumenter!

I intervjuene kom det fram at det er et uttalt behov for mer kompetanse rundt denne brukergruppen. Dette kan videre knyttes opp mot å yte god kvalitet på tjenestene brukergruppen får.

5.3 YNGRE VERSUS ELDRE BRUKERE

Informantene opplevde at det å arbeide med unge mennesker skiller seg fra å jobbe med eldre mennesker. I et intervju hvor det ble stilt spørsmål rundt dette svarer en:

En har jo noen tanker om hvordan et ungt liv skal se ut, ikke sant?

Utdypingen av dette illustreres her med et sitat fra en annen informant som snakker om unge personer i omsorgsbolig:

Det er jo at de er unge...og at det trigger noe følelsesmessig. At de på en måte er låst her. Det er jo de eldre og, men de er ofte fornøyde med at de får hjelp og har en plass og bo...og at de har folk som kommer til de. Disse [unge] her har gått glipp av det å få familie og...leve et vanlig liv!

Videre innenfor det samme temaet fortalte en informant:

Mange har jo drømmer og har lyst til ting! Forskjellen er jo at de yngre skal ha et tilbud over mange år...De skal lære seg å bo, forholde seg til andre mennesker og omverden. Det er litt på samme måte med de eldre altså, men de yngste er jo på tur et sted. De skal møte et arbeidsliv, kanskje, og klare å stå i det, mens de eldre er ferdig med det!

I prioriteringsdebatten blir det ofte sammenlignet hvor mye ressurser som blir brukt på de yngre versus de eldre, og dette ble sagt av en informant:

Vi er i utgangspunktet blitt fortalt at vi bruker altfor mye ressurser på unge og altfor lite til eldre. De unge har en mye større del av omsorgsbudsjettet enn eldre. Så kan vi diskutere det, om det er naturlig eller ikke... At yngre har større behov for en aktiv hverdag? Men jeg tror jo at brukerorganisasjoner, særlig for psykisk utviklingshemmede, har vært sterke, og foreldrene til disse også er sterkere. Og at innenfor psykisk helse så er det ikke nødvendigvis sånn at noen har kjempet så hardt?

I prioriteringsdebatten blir ofte eldre og yngre tjenestemottakere satt opp mot hverandre, siden de «konkurrerer» om de samme ressursene. Gjennom intervjuene i vår studie sier informantene at det er forskjell på hvordan man ser på yngre og eldre tjenestemottagere, fordi man har tanker om hvordan et ungt og et eldre liv skal se ut. Dette har konsekvenser for hvilke tjenester brukerne får. Det siste sitatet problematiserer også at noen brukergrupper har sterke brukerorganisasjoner og at personer innen psykisk helse, ikke nødvendigvis er den gruppen som har fått fokus og ressurser. Vi vender tilbake til dette i diskusjonen.

5.4 HVA TRIGGER MER TJENESTER?

På spørsmål om hva som trigger mer tjenester hos brukergruppen var det noen som mente at pårørende, og «de som ønsker på vegne av» som var den faktoren

som trigger mer tjenester. Dette innbefattet også sterke brukerorganisasjoner for noen.

I et av intervjuene ble det påpekt at den største utfordringen er når andre personer ønsker bistand på vegne av en bruker. I denne sammenhengen kan dette være foreldre, andre pårørende, brukerorganisasjoner eller ansatte i tjenesten. Dette kan skape store utfordringer for brukernes motivasjon til å motta veiledning og hjelp.

En informant fortalte om det økte fokuset på kommunens ansvar for oppfølging av brukergruppen som til stadighet har behov for mer tjenester:

Akkurat nå er det mye fokus, og kanskje litt for stort fokus etter min mening, på at kommunen har ansvar for å skaffe bolig og følge opp. Det er en utfordring når vi ikke har boligkomplekser eller bofellesskap! Men så fort vi snakker om å samle noen stykker så får du kritikk fra for eksempel brukerorganisasjoner. Da får vi det de kaller «ghetto»! Men det er da ikke sånn at de kan få individuelle tjenester når de trenger heldøgntjenester?

Når det gjaldt gruppen med ADHD og autisme, spesielt, var det noen av informantene som la vekt på at det var viktig å tilpasse bistanden til brukergruppen. Uten en slik spesiell tilrettelegging ville brukerne kunne oppleve utrygghet, og det igjen kan trigge økt behov for bistand. Tilretteleggingen innebærer at det skal være få personer som jobber med disse brukerne, slik at det er trygt og kjent, noe som da medfører at de ikke kan ha mange vikarer. Dette ble begrunnet med at denne brukergruppen er mer ømfintlig enn andre, og at det handler om at brukerne tolker og misforstår mye som blir sagt og gjort.

Andre fortalte at de fikk råd om at brukergruppen måtte ha et fåtall stabile personer rundt seg, men at dette ofte er praktisk vanskelig i en helse- og omsorgstjeneste. Alle er enige i det teoretiske, mens det vanskelig lar seg gjennomføre rent praktisk. Samtidig ble det også fremhevet at andre brukergrupper også ønsker å forholde seg til få og stabile personer, naturlig nok.

Dette viser igjen til kompleksiteten rundt brukergruppen og dens behov. Det er klare tanker om at det er viktig for brukerne å ha tilpassede tjenester, men det problematiseres at dette skal skje ut fra den nåværende rammen ved å gi alle individuelle tjenester uavhengig av omfanget av behovene. Dette tas opp igjen i diskusjonen lenger bak i rapporten.

6 DISKUSJON

6.1 NYE BEHOV I EN GAMMEL RAMME

Otnes (2007) viser til at på grunn av den endrede alderssammensetningen i brukere av hjemmetjenesten (Borgan, 2012; Brevik, 2010; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Romøren, 2006) har det også oppstått nye behov som krever nye tilnæringsmåter og løsninger. Tidligere forskning har antydnet at gruppen av unge personer med nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser, ADHD og autisme, er en økende gruppe innenfor mottakere av kommunale hjemmetjenester (Falch & Bjørkquist, 2013; Gautun et al., 2012; Tingvold & Romøren, 2015). Dette inntrykket ble bekreftet gjennom intervjuene som ble foretatt i dette prosjektet i to av landets kommuner.

Informantene i dette prosjektet har gitt en beskrivelse av brukergruppen unge som faller utenfor skole og arbeid, og med spesielt vekt på de med utviklingsforstyrrelser som ADHD og autisme. Det kom tydelig frem at tilbudet denne brukergruppen har behov for, skiller seg fra det tradisjonell hjemmetjeneste har tilbudt, og at omstillingsbehovet

er stort. Tradisjonell hjemmetjeneste handlet ofte om å dekke medisinske behov og har tidligere hatt eldre som den store brukergruppen (Hatland et al., 2011). Denne nye brukergruppen viser seg, gjennom beskrivelser, å ha behov for andre tjenester og tilpasninger.

Tjenestene det vises til er blant annet veiledning til å bo og å ta vare på seg selv når det gjelder ernæring, hygiene og å holde seg i skole eller jobb. Dette krever en helt annen kunnskap og tilnærming, og ofte et helt annet omfang av vedtakstimer enn det som har vært vanlig tidligere. Dette samsvarer også med tidligere funn om at yngre mottakere er mer ressurskrevende og at de får flere timer med hjelp enn eldre (Borgan, 2012; Brevik, 2010; Hamran & Moe, 2012).

Disse endringene i kommunal hjemmetjeneste er forsøkt forklart på ulike måter, hvor ulike politiske reformer er en av de. Det er klart at kommunen har stadig fått økt ansvar for nye grupper gjennom de ulike reformene (HVPU-reformen, opptrappingsplan for psykisk helse, samhandlingsreformen), og informantene i dette prosjektet uttrykker også dette. Flere informanter hevder at denne nye brukergruppen av unge er en gruppe de ikke har hatt ansvar for tidligere. Brevik (2010) hevdet at kommunene i stor grad har tatt på seg nye oppgaver selv, hvor da en økning i yrkesgrupper som sosionomer og barnevernspedagoger kan knyttes opp mot de unge brukerne. I utvalget i dette prosjektet kan man se at det er mange ulike yrkesgrupper som er representert. Informantene mente også at fokuset på forebyggende tiltak og tidlig intervensjon kan være utslagsgivende for en økning i denne brukergruppen. Det å fange opp unge med problemer tidlig kan i større grad være mulig siden det er ansatt flere med yrkesbakgrunn som Brevik nevner, mente en informant. Dette kan i noen grad støtte Breviks påstand, samtidig som at lovverket legger til grunn at kommunene skal jobbe forebyggende og helsefremmende (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Det er generelt et større fokus på å forebygge mer for å reparere mindre, noe som i særlig grad gjelder å fange opp risikogrupper tidlig (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2013). Informantene fortalte at de ble glade når de kom i kontakt med unge personer, fordi da får de gjort mye tidlig. Dette er viktig for å starte arbeidet med å gjøre brukerne mer og mer selvstendige til å klare seg selv på alle livets områder etter hvert.

Videre diskuteres det rundt hva «god omsorg» er. Historisk så kan man anta at det startet med at «god omsorg» var utøvd fra familiene, da dette også var lovpålagt. Der det ikke var familiemedlemmer til å bidra var menighetspleien ute i de eldre og hjelpetrengendes hjem. Utover 1960-tallet ble pleie- og omsorgsarbeidet mer offentlig styrt (Birkeland & Flovik, 2014) og ble en lovpålagt kommunal oppgave på 1980-tallet (Hatland et al., 2011). Fra rundt 1960-til 1980-tallet ble institusjonspleie definert som «god omsorg» (Gautun et al., 2012). Deretter la man mer vekt på at de eldre skulle få bo hjemme lenger, og at «god omsorg» er omsorg som er desentralisert og avinstitusjonalisert (Gautun et al., 2012; Hatland et al., 2011). Dette kommer også godt frem når det gjelder den unge brukergruppen, hvor man kan se at et eskalerende bistandsbehov hos eldre fører til en vurdering av institusjonsplass, men et eskalerende bistandsbehov hos unge fører til at de får den hjelpen de trenger hjemme (Brevik & Nygård, 2013). Noen av informantene i dette prosjektet beskrev det som utfordrende og setter spørsmålsteget ved hvordan hjemmetjenesten skal kunne yte heldøgnstjenester i den enkeltes hjem. I tillegg til dette er det teoretisk stor enighet om at brukergruppen har behov for få og stabile omsorgspersoner rundt seg som yter tjenestene, men at det ofte er vanskelig å få til rent praktisk. Dette er også et spørsmål som kan knyttes til prioriteringer: Hvem skal bli skånet, og få mulighet til å ha faste personer hjem til seg? Dette kan ofte være et ønske hos flere grupper som mottar hjemmetjenester.

6.2 ANSVARFORDDELING

Norges kommuner har ifølge loven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Kommuneloven, 1992) frihet til å organisere helse- og omsorgstilbudet på en måte som passer kommunen. Dette fører til store variasjoner, også når det gjelder hvordan hjemmebaserte tjenester er organisert (Brevik & Nygård, 2013). Informantene som er intervjuet i dette prosjektet tilhører ulike innretninger av hjemmebaserte tjenester, og disse tilbudene varierer fra kommune til kommune. Dette gjør det vanskelig å finne en konsensus om hvem som yter hvilke tjenester til ulike grupper, og hva slags tilbud som eksisterer for ulike brukergrupper. Gjennom intervjuene har det blitt reflektert rundt at der den aktuelle brukergruppen har spesielle team eller innsatsgrupper med fokus på miljøarbeid, vil tilbudet være bedre tilrettelagt ut fra de behovene som er beskrevet, enn i de kommunene hvor det er ordinær hjemmesykepleie som har ansvaret. Dette har sammenheng med at ordinær hjemmesykepleie ofte har fysisk og praktisk hjelp som hovedoppgave, og at de til stadighet har et økende tidspress (Gautun & Syse, 2013). Én informant sa også at tradisjonelt var ikke tjenester slik som veiledning noe hjemmetjenesten hadde tilbud om. Utover dette kan de store regionale forskjellene i antall unge med ADHD og autisme (Surén et al., 2013) også være avgjørende for om det finnes spesielle team som tar seg av gruppen i en kommune. I kommuner med lav forekomst eller lav diagnostisering av disse gruppene, vil man kunne anta at det ikke finnes egne team som jobber opp mot gruppen. Dette dreier igjen fokus inn på prioriteringsspørsmålet, hva som er «god omsorg» og hvor ressursene skal lokaliseres.

Én informant la også fram hvordan den aktuelle kommunen hadde fragmenterte tilbud, nettopp på grunn av organisering og hvem som har ansvaret. Det ble uttalt at flere ulike innretninger under helse- og omsorgssektoren kan yte tjenester til brukergruppen, og at det ikke var definert hvem som skulle ha

ansvaret. Dersom brukeren er under 18 år, er det i utgangspunktet helsesøster eller barnevernet som har ansvar for tjenestetilbudet. Dette kan være utfordrende med tanke på behovet for oppfølging som brukerne har, og informantene påpekte at det var brukere under 18 år i den kommunale helse- og omsorgstjeneste som oftest falt i mellom kommunens ulike tilbud. Informanter i de kommunene som er inkludert i denne studien, påpekte at de får brukere ned i 16-års alder. En informant beskrev hvordan det oppleves at brukere blir «puffet» over fra barnevernet til pleie- og omsorg. Dette kan reflektere en drakamp om ressurser, og siden det ser ut til å mangle en klar konsensus om hvem som har ansvaret, er det vanskelig å si hvor ressursene skal tas fra. Dette kan ha stor betydning for tilbudet til gruppen ved at det enten blir et fokus på å fraskrive seg ansvar eller å gi et helhetlig tilbud. Tidligere studier har også vist at det var mangler og utfordringer knyttet til ansvarsroller og koordinering rundt barn og unge med psykiske problemer (Andersson & Tingvold, 2005). Dette viser igjen til behovet for en organisering som tydelig klargjør hvem som har oppfølgingsansvar og koordineringsansvar hos denne gruppen.

Én informant la stor vekt på samarbeid og viktigheten av et helhetlig tilbud, og viste til at en av tjenestene de i stor grad gjennomførte hos brukergruppen var koordinering av ansvarsgruppemøter og samarbeidspartnere. Det kom fram i intervjuet at tilbudet du får avhenger av hvem du møter i tjenestene. «Vi er våre egne instrumenter» er et sitat fra informanten. At brukergruppen i mange tilfeller faller imellom ulike tjenestetilbud og ikke har en klar koordineringsansvarlig, sammen med at informantene etterlyste mer kunnskap og kompetanse om brukergruppen, kan gi et signal om at det må fremskaffes klarere retningslinjer for arbeidet med denne gruppen.

6.3 KOMPETANSE

Falch & Bjørkquist (2013) fant i sine studier at ansatte opplevde unge brukere med ADHD og autisme som utfordrende fordi de i liten grad hadde erfaring fra disse temaene i grunnutdanningene sine. I dette prosjektet kom det også fram at de ansatte i de ulike enhetene i hjemmetjenestene hadde ulik erfaring fra brukergruppen gjennom utdannelsen. De yrkesgruppene som i større grad hadde vært innom temaene i utdanningene var sosionomer, vernepleiere og barnevernspedagoger. Det som i tillegg utmerket seg, var at alle så behovet for å øke kompetansen rundt diagnosene og hvordan yte bistanden til denne brukergruppen.

Informantene i dette prosjektet reflekterte over at tradisjonell hjemmetjeneste ikke har tilbudt tjenester slik som veiledning tidligere, og at yngre mottakere i større grad har behov for dette enn eldre. Hamran og Moe (2012) fant i sine undersøkelser at det var legitimt blant ansatte å gi forskjellige tjenester til yngre og eldre, og at dette var på bakgrunn av hva sammenlikningsgrunnlaget var. Informantene i dette prosjektet ga uttalelser som støttet dette og mente at de hadde en formening om hva et ungt liv skal være og at de yngre i større grad trigget noe følelsesmessig hos de ansatte enn eldre. Dette stiller et nytt spørsmål om hva «god omsorg» er i dag, og om det er forskjell på hva som er god omsorg på bakgrunn av alder. Lovmessig skal tjenester være likeverdig og uavhengig av alder (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Informantene mente at det er en forskjell mellom å være ung og gammel, med tanke på at de unge skal ut i livet og forholde seg til andre, samfunnet, arbeidslivet og også et familieliv. Det ble også diskutert hvor grensen skal gå for hvilke tjenester som skal tilbys brukerne, særlig når det gjelder sosiale aspekter og veiledning i daglige gjøremål. De ansatte vurderer hva som er hensiktsmessig og hva som gir mening, og tilbudet vil kunne tenkes å ha store variasjoner ut fra hvordan hver ansatt tenker rundt hvordan «et normalt ungt liv»

skal være. Dette kan tenkes å variere også ut fra hvilke utdanningsbakgrunn og kompetanse ansatte har om brukergruppen og hva behovene er. Det kan tenkes at dette vil føre til ytterligere forskjeller i tilbud og tjenester til brukerne, både innen hver kommune og i mellom kommuner.

6.4 NORMALITET

Når hvilke type tjenester og mengden av tjenester blir bestemt ut fra skjønn, vil det være naturlig å diskutere hva som er «normalt» og hvor mye kommunen skal gripe inn i et liv. Det er interessant at tidligere studier viser at en ung person med hjelpebehov blir sammenlignet med en ung person uten hjelpebehov, mens en eldre person med hjelpebehov ikke blir sammenliknet med en jevnaldrende godt fungerende person (Hamran & Moe, 2012). Informantene i dette prosjektet beskriver også at det er annerledes å jobbe med yngre brukere fordi det trigger noe følelsesmessig ved at man har klare tanker om «hva et ung liv skal være». Videre ble det påpekt at det er knyttet mer håp til de unge, ved at de er på vei et sted, og målet er at de skal kunne forholde seg til andre og samfunnet uten bistand etter hvert. Det ble sagt i et intervju at unge har gått glipp av noe, og at de går glipp av å leve et vanlig liv. Ut fra at vi alle er forskjellige er det rimelig å anta at hver enkeltperson vil legge noen ulike momenter i hva som er et normalt liv og ikke.

Tjenestene som ytes til brukergruppen vises gjennom intervjuene å være mangfoldige, og noen informanter trakk frem blant annet kostholdsveiledning, både når det gjelder hva man skal spise og når man skal spise. I tillegg ble regulering av databruk og vekking og motivering for å dra på skole og jobb beskrevet. Det vises til at det ikke er definert hva hjemmetjenestene skal gjøre og hva andre skal gjøre, men oppgaver som synes meningsfulle for brukere er oppgaver som informantene forsøker å

gjennomføre. Det kan diskuteres om hvilke av disse oppgavene som det er naturlig at kommunens ansatte skal ta. Det kan anses som normalt at ungdom uten diagnoser og hjelpebehov også har utfordringer av samme sort som beskrevet om brukergruppen. Det er i denne sammenheng normalitet vil være sentralt. Hvem bestemmer hva som er normalt og ikke, i disse tilfellene er det ansatte i hjemmetjenestene fordi det ikke er noen klare retningslinjer. Her vil det også være aktuelt å dra inn hvilke støttespillere denne brukergruppen har, og informantene var ikke enstemmig her. Noen mente at alle i brukergruppen hadde pårørende som stilte opp, mens andre hadde en opplevelse at denne brukergruppen i liten grad hadde familie som var på banen. Når det ikke er familie og pårørende som stiller opp, og en ung person med en psykisk diagnose har behov for bistand for å leve et såkalt «normalt liv» er det kommunehelsetjenesten som får oppdraget. Det ble også reflektert over at brukerorganisasjoner og pårørende til personer med psykiske lidelser ikke nødvendigvis har kjempet så hardt for å få tjenester til de som har behov for det tidligere. I den sammenheng så kan denne gruppen ha behov som er likestilt med andre i hjemmetjenestenes brukergrupper, men at det først kommer frem nå når psykisk sykdom ikke er like tabubelagt som tidligere. Det ble også uttalt fra én informant at det var sannsynlig at behovet fortsatt er skrikende og at det er mange flere innen denne brukergruppen som burde hatt tjenester i kommunen.

7 AVSLUTNING

Denne kvalitative studien har hatt til formål å beskrive en ny og økende brukergruppe i kommunal hjemmetjeneste; unge som faller utenfor skole og arbeid. Brukergruppen har ofte psykiske lidelser, der ADHD og autisme nevnes spesielt. Intervjuer med ansatte i hjemmetjenesten i to norske kommuner viser at brukergruppen er kompleks både når det gjelder behov for bistand, antall aktører som er involvert og hvordan ansvarsfordelingen er organisert i kommunene.

I de to kommunene som deltok i studien, mottar brukergruppen tjenester som tradisjonelt ikke har vært i kommunenes tjenesteportefølje. Dette gjelder for eksempel det å gi veiledning for å styrke brukerens boevne og livsmestring, samt bistand til å leve «et normalt liv». Det kan se ut til at disse nye behovene krever flere vedtakstimer og en ny faglig tilnæringsmåte. Dette byr på utfordringer da det ikke er definert hvem som har hvilket ansvar for denne brukergruppen i kommunene. Videre skaper dette utfordringer knyttet til prioriteringer i helse- og omsorgssektoren i og med at flere brukergrupper konkurrerer om de samme ressursene. Denne gruppen har tradisjonelt ikke fått mye fokus. Dette kan være fordi psykisk helse har vært tabubelagt og at denne gruppen ikke har hatt noen tydelige frontkjempere, brukerorganisasjoner eller sterke pårørende tidligere.

Informantene i denne studien påpeker at det å jobbe med unge «trigger» noe følelsesmessig, fordi alle ansatte har noen «(...) tanker om hvordan et ungt liv skal se ut». Ut fra intervjuene kan det se ut til at tjenestene brukerne mottar varierer fra sak til sak, samt at det avhenger av hvem du møter i tjenesten, siden det i stor grad baserer seg på skjønn. Det er få klare retningslinjer om hva som skal gjøres av hvem, og ofte er det mange aktører inne i bildet. Utover dette, uttrykte informantene et behov for kompetanseheving om tema rundt brukergruppen, noe som vil være vesentlig ut i fra kravene som stilles til de ansatte i hjemmetjenesten når det gjelder beslutninger, tilnæringsmåte og oversikt.

Avslutningsvis bemerker vi at dette er en mindre eksplorativ studie som bygger på litteraturgjennomgang og et begrenset antall intervjuer med ansatte i to kommuner. For å styrke studiens funn, ville det være nødvendig å inkludere flere informanter og kommuner, noe det ikke var anledning til i denne omgang. Ut fra dette kan studien si noe om hvordan brukergruppen blir beskrevet i de to kommunene som er representert. I tillegg støtter studien seg til litteratur som indikerer at det er lite retningslinjer rundt hvilke og hvor mye tjenester brukergruppen skal få, og hvem som skal yte den. Dette er problemstillinger som trenger å bli belyst ytterligere i tiden fremover.

REFERANSER

- Andersson, H. W., & Tingvold, L. (2005). Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer?: evaluering av fastlegeordningen med vekt på samarbeid, tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet (Vol. STF78 A055019, pp. 95 s. : ill.). Trondheim: SINTEF Helse.
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2014). Sykepleie i hjemmet. [Oslo]: Cappelen Damm akademisk.
- Borgan, J.-K. (2012). Pleie- og omsorgsstatistikk 1962-2010 (Vol. 2012/10). Oslo: SSB.
- Brevik, I. (2010). De nye hjemmetjenestene - langt mer enn eldreomsorg: utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007. Oslo.
- Brevik, I., & Nygård, L. (2013). Mønstre og mangel på mønstre i innretningen av de kommunale omsorgstjenestene. Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning.
- Falch, W., & Bjørkquist, C. (2013). Oppfølgingstjenesten psykisk helse og rus - Bodø hjemmetjenesten. www.napha.no: Høgskolen i Østfold.
- Gautun, H., Grødem, A. S., & Hermansen, Å. (2012). Hvordan fordele omsorg?: utfordringer med å prioritere mellom eldre og yngre brukere (Vol. 2012:62). Oslo: Forskningsstiftelsen FAFO.

- Gautun, H., & Syse, A. (2013). Samhandlingsreformen: hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? (Vol. 8/2013, pp. 61 s.). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Hamran, T., & Moe, S. (2012). Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten - ulike behov eller forskjellsbehandling: flerfaglig praksis i et interaksjonsteoretisk perspektiv (Vol. 2012 nr. 3): Høgskolen i Gjøvik/ Senter for omsorgsforskning.
- Hatland, A., Kuhle, S., & Romøren, T. I. (2011). Den Norske velferdsstaten. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). Morgendagens omsorg (Vol. 29(2012-2013)). [Oslo]: [Regjeringen].
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten: utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 21. juni 2013 : avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 12. november 2014. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (2011).
- Helsedirektoratet. (2014). ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse – nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging. Rett diagnose – individuell behandling: Helsedirektoratet.
- Kommuneloven, 19 C.F.R. (1992).
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Mathiesen, K. S. (2009). Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge (pp. S. 41-56). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Otnes, B. (2007). Hjelp til flere utenfor institusjon: pleie og omsorg (Vol. 21(2007) nr 5-6, pp. S. 33-37). Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Romøren, T. I. (2006). Yngre personer som mottar hjemmetjenester: hvem er de, hva slags hjelp får de og hvorfor øker antallet så sterkt? (Vol. 2006 nr 8). [Gjøvik]: Skolen.
- Ruud, S. (2014, 06.09.14). Hvorfor ble ikke eldreloftene til Jens Stoltenberg oppfylt? Aftenposten. Retrieved from <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/politikk/Hvorfor-ble-ikke-eldreloftene-til-Jens-Stoltenberg-oppfylt-7693482.html>.
- Surén, P., Bakken, I. J., Aase, H., Chin, R., Gunnes, N., Lie, K. K., . . . Stoltenberg, C. (2012). Autism spectrum disorder, ADHD, epilepsy, and cerebral palsy in Norwegian children. *Pediatrics*, 130(1), e152-158. doi: 10.1542/peds.2011-3217.
- Surén, P., Bakken, I. J., Lie, K. K., Sølberg, S., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., . . . Stoltenberg, C. (2013). Fylkesvise forskjeller i registrert forekomst av autisme, AD/HD, epilepsi og cerebral parese i Norge. *Tidsskriftet Norske Legeforening*, 133(18).
- Tingvold, L., & Romøren, T. I. (2015). Evaluering av Omsorgsplan 2015. (Vol. 2015 nr. 5): Høgskolen i Gjøvik/Senter for omsorgsforskning.

