

Frivillig innsats: Hindre i omsorgssektoren

Håkon Lorentzen
Senter for omsorgs-
forskning øst,
Norges Teknisk Natur-
vitenskaplige Universi-
tet – (NTNU-Gjøvik)
Teknologivegen 22,
2815 Gjøvik, Norway

✉ haakolor@
gmail.com

Laila Tingvold
Senter for omsorgs-
forskning øst,
Norges Teknisk Natur-
vitenskaplige Universi-
tet – (NTNU-Gjøvik)
Teknologivegen 22,
2815 Gjøvik, Norway

✉ laila.tingvold@
ntnu.no

SAMMENDRAG Denne artikkelen setter søkelys på omsorgsfeltet og utfordringer som oppstår når frivillig arbeidskraft søkes integrert med offentlige omsorgsyntelser. Offentlige velferdsytelser rommer kvaliteter som prinsipielt skiller dem fra tilsvarende frivillige. Vi gjennomførte 21 kvalitative intervjuer med ledere i sykehjem og hjemmetjenesten samt aktivitetsleder i frivillige organisasjoner, innenfor i alt åtte caser. Våre caser rommer aktiviteter i sykehjem og hjemmetjenester som frivillige var engasjert i; besøksordninger, tur- og aktivitetstilbud samt kulturtilbud. Vi fant at god utnyttelse av frivillige svekkes av samordningsutfordringer mellom frivillige og profesjonelle. Det var ofte fagfolk som formulerte praktiske og faglige premisser for frivillige aktiviteter. Omsorgsinstitusjoner ønsker oversikt over de frivilliges bidrag, oppmøtetid, kompetanse og egnethet. Noen av aktivitetene krevde stor grad av samordning, og friksjoner oppstod som følge av uklare arbeidsdelinger, merarbeid for ansatte eller dårlig kommunikasjon. Rekruttering av nye frivillige framsto som en flaskehals. Avklaring av forventinger ble ansett som viktig for å beholde de frivillige. Tydeligere avklaring av faglige grenser, mer fleksibel samordning og større aksept av frivillig egenart vil kunne styrke samhandlingen mellom frivillige og offentlige omsorgsaktører.

Nøkkelord

Omsorg, frivillig arbeid, frivillige organisasjoner, kommunale omsorgstjenester, samarbeid, profesjoner

ABSTRACT During the last decades, public welfare systems in Norway has increasingly sought to involve volunteers. In this article, we investigate hindrances and challenges that arise when voluntary unpaid labour is connected to public care provision. As a theoretical point of departure, we assume that public welfare benefits contain qualities that basically distinguish them from those of voluntary organizations. We carried out 21 qualitative interviews with managers in nursing homes, home care services as well as with activity leaders in voluntary organisations. Case studies were conducted in nursing homes as well as and home services, focusing visiting arrangements, social- and physical activities and accompanying services carried out by volunteers. The results show that coordination challenges were common between volunteers and professionals. Most often, professionals formulated the premises for volunteers and their activities. Care institutions required an overview of the volunteers' contribution, attendance, competence and suitability. Some activities demanded comprehensive coordination, and frictions arose as a result of unclear division of tasks, extra work for professionals and poor communication. Recruitment of new volunteers appeared as a bottleneck. Adjusting the expectations of volunteers towards residents with complex care needs was considered important for retaining volunteers. A clarification of professional tasks and boundaries to volunteers tasks may improve the interaction between volunteers and professionals in the municipal care sector.

Hva vet vi allerede om dette emnet?

- *Det er store statlige forventinger til økt frivillig innsats, men nyere forskning har vist at forekomsten av frivillig arbeid i kommunale omsorgstjenester gjennomgående er lav. Spørsmålet er hva som kan være årsaker til lav, frivillig omsorgsdeltakelse.*

Hva nytt tilfører denne studien?

- *Vi viser at lav bruk av frivillige i kommunal omsorg blant annet kan ha rot i samordningsutfordringer knyttet til koordinering, seleksjon av brukere og informasjonsflyt, samt egnethet, rekruttering og opplæring av frivillige. Frivillig og profesjonell omsorg er forankret i ulike verdier og handlingsmønstre, og samordningen av disse er til tider krevende.*

Innledning

Det siste tiårene har den norske velferdsstaten i økende grad søkt å involvere sivile aktører i offentlig oppgaveløsning. I jakten på nye løsninger ønsker statlige og kommunale myndigheter å trekke inn frivillige foreninger og deres medlemmer, men også ubetalt arbeidskraft utenfor organisasjonene (Kultur- og kirkedepartementet, 2007, s. 171).

I denne artikkelen setter vi søkelys på omsorgsfeltet og utfordringer som oppstår når frivillig arbeidskraft integreres med offentlige omsorgsytelser. Med «frivillig arbeidskraft» eller «frivillig arbeid» mener vi ubetalte innsatser i regi av en organisert aktør; lag og foreninger, frivilligsentra-ler, sykehjem, barnehager med mer. I tråd med internasjonal begrepsbruk rommer termen «frivillig arbeidskraft» ikke uformelle tjenester mellom naboer eller familiemedlemmer (Wollebæk, Selle & Lorentzen, 2000).

I utgangspunktet antar vi, i tråd med internasjonal litteratur, at sivilsamfunnets aktører fungerer på andre måter enn næringsliv og offentlige velferdstiltak (Grønlie & Selle, 1998; Keane, 1988; Salamon & Anheier, 1996). Ulikhet kan skape friksjoner som hindrer en optimal utnyttelse av ressursene (Ascoli & Ranci, 2002). Det er slike mulige «flaskehalser» som er tema for denne artikkelen.

Til tross for ønsker om økt innslag av frivillige innsatser på omsorgsfeltet har slike fortsatt et beskjedent omfang (Andfossen, 2016; Skinner, Sogstad & Tingvold, 2018). Omfanget av frivillig innsats fra religiøse og humanitære organisasjoner har vært synkende (Wollebæk, Selle & Lorentzen, 2000). Men nyere studier peker på en økning i fri-

villig deltakelse på velferdsfeltet i Norge, Sverige og Danmark (Folkestad, Fladmoe, Sivesind & Eimhjellen, 2017). Foreløpig er det imidlertid lite som tyder på at sivilsamfunnet på bred basis rekrutterer mange nye frivillige til det klassiske omsorgsfeltet. Et spørsmål er hvordan samspillet mellom frivillige og offentlige omsorgsidealer kan gis en sømløs utforming, og barrierer mellom sivilsamfunn og «stat» kan bygges ned.

I nordiske land har frivillige og offentlige omsorgstiltak eksistert parallelt i mer enn hundre år (Habermann, 1995; Seip, 1991). Med den første folkehelsemeldingen, St.meld. 16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge*, søkte staten å revitalisere sitt forhold til de frivillige organisasjonene (Helsedepartementet, 2003). I meldingen *God helse – felles ansvar* (2012–2013) ble folkehelse knyttet til allmenn deltakelse i frivillige organisasjoner, samtidig som fokus ble rettet mot spesielt utsatte grupper og møteplasser som eldresentre, skoler, ungdomsklubber og skolefritidsordningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). I meldingen *Mestring og muligheter* (2014–2015) ble eldre trukket fram som en spesielt viktig målgruppe, samtidig som det tverrsektorielle perspektivet ble understreket (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

I norsk sammenheng har noen forskningsprosjekter belyst hvordan den nye integrasjonen mellom frivillige og offentlige omsorgsressurser fungerer (Ervik & Lindén, 2017). Det etterspørres mer kunnskap om samhandlingen mellom kommuner og frivillig sektor i eldreomsorgen (Loga, 2018; Trætteberg & Sivesind, 2015). I prosjektet *Grenseløs frivillig omsorg* (Flatås, 2007) var hensikten å skaffe frivillige avlastere til familier med tunge omsorgsbelastninger. Rapporten *Frivillige og lønnede på samme lag* belyser samspillet mellom ansatte og frivillige ved Ammerudhjemmet i Oslo (Rønning, 2011). Rapporten *Frivillighetens muligheter i eldreomsorgen* tar opp hvordan frivillige kan brukes mer aktivt i eldreomsorgen (Rønning, Schanke & Johansen, 2009). Også rapporten *Aktiv omsorg* tar opp spørsmålet om hvordan frivillige og offentlige ressurser kan virke sammen på omsorgsfeltet (Disch & Lorentzen, 2012). En annen studie gjennomført i 2012 fokuserte på elementer som hemmer/fremmer samarbeid mellom norske kommuner og frivillig sektor på pleie- og omsorgsfeltet (Solbjør, Ljunggren & Kleiven, 2014). To studier har undersøkt hvordan kommuner rekrutterer frivillige og følger opp disse i omsorgstjenestene (Johansen & Lofthus, 2011; Romsaas, 2011). Idébo-

ken *Frivillighet i omsorgssektoren* løfter frem typer av aktiviteter som gjennomføres av frivillige, organisering og erfaringer knyttet til disse (Jensen, 2015). En annen studie har undersøkt prosedyrer omkring utveksling og deling av informasjon mellom frivillige og ansatte i omsorgstjenestene og funnet mangel på formaliserte kommunikasjonsmåter (Fensli, Skaar & Söderhamn, 2012). Men få av disse tidligere gjennomførte prosjektene drøfter eksplisitt hvordan systemforskjeller påvirker samarbeidet som oppstår mellom frivillige og ansatte i omsorgstjenestene.

Omsorgsbegrepet – samarbeid reiser spørsmål om hva slags aktiviteter som skal falle inn under betegnelsen «omsorg». Når omsorg ytes av fagfolk i lønnet arbeid, betegnes den gjerne som «formell», mens foreldre, pårørende, slektninger, naboer og andre står for «uformell» omsorg (Hodges & Ferreira, 2010; Martinsen & Wærness, 1991).

I det frivillige feltet blir «omsorg» dels knyttet til hensikter og omfatter da aktiviteter som har som uttalt formål å hjelpe eldre, ensomme, fattige og andre vanskeligstilte individer. Men termen blir også brukt om tiltak som har omsorg som konsekvens, men ikke som uttalt mål. Etter rundt 1990 har *kulturfeltet* blitt trukket fram som en arena som kan bidra med omsorg (Disch, Lorentzen & Midtsundstad, 2017). Også andre frivillige felt (som idrett og friluftsliv) som samler deltakerne i sosiale fellesskap, kan sees som omsorgsprodusenter.

I Folkehelsemeldingen viskes skillet mellom omsorgsaktiviteter og generelt helsefremmende virke ut. *Frivillig aktivitet er i seg selv helsefremmende, blant annet gjennom å motvirke ensomhet*, heter det (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 6). Her inngår omsorg som element i en bredere tilnærming, der også skillet mellom fysisk og psykisk helse brytes ned.

Både idretts-, fritids-, miljø- og kulturaktiviteter kan altså sees som omsorgsytelser med integrerende og helsefremmende virkninger. Dermed blir også frivillige lag og foreninger trukket inn som omsorgsaktører, ikke primært gjennom sine *intensjoner* (kultur og idrett), men gjennom sine *virksomheter* (omsorg).

Med en tilnærming der «omsorg» både knyttes til aktivitetens hensikt og konsekvens, blir det vanskelig å gi termen «frivillige omsorgsaktiviteter» et presist innhold. Nedenfor har vi løst denne utfordringen ved å avgrense oss til frivillige aktiviteter rettet mot avgrensede *brukergrupper*. Vi

tar ikke stilling til hva det faktiske omsorgselementet består i, for hver enkelt aktivitet.

Teoretisk ramme

Vårt utgangspunkt er at offentlige velferdsytelser rommer kvaliteter som prinsipielt skiller dem fra tilsvarende frivillige. Sentralt står politisk styring, offentlig finansiering, rettighetsbaserte ytelser, rettferdig fordeling og tjenester utført i samsvar med faglige standarder (Hatland, Kuhnle & Romøren, 2001).

Også frivilligfeltet rommer sektor-spesifikke egenskaper. Nordisk foreningsliv er tuftet på en demokratisk struktur der medlemmene avgjør hvilke aktiviteter de vil involvere seg i. Innsatser er i det store og hele ubetalte og ufaglærte, motivert av en «vi»-følelse innenfor rammen av sted, sak eller interesser (Lorentzen, 2007). Fordi innsatsen skjer av fri vilje, styres den av andre motivasjoner enn de som gjelder for lønnsarbeidere i offentlig sektor (Habermann, 2007). Frivillige innsatser hører hjemme i fritidssfæren, og må tilpasses en timeplan som også rommer andre gjøremål.

Vi antar at når ubetalt, frivillig omsorgsarbeid skal veves sammen med offentlige omsorgsytelser, kan det oppstå motsetninger, spenninger eller samordningsproblemer. Slike utfordringer kan sees som uttrykk for at «stat» og «sivilsamfunn» drives av motstridende logikker (la Cour, 2014). Mens den frivilliges handlinger vil være regulert av sivile praksisformer i møtet med brukere av omsorgstjenestene, vil den faglige være styrt av faglige normer og institusjonelle regler. Det kan dermed oppstå usikkerhet om hvilke retningslinjer som skal gjelde. Hvem skal sette premissene for samarbeidet? Hvilke forståelsesmåter og begreper skal regulere samhandlingen? Hvilke kontekster foregår samhandlingen innenfor, og hvilke rammer setter disse?

I vår sammenheng er to kontekster av spesiell interesse. I *hjemmesfæren*, dvs. den enkeltes bolig, vil beboerne normalt selv ha rett til å bestemme hvem man slipper inn, og hvilke normer for sosial samvær som skal gjelde. For den omsorgstrengende vil hjemmet kunne bli en blandingsssfære, der både pårørende og kommunale hjelpere har innflytelse på hvordan møtet mellom frivillige og omsorgstrengende skal defineres (Jensen, 2015).

Dersom den frivillige innsatsen foregår i *institusjonssfæren*, vil vi anta at de ansatte vil ha vesentlig innflytelse på hvordan møtet mellom frivillig og omsorgstrengende blir utformet. Vi antar

at det her kan oppstå motsetninger mellom lag og foreningers normer for sosialt samspill, og de som gjelder for institusjonen. Når beboere på sykehjem og i omsorgsboliger eksponeres for frivillige aktiviteter, vil det berøre arbeidsrutinene for de ansatte. Bruk av frivillig arbeidskraft kan også komme i konflikt med faglige standarder.

Metode

I en tidligere fase av prosjektet har vi gjennomført en surveyundersøkelse blant ledere i sykehjem/institusjoner og i hjemmebaserte tjenester om hvilke hindre for bedre samarbeid med frivillige de anså for å være viktige. Spørsmålene ble sendt til et utvalg på 50 kommuner, stratifisert etter størrelse og region, og med både urbane og rurale samt små, mellomstore og store kommuner representert (Lorentzen & Skinner, 2018).

Surveyen viste at hele 76 prosent av de spurte anså *mangel på frivillige* for å være det største hinderet for en bedre utnyttelse av frivillig arbeidskraft. En stor andel av de spurte pekte på *koordinering, samordning og informasjonsflyt* mellom lag og organisasjoner og kommune som utfordringer. Men surveydataene ga lite informasjon om hvordan slike hindre kom til syne i hverdagspraksis. Vi valgte derfor å gjennomføre case-studier for å belyse temaet ytterligere. Det er data fra disse casene som presenteres her.

En case består av en omsorgsaktivitet som involverer ubetalt arbeid, samt prosessene som oppstår når frivillige og mottakere koples sammen. Rekruttering av frivillige, utvelging av mottakere, avtaler om møte og praktiske detaljer inngår her.

Våre caser ble hentet fra sykehjem og hjemmetjenestene. Sykehjem og private hjem danner ulike romlige kontekster som vi antok ville bidra til å forme samspillet rundt frivillige aktiviteter.

Vårt materiale består av åtte caser, fordelt på tre typer aktiviteter, som vi finner i omsorgstjenestene i dag (Skinner et al., 2018). Disse innbefatter besøksordninger, tur- og aktivitetstilbud samt kulturtilbud. I materialet inngår to kulturaktiviteter (i sykehjem), to aktiviteter med trim og mosjon for beboere i hjemmetjeneste og sykehjem og fire besøksordninger (to i sykehjem og to i hjemmetjenesten). I utvelgelsen av caser valgte vi frivillige aktiviteter med stor grad av kontaktflate og samhandling mellom frivillige og ansatte i de kommunale omsorgstjenestene. Videre inkluderte vi caser i både småsteder og større byer. Som siste kriterium, skulle alle aktivitetene ha vært drevet i

minst ett år før casestudien ble startet opp. Med dette siste kriteriet ønsket vi å sikre oss at vi fikk tilgang til erfaringer og refleksjoner som var blitt opparbeidet over en viss tid. Vi intervjuet ikke frivillige medarbeidere og heller ikke pårørende til eldre som mottok hjelp fra frivillige.

Grunntrekkene i de tre aktivitetstypene kan kortfattet beskrives slik:

I *besøksordninger* oppsøkte de frivillige tjenestemottakere der de bor; hjemme eller på institusjon, for å skape hygge, nærhet og sosial kontakt. Våre caser besto av aktiviteter rettet mot eldre, personer med svake sosiale nettverk, med psykiske problemer som angst, depresjon og lignende. Casene rommer også én aktivitet der formålet var å gi praktisk hjelp til hjemmeboende eldre i tillegg til å være på besøk.

I *tur-/aktivitetstilbud* ble mottakeren hentet ut av institusjon /bolig for å delta i en aktivitet, vanligvis med sosialt eller «fysisk» innhold. De frivilliges oppgave var å organisere tilbudet, ordne transport til og fra, eller på andre måter sørge for mottakere utenfor bolig/institusjon.

I kategorien «kulturelle tilbud» inngikk aktiviteter drevet av frivillig i sykehjem der frivillige kom til institusjonen for å synge, spille eller drive med aktiviteter knyttet til høytider eller årstider. Disse aktivitetene var gjerne organisert av en gruppe frivillige og ble tilrettelagt i fellesrom for beboere som hadde ønske om å delta.

For hver aktivitet intervjuet vi ansvarlige for aktiviteten på den «frivillige» siden og koordinator på institusjon eller hjemmehjelp på den andre. Slike tosidige intervjuer gir anledning til å sammenholde synsmåter fra den frivillige tilbudsiden med de fra offentlig mottakerhold.

Det ble gjennomført 21 kvalitative dybdeintervjuer som varte mellom 40 og 80 minutter. Informantene samtykket i at intervjuene ble tatt opp på bånd og informert om at de var sikret anonymitet. Vi fulgte en strukturert intervjuguide som dekket fem tema; de frivillige, beboere og brukere av omsorgstjenester, organisering av arbeidet, mobilisering av frivillige samt koordinering mellom frivillige og ansatte i tjenestene. Ut over guiden ble det i samsvar med kvalitativ metode lagt nøyte merke til informantenes stemmer og deres svar (Kvale, 2008; Malterud, 2011). Frivillige og brukere av tjenestene er av praktiske grunner ikke intervjuet i denne studien.

Alle intervjuene ble transkribert. I tråd med tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006) ble tekstene

lest flere ganger for å få et godt overblikk over materialet. Intervjuene med tjenesteledere ble sammenholdt med tilsvarende for de frivillige aktivitetslederne. Det ble utarbeidet tykke beskrivelser av alle situasjoner i spillet mellom fagfolk og frivillige som var preget av friksjoner og dissonans.

Analysen av caseintervjuene munnet ut i fire hovedpunkter, som alle dreier seg om forhold som hindrer en bedre utnyttelse av frivillige ressurser. Disse presenteres nedenfor.

Prosjektet er forskningsetisk fremlagt til og tilrådd av Norsk senter for forskningsdata (NSD-prosjektnummer 43928).

Resultater

Koordineringsutfordringer

Når et sykehjem benytter en frivillig aktivitet, vil den enten foregå inne i institusjonen, eller samværet mellom bruker og frivillig vil utfolde seg utenfor dens område. I våre caser ble det i begge tilfellene gjort forutgående *avtaler* der foreningen og institusjonen/brukeren ble enige om hva aktiviteten skulle gå ut på og når møtet skulle finne sted. Ingen aktiviteter oppsto spontant eller ikke-planlagt. For besøksordninger kunne en ha tenkt seg ikke-planlagte, «dropp innom»-besøk, slik det ofte er mellom naboer og familiemedlemmer, men vi fant ingen slike. Forklaringen var at ansatte ønsket å ha oversikt over hva som foregikk og hvor brukeren til enhver tid befant seg.

Institusjoner la vekt på at de som var på vakt, skulle være orientert om inngåtte avtaler. Noen benyttet lister, andre protokoller for å formidle nødvendige beskjeder mellom de ansatte. Det var også eksempler på at ansatte glemte eller ikke var informert om det som skulle skje. Når den frivillige dukket opp for å besøke eller ta med brukere ut, var verken ansatte eller brukere forberedt, noe som kunne føre til frustrasjoner hos de frivillige og irritasjon hos de ansatte. Flere sykehjem var uten faste rutiner for hvordan informasjon om frivillige aktiviteter skulle håndteres.

Å få på plass avtaler krevde deltakelse fra flere. I noen tilfeller kunne opptil fire aktører være involvert når tidspunkt for møte skulle avtales. Først tok foreningen kontakt med den frivillige og gjorde avtale om når vedkommende skulle stille opp. Foreninger laget gjerne lister som viste når og hvor frivillige skulle delta. Slike lister forpliktet gjerne den frivillige, mens det å utbli eller melde seg av skapte uro og merarbeid for de involverte.

Kontaktene mellom forening og institusjon ble i

noen tilfeller ivaretatt av *koordinatorer* ansatt i institusjonen. Koordinator-funksjonen kunne være lagt til en eksisterende stilling og fylte en varierende andel av denne. Koordinator hadde vanligvis ansvar for koplinger mellom forening og institusjon på et overordnet plan, mens den direkte kontakten med den frivillige ble ivaretatt av personale på vakt.

Mange oppfattet koordinator i sykehjem som en nøkkelperson. Dels skulle vedkommende skape frivillig-entusiasmen blant de ansatte og være en pådriver og ildsjel innad i institusjonen. Utskiftning av koordinator kunne lett komme til å svekke informasjonsflyten og entusiasmen for «frivilligheten» blant de ansatte.

Omsorgstjenestene måtte i noen tilfeller innhente godkjenning fra pårørende før brukerne kunne delta i en frivillig aktivitet. Det ble ansattes oppgave å sørge for dette, en oppgave som kunne medføre merarbeid. En leder i hjemmetjenesten fortalte:

Prosjektet gikk ut på at de frivillige tilbød seg å ta en tur ut med de hjemmeboende ... I utgangspunktet var dette veldig positivt, syntes vi som ledere... men det som er så synd med slike ting ... er at hjemmesykepleien er en meget presset tjeneste og vi har det veldig travelt. Da høres det veldig lite ut å organisere samtykkeskjema fra pårørende, og lage en liste til [den frivillige organisasjonen] med klokkeslett og adresse. Men så ... er jo så mange hjemmetjenestemottagerne såpass redusert ... så det fungerte ikke.

Ved siden av koordinator var det gjerne ansatte med direkte ansvar for bruker/beboer som ble involvert i arbeidet med de frivillige. Ofte ville den frivillige aktiviteten medføre brudd på daglige rutiner, det var derfor viktig å underrette de ansatte om når den skulle finne sted eller den frivillige ville dukke opp. Lav grad av velvilje fra ansatte kunne forekomme, noe som fungerte demotiverende for de frivillige. En leder i institusjon sa:

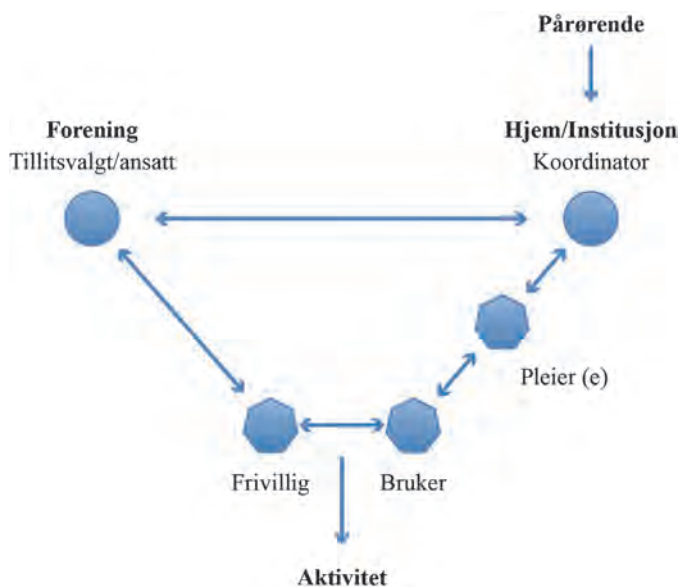
På ettermiddager har du som ansatt eansvaret for 6-7 beboere, og du har faste lister du skal igjennom og ting må gå i et visst tempo for det er mange ting du skal gjøre. Og så kommer det inn en frivillig som kanskje er litt spørrende og som lurert på noe, vil fortelle hva hun eller han har sett, ønsker forklarings-

ger forhold til hva som skjer i pleie.... Det kan ta tid å sette seg ned og forklare den frivillige alt! Selv om det kanskje bare er i fem minutter den frivillige trenger hjelp fra den ansatte, så blir det en forstyrrelse.

Ved ett sykehjem hadde de en *protokoll* på hver avdeling, der det ble notert hvem av de frivillige som

skulle komme og hvem av de ansatte som var ansvarlig for å ta imot. Her skrev de frivillige også inn neste gang de ville komme.

Løpende deltakelse i frivillige aktiviteter for beboere hjemme eller på institusjon krevde en kommunikativ struktur med «åpne linjer». Skjematisk kan strukturen framstilles slik:



Figur 1 Kommunikasjon mellom frivillige og offentlige aktører

For at samhandlingen skulle fungere, krevdes samordning av innsatsen til de ulike leddene. De aller fleste samordningsutfordringene oppsto innenfor denne strukturen. De kan sammenfattes slik:

Friksjoner som følge av dårlig kommunikasjon: I nesten alle caser fant vi eksempler på svikt i informasjonskjeden mellom forening/frivillig på den ene siden og tjeneste/bruker på den andre. Mangel på gode rutiner var den viktigste årsaken. Bedre rutiner for formidling av informasjon kan for mange romme store forbedringsmuligheter. En leder i en frivillig organisasjon fortalte:

«Hvis aktivtøren har glemt å sette opp plakaten, hun er borte, må på noe annet, er syk etc....Ja, da er det ingenting der når jeg kommer. Ikke skilt, ikke lys på rommet og ingen vet noen ting!! Og hva gjør jeg da? Jeg kan jo ikke gå, det blir jo litt for dumt ... Da må jeg huke fatt i noen som valser rundt der med lyseblå jakke og si at «Nå er jeg her, og det er ingen her! Kan dere gå og hente den og den og den [beboere]. Jeg går ikke opp i gangen og spør om beboeren har lyst til å komme ut. Dette må være institusjonen sin jobb».

En besøkstjeneste til hjemmeboende skilte seg fra de øvrige. Her ble hjemmetjenesten involvert når kontakt mellom frivillig og bruker ble opprettet, men hadde ellers ingen direkte kontroll med aktiviteten. All oppfølging av relasjonen mellom frivillig og bruker lå i den frivillige organisasjonen. Det var bare ved vanskelige situasjoner at hjemmetjenesten ble trukket inn. Denne måten å innrette seg på reduserte informasjonsbehovet mellom deltakerne.

Friksjoner som følge av uavklarte eller uklare arbeidsdelinger: Samspill mellom frivillige og ansatte krevde noen ganger arbeidsdeling, andre ganger informasjonsutveksling. På begge disse punktene kunne det oppstå friksjoner, enten fordi det ikke var klargjort hvem som skulle gjøre hva, eller fordi frivillige ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon.

Friksjoner som følge av merarbeid: Et gjennomgående trekk var at ansatte sa at involvering av frivillige krevde ekstra tidsressurser. En leder i hjemmetjenestene sa:

De frivillige skulle bare møte opp og hente eldre som skulle være ferdig kledd Men de eldre måtte ha de ansatte til å forberede seg,

både på selve aktiviteten, og mht. koordinert oppmøte. Det krevde mye av oss ...».

Ofte ville slik innsats falle utenfor innarbeidete rutiner og ble derfor opplevd som ekstra brysom. Blant koordinatorene i sykehjem ga flere uttrykk for at negative holdninger til «frivilligheten» blant pleiepersonalet hadde sin rot i merarbeid i en allerede hektisk hverdag.

I noen tilfeller ble den frivillige aktiviteten avvist, eller begrenset av mangelen på arbeidskapasitet hos ansatte. Ett sted brøt institusjonen samarbeidet fordi frivillige ikke ville påta seg arbeidet med å klargjøre brukere for en turaktivitet, og institusjonen hadde ikke kapasitet til klargjøringen.

Det kom fram at frivillige var sårbare for kritiske bemerkninger eller fravær av vennlighet fra ansatte. Generelt var frivillige ofte avhengige av «belønninger», uttrykt som takknemlighet eller velvilje fra mottakerne. Flere ga uttrykk for at mangel på velvilje i omgivelsene svekket motivasjonen hos de frivillige.

Flere institusjoner hadde satt i gang tiltak for å bedre holdningene blant de ansatte. Mange kommuner hadde søkt å «fremsnakke frivilligheten» gjennom flere år. En leder påpekte hvordan hun hadde jobbet systematisk i en årrekke for å få inn frivillige i samspill med de ansatte:

«Vi har tatt frivilligheten inn i avdelingsmøter, personalmøter, strategidager, pårørendemøter ... Vi har hatt det på agendaen hele tiden! Når de ansatte blir informert og de vet hva som skal skje, blir inkludert og ser gleden og alt hva det skaper ... så ser jeg at interessen øker blant de ansatte. Men dette er en lang vei å gå. Vi har gått den i syv år nå, og med mange av de samme ansatte.... Jeg ser at de har et annet syn på frivillighet nå enn tidligere!»

Frivillige ledere opplevde at å skape nye holdninger hos de ansatte krevde hardt arbeid. Flere steder ble det jevnlig arrangert kurs, seminarer og foredrag for å styrke motivasjonen for samarbeid med frivillige.

Utvelging av brukere

Utvelging av brukere til frivillige aktiviteter ble, som nevnt, gjerne en oppgave for koordinator eller pleiepersonale. Jobben besto i å finne fram til personer som var egnet for, og kunne ha utbytte av, aktiviteten. Besøksordninger krevde evne og

lyst til å kommunisere med en» fremmed» besøksvenn, og tur-aktiviteter krevde fysisk bevegelsesevne. Til tider måtte motvillige brukere overtales til å delta, vanligvis fordi de enten hadde ustabil helse og dårlig dagsform, ikke skjønnte hva aktiviteten gikk ut på eller ikke var motivert. Etter utvelging måtte ansatte noen ganger også sikre godkjenning fra pårørende før frivillig og bruker kunne bringes sammen.

Vurderingene av hvem som kunne eller burde nyttiggjøre seg de frivillige aktivitetene, varierte. «Hvor langt skal demenstilstanden være kommet før en slutter å ha nytte og glede av en aktivitetsvenn?», spurte en leder for hjemmetjenesten. Noen ledere i omsorgstjenestene mente at frivillige besøks- eller turvenner til personer med demens var bra, selv om besøket raskt gikk i glemmeboken. Andre ledere ville legge listen høyere for hvem de mente kunne nyttiggjøre seg et frivillig tilbud, og påpekte at frivillige kunne falle ut om de ikke lærte å håndtere vanskelige situasjoner. En koordinator i sykehjem sa:

Noen vet ikke hvordan de skal takle demente. Det er en samtaleteknikk, noe som man bør vite om Jeg har opplevd at frivillige kan ha lyst til å gi opp om de ikke har taklet beboere slik sett. Så for å holde på de frivillige ... da må man gjøre det sånn at de synes det er interessant.

For beboere med demenslidelser kunne det være vanskelig å få til aktiviteter. Brukerne glemte avtalene, ombestemte seg, skjønnte ikke hva aktiviteten gikk ut på, eller glemte fra gang til gang hvem den frivillige besøkeren var. I alle disse tilfellene ble det de ansattes oppgave å forklare brukeren hva det dreide seg om. Fra hjemmesykepleien ble det noen steder hevdet at deres brukere var for syke til å kunne nyttiggjøre seg de frivillige tilbudene. En leder fortalte:

De vi valgte ut, var eldre over 65 år, og gjerne de med få utfordringer. En må jo huske på at de som er frivillige, skal kunne takle brukerne. Da valgte vi vekk eldre hjemmeboende med demens, de med psykiatri.

Det samme argumentet gikk igjen også blant ansatte på sykehjem.

Frivillige aktiviteter kunne medføre ekstra gjøremål for pleiepersonale som hadde ansvar for

brukerne. Særlig gjaldt dette for aktiviteter der brukeren skulle ut av hjem eller institusjon; på tur eller delta i et arrangement. Da måtte den ansatte på et gitt (men ikke alltid like velegnet) tidspunkt klargjøre brukeren for avreise; dobesøk, påkledning, transport til møtested med mer. Frivillige forventet gjerne at ansatte la til rette for besøk, flyttet beboeren fra eget rom til besøksrom, serverte kaffe og noe å spise etc. Merarbeid kunne også oppstå der frivillige og brukere skulle «matches», slik at interesser og personlige egenskaper stemte overens. For eksempel: For å få brukere i institusjon med på tur utendørs måtte beboerne først klargjøres, deretter bringes inn i transportmiddel, noe som kunne kreve tunge løft. Denne jobben ble av frivillige ansett som en oppgave for de ansatte.

Til tider ville brukere ombestemme seg, de ville likevel ikke ha besøk eller delta i den frivillige aktiviteten. I slike tilfeller måtte kontra-beskjed formidles til den frivillige. Den ansatte manglet til tider nødvendig kontaktinformasjon, og dermed ble det vanskelig å få gitt beskjed. De frivillige ville da møte opp og gå hjem med uforrettet sak.

I en case formidlet hjemmesykepleien behov for besøk til en frivillig forening som deretter selv, vanligvis uten hjemmehjelpens medvirkning, oppsøkte brukeren og etablerte en besøksvenn-ordning. Deretter fungerte besøksvenn-ordningen uten medvirkning fra hjemmetjenesten, med mindre en ekstraordinær situasjon skulle oppstå og det ble behov for hjemmetjenesten. Denne ordningen hadde færre transaksjonskostnader enn mange av de øvrige.

Grenseflater

Flere steder oppsto det uklarhet om hvilke arbeidsoppgaver som var «faglige», og hvilke de frivillige kunne utføre. Pleiefaglige oppgaver lå utenfor det frivillige skulle ha ansvar for, men det var ikke alltid like klart hvilke oppgaver som var av pleiefaglig karakter. I en case mente institusjonen at å re senger kunne være en oppgave for de frivillige. Et annet sted ble det sagt at de frivillige ikke skulle inngå i den vanlig arbeidsprosessen på en avdeling. Denne holdningen fant vi på de fleste institusjonene. Frivillige hjelpere ble håndtert som «eksterne» i forhold til de ordinære rutinene, selv om oppgavene (som å re en seng) ikke krevde særskilt faglig kompetanse. «Generelt skal ingen besøksvenner ha noe med pleieoppgaver, sykdom, penger og medisiner å gjøre», sa leder for hjem-

metjenesten. De frivillige skulle heller ikke ha ansvar for at beboeren deltok i måltider på institusjonen, og besøksvenner skulle normalt ikke brukes til transport utenfor hjemmets fire vegger.

Egnethet, rekruttering og opplæring

Rekruttering av frivillige innebar å knytte personer som kunne tenke seg å gjøre en innsats, til en eksisterende omsorgsaktivitet. Med ett unntak var det i alle våre caser lag og foreninger som hadde ansvar for rekruttering. Med få unntak slet alle med å få tak i tilstrekkelig mange frivillige. Hvilke rekrutteringsstrategier som ble tatt i bruk, ble ikke kartlagt i casene. Vanligvis ble nye frivillige fanget opp av foreningen som hadde ansvar for aktiviteten, i noen få tilfeller skjedde rekrutteringen direkte til institusjonen.

Våre respondenter fortalte at de frivillige spente over et bredt register med hensyn til alder, kjønn og sosial status. Noen aktiviteter rekrutterte flest eldre, ofte et flertall kvinner, andre hadde både unge og eldre.

Av de intervjuede ble egnethet sjelden knyttet til særskilte egenskaper som alder, kjønn, utdanning og liknende. Med ett viktig unntak: Ansatte ga flere steder uttrykk for at når frivillige hadde *helsefaglig utdanning*, så var det en stor fordel. Helsefaglig bakgrunn formidlet generell tillit til den frivillige; til vurderingsevne, kompetanse og kjennskap til rutinene.

Noen aktiviteter rekrutterte elever og studenter fra utdanningsinstitusjoner. Studenter ble aktivisert for å yte praktisk hjelp til hjemmeboende, elever fra videregående ble trukket inn som besøksvenner. Også asylsøkere og personer med innvandrerbakgrunn ble noen steder trukket inn som frivillige. I ett tilfelle hadde rundt 120 rekrutter, i hovedsak skoleelever, gjennomgått kurs for frivillige. Men da de i neste runde skulle rekrutteres til besøkstjenesten, var det bare 20 som meldte seg. Av koordinator i sykehjem ble de unge karakterisert som «ustabil (frivillig) arbeidskraft».

I ett tilfelle ble frivillige rekruttert blant personer med rusproblemer, arbeidsløse, tidligere innsatte med flere. Her var oppfølgingen av de frivillige en spesielt krevende jobb.

Noen respondenter ga uttrykk for at *turnover* av frivillige var stor, og at dette hadde sammenheng med sviktende motivasjon og urealistiske forventninger til hva de forpliktelsene jobben som frivillig førte med seg. En leder i en frivillig organisasjon sa:

Spesielt er det viktig dette med forventninger: å få avdekket hva folk tror det er å være frivillig og få justert litt. Ikke det at vi skal skremme noen, men det er jo en grunn for at folk henvender seg til [den frivillige organisasjonen]. ... Illusjonen om ei søt grei bestemor må vi ofte ta litt tak i hos de frivillige. De [frivillige] må kunne tåle å stå i vanskelige ting – og det er utfordringen! Men det kan være andre ting også; at [beboeren] ikke holder avtaler, at han/hun ikke er hjemme, har glemt det, og motivasjonen daler litt ... Spesielt gjelder dette yngre med psykiske utfordringer og de kan også gjelde de med gryende demens. Så da vil jeg si at det viktigste ... er å avklare forventninger på forhånd!

Men vi fant også tilfeller der frivillige hadde «stått i» et langvarig engasjement. Noen var blitt knyttet til et sosialt nettverk, andre hadde fått nær relasjon til beboer(e) gjennom besøksordningen.

Koordinatorer, både i foreninger og det offentlige, ga uttrykk for at såkalte «tunge brukere», som personer med fremskreden demenslidelser, personer med rus og avhengighetsproblemer samt personer med alvorlige psykiske problemer, krevde særskilt kompetanse hos de frivillige. Noen få frivillige hadde nødvendig kunnskap gjennom tidligere yrkeserfaringer. Men de fleste måtte tilføres ny kunnskap, gjennom kurs, veiledning og annen oppfølging.

Nye frivillige ble gjerne «matchet» mot de arbeidsoppgavene som aktiviteten førte med seg. Personlig egnethet ble vurdert som viktig, både av de som rekrutterte de frivillige, av koordinatorene og av pleiepersonalet. Personlig egnethet hadde flere aspekter. Det kunne dreie seg om *sosiale ferdigheter*; evnen til å kommunisere med brukere, ikke opptre selvhevdende, ikke utfordre ansattes vurderinger, ikke utfordre institusjonens normer, og liknende. Det kunne også dreie seg om *pålitelighet*; vilje til å innfri en inngått kontrakt, møte opp til rett tid hos brukeren eller håndtere vanskelige brukere og situasjoner.

For flere lag/foreninger var *innføringskurs* for de frivillige en måte å avklare forventninger på. I tillegg til generelt innføringskurs hadde noen også mer spesialiserte kurs som besøksvenn, kommunikasjon med personer med psykiske problemer eller demenslidelser, førstehjelp, psyko-sosial førstehjelp, med mer. I tillegg fikk mange frivillige tilbud om kurs og temakvelder, der aktuelle spørsmål (som demens og aldring) ble tatt opp. Større,

landsomfattende organisasjoner utviklet gjerne ulike kurs og undervisningstilbud nasjonalt, som så ble tilbudt lokalforeningene. Mindre foreninger manglet ofte tilgang til slike tilbud.

Frivillige måtte underskrive erklæring om *taushetsplikt*, mange måtte også skrive under på avtale der de forpliktet seg til en viss innsats over en tidsperiode. Ved ett sykehjem ble de frivillige fulgt opp med individuelle veiledningssamtaler med koordinator.

Ett sted var frivillige besøksvenner ordnet i grupper på ca. 25, hver med egen, frivillig *gruppelider*. Ordningen gjorde det mulig å delegere ansvar for koordinering og oppfølging, slik at belastningen på den betalte koordinatoren ble mindre.

Mer vanlig var det at frivillige var uten nærmere tilknytning til foreningen og institusjonen sto for aktiviteten. De ble rekruttert av en koordinator, og de kjente ikke de andre frivillige som inngikk i aktiviteten. Noen var uten oppfølging når de først var «koplet» til en bruker. Forsøk på å knytte dem sammen var ikke alltid like vellykket. Ved et sykehjem hadde koordinator to ganger arrangert julefest for frivillige, men ingen dukket opp.

Konklusjon

Vi startet artikkelen med å hevde at «stat» og «sivilsamfunn» har ulike systemegenskaper, og at omsorg i offentlig regi har andre systemtrekk enn de som preger sivile/frivillige omsorgsaktiviteter. Politiske forventninger om økt involvering av «frivilligheten» innebærer at sivile og offentlige omsorgsformer integreres, og at systemiske forskjeller får konkrete uttrykk, som spenninger, barrierer eller motsetninger. Hensikten med våre caser var å avdekke slike hindre for et sømløst samspill mellom offentlige og frivillige omsorgsressurser. Frivillige omsorgsaktiviteter knyttet til institusjoner (sykehjem og private hjem gjennom hjemmetjenesten) utgjorde vårt case-materiale.

Et sentralt funn er at *fagfolk formulerte de praktiske og faglige premissene for å benytte frivillige aktiviteter*. Både hjem og institusjoner ble i hovedsak oppfattet som offentlige ansvars-arenaer fordi de rommet brukere eller klienter som fagfolk hadde ansvar for. Dermed framsto både hjemmehjelp og institusjoner som *gatekeepers*, med ansvar for å slippe inn «fremmede» og slippe ut beboere. Casene viste at hverdagslivets løse og uformelle «stikk innom»-pregede samhandlingsformer ikke uten videre lot seg forene med institusjonenes krav til faglighet, effektivitet og syste-

matikk. Lignende friksjoner mellom formelle krav tilhørende institusjoner og frivillige er beskrevet i andre studier (Blix & Hamran, 2017; Magerholm & Landmark, 2015; Vike & Haukelien, 2016).

I vår studie fant vi bare ett unntak fra denne hovedregelen. For én besøksordning til hjemmeboende nøyde hjemmetjenesten seg med å finne fram til beboere som kunne ha glede av besøk – den faktiske oppfølgingen ble deretter overlatt til organisasjonen og den frivillige selv.

Gatekeeper-funksjonen kan sees som et uttrykk for at *en offentlig instans med ansvar for brukere, vil ta i bruk egne standarder og rutiner også overfor frivillig arbeidskraft*. Noen omsorgstjenester har ønsket å benytte pensjonister fra egne rekker som frivillige, noe som kan minske utfordringer med tilpasning til interne rutiner (Tingvold & Olsvold, 2018). Når frivillige underlegges faglige regimer, reduseres deres handlingsrom, samtidig som de pålegges nye kunnskaps- og kompetansekrav.

Casene viste at de fleste barrierene oppsto i grenseflaten mellom uformell og løst organisert «frivillighet» og formaliseringskrav som, i idealtypisk form, kan sammenfattes slik:

Kompetanse: Mange beboere har til dels sterkt redusert fysisk og psykisk kapasitet og utgjør en gruppe med stort pleie- og omsorgsbehov. Noen er plaget av angst, ensomhet, sosial isolasjon og likende, men har i hovedsak fysisk førlighet. Frivillige bør ha ferdigheter og kunnskaper som står i forhold til brukernes livssituasjon og særegne utfordringer. Å håndtere brukere med høy sykkelighet mener ansatte både krever god helsefaglig innsikt hos de frivillige og hyppig oppmøte med brukerne, noe som kan være utfordrende å få til i praksis (Tingvold & Olsvold, 2018). Det er foreningens oppgave å tilføre brukerne kompetansen de trenger. Foreningen bør også luke ut uegnede frivillige.

Koordinering: De fleste barrierene i våre caser oppsto rundt koordinering i tid og rom. Som nevnt ble «frivillighetens» tradisjonelt uformelle preg underlagt tids- og innholdsrutiner hos de offentlige omsorgsyterne. Slik formalisering påførte begge parter betydelig merarbeid og et behov for åpne kommunikasjonskanaler mellom deltakerne (se figur 1). De færreste hadde etablert slike kanaler, og sviktende kommunikasjon ga opphav til irritasjon og frustrasjon på begge sider.

Grenseflater: *Gatekeeper*-funksjonen innebar et skarpt skille mellom når brukere var i frivilliges «varetekt», og når de var et ansvar for fagfolk.

Uklarheter oppsto rundt praktiske gjøremål i overgangsfasen (som påkledning, transport, toalettbesøk, måltider og liknende). I våre caser ble slike overganger håndtert ulikt. Å plassere grenseflaten mellom sivil og profesjonell innsats gir rom for et skjønn som praktiseres ulikt.

En viktig del av merarbeidet for ansatte er knyttet til *samordning* eller *kopling* av frivillige og brukere, og den informasjonsflyten som slike koplinger krever. Slik figur 1 (over) viser, involverer en frivillig omsorgsaktivitet at den frivillige, brukeren og en ansatt i hjemmetjeneste eller på institusjon samordner sine handlinger. Tre atskilte timeplaner skal koordineres for å få til aktiviteten. Samtidig må informasjon om endringer kunne formidles på en smidig måte. Case-studiene viste store variasjoner i hvor gode rutiner som fantes for å regulere denne informasjonsflyten.

Slik samordning var særlig tidkrevende der ansatte i hjemmebasert omsorg måtte klargjøre beboere eller låse inn frivillige før hvert møte med den frivillige. Det førte gjerne til at de måtte legge opp arbeidsdagen annerledes enn de ellers ville ha gjort, noe som ble oppfattet som belastende.

En slik praksis, der ansatte må låse inn den besøkende og klargjøre beboeren ved hvert eneste besøk, er tuftet på to forestillinger. Først at hjemmetjenesten har *ansvar for* beboeren, og derfor også må påse at besøk utenfor familiesfæren går rett for seg. Dernest at eventuell klargjøring er noe den frivillige ikke kan klare på egen hånd.

Økt bruk av frivillig arbeidskraft i den kommunale omsorgssektoren i framtiden kan, slik vi ser det, foregå ut fra to strategier:

1. gjennom oppmyking av kommunale omsorgsregimer som gjør det enklere å involvere frivillige aktiviteter, og overlater mer av ansvaret for utførelsen til de frivillige organisasjonene.
2. gjennom økt kvalitetssikring og fagliggjøring av frivillig arbeidskraft, slik at frivillige kan overta enkle, ikke-faglige arbeidsoppgaver fra de profesjonelle. Denne strategien forutsetter at frivillige er motivert til opplæring og tilpasning til kommunale omsorgsregimer.

Finansiering: Denne studien er finansiert av Norges forskningsråd gjennom HelseVel programmet, som en del av prosjektet: «Voluntary work in Norwegian Long-term Care - Prevalence, Forms, Interaction with Professionals and Potentials for the Future» (222312).

REFERANSER

- Andfossen, N. B. (2016). The potential for collaborative innovation between public services and volunteers in the long-term care sector. *Innovation Journal*, 21(3), 1–21.
- Ascoli, U. & Ranci, C. (2002). *Dilemmas of the welfare mix: The new structure of welfare in an era of privatization*. New York: Springer Science & Business Media.
- Blix, B. H. & Hamran, T. (2017). «When the saints go marching in»: constructions of senior volunteering in Norwegian government white papers, and in Norwegian senior volunteers' and health-care professionals' stories. *Ageing & Society*, 1–30. <https://doi.org/10.1017/S0144686X17000046>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77–101.
- Disch, P. G. & Lorentzen, G. (2012). *Aktiv omsorg - prioritering, kompetanse og kompetansebehov* (Rapport nr. 6/2012). Bø i Telemark: Senter for omsorgsforskning.
- Disch, P. G., Lorentzen, G. & Midtsundstad, A. (2017). *Aktiv omsorg: samspill mellom kulturer, aktiviteter, helse og trivsel*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ervik, R. & Lindén, T. S. (2017). *Samhandling mellom kommunen og frivillig sektor i eldreomsorgen* (Rapport nr. 8/2017). Oslo/Bergen: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Fensli, M., Skaar, R. & Söderhamn, U. (2012). Frivilligsentral og offentlig omsorg: Samhandling til brukers beste. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 74–86.
- Flatås, B. (2007). *Grenseløs frivillig omsorg: Sluttrapport* (Rapport nr 3/2007). Oslo: Landsforeningen for hjerte- og lungesyke.
- Folkestad, B., Fladmoe, A., Sivesind, K. H. & Eimhjellen, I. (2017). *Endringer i frivillig innsats: Norge i et skandinavisk perspektiv* (Rapport nr. 10/2017). Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Grønlie, T. & Selle, P. (1998). *Ein stat? Fristillingas fire ansikt*. Oslo: Samlaget.
- Habermann, U. (1995). *Kommuneprofiler - en undersøgelse av det frivillige sociale arbeide i seks danske kommuner med særlig vøgt på samarbeidsrelasjonene til det offentlige*. Odense: Center for frivilligt socialt arbejde.
- Habermann, U. (2007). *En postmoderne helgen?* København: Museum Tusulanum Press.
- Hatland, A., Kuhnle, S. & Romøren, T. I. (2001). *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedepartementet. (2003). *Resept for et sunnere Norge* (St.meld. nr. 16 2002–2003). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/069d160b7cf54b04a1a375515d01659a/no/pdfs/stm200220030016000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. (Meld. St. 34 2012–2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter* (Meld. St. 19 2014–2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hodges, S. & Ferreira, K. (2010). Introduction. *Evaluation and Program Planning*, 33(1), 1–3. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2009.06.001>
- Jensen, L. H. (Red.) (2015). *Frivillighet i omsorgssektoren*. Tønsberg: Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse.
- Johansen, V. & Lofthus, A. (2011). *Kommunenes rekruttering til og oppfølging av frivillig omsorg* (ØF-notat nr.: 11/2011). Hentet fra <http://www.ostforsk.no/old/images/notater/112011.pdf>
- Keane, J. (1988). *Civil society and the state: New European perspectives*. London: Verso Books.
- Kultur- og kirkedepartementet. (2007). *Frivillighet for alle* (St.meld. nr. 39 2006–2007). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/68b20a00c377479c98d8bac4c4e38cf6/no/pdfs/stm200620070039000dddpdfs.pdf>
- Kvale, S. (2008). *Interviews. An introduction to Qualitative Research Interviewing*. London: Sage.
- Loga, J. (2018). Sivilsamfunnets roller i velferdsstatens omstilling. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 2(1), 58–73. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2018-01-05>
- la Cour, A. (2014). *Frivillighedens logik og dens politik*. Frederiksberg: Nyt fra samfundsvisenskabernes.
- Lorentzen, H. (2007). *Moraldannende kretsløp. Stat, samfunn og sivilt engasjement*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Lorentzen, H. & Skinner, M. S. (2018). *Frivillige i omsorgssektoren - mulige barrierer og deres betydning*. Manuskript innsendt for publisering.
- Magerholm, B. & Landmark, B. T. (2015). «Villa Fredrikke»: Et eksempel på en modell for frivillig innsats i demensomsorgen. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(2), 156–161.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Martinsen, K. & Wærness, K. (1991). *Pleie uten omsorg? Norsk sykepleie mellom pasient og profesjon*. Oslo: Pax Forlag.
- Romsaas, A. (2011). *Frivillighet - aktiv omsorg. Kartleggingsprosjekt på oppdrag fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus* (Rapport). Oslo: Utviklingscenter for hjemmetjenester.
- Rønning, R. (2011). *Frivillige og lønnende på samme lag. Om styrking av den frivillige innsatsen i omsorgsarbeidet i samspill med offentlig sektor* (Rapport nr. 18/2011). Lillehammer: Østlandsforskning.
- Rønning, R., Schanke, T. & Johansen, V. (2009). *Frivillighetens muligheter i eldreomsorgen* (Rapport nr. 11/2009). Lillehammer: Østlandsforskning.
- Salamon, L. M. & Anheier, H. K. (1996). *The emerging nonprofit sector: An overview*. Manchester: Manchester University Press.
- Seip, A. L. (1991). *Velferdskommunen og velferdstrekkanten – et tilbakeblikk*. I A.-H. Nagel (Red.), *Velferdskommunene* (s. 24-42). Bergen: Alma Mater Forlag a/s.
- Skinner, M. S., Sogstad, M. & Tingvold, L. (2018). *Voluntary work in Norwegian long-term Care Sector: Complementing or substituting formal Services?* *European Journal of Social Work*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1462767>
- Solbjør, M., Ljunggren, B. & Kleiven, H. H. (2014). *Samarbeid mellom frivillig sektor og kommunale tjenester på pleie- og omsorgsfeltet. En kvalitativ studie*. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 10(1), 43-55.
- Tingvold, L. & Olsvold, N. (2018). *Not just «sweet old ladies»: Challenges in voluntary work in the long-term care services*. *Nordic Journal of Social Research*, 9, 31-46. <https://doi.org/10.7577/njsr.2174>
- Trætteberg, H. D. & Sivesind, K. H. (2015). *Ideelle organisasjoners særtrekk og merverdi på helse- og omsorgsfeltet* (Rapport nr. 2/2015). Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Vike, H. & Haukelien, H. (2016). *Omsorgens grenser*. I C. Basberg Neumann, N. Olsvold & T. Thagard (Red.), *Omsorgsarbeidets sosiologi* (s. 215-242). Oslo: Fagbokforlaget.
- Wollebæk, D., Selle, P. & Lorentzen, H. (2000). *Frivillig innsats: sosial integrasjon, demokrati og økonomi*. Bergen: Fagbokforlaget.