

Kvalitet i omsorg

-

En casestudie av personellets vurdering av kvalitet,
utførelse og rammebetingelser i en kommunal
hjemmetjeneste

av

Helen Bergstøl Norvalls



Universitetet i Bergen

Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap

Masteroppgave i administrasjon og organisasjonsvitenskap

Juni 2011.

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på mange flotte opplevelser jeg har hatt som student ved Universitet i Bergen. Arbeidet med masteroppgaven har vært en lang og lærerik prosess. Det er med blandede følelser at jeg nå leverer arbeidet som i stor grad har preget hverdagen min det siste året.

Som seg hør og bør er det mange personer som jeg gjerne ønsker å takke. Først og fremst vil jeg takke min første veileder Paul Gerard Roness som var behjelpelig med råd og tilbakemeldinger tidlig i prosessen. Jeg ønsker også takke min nåværende veileder Anne Lise Fimreite for mange gode tilbakemeldinger som har hjulpet meg mye i denne prosessen.

Jeg ønsker også å takke alle respondentene som sa seg villige til å delta, slik at min studie ble mulig å gjennomføre i praksis. En spesiell takk rettes til Enhetslederen for hjemmetjenesten i kommunen, som var min inngangsport til å sette i gang dette prosjektet.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke alle som har vært med å korrekturlese oppgaven min i innspurten. Uten en formidabel hjelp og støtte fra både familie, medstudenter og samboer, ville det vært vanskelig å motivere seg for å gjennomføre dette prosjektet, spesielt i siste innspurtsfase.

Bergen, 15.06.11,

Helen Bergstøl Norvalls

Abstract (sammendrag)

Denne studien fokuserer på kvalitet i omsorg gjennom å se nærmere på rammebetingelsene for utførelsen av arbeidsoppgaver i en kommunal hjemmetjeneste. Utførelse og rammebetingelser studeres i lys av personellens synspunkter på hva som betraktes som kvalitet. En grunnleggende debatt som tas opp i denne oppgaven er på den ene siden en omsorgstankegang, som forutsetter at omsorg er situasjonsbetinget, og dermed svært vanskelig å avgrense, og på den andre siden en effektivitetstankegang, som forutsetter at en må kunne sette grenser for hva som skal anses som velferdsstatens grunnleggende oppgaveutførelse.

Studien konkluderer med at de ansatte i førstelinjen anser det som vanskelig å vurdere kvalitet i praksis. Studien trekker frem at dette kan ses i sammenheng med utformingen av rammebetingelsene for å skape kvalitet på det kommunale tjenestetilbudet. Både ledelsen og førstelinjen i hjemmetjenesten er langt på vei enige om at hjemmebasert omsorg er en arbeidsplass der det er svært vanskelig å leve opp til statlige forventninger. Begrunnelsen for *hvorfor* det anses som vanskelig å skape et tjenestetilbud som ivaretar de statlige føringene, gis det ikke her noe entydig svar på. Ulike aktører gir ulike forklaringer på hvorfor det anses som vanskelig å kombinere verdien effektivitet og omsorg i praksis.

Innholdsfortegnelse

Forord	I
Abstract (sammendrag)	II
Innholdsfortegnelse	III
Figurliste	VIII

Kapittel 1 – Presentasjon av tema og problemstilling **1**

<i>1.1 Innledning</i>	<i>1</i>
<i>1.2 Problemstilling</i>	<i>2</i>
1.2.1 Hvordan forstå kvalitet?	3
<i>1.3 Bakgrunn for problemstilling</i>	<i>4</i>
1.3.1 Kommunale pleie- og omsorgstjenester	4
<i>1.4 Avgrensning av studieobjekt</i>	<i>5</i>
<i>1.5 Oppgavens struktur</i>	<i>6</i>

Kapittel 2 – Kontekst og bakgrunnsinformasjon **7**

<i>2.1 Kommunale hjemmetjenester</i>	<i>7</i>
2.1.1 Yrkesgruppene som jobber i hjemmetjenesten	8
2.1.2 Yrkesmotivasjon.....	9
2.1.3 Hjemmetjenestens personell – bakkebyråkratenes krysspress	9
<i>2.2 Bakgrunnen for dagens desentralisering av hjemmetjenestens oppgaver</i>	<i>11</i>
<i>2.3 Hvilken rolle har staten og kommunen i vurderingen av kvalitet?</i>	<i>12</i>
<i>2.4 Debatten rundt målsetningene om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene</i>	<i>13</i>
2.4.1 Effektivisering av kommunale hjemmetjenester	14
2.4.2 Kvalitetsideer som kommunale hjemmetjenester “inspireres” av.....	14
<i>2.5 Har norske kommuner et effektivitetsproblem?</i>	<i>17</i>
2.5.1 Hindrer førstelinjeansatte en kapasitetskrise i omsorgssektoren?.....	18
2.5.2 Dagens utviklingstrekk i hjemmetjenestene.....	19

2.6 Oppsummering	20
Kapittel 3 – Teoretisk rammeverk.....	21
3.1 Kategoriserende (beskrivende) teori.....	21
3.1.1 Avklaring av sentrale begreper.....	21
3.1.2 Operasjonalisering av kvalitetsbegrepet.....	22
3.1.3 Personellets kvalitetsforståelse.....	23
3.2 Ulike kategorier av kvalitet. Omsorgsdiskurs versus effektivitetsdiskurs	23
3.2.1 Vurdering av kvalitet innenfor en omsorgsdiskurs	24
3.2.2 Vurdering av kvalitet innenfor en effektivitetsdiskurs.....	26
3.2.3 Oppsummering av kvalitetsbegrepet:.....	28
3.3 Forklarende teori	29
3.3.1 Hvordan kan en forklare personellets kvalitetsforståelse?	29
3.4 Et instrumentelt perspektiv forklarer personellets forståelse av kvalitet	30
3.4.1 Implikasjoner og effekter av et instrumentelt perspektiv	32
3.5 En institusjonell tilnærming av kvalitetsforståelsen.....	33
3.5.1 Et kulturelt perspektiv forklarer personellets forståelse av kvalitet.....	34
3.5.2 Implikasjoner og effekter av et kulturelt perspektiv	36
3.5.3 Et omgivelsesperspektiv forklarer personellets forståelse av kvalitet.....	37
3.5.4 Implikasjoner og effekter av et omgivelsesperspektiv	38
3.6 Oppsummering av perspektivene.....	40
Kapittel 4 - Metodisk tilnærming	41
4.1 Casestudie som metodisk innfallsvinkel	41
4.2 Datagrunnlag	42
4.2.1 Kombinasjonen av ulike data og metoder	43
4.2.2 Utvalget av enheter.....	43
4.3 Spørreundersøkelsen (spørreskjemametodikk)	45

4.3.1 Utformingen av spørreskjemaet	45
4.3.2 Analysen av spørreskjemaene	47
4.3.3 Vurdering av datakvaliteten på spørreskjemaet	47
4.3.4 Erfaringer i etterkant	49
<i>4.4 Kvalitativt intervju.....</i>	<i>49</i>
4.4.1 Om forberedelsen og gjennomføringen av intervjuene	50
4.4.2 Erfaringer i forbindelse med valg av intervjuform.....	51
4.4.3 Arbeidet med å rekruttere respondenter	52
4.4.4 Etikk i intervjuundersøkelser	54
4.4.5 Skjema om informert samtykke	55
<i>4.5 Datakvalitet – validitet og reliabilitet</i>	<i>55</i>
4.5.1 Behandlingen av de empiriske dataene i analysen	55
<i>4.6 Generaliseringsmuligheter i denne studien.....</i>	<i>59</i>
<i>4.7 Oppsummering</i>	<i>60</i>
Kapittel 5 – Presentasjon av empiriske funn	61
<i>Del 1 – Bakgrunn for kvalitetsarbeidet i kommunen.....</i>	<i>61</i>
<i>5.1 Bakteppe og utdrag fra offentlige styringsdokumenter</i>	<i>61</i>
5.1.1 Om kommunen og hjemmetjenesten som er analysens utgangspunkt	62
5.1.2 Informasjon om Flaten hjemmetjenester og kommunens kvalitetsfokus	63
<i>Del 2 – Resultatet av det undersøkende arbeidet.....</i>	<i>66</i>
<i>5.2 Presentasjon av de kvantitative funnene: Resultat av spørreundersøkelsen.....</i>	<i>66</i>
5.2.1 Generelle bakgrunnsopplysninger og trivsel i arbeidssituasjonen	66
5.2.2 Om personellens opplevelse av tidspress i hjemmetjenesten	68
5.4.3 Om sammenhengen mellom kvalitet og arbeidsforhold.....	69
5.4.4 Oppsummering av den kvantitative spørreundersøkelsen.....	72
<i>5.3 Presentasjon av de kvalitative intervjuene</i>	<i>73</i>

5.3.1 Intervju: Avdelingssykepleieren og enhetslederens perspektiv	73
5.3.2 Oppsummering	79
5.3.3 Intervjuer: Åtte ansatte i førstelinjetjenesten.....	80
5.3.4 Oppsummering av intervjuene av førstelinjepersonellet.....	92
5.4 Oppsummering av hele det undersøkende arbeidet	93
5.4.1 Vurderes kvalitet gjennom en omsorgsdiskurs eller en effektivitetsdiskurs?	93
5.4.2 Oppsummering - Hvordan vurderer ledelsen kvalitet?	93
5.4.3 Oppsummering - Hvordan vurderer førstelinjepersonellet kvalitet?.....	94
Kapittel 6 – Analyse og drøfting	99
6.1 Oppsummering av de viktigste funnene.....	99
6.2 Analysen av datamaterialet.....	100
6.2.1 Årsakssammenhenger mellom forskjellige perspektiver og diskurser	101
6.2.2 Hvilke forhold ved personellens kvalitetsvurdering kan forklares ut i fra et instrumentelt perspektiv?	103
6.2.3 Hvilke forhold ved personellens kvalitetsvurdering kan forklares ut i fra et kulturelt perspektiv?	106
6.2.4 Hvilke forhold ved personellens kvalitetsvurdering kan forklares ut i fra et omgivelsesperspektiv	108
6.3 Diskusjon – Hvilken diskurs er den mest fremtredende og hvilket perspektiv forklarer i størst grad personellet kvalitetsforståelse?	110
6.4 Hvordan kan studien knyttes til tidligere funn?	111
6.5 Oppsummering av analysen	112
Kapittel 7 – Oppsummering og avsluttende kommentarer	115
7.1 Kommentarer til fremgangsmåten og resultatene	115
7.1.1 Hvordan har problemstillingen blitt besvart?	115
7.1.2 Hvilke svar kom studien frem til?	116
7.1.3 Konklusjon	116

<i>7.2 Teoretiske implikasjoner av studiens resultater</i>	117
7.2.1 Videre forskning.....	117
<i>Referanser</i>	119
<i>Vedlegg 1, Spørreskjema</i>	127
<i>Vedlegg 2, Data fra spørreskjema</i>	134
<i>Vedlegg 3, Intervjuguide, førstelinjepersonell</i>	144
<i>Vedlegg 4, Intervjuguide, avdelingssykepleier</i>	147
<i>Vedlegg 5, Spørsmål til enhetslederen for omsorgssenteret</i>	150
<i>Vedlegg 6, Spørsmål til enhetslederen for hjemmetjenesten</i>	152
<i>Vedlegg 7, Informasjon til hjemmetjenesten</i>	153
<i>Vedlegg 8, Skjema for informert samtykke</i>	155
<i>Vedlegg 9, Organisasjonskart hjemmetjenesten 2011</i>	157
<i>Vedlegg 10, Meldeskjema, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)</i>	158
<i>Vedlegg 11, Kvittering om melding av behandling av personopplysninger (NSD)</i>	164

Figurliste

<i>Tabell 1; Definisjon av kvalitet</i>	<i>22</i>
<i>Tabell 2; Omsorgdiskursen og effektivitetsdiskursen.....</i>	<i>28</i>
<i>Tabell 3; Et instrumentelt perspektiv, et kulturelt perspektiv og et omgivelsesperspektiv</i>	<i>40</i>
<i>Tabeller fra spørreundersøkelsen</i>	
<i> Tabell 4; Trivsel</i>	<i>67</i>
<i> Tabell 5; Tidspress</i>	<i>68</i>
<i> Tabell 6; Nødvendige arbeidsoppgaver</i>	<i>68</i>
<i> Tabell 7; Kostnadseffektive tiltak.....</i>	<i>69</i>
<i> Tabell 8; Brukertilpasning</i>	<i>70</i>
<i> Tabell 9; Resursmangel.....</i>	<i>70</i>
<i>Tabell 10; Indikatorer</i>	<i>93</i>
<i>Tabell 11; Ledelsens perspektiv og førstlinjens perspektiv.....</i>	<i>97</i>
<i>Tabell 12; Ulike aktører og deres forståelser av kvalitet. Tabellen sorterer ulike forståelser av kvalitet på bakgrunn av et instrumentelt perspektiv, et kulturelt perspektiv og et omgivelsesperspektiv.....</i>	<i>102</i>

Kapittel 1 – Presentasjon av tema og problemstilling

1.1 Innledning

Hensikten med denne oppgaven har vært å få en bedre forståelse av hvordan kvalitet oppfattes og vurderes i daglige rutiner og praksisformer innenfor en kommunal hjemmetjeneste. Med bakgrunn i et økende antall eldre og vedtatte nasjonale planer for standardheving, har helse- og omsorgssektoren opplevd en betydelig vekst de siste årene (Rønning 2004:13).

Utfordringene i dagens helse- og omsorgstjenester er først og fremst knyttet til: *“Nye brukergrupper, en sterk vekst i yngre brukere med nedsatt funksjonsevne, behovsvekst som følge av et økende antall eldre og knapphet på omsorgsytere”* (Prop 1 S 2010 – 11:163).

De nye utfordringene har ført til krav om mer effektiv drift av helse- og omsorgssektoren i Norge (St. meld. nr. 47, 2008-09). Trang kommuneøkonomi og krav om nedskjæringer og innsparinger når det gjelder hjemmetjenester og institusjonsomsorg har preget hverdagen i mange norske kommuner de siste årene (Rønning 2004:13). Politikere har fått nye og mer krevende prioriteringer i forbindelse med behovsveksten (St. meld. nr. 47 2008-09).

Opgaven vil diskutere hvorvidt de nye kravene til effektivitet har gått ut over de tradisjonelle kulturbaserte kravene til omsorg.

De største endringene innenfor kommunale pleie- og omsorgstjenester¹ har i løpet av de siste årene foregått innenfor hjemmetjenestene. Utviklingen de siste 20 årene viser at kommunale hjemmetjenester² har fått tilført mange nye oppgaver, og at tjenestene har fått en stor tilvekst av nye og yngre brukergrupper (Prop 1 S 2010 – 11:157). Med bakgrunn i en slik utvikling har det blitt satt spørsmålsteget ved hvor grensene skal gå for hvilke oppgaver kommunale hjemmetjenester skal ta seg av i praksis (Vike 2004, Aasbrenn 2010). På bakgrunn av denne debatten har jeg sett det som særlig interessant å se nærmere på hvordan personellet som jobber i hjemmetjenesten opplever disse grensene i praksis.

Det er formålstjenelig at kvalitetsmålet for hjemmetjenesten i størst mulig grad er samsvarende for myndigheter, pasienter, pårørende og ansatte. Ellers vil disse aktørene trekke i hver sin retning og pasientene (brukerne) blir den tapende part. Derfor er det spesielt viktig å studere personellens forståelse av kvalitet. Personellet materialiserer målene for

¹ Kommunale pleie- og omsorgstjenester vil her forstås som en samlet betegnelse for ulike former for hjemmetjenester, hjemmesykepleie, omsorgsboliger, aldershjem og sykehjem som har støtte fra allmennelegetjenesten og den øvrige kommunale helse- og sosialtjenesten (St. meld nr 47, 2008-2009).

² Kommunale hjemmetjenester er en del av det som omfatter pleie- og omsorgstjenesten i kommuner i Norge. Kommunale hjemmetjenester kan, avhengig av hvilken kommune det er snakk om, fungere både som integrerte hjemmetjenester (hjemmesykepleie og hjemmehjelp) eller som separerte tjenester. Mer om dette i kapittel 2 (kontekst).

hjemmetjenesten ute i førstelinjen, og er “testen” på om hjemmetjenesten fungerer etter intensjonene.

1.2 Problemstilling

Tema for denne oppgaven er kvaliteten på kommunale hjemmetjenester, som brukere med ulike hjelpebehov har rettmessig krav på etter norsk lovverk³. Min interesse i den sammenheng har vært å finne mer ut av hva behandlingen av brukerne, og dermed forståelsen av kvalitet, egentlig omfatter i praksis. Utgangspunktet for analysen er personalgruppen i en spesifikk, kommunal hjemmetjeneste, og dertil hørende offentlige styringsdokumenter. Det empiriske datamaterialet er samlet inn via kvalitative intervju og gjennomføring av spørreundersøkelse. Jeg har fokusert på hvordan kvalitet forstås av enhetslederen for det hjemmebaserte tjenestetilbudet, enhetslederen for omsorgssenteret som hjemmetjenesten tilhører, samt avdelingssykepleieren og førstelinjepersonellet⁴ som jobber i den utvalgte hjemmetjenesten. Personellets samlede vurdering av hvordan kvaliteten på hjemmetjenestene fremstår i praksis, sett opp mot intensjonene med målsetningene for kvalitet på pleie- og omsorgstjenester, vil være hovedtema i denne oppgaven. Jeg vil i det følgende presentere problemstillingen:

Hvordan forstås “kvalitet” av personellet i en kommunal hjemmetjeneste, og opplever de å ha rammebetingelser til å levere som forventet?

Det er de reelle, praksisorienterte forutsetningene for å kunne gi hjemmetjenester av god kvalitet som er spesielt interessant for mitt vedkommende. Problemstillingen vil diskuteres med utgangspunkt i to forskningsspørsmål:

1. *Hvordan vurderer personellet ved hjemmetjenesten kvalitet?*

Det første spørsmålet har til hensikt å beskrive hvordan ansatte vurderer kvalitet i den aktuelle hjemmetjenesten som er analysens datagrunnlag. Denne delen vil det redegjøres for i empirikapittelet (Kapittel 5).

³ Kommunene har et lovpålagt ansvar for å sørge for helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Rammene for kommunenes tjenestetilbud er nedfelt i kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og pasientrettighetsloven. Virksomheten i kommunenes helse- og omsorgstjeneste reguleres også gjennom sentralt avtaleverk mellom kommune, stat og yrkesorganisasjoner (Prop. 1 S 2010 – 11: 150).

⁴ Betegnelsen førstelinjepersonell vil her vise til ulike yrkesgrupper innenfor pleie og omsorg; sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Også hjemmehjelpere og assistenter uten faglig bakgrunn går under betegnelsen førstelinjepersonell i denne oppgaven. Begrepet førstelinjepersonell viser til den spesielle rollen de ulike yrkesgruppene har gjennom å være i direkte kontakt med brukerne av hjemmetjenestene. Dette vil presenteres nærmere i kapittel 2 (kontekst).

2. *Er det mulig for personellet å levere det som forventes av kvalitet innenfor de rammenebetingelsene som en kommunal hjemmetjeneste er underlagt? (Intensjoner versus praksisorienterte forutsetninger)*

Det andre spørsmålet problematiserer om personellet opplever at hjemmetjenesten fungerer etter intensjonen. “Intensjonen” tar her utgangspunkt i hvordan personellet vektet ulike kvalitetsforståelser (effektivitet versus omsorg). Hvilke muligheter og begrensninger kan forklare hvordan personellet i den kommunale hjemmetjenesten forholder seg til de nasjonale kvalitetskriteriene? Denne delen er analytisk, og vil ta for seg det empiriske datamaterialet og se det opp mot den anvendte teorien. Dette vil det redegjøres for i analysekapittelet (Kapittel 6).

1.2.1 Hvordan forstå kvalitet?

En problemstilling som dette forutsetter noen avklaringer i henhold til begrepet kvalitet. Det er viktig å anerkjenne at kvalitet er et normativt begrep som må settes i kontekst (Slagvold 1995). En del av problemene med å studere “kvalitet” er at begrepet kan bli målt på mange ulike måter. Det finnes nesten like mange kvalitetsmål som det finnes undersøkelser av kvalitet (Slagvold 1995). Det har også blitt hevdet at det ikke er mulig å konkretisere eller definere kvalitet, fordi kvalitet er noe subjektivt og individuelt som består av følelser som ikke kan formuleres analytisk (St.meld. nr. 28, 1999 – 2000:19). Når man skal undersøke hva som ligger i et så komplekst begrep er det derfor svært viktig å gjøre rede for de begrensningene som ligger til grunn.

Begrepet ”kvalitet” vil her forstås som “conformance to requirements” (Crosby 1979:14-15). Det vil si at kvalitet må settes i sammenheng med det man “måler” kvaliteten opp mot, eller det som begrepet står i forhold til (Aasbrenn 2010:77). I dette tilfellet står kvalitet i forhold til kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene i Norge, samt hvordan førstelinjepersonell forstår kvalitet med utgangspunkt i de muligheter og/eller begrensninger som kommunens tolkning av denne forskriften gir. Formålet med kvalitetsforskriften er i henhold til lovverket:

“Å bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel” (Lovdata 2011).

Oppgaver og innhold i tjenestene: Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at: 1) Tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes 2) Det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten 3) Brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker skal gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenestene (Veileder 2004:13).

Kvalitetsforskriftens operasjonalisering definerer kvalitet som noe som er i overensstemmelse med det ”produktet” som førstelinjepersonellet i landets kommunale hjemmetjenester ideelt sett skal levere med hjemmel i lovverket. En nærmere operasjonalisering av begrepet kvalitet finnes i teorikapittelet (kapittel 3).

1.3 Bakgrunn for problemstilling

Det er et offentlig ansvar å sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen. Det overordnede målet med Regjeringens helsepolitikk er et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet som er tilpasset den enkelte bruker (Prop 1 S 2010 – 11:9). Samhandlingsreformen⁵ (St. meld. nr. 47) er tett knyttet til regjeringens målsetninger om et mer helhetlig og sammenhengende pasienttilbud. Reformen vektlegger at noen av de mest betydningsfulle utfordringene innenfor helse- og omsorgstjenestene skal løses ved hjelp av bedre samhandling mellom blant annet spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

1.3.1 Kommunale pleie- og omsorgstjenester

Mer enn 265.000 mennesker mottar i dag kommunale pleie- og omsorgstjenester i Norge (Prop 1 S 2010 – 11:11). Av disse mottar 174.000 mennesker kommunale hjemmetjenester. Hjemmetjenestene mottas enten i eget hjem eller i en kommunal bolig. Det betyr at om lag 65 % av de brukerne som mottar pleie- og omsorgstjenester i norske kommuner, er brukere som mottar kommunale hjemmetjenester.

⁵ Samhandlingsreformen legger vekt på tre hovedutfordringer innenfor helse- og omsorgstjenestene. For det første vektlegger reformen utfordringen om at man mener at pasientenes behov for koordinerte helsetjenester ikke blir besvart godt nok med dagens system. For det andre fokuserer reformen på at helsetjenestene preges av for liten innsats i forhold til å begrense og forebygge sykdom. For det tredje fokuserer reformen på utfordringer knyttet til den demografiske utviklingen (vekst i den eldre befolkningen) og endringer i sykdomsbildet hos befolkningen. Den sistnevnte utfordringen er et trekk som hevdes å kunne true samfunnets økonomiske bæreevne (St. meld. Nr. 47 2008–09).

Behovsveksten og mangelen på omsorgsytere uttrykker seg både i institusjoner og innenfor de kommunale hjemmetjenestene⁶ (Prop 1 S 2010-11:10). Ressursbehovet i kommunene har ført en debatt rundt spørsmålet om på hvilken måte man skal møte de kommende utfordringene som helse- og omsorgstjenester står ovenfor (Vike 2004). Flere har påpekt at utviklingstrekkene i den norske velferdsstaten tyder på at man står overfor en kapasitetsutfordring (Vike 2004, Heløe 2010, Aasbrenn 2010). Som en følge av kapasitetsutfordringen har mange kommunepolitikere sett etter nye og mer effektive måter å organisere og styre hjemmetjenestene på (Rønning 2004). Til tross for en del kritikk⁷, har det som her vil kategoriseres som styringsideer inspirert av New Public Management⁸ (NPM) fått en stadig større plass innenfor pleie- og omsorgstjenester i norske kommuner (Vabø 2007, Rønning 2004, Vike 2004). Flere studier har påpekt at en effektivisering av de ressursene kommunene har tilgjengelig har påvirket arbeidsvilkårene til personellet i kommunale hjemmetjenester (se bl.a. Thorsen mfl. 2001, Vabø 2002, 2007).

Denne utviklingen gjør det særlig interessant å studere hvordan kvalitet forstås i praksis av personellet i hjemmetjenesten, sett i forhold til de ambisjonene politikerne har med hensyn til at hjemmetjenestens personell skal levere det som for brukerne av tjenestene tilsvarer god kvalitet.

1.4 Avgrensning av studieobjekt

Den kommunale hjemmetjenesten som representerer “casen” i denne oppgaven er en offentlig organisasjon på lokalt nivå. Hjemmetjenesten inngår som en del av 43 resultatenheter i en norsk kommune. Utgangspunktet for analysen er personellet som jobber innenfor denne spesifikke hjemmetjenesten.

Siden det å forske på kvalitet innenfor offentlig tjenesteproduksjon er en ganske kompleks oppgave (Aasbrenn 2010), har jeg sett meg nødt til å begrense mine ambisjoner med denne oppgaven deretter. Ambisjonene med denne undersøkelsen er å få en forståelse av hva som er god kvalitet for personellet som arbeider i den kommunale hjemmetjenesten som undersøkes. Den spesifikke hjemmetjenesten som representerer mitt datagrunnlag kan således vise som

⁶ I følge Statistisk sentralbyrå brukte regjeringen i 2008 hele 217 mrd. kroner på helseformål (Prop 1 S 2010 – 11:10). Det tilsvarer ca 45.500 kroner i gjennomsnitt per innbygger.

⁷ Se Vabø (2002, 2007), Thorsen m.fl. (2001,2003), Rønning (2004), Vike (2004), Aasbrenn (2010), Wærness (1999, 2001) Slagvold (1995, 1991).

⁸ NPM er en samlebetegnelse på en markedsorientert reformbølge fra privat sektor som resulterte i en strøm av styringsdoktriner som preget dagsordenen i de fleste OECD land i 1980 og 1990-årene (Hood 1995:93). Rundt om 1980-tallet skjedde det dermed også en endring i organiseringen av offentlig sektor i Norge, som i større grad la fokus på kostnadseffektivitet, produktivitet og resultatstyring (Øgård 2005:26).

eksempel til hvordan personell i dagens hjemmetjenester forstår kvalitet med utgangspunkt i de utviklingstrekk som preger pleie- og omsorgstjenestene. Undersøkelser om hvordan personellet forstår kvalitet kan gi oss et bedre bilde av hvilke rimelige forventninger brukerne kan stille til dagens kommunale tjenestetilbud.

1.5 Oppgavens struktur

I kapittel 2 (kontekst og bakgrunnsinformasjon) presenteres bakgrunnen for valg av tema. Kapittelet gir en mer inngående begrunnelse for hvorfor det er både viktig og interessant å studere ”kvalitet” innenfor konteksten hjemmebasert omsorg. Kontekstkapittelet deles inn i fem hoveddeler. Innenfor hver del tar jeg opp litteratur som beskriver viktige forhold relatert til hvordan personell innenfor kommunale hjemmetjenester vurderer kvalitet.

I kapittel 3 (teoretisk rammeverk) gjør jeg rede for mitt teoretiske utgangspunkt. Kapittelet er delt inn i en del som tar for seg det som kategoriseres som beskrivende teori, og en del som tar for seg det som kategoriseres som forklarende teori. Den beskrivende teorien brukes til å vurdere de empiriske funnene⁹. Den forklarende teorien brukes til å forstå personellens vurdering av kvalitet. Denne delen av teorien tas i bruk i kapittel 6 (analysekapittelet).

I kapittel 4 (metodisk tilnærming) vil jeg redegjøre for valget av metode for å komme frem til resultatet av denne undersøkelsen. For å få en god forståelse av hvilke rimelige forventninger en kan stille til dagens kommunale tjenestetilbud med utgangspunkt i personellet som jobber der, har jeg valgt å bruke metodene kvalitativt intervju og spørreundersøkelse for å samle inn de empiriske dataene. I kapittel 5 (presentasjon av empiriske funn) vil jeg presentere de empiriske dataene som utgjør funnene for denne undersøkelsen. Resultatene av undersøkelsen vil vurderes med bakgrunn i den beskrivende teorien i kapittel 3. I kapittel 6 (analyse og drøfting) vil jeg analysere de mest interessante funnene med bakgrunn i den forklarende teorien som presenteres i kapittel 3. I kapittel 7 (oppsummering og avsluttende kommentarer) presenterer jeg en slags konklusjon som tar utgangspunkt i resultatene av undersøkelsen.

⁹ Analyseskjemaet på side 28 i kapittel 3 (analytisk rammeverk) vil brukes til å vurdere det kvalitative intervjumaterialet som presenteres i kapittel 5 (presentasjon av empiriske funn).

Kapittel 2 – Kontekst og bakgrunnsinformasjon

Konteksten som rammer inn et tema kan være vanskelig å definere. Jeg har definert kontekst som den bakgrunnsinformasjonen som fremstår som nødvendig for en god analyse.

Konteksten er det som danner grunnlaget for valg av studieobjekt. Kontekstkapittelet er dermed noe som har vært under bearbeiding fra prosjektets startfase og frem mot prosjektslutt. Konteksten representerer et viktig rammeverk for de funnene jeg har gjort i prosjektets analysefase.

Kapittelet skal gi leseren en forståelse av hvorfor ”kvalitet” i kommunale hjemmetjenester ble en interessant problemstilling for meg.

Første del av kapittelet (2.1) tar for seg typiske kjennetegn ved personellet, og hvilken rolle de spiller for utførelsen av kvalitet i praksis. I andre del (2.2) tar jeg for meg utviklingstrekk innenfor kvalitetsarbeidet i de kommunale hjemmetjenestene. Tredje del (2.3) redegjør for hvordan kommunen og staten gir rammebetingelsene og målsettingene for kvalitet i hjemmetjenesten. Fjerde del (2.4) problematiserer de seneste utviklingstrekkene innenfor kommunale hjemmetjenester, eksempelvis New Public Management (NPM). Den femte delen referer noen tidligere studier med relevante funn som kan brukes i denne oppgaven. Til slutt oppsummeres kapittelets hovedpunkter.

2.1 Kommunale hjemmetjenester

Kommunale, hjemmebaserte tjenester er et tilbud til alle mennesker som har pleie- og omsorgsbehov, enten de har behov for hjemmesykepleie eller behov for hjelp til rengjøring eller annet praktisk arbeid. Dette kan organiseres integrert eller differensiert, og det finnes ulike modeller i landets kommuner¹⁰. Tjenestene gis uavhengig av alder eller diagnose (Elster og Hegerstrøm 1995).

Elster og Hegerstrøm (1995:189) peker på noen typiske trekk ved kommunale hjemmetjenester. For det første preges personellet som jobber i hjemmetjenesten av et stort yrkesmangfold. Yrkesmangfoldet er et resultat av at hjemmebaserte tjenester ofte fungerer som integrerte hjemmehjelpstjenester. Siden personell som arbeider i hjemmetjenester ofte har ulik historie og erfaring er samarbeidskultur et annet viktig element (Elster og Hegerstrøm 1995). For det tredje arbeider personellet med et stort brukermangfold, noe som fører til et

¹⁰ Kommunale hjemmetjenester kan organiseres både som en integrert, men også som en adskilt pleie- og omsorgstjeneste. At en hjemmetjeneste fungerer som en integrert tjeneste betyr at hjemmesykepleien (som er en helsetjeneste) og hjemmehjelpene (praktisk bistand) er organisert inn under samme enhet. Det vil si at pleiepersonell og hjemmehjelpene arbeider sammen. Disse to tjenestene kan også organisere adskilt, hver for seg (Moland 1999).

stort arbeidsmangfold. Brukermangfoldet og arbeidsmangfoldet følger av de utviklingstrekkene som har preget kommunale hjemmetjenester de siste tiårene (Moland 1999).

2.1.1 Yrkesgruppene som jobber i hjemmetjenesten

Hvilke yrkesgrupper som har jobbet innenfor hjemmetjenesten har variert etter tidsperiode. Hele helse- og omsorgssektoren har gjennomgått en omfattende differensieringsprosess det siste tiåret (Christensen 2005:29). Dette handler delvis om at det er kommet flere yrkesgrupper inn i omsorgssektoren enn hva som var tilfelle tidligere¹¹. Selv om ufaglært personell utgjør en betydelig gruppe innenfor pleie- og omsorgstjenestene, utgjør personellet med fagrelevant utdanning til sammen klart den største gruppen (Gautun og Hermansen 2011:68). Hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, som utdannes via videregående opplæring, utgjør den største gruppen innenfor brukerrettede tjenester i helse- og omsorgssektoren¹² (Gautun og Hermansen 2011:70). Per 2009 sto disse yrkesgruppene for 49.000 årsverk, mens de som utdannes på høyskole eller universitet (sykepleiere og vernepleiere) per 2009 sto for 35.000 årsverk. I dag står hjelpepleierne for den klart største gruppen av de som er utdannet via videregående opplæring (Gautun og Hermansen 2011:71).

Når det gjelder sykepleierne, så utgjør de den største gruppen innenfor de som utdanner seg på høyskole eller universitet. Antallet sykepleiere har økt kraftig de siste årene. I 2009 sto sykepleierne for 23.000 årsverk innenfor helse- og omsorgssektoren (Gautun og Hermansen 2011:72). Vernepleierne¹³ er en mindre gruppe, og sto i 2009 for 5.500 årsverk innenfor pleie og omsorg (Gautun og Hermansen 2011). Det er imidlertid den eldre yrkesgenerasjonen som står for størsteparten av bemanningen i de integrerte hjemmetjenestene i norske kommuner, og slik har det vært lenge (Gautun og Hermansen 2011). I tillegg er de fleste som arbeider innenfor pleie og omsorgsykker kvinner¹⁴ (Thorsen 2001:54).

¹¹ I følge Gautun og Hermansen (2011) står ufaglært personell for 31 % av den hjemmebaserte omsorgen på landsbasis. 161 kommuner ble ikke tatt med i fremstillingen fordi de enten hadde manglende verdier eller fordi kommunens tjenester var organisert integrert (Gautun og Hermansen 2011). De fleste som har tittelen "hjemmehjelp" er ufaglært personell. Hjemmehjelpere er oftest underlagt hjemmesykepleien i de kommunene som organiserer hjemmesykepleien og hjemmehjelpstjenesten sammen (Moland 1999:67).

¹² Begge yrkesgruppene har etter 2006 fått tittelen Helsefagarbeider.

¹³ Vernepleierne er ikke en gruppe som omfatter en del av mitt datagrunnlag, og vil derfor ikke presenteres ytterligere.

¹⁴ Kvinnedominansen innenfor pleie- og omsorgsykker er trekk som i følge flere studier kan forventes å påvirke hvordan personellet utfører arbeidsoppgavene (Gullikstad og Rasmussen 2004). Dette forholdet vil ikke diskuteres nærmere i denne oppgaven.

2.1.2 Yrkesmotivasjon

I følge Christiansen mfl. (2005:15) har de ansattes motivasjon og engasjement for yrket betydning for kvaliteten på arbeidet som utføres og på de ansattes innsats i yrket. Motiverte pleie- og omsorgsarbeidere skal føre til bedre kvalitet enn hvis pleierne ikke er motiverte. Videre pekes det på en undersøkelse som konkluderer med at sammenlignet med andre nordiske land, så er norske pleie- og omsorgsarbeidere svært motiverte arbeidstakere. Det å hjelpe mennesker, og gi syke og lidende pleie og omsorg, er det som oftest viser seg å være sykepleiernes motivasjon for yrkesvalget (Christiansen mfl. 2005:16). Høst (2004) finner at de tre viktigste motivasjonene hjelpepleiere og omsorgsarbeidere har for yrkesvalg er å arbeide med mennesker, ønsket om å lære mer, og muligheten til å få fast stilling og høyere lønn.

Mens arbeidet til hjemmehjelpen tidligere var preget av en personlig relasjon til brukerne, har hjemmetjenesten de senere år blitt mer og mer yrkesorientert (Christensen 2005:28). Christensen (2005) påpeker at profesjonaliseringen av hjemmehjelperne har ført til at personorienteringen har fått stadig vanskeligere kår i møtet med den moderne omsorgstjenesten.

2.1.3 Hjemmetjenestens personell – bakkebyråkratenes krysspress

Teori om bakkebyråkratene¹⁵ (Lipsky 1980) har ofte blitt brukt for å forklare hvordan personell i førstelinjen handler eller tar beslutninger enten til organisasjonens fordel – eller til egen fordel (Meyers og Vorsanger 2003). Makten bakkebyråkratene har kan defineres gjennom at det er de nettopp er de som fremstår som organisasjonen i fronten, og det er også de som har førstehåndskunnskapen om de brukerne de besøker (Solheim 2001 sitert i Rønning 2004:208). Bakkebyråkratene kan derfor strukturere konteksten for samhandling ute i felten (Djupvik og Eikås 2010:81). Meyers og Vorsanger mener at bakkebyråkrater aktivt er med på å skape eller produsere ”policy outcomes” eller resultatet av politikken i praksis (2003:246).

Et av de mest grunnleggende kjennetegnene ved bakkebyråkratene er at de står i et konfliktforhold mellom kravet fra brukerne og egen profesjon på den ene siden, og avgjørelser som er fattet på et overordnet byråkratisk nivå på den andre siden (Djupvik og Eikås 2010:79). Lipsky (1980) argumenterer for at bakkebyråkrater i serviceyrker lever i et

¹⁵ Begrepet bakkebyråkrat viser til det laveste nivået i en byråkratisk struktur, og de typene oppgaver som beskriver nettopp dette nivået (Hill og Hupe 2009:51-53). En bakkebyråkrat kan være representant for en profesjon eller en semiprofesjon (Strand 2007).

pågående krysspress der personellet må utvikle såkalte “coping mechanisms¹⁶” for å hankes med både brukernes behov, og også sikre at politikernes krav til tjenesten blir etterlevd i praksis¹⁷ (Wong 2007:1).

Lipsky (1980) peker på to typiske trekk ved arbeidsoppgavene til bakkebyråkratene som kan føre til konflikter mellom dem selv og ledelsen. For det første kan en konstant ressursmangel i forhold til behov og arbeidsoppgaver føre til et høyt arbeidspress på bakkebyråkratene (Lipsky 1980). Dette kan eksempelvis dreie seg om forskjellen på økonomiske lovnader relatert til et makronivå, og opplevelsen av virkninger på mikronivå. Ressursmangel kan for det første føre til at noen arbeidsoppgaver blir fortrent mens andre blir prioritert¹⁸. Et eksempel kan være at papirarbeid eller dokumentering må prioriteres til fordel for å være ”ute i felten” (Djupvik og Eikås 2010:79). For det andre kan for få ansatte og for liten tid til å utføre oppgavene, føre til at de ansatte ikke føler at oppgavene utøves innenfor forsvarlige rammer. Dette er en faktor som kan ha en negativ effekt på kvaliteten gjennom at tidspress kan resultere i at personellet ikke får utført oppgavene på den måten som er tiltenkt, eller på den måten som de kunne ønske ut i fra faglige eller personlige kriterier (Djupvik og Eikås 2010:79).

Huseby og Paulsen (2009) trekker også frem bakkebyråkratens krysspress og den utfordringen de har med å utføre en forsvarlig tjeneste innenfor pressede tidsrammer¹⁹.

Thorsen (2001) poengterer at den delen av oppgavene som handler om omsorgsrelasjoner til brukeren ofte er noe som blir nedprioritert til fordel for de pleieoppgavene man er nødt til å gjennomføre innenfor de gitte tidsrammene. Dette kan føre til at pleiepersonellet forlater brukeren med dårlig samvittighet som følge av at den delen av omsorgen som omhandler kontaktbehovet til brukeren ikke kan dekkes i tilstrekkelig grad (Thorsen 2001:47). Hun påpeker at i praksis kan en finne både hjemmehjelpere, hjelpepleiere og sykepleiere som forsøker å ”trosse systemet” for å gi brukerne den omsorgen de mener er forsvarlig ut i fra egen standard.

Store avvik mellom virksomhetens krav og brukerens forventinger kan også føre til at frontlinjepersonellet blir ”hoggestabber” for misfornøyde brukere (Forseth 2002:342). I en

¹⁶ Coping mechanisms og mestringsstrategier vil i denne oppgaven vise til det samme forholdet.

¹⁷ At førstelinjepersonell kan oppleve et krysspress, og på bakgrunn av denne opplevelsen utvikler mestringsstrategier for å takle motstridende krav, er et forhold som tas opp igjen i kapittel 3 (Teoretisk rammeverk).

¹⁸ At ressursmangel er et typisk problem innenfor velferdstjenester er et forhold som tas opp igjen i kapittel 3.

¹⁹ Undersøkelsen det her vises til er gjort av SINTEF Helseforskning på oppdrag for kommunenes Sentralforbund vedrørende 3 delprosjekter; helsetjenesteforskning, kommunehelsetjeneste og omsorgstrengende gamle.

situasjon preget av ressursmangel kan omstrukturering og nedbemanning føre til at personellet ikke lenger har muligheten til å møte brukernes forventninger og ønsker på den måten som er tiltenkt. Denne formen for avmakt fører til prioriteringsproblemer og umulige valg for personellet (Forseth 2002:355).

2.2 Bakgrunnen for dagens desentralisering av hjemmetjenestens oppgaver

I sammenheng med at Lov om helsetjenesten i kommunene ble iverksatt i 1984 (Lovdata 2011), ble kommunene gjort ansvarlige for planleggingen og koordineringen av sosialtjenesten og kommunehelsetjenesten. Loven hadde som formål å skape et mer helhetlig tjenestetilbud. Rammefinansieringssystemet delte det finansielle ansvaret for tjenestene mellom staten og kommunene. Sykehjemsreformen i 1988 innebar at driften av sykehjemmene ble overført fra fylkeskommunalt nivå til kommunene, slik at pleie- og omsorgstjenestene ble lagt under kommunalt totalansvar. Reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming i 1991 var nok et trekk som pekte i retning av å organisere helsetjenestene på lokalt nivå (St. meld. Nr. 25, 2005–2006:9).

Desentralisering av pleie- og omsorgstjenester, integrering av ulike tjenestetilbud og en nedbygging av institusjonsomsorgen på 1990-tallet har preget utviklingen til kommunale hjemmetjenester de siste årene (St. Meld nr. 25, 2005 – 2006:9). En velferdspolitisk målsetting om desentralisering av helsetjenester og pleie- og omsorgstilbud førte til at kommunale hjemmetjenester i løpet av 1990-tallet fikk mange flere brukere og nye oppgaver å forholde seg til (Elster og Hegerstrøm 1995:11). Parallelt skjedde det en opprustning av alternative botilbud. Den segregerte særomsorgen i institusjonene ble nedbygget til fordel for integrerte hjemmebaserte tjenestetilbud og nye boformer i nærmiljøet. Tanken var (og er) at det skal tilrettelegges for å gi brukerne pleie- og omsorgstjenester i hjemmet i stedet for på institusjon. En konsekvens av et slikt utviklingstrekk er at grensene mellom ulike fagtradisjoner i den kommunale helse- og sosialtjenesten har blitt visket mer og mer ut (St. Meld nr. 25, 2005 – 2006).

Med grunnlag i disse utviklingstrekkene har det skjedd en ny og intensivert bruk av hjemmebaserte tjenester de siste 20 årene (Gautun og Hermansen 2011:97). Med samhandlingsreformen (st. meld. Nr 47, 2008–09) på trappene bærer dagens utviklingstrekk i hjemmetjenestene preg av et stort fokus på samhandling mellom ulike tjenester og nivå for å oppnå bedre kvalitet på tjenestetilbudet.

2.3 Hvilken rolle har staten og kommunen i vurderingen av kvalitet?

Nasjonal standardisering av kvalitetskrav omhandler nasjonale føringer som det i praksis skal være mulig å frembringe innenfor hver enkelt kommune²⁰. I 1997 kom den første kvalitetsforskriften som var særskilt rettet mot pleie- og omsorgstjenestene, fastsatt av det som da het Sosial- og helsedepartementet (Veileder 2004:7). Denne forskriften har hjemmel i lov om helsetjenesten i kommunene. En ny forskrift ble fastsatt i 2003 med hjemmel i både lov om sosiale tjenester, og lov om helsetjenester i kommunene. I tillegg til kvalitetsforskriften legger internkontrollforskriften føringer for at man skal innføre og utøve et systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid innenfor virksomhetene i alle kommuner.

Både stat og kommune har en sentral rolle i utformingen av kvalitetsindikatorer som spesifikt innretter seg mot kommunale hjemmetjenester. IPLOS²¹ er et nasjonalt kartleggingsverktøy som skal bidra til standardisering av tjenestekvalitet innenfor pleie- og omsorgstjenester. Dette nasjonale helseregisteret danner grunnlaget for den nasjonale statistikken for pleie- og omsorgssektoren. Det er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og for statlige myndigheter²².

Sammen med lover og forskrifter representerer statlige føringer ulike prosedyrer og veiledere for hvordan kommuner *kan velge* å innrette sitt kvalitetsarbeid²³. Disse prosedyrene tar utgangspunkt i hvordan politikere fra sentralt hold mener at kvalitet skal vurderes innenfor den offentlige omsorgen, og dermed også hvilken kvalitet som borgerne kan forvente seg ut i fra politikernes lovnader. Hver enkelt kommune er selv ansvarlig for å etablere et system av prosedyrer for å sikre god kvalitet (jf kvalitetsforskriften). Dette er i samsvar med grunnleggende demokratiske spilleregler og den parlametariske styringskjeden, som forutsetter at det går en linje fra politiske vedtak til oppgaveutførelse i førstelinjen (Østerud mfl. 2003).

²⁰ Jamfør lover og forskrifter om helse og sosialtjenester.

²¹ IPLOS er et kartleggingsverktøy som antas å ha positive effekter fordi en kommunene kan rapportere om hvilke effekter ulike kvalitetstiltak har hatt, og også overføre kunnskap om hvordan man kan oppnå bedre tjenestekvalitet i andre kommuner. Kartleggingen skal føre til en felles kvalitetsforståelse mellom kommunene (Helsediretoratet).

²² IPLOS skal bli en del av KOSTRA (kommune – stat – rapportering), som er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunale virksomheter (Aasrenn 2010).

²³ Veilederen (2004:5) til kvalitetsforskriften påpeker at det er et svært viktig skille mellom lov, forskrift, rundskriv og veileder, hierarkisk i den nevnte rekkefølgen. Dette skillet handler om “skal”, “kan” og “bør” bestemmelser, og i hvilken grad kommunene er forpliktet til å etterleve lovverket, eller om lovverket kun gir skjønnsmessige føringer som gjør at kommunene kan velge hvordan de skal innrette arbeidet etter føringene.

Man kan derfor si at hver enkelt kommune selv er ansvarlig for å iverksette noen grunnleggende kvalitetskriterier som staten legger føringer for. Hver kommune avgjør selv *hvordan* de vil møte de statlige kravene til god kvalitet i hjemmetjenestene.

Det er kvalitetsforskriften sin definisjon av kvalitet (sitert i kapittel 1) som kommunene og personellet i hjemmetjenestene skal forholde seg til når de skal levere de standardkravene til hjelp som brukerne forventer og har krav på i forhold til lovverket. Aasbrenn (2010:116) påpeker at situasjonen for førstelinjeansatte har endret seg mye de siste årene. Kommunene har måttet forholde seg til mange flere oppgaver enn tidligere. Likevel har ikke de overordnede målsetningene i målparagrafene om hvordan kommunene forventes å frembringe kvalitet innenfor offentlig tjenesteproduksjon endret seg deretter. Dette påpekes som problematisk.

Et viktig poeng i denne sammenheng er at de sentrale målsetningene kan tolkes på ulike måter, som et resultat av at kvalitetsforskriften er relativt vidt formulert. Med grunnlag i de tolkningsmulighetene som lovverket åpner for kan det argumenteres for at kvaliteten på kommunale hjemmetjenester delvis er et resultat av hvilke reelle muligheter som finnes innenfor hver enkelt kommune (Vike 2004). Tiltakene om kvalitetsforbedring kan bli sosialt konstruert og utformet ulikt innenfor ulike organisasjonsfelt (Vabø 2002, 2007). Den institusjonelle konteksten der styringsideer vedrørende kvalitet blir introdusert fremstår derfor som svært viktig.

2.4 Debatten rundt målsetningene om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

På hvilken måte og med hvilke midler man skal få en best mulig kvalitet på de offentlige omsorgstjenestene rundt om i norske kommuner er en pågående debatt. Vike (2004) og Aasbrenn (2010) er opptatt av debatten rundt målsetningene om god kvalitet innenfor kommunal tjenesteproduksjon. Utgangspunktet til Vike (2004) er at eldreomsorg er et av flere politikkområder som det hersker stor politisk uenighet rundt. Vike (2004) peker på at diskusjonen blant politikere i Norge ikke dreier seg om i hvilken grad eller utstrekning velferdstjenester skal dekkes av det offentlige, men heller om hvilke metoder man skal ta i bruk for å få en best mulig kvalitet på helse- og omsorgstjenestene (Vike 2004).

Vike (2004) hevder i likhet med Aasbrenn (2010) at politikerne utvikler mål og visjoner som ikke stemmer overens med de ressursene som er gitt i praksis fra regjeringen. Vike (2004) mener at staten har forventninger og krav som kommunene ikke har råd til å ivareta i praksis.

Aasbrenn (2010) problematiserer det jeg tolker som befolkningens krav og forventninger til hvilke typer tjenester som skal gis av det offentlige, opp mot de reelle og praksisorienterte forutsetningene som kommunale tjenesteprodusenter må forholde seg til. Flere studier påpeker at forutsetningene for å kunne gi hjemmetjenester av god kvalitet påvirkes den effektiviseringen av som i løpet av de siste årene har preget pleie- og omsorgstjenestene (Vabø 2002, 2007, Rønning 2004, Thorsen 2001, Wærness 1999, 2001, Slagvold 1999).

2.4.1 Effektivisering av kommunale hjemmetjenester

Flere norske kommuner har i løpet av de siste årene tatt i bruk moderniseringsoppskrifter (Røvik 1998) inspirert av New Public Management (NPM) (Vike 2004, Aasbrenn 2010). Kjernen i moderniseringsoppskriftene utgjør i følge Christensen mfl. (2009) ideer om profesjonell ledelse, oppsplitting av offentlige organisasjoner til selvstendige resultatenheter, økt konkurranse og bruken av kontrakter som politisk styringsinstrument. Et økt antall brukere med stadig mer omfattende hjelpebehov har sammen med dårlig kommuneøkonomi mange steder gjort at mange kommunepolitikere har sett seg nødt til å prioritere strengere enn tidligere (Vike 2004).

Flere har hevdet at NPM-inspirerte ideer har hatt en negativ effekt på hvordan personellet i pleie- og omsorgstjenester opplever arbeidet sitt (Vabø 2002, 2007, Slagvold 1995, 1999, Vike 2004, Rønning 2004, Thorsen og Wærness 1999). En generell kritikk går på at effektiviseringen av kommunale hjemmetjenester har ført til ulike forestillinger om hva som er kvalitet (Vabø 2002). Mens konsulenter og administratorer strever med å skape tydeligere grenser rundt hva som skal være et offentlig ansvar, strever omsorgspersonellet med å skape rom for fleksibilitet og en situasjonstilpasset omsorg. En slik konstant spenning mener Vabø (2002) fører til ulike tolkninger av hva som er riktig og bra. Med grunnlag i denne påstanden har jeg valgt å gjøre rede for den delen av NPM som er relevant for mitt tema og min problemstilling.

2.4.2 Kvalitetsideer som kommunale hjemmetjenester “inspireres” av

Nye styringsideer inspirert av NPM ble lansert med grunnlag i at hjemmetjenesten tidligere var en utpreget autonom tjeneste på lokalt nivå (Vabø 1998 sitert i Vabø 2002:3). Tjenesten var i stor grad overlatt til ledere og ansatte i førstelinjen. Disse lederne bestemte dermed hvordan knappe offentlige tjenester skulle tildeles, fordeles og utføres. Man antok tidligere at ressursene ikke var så rettferdig fordelt, fordi tildelingen i stor grad ble basert på skjønnsbaserte avgjørelser ute i førstelinjen (Gullikstad og Rasmussen 2004).

På bakgrunn av dette ble det lansert strengere krav til at hjemmetjenesten måtte bruke ressursene bedre, og at de må tilpasse tjenestene bedre til pasientene (Gullikstad og Rasmussen 2004)²⁴. Ansvaret og kontrollen for hjemmetjenestene har i tråd med kritikken blitt flyttet til et høyere forvaltningsnivå. En del kommuner organiserer derfor pleie- og omsorgstjenestene etter en bestiller-utfører modell (BUM)²⁵ (Rønning 2004). Hovedtanken bak å organisere pleie- og omsorgstjenestene etter en slik modell er å skille forvaltningen, og dermed myndighetsutøvelsen, fra tjenesteytingen (Kirchhoff 2001). Kirchhoff (2001) hevder at BUM-modellen har ført til at det har blitt vanskeligere for personell i hjemmetjenester å være fleksible i form av å gi individuell behandling som ikke er nedfelt i vedtaket til brukerne²⁶.

Det overordnede formålet med å ta i bruk NPM-inspirerte ideer i hjemmetjenestene har vært å bruke ressursene bedre og tilpasse tjenestetilbudet bedre til pasientene og brukerne av tjenestene (St. meld nr. 45, 2002–2003, St. meld. nr. 25, 2005–2006). Både målstyring, kvalitetssikring og kvalitetskontroll har blitt tatt i bruk av flere offentlige organisasjoner i løpet av de siste årene (Røvik 1998). Målstyring er basert på ideen om at organisasjoner overlever ved å fastsette og skape oppslutning rundt mål²⁷ (Strand 2007:68). Konseptet kvalitetssikring var opprinnelig en oppskrift på å sikre, kontrollere og forbedre kvaliteten i ulike industrivirksomheter. Konseptet har blitt spredt, først fra USA til Japan, og senere til Europa (Moldenæs og Gabrielsen 2002:4). Kvalitetskonseptet slik det opprinnelig er tenkt, er tuftet på en top-down tilnærming, fra ledelsesperspektiv og ned²⁸ (hierarkisk ledelse).

Vike (2004) påpeker at indirekte styring av førstelinjeansatte dreier seg om å styre de ansattes motivasjon (kvalitetsforståelse) “i riktig retning”. Han peker på at mer eller mindre uformelle systemer av tillit og faglig autonomi gradvis erstattes av kontrollregimer som i en viss forstand setter mistillit i system (Vike 2004:79). Dette fordi man “mistenker” at førstelinjepersonellet, som for det meste er alene ute i tjenesten, har andre ambisjoner eller

²⁴ Se også Stortingsmelding nr 25 (2005 – 2006).

²⁵ Christensen mfl. (2009) beskriver BUM-modellen som et eksempel på en organisasjonsoppskrift inspirert av NPM.

²⁶ BUM-modellen vil presenteres mer inngående i kapittel 3 (Teoretisk rammeverk) og i kapittel 5 (Presentasjon av empiriske funn).

²⁷ Opphavsmannen til begrepet målstyring er Peter Drucker (1970, sitert i Strand 2007:425). Ideen om målstyring kategoriseres som en del av en internasjonal motebølge som etter hvert har fått sterkt rotfeste i offentlig sektor i Norge (Røvik 1998).

²⁸ En del av ideen er å få personellet til å oppføre seg i overensstemmelse med organisasjonens regler gjennom at ledelsen utøver kontroll (Strand 2004: 425). Et eksempel på en “vellykket” organisasjonsoppskrift på “beste praksis i bransjen” innenfor ledelse er “Total Quality Management” (TQM) (Strand 2007:301). TQM vektlegger at kontroll med kvaliteten, ut i fra et instrumentelt eller modernistisk syn på organisasjoner, skal bidra til å begrense enkeltindividets egen nytte og egeninteresse (Strand 2004:79).

mål med arbeidet enn å hjelpe brukeren i tråd med hjelpebehovet. Ledelsens ønske om økt kontroll over førstelinjepersonell kan i følge Vike (2004) ses i sammenheng med at man ikke ønsker at profesjonene skal få for mye makt i avgjørelsesprosessen om hvilken type hjelp brukerne skal eller bør ha.

Kvalitetskonseptene som har blitt tatt i bruk innenfor pleie- og omsorgstjenester karakteriseres av omfattende bruk av måling og dokumentasjon for å kvalitetssikre den tjenesten som gis, slik at brukeren skal bli fornøyd, og få den tjenesten han/hun har rett på etter lov om pasientrettigheter og lov om sosiale tjenester (Slagvold 1999). I følge Vabø (2002:10) inngår kvalitetstiltakene i norske kommuner ofte i et mer omfattende moderniseringsarbeid som handler om å få bedre kontroll og innsyn med anvendelsen av knappe ressurser. *Målet* er å skape tydeligere standarder på tjenestene, der konkrete avtaler definerer hva kommunen tilbyr, og hva brukeren har krav på.

Slagvold (1999:109) påpeker at kvalitet gjennom NPM- inspirerte modeller ses på som noe som kan produseres med grunnlag i gitte indikatorer for hva som er bra eller dårlig. På samme måte og gjennom de samme idealer forutsettes det at omsorg kan ”produseres”. Vabø (2002, 2007) har gjort funn som tyder på at yrkesutøverne som befinner seg i hjemmetjenestens primærvirksomhet på forhånd har lite kjennskap til hvilke kvalitetsideer som skal være førende for hjemmetjenesten. Personellets møte med kvalitetsideene skjer etter at de er oversatt til konkrete tiltak og rutiner (Vabø 2002:10). Hun mener derfor at yrkesutøvernes bidrag i denne prosessen er å fylle kvalitetsideene med et konkret innhold som gir mening i forhold til den praktiske hverdagsvirkeligheten.

Vabø (2007), Thorsen (2001) og Thorsen og Wærness (1999) er noen av de som har påpekt at praksisen i kommunale hjemmetjenester karakteriseres nettopp av at yrkesutøverne handler på tvers av de formelle arbeidsbeskrivelsene. Vabø (2007) konkluderer med at personellet i stedet handler i lojalitet til det som de selv opplever som hjemmetjenestens grunnverdier. Funnene peker på at personellet bruker sitt individuelle maktgrunnlag til å utøve en form for omsorgsrasjonalitet²⁹ (Wærness 1984 sitert i Thorsen og Wærness 1999) som står i motsetning eller kontrast til dagens ledende instrumentelle styringslogikk³⁰. Dette er et forhold som forklares på grunnlag av at det stadig settes større krav til hvilke oppgaver førstelinjepersonellet skal utføre, og til hvordan oppgavene skal utføres.

²⁹ For en nærmere beskrivelse av begrepet, se kapittel 3 (teoretisk rammeverk), side 25.

³⁰ En instrumentell styringslogikk vil i denne oppgaven bli sett i sammenheng med innføring av NPM inspirerte styringsideer i hjemmetjenestene på 1980- og 1990-tallet. Videre vil en slik styringslogikk kategoriseres som en del av en effektivitetsdiskurs sett i sammenheng med praksis i kommunale hjemmetjenester. For nærmere diskusjon, se teorikapittel.

2.5 Har norske kommuner et effektivitetsproblem?

Diskusjoner om effektivitet har bredt om seg etter innføringen av NPM inspirerte reformer i offentlig sektor de siste tiårene, og dermed satt nye krav til kvalitet (Rønning 2004). Vike (2004) velger å kalle dette et kapasitetsproblem fordi han mener det i større grad handler om at det offentlige har blitt tilført flere og mer komplekse velferdsoppgaver enn før.

Både Vike (2004) og Rønning (2004) påpeker at det krysspresset som typiske grasrotbyråkrater (bakkebyråkrater) opplever, dreier seg om motstridende forventninger til hvilken type tjenester offentlig pleiepersonell og hjemmehjelpspersonell skal være givere av i praksis. Kapasitetsproblemet i omsorgssektoren setter spørsmålstegn ved hva velferdsstaten faktisk skal yte, hva den kan yte, og til hvilken pris den kan yte (Vike 2004:49). De motstridende forventningene mener Vike (2004) nettopp er et resultat av at velferdsstaten befinner seg i en alvorlig kapasitetskrise. Dagens samfunnsborgere opplever at velferdsstaten må sette grenser for hva brukerne eller borgerne kan få hjelp til (Vike 2004). Man ser eksempler på slik ”grensesetting” i media med jevne mellomrom.

Et nyhetsinnslag på TV2 i november 2010³¹ påpekte eksempelvis at ansatte i hjemmesykepleien i bydelen Østensjø i Oslo bare fikk bruke fem minutter på å hjelpe en bruker på do, og 15 minutter på å dusje en bruker. Beregningen av disse tidspunktene ble oppmålt med håndterminaler som skal registrere hvor lang tid personellet anvender hos hver enkelt bruker. Bruken av håndterminaler er et eksempel på et tiltak for å effektivisere tidsbruken i hjemmetjenestene ved hjelp av *tidsestimering*.

Vike (2004) påpeker at statlige krav og faglige ambisjoner om hvilke behov velferdsstaten skal dekke i praksis, karakteriseres som langt mer omfattende enn det arbeidsgiverne (kommunene) har råd til å betale for i praksis. Dette mener han går ut over den kvaliteten som brukeren eller borgeren *forventer* av tjenesten.

³¹ <http://tv2.no/nyhetene/innenriks/helse/steinar-86-maa-dusje-paa-15-minutter-3353603.html>

Vike (2004:48–49) beskriver dilemmaet til førstelinjeansatte i norske kommuner på følgende måte:

“Kombinasjonen av økende politiske ambisjoner, økonomisk innstramning, sterkere brukerrettigheter, mer intens overvåking av førstelinjetjenestens “produksjon” og brukernes tilfredshet, og endelig desentralisering av overveldende ansvar skaper en særegen dynamikk (...) der velferdsstatens førstelinjeansatte har blitt profesjonenes viktigste gissel. (...) De får utrette langt mindre enn det som pålegges dem, og de ansvarliggjøres for illegitime prioriteringer”(Vike 2004:78).

Det hevdes at førstelinjeansatte i den norske velferdsstaten ikke består av profesjonsgrupper som erobrer for mye makt, men heller at reformbølgene i offentlig sektor de siste årene (for eksempel i form av helseforetaksmodellen og bestiller-utfører modellen i kommunene) har skapt en systemisert form for markedsmodellering der personellet forventes å gjøre mer for mindre, og også forventes å gjøre ting mer rasjonelt (Vike 2004:79). Thorsen mener at den sosiale kontakten med brukeren, som pleie- og omsorgsarbeidere ofte har som motivasjon for å arbeide innenfor slike yrker, har forsvunnet med det økende kravet til effektivitet (2001:52). Også Gullikstad og Rasmussen (2004:37) mener at det økte fokuset på effektivitet har endret forventningene til offentlige helse- og omsorgstjenester.

2.5.1 Hindrer førstelinjeansatte en kapasitetskrise i omsorgssektoren?

Ursin (2005) finner at brukere av hjemmebaserte tjenestetilbud stort sett er fornøyd fordi ansatte i driftsenheten imøtekommer brukernes behov ved å gå ut over det skrevne vedtaket. Dette tyder på at det kan være et misforhold mellom utformingen av vedtaket til brukerne, og mulighetene for å gjennomføre vedtaket i praksis. Også en masteroppgave i helsefag (Solvoll 2009) henviser til en kvalitativ intervjuundersøkelse av pleiere og avdelingsledere som er gjennomført av Vike og Haukelien (2007). Vike og Haukelien (2007) har systemisert dilemmaer som ansatte i pleie- og omsorgstjenestene erfarte i krysspresset mellom kommuneadministrasjonen og førstelinjeansatte. Undersøkelsen viste at pleierne hadde for mye å gjøre, og at kvaliteten ikke ble prioritert. Videre trakk studien frem det at var liten kontroll med betingelsene for kvalitetshåndtering i arbeidet i pleiesektoren og at “en systematisk kvalitet” ville påføre store kostnader for kommunen. Det eksisterte ikke mekanismer som sikret at pasientenes behov for kvalitativt gode tjenester ble innfridd i praksis. Dersom kommuner har knapt med penger og personell, blir det etablert køer av pasienter som ikke får noe tilbud fordi organisasjonen ikke har nok kapasitet. Studien fant, i likhet med Vabø (2007), at det faktum at pleierne strakk seg ut over sitt ansvarsområde gjorde at kommunene unngikk en krise innenfor pleiesektoren.

Også Bakken mfl. (2002) trekker frem at sykepleiere, hjelpepleiere og annet pleiepersonell som kommer nært innpå livet til klienter og brukere, ikke har samvittighet til at brukerne skal "lide unødig". Bakken mfl. (2002) hevder resultatet av en slik utvikling har blitt at velferdsstaten har gjort seg avhengig av arbeidskraft som er villig til å strekke seg ekstra langt for å få endene til å møtes. Thorsen mfl. (2001) og Thorsen og Wærness (1999) og Vabø (2007) konkluderer med at velferdstjenestene karakteriseres av at pleiepersonell strekker seg til sitt ytterste som en konsekvens av nye styringsideer som fordrer effektivitet i pleie- og omsorgstjenestene. Vabø (2007) konkluderer med at "styringsideer inspirert av NPM" fremstår som effektive, ikke fordi de er det, men fordi pleie- og omsorgspersonell får dem til å fremstå som effektive.

2.5.2 Dagens utviklingstrekk i hjemmetjenestene

Ut i fra en Fafo-rapport (2011) fremholdes det at sykepleiere mener at over en tredjedel av de brukerne som i dag får hjemmebasert omsorg burde vært på institusjon i stedet. Sykepleiere opplever at tidspress som følge av mange brukere med omfattende behov, er en faktor som går ut over kvaliteten på de tjenestene som gis til de eldre (Gautun og Hermansen 2011). Rapporten fremholder at dagens satsning på kommunenes tjenesteapparat tar utgangspunkt i at helsetjenestene allerede dekker "den eldre befolkningens" behov.

Rapporten påpeker at mye tyder på at dagens tjenesteapparat er under stort press og lite bygget ut. Når kommunene får tilført penger, så satses det på å bruke penger på å bygge omsorgsboliger og å intensivere bruken av hjemmebasert omsorg ytterligere (Gautun og Hermansen 2011:74). Kommunene prioriterer kommunale hjemmetjenester foran institusjonsplasser (Gautun og Hermansen 2011:75). Videre pekes det på at lokale prioriteringer i stor grad påvirker tjenestetilbudet innenfor hver enkelt kommune (Gautun og Hermansen 2011:76). Det hevdes at kommunenes økonomiske situasjon i stor grad er med på å avgjøre kvaliteten på det tjenestetilbudet som gis til brukerne. Også Haukelien mfl. (2011:17) hevder at norske kommuner sin evne til å strekke til er i ferd med å bli frikoblet fra innbyggernes forventinger til tjenestene. Begrunnelsen er at de statlige garantiene ikke lenger oppleves om reelle og legitime, fordi lovbrudd på tjenesteinnhold ikke får reelle følger i praksis. Kommunene mangler kapasitet og muligheter til å påvirke det omfanget av ansvar som de forventes å ivareta (Haukelien mfl. 2011:13).

2.6 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg gjort rede for de viktigste kontekstuelle forholdene som er relevante i sammenheng med min problemstilling. Først og fremst har jeg redegjort for de ulike yrkesgruppene som oftest arbeider i kommunale hjemmetjenester, og hva som kjennetegner arbeidsmiljøet og arbeidsoppgavene til de ulike yrkesgruppene. Etterfølgende har jeg redegjort for hvordan en kan forstå den spesielle rollen som førstelinjeansatte har i forbindelse med å være tjenestegiverne som er i direkte kontakt med befolkningen eller brukerne av det kommunale tjenestetilbudet. I den andre delen tok jeg for meg bakgrunnen for dagens kommunale tjenestetilbud og hvordan utviklingen mot desentralisering har preget pleie- og omsorgstjenestene. Deretter har jeg tatt for meg hvordan ulike målsetninger om effektivisering av pleie- og omsorgstjenester har vært i fokus i mange kommuner de siste årene. New Public Management (NPM) er her et sentralt utviklingstrekk som det er verdt å merke seg.

I den siste delen diskuterer jeg ressursproblemet som mange kommuner opplever å stå ovenfor med hensyn til å kunne levere et pleie- og omsorgstilbud av god kvalitet. Diskusjonen relateres til dagens utviklingstrekk innenfor kommunale hjemmetjenester. Utviklingstrekkene viser at tjenestetilbudet er under press. Statlige ambisjoner versus kommunale forutsetninger for å kunne gi et hjemmebasert tilbud av god kvalitet diskuteres avslutningsvis. Dette er en underliggende diskusjon som kan knyttes til i hvilken grad norske kommuner faktisk har muligheten til å gi innbyggerne, et tjenestetilbud som er av god kvalitet. For å nå dette målet er det viktig at både politikere, brukere, tjenestegivere og den øvrige norske befolkning har tilnærmet samme oppfatning av hvordan en skal forstå kvalitet i praksis, relatert til kommunale hjemmebaserte tjenester.

Kapittel 3 – Teoretisk rammeverk

I henhold til problemstillingen og forskningsspørsmålene har jeg delt dette kapittelet inn i kategoriserende og forklarende teori. Den kategoriserende teorien *beskriver* det som skal forklares (Gilje og Grimen 1993:106). I den kategoriserende delen vil jeg avklare begreper som har til hensikt å si noe om hvordan kvalitet kan vurderes av personellet i en kommunal hjemmetjeneste. Den forklarende teorien beskriver *det som forklarer* (Gilje og Grimen 1993:106). Det som forklarer er *premissene* eller påstandene som beskriver hvordan personellet, med grunnlag i den beskrivende teorien, forstår kvalitet. I den forklarende delen vil jeg bruke et instrumentelt og to institusjonelle perspektiver som inntak til hvordan en kan forklare førstelinjepersonellets kvalitetsforståelse³².

3.1 Kategoriserende (beskrivende) teori

3.1.1 Avklaring av sentrale begreper

Personellet i den kommunale hjemmetjenesten som studeres består av både administrasjonen på det operative nivået i hjemmetjenesten, og førstelinjepersonellet som er i direkte kontakt med brukerne (Jacobsen og Thorsvik 2007:384). Avdelingssykepleieren i en kommunal hjemmetjeneste kan være et eksempel på administrativt personell på det operative nivået. Oppgavene til avdelingssykepleieren består i veiledning og koordinering av arbeid som forutsetter en spesialisert sykepleierkunnskap. En nær relasjon til førstelinjepersonellet er knyttet til sosiale funksjoner i form av å motivere personalgruppen i arbeidet, og samtidig gi tilbakemeldinger.

Førstelinjepersonellet vil her beskrives som en gruppe individer som er mer eller mindre profesjonaliserte (Heggen 2010:62). Dette fordi hjemmetjenestens førstelinjepersonell ikke har direkte avgjørelsesmyndighet som er knyttet til en fagspesifikk akademisk utdannet yrkesgruppe slik som leger, prester, ingeniører og lektorer (Eckhoff 1967:67).

Førstelinjepersonellet i kommunale hjemmetjenester er sammensatt av flere yrkesgrupper, både med og uten fagrelevant utdanning. Jeg har derfor definert førstelinjepersonellet i hjemmetjenesten som en del av en semiprofesjon (Heggen 2010:62) eller en halvprofesjon (Strand 2007:270). Begrepet *førstelinjetjeneste* vil her sammenfatte både administrasjonen og førstelinjepersonellet (som er i utetjenesten) på det operative nivået.

³² Innholdet i de tre perspektivene vil redegjøres for i den forklarende delen. Perspektiv forstås her som et sett av ideer eller antakelser som ordner de fakta som foreligger etter idealtypiske modeller (Bolman og Deal 2009:35). Teorien er ikke nødvendigvis riktig, men den kan danne utgangspunkt for forventninger og hypoteser.

Kvalitet betyr beskaffenhet eller sammensetning, og kommer fra det latinske ordet *quali* (Aasbrenn 2010:77). Kvalitet defineres her som ”helheten av egenskaper og kjennetegn som et produkt eller en tjeneste har, og som vedrører dens evne til å tilfredsstille visse krav eller behov” (Crosby 1979:14–15)³³. Videre kan kvalitet innenfor kommunal tjenesteproduksjon forstås gjennom begrepet tjenestekvalitet. En slik beskrivelse vektlegger at det er snakk om en offentlig tjeneste (Aasbrenn 2010:78). Kvaliteten på offentlige tjenester kan i følge Aasbrenn (2010) operasjonaliseres til tre grunnleggende spørsmål. Jeg har laget en egendefinert tabell for å vise denne tredelingen:

Kvalitet på offentlige tjenester definert av Aasbrenn (2010:77):		
Hvilken type tjeneste er det snakk om, og hva vurderes?	Hvem skal vurdere kvaliteten på tjenesten?	På hvilket tidspunkt skal tjenestekvaliteten vurderes?
Kommunale hjemmetjenester, her forstått som hjelpebehov som både er relatert til pleie- og omsorgstjenester, og også til praktisk bistand i hjemmet.	Brukeren, førstelinjetjenesten, bestillerkontoret, kommunen, staten, samfunnet, lovverket.	På forhånd i form av gitte standardmål eller indikatorer, på samme tidspunkt som tjenesten gis, eller i etterkant i form av en evaluering?

Tabell 1; Definisjon av kvalitet.

Aasbrenn (2010) fremholder at vurderingen av hvilke kvalitetskriterier som er viktige innenfor offentlige tjenester er mange. Med utgangspunkt i en grunnleggende uenighet om hvordan man skal forstå begrepet har jeg i det følgende kun presentert et utvalg som jeg mener er aktuelt for denne studien.

3.1.2 Operasjonalisering av kvalitetsbegrepet

Rolf Rønning (2004:107) er en av dem som påpeker at kvalitet innenfor pleie- og omsorgstjenester må ses som et resultat av de muligheter og begrensninger som påvirker førstelinjetjenesten. I følge Rønning (2004) vil førstelinjetjenesten påvirkes av ulike tenkemåter eller rasjonaliteter. Et slikt synspunkt er tuftet på at personellet i kommunale hjemmetjenester ofte står ovenfor vanskelige og til dels motstridende mål, som et resultat av den rollen de har som bakkebyråkrater (Lipsky 1980).

³³ Hovedtrekkene i denne definisjonen er å finne i de mest brukte definisjoner av kvalitet innenfor offentlige tjenester. Den siste Kostra publiseringen (SSB 2011) forstår kvalitet på samme måte.

3.1.3 Personellets kvalitetsforståelse

Rønning (2004:158) hevder at *overleveringen* av pleie- og omsorgstjenester modererer organisatoriske forskjeller mellom kommuner. Konklusjonen i en studie som er redegjort for av Rønning (2004) er at det ikke nødvendigvis er valget av organisasjonsløsning, men hvilken tenkemåte eller rasjonalitet som styrer hjelperelasjonen som er avgjørende for om kvaliteten på det hjemmebaserte tjenestetilbudet oppleves av brukerne som god eller mindre god.

Rønning (2004) konkluderte med at det som var avgjørende for den brukeropplevde kvaliteten på tjenestene var i hvilken grad en omsorgstenkning eller en effektivitetstenkning fikk styre hjelperelasjonen.

3.2 Ulike kategorier av kvalitet. Omsorgsdiskurs versus effektivitetsdiskurs

Rønning (2004) beskriver en omsorgsdiskurs og en effektivitetsdiskurs som et resultat av to ulike, sosialt konstruerte forståelser av hva pleie- og omsorgstjenestene ideelt sett skal omfatte i praksis. En diskurs vil her forstås i henhold til Rønning sin beskrivelse; som en bestemt måte å omtale og forstå verden eller et utsnitt av verden på (2004:118). Ved å omtale de to tenkemåtene som diskurser vil Rønning få frem at makt avgjør i hvilken grad den ene eller den andre tenkemåten dominerer (2004:182).

Omsorgsdiskursen tar utgangspunkt i profesjonelle med ulik faglig bakgrunn, som mener at pleie- og omsorgstjenester er praksisrelaterte handlinger som må behandles med grunnlag i sitt særpreg (Rønning 2004). Innenfor en omsorgstankegang ser en hjemmetjenesten som sosial samhandling. Dette innebærer en kombinasjon av følelser og arbeid, og hvordan det er viktig å tilrettelegge tjenestene for brukernes grunnleggende omsorgsbehov. Omsorgstenkning setter faglig trygghet og personlig adferd i høysetet (Rønning 2004:149). Omsorgsdiskursen vil her ses i sammenheng med en erkjennelse av at det kan være vanskeligheter forbundet med å måle kvaliteten på pleie- og omsorgstjenester (Slagvold 1995).

Effektivitetsdiskursen ser på pleie- og omsorgstjenester som en hvilken som helst tjeneste på et marked (Rønning 2004:123). Den vektlegger at offentlig sektor må opptre fornuftig og effektivt i form av å bruke skattebetalernes penger på en formålsrasjonell måte (Rønning 2004). Dette fordi offentlig sektor er ansvarlige ovenfor visse overordnede, samfunnsrelaterte mål som skal være til borgernes beste (Christensen mfl. 2009). Kvalitet definert ut i fra samfunnskontrakten vil i følge Aasbrenn (2010:162) bety at kvaliteten bestemmes ut i fra hva man oppnår på samfunnsnivå, målt i forhold til måldokumenter og formålsparagrafer innenfor den spesifikke virksomheten. Effektivitetstankegangen er i følge Rønning (2004:159–160)

forankret i NPM- reformenes inntog i offentlig sektor³⁴. Dårlig økonomi og mangel på ressurser i mange norske kommuner har gjort et slikt perspektiv fremtredende innenfor pleie- og omsorgstjenestene de siste årene (Rønning 2004).

3.2.1 Vurdering av kvalitet innenfor en omsorgsdiskurs

I følge Wærness (1999:47) omfatter omsorgsbegrepet langt mer enn det vi vanligvis er opptatt av i sosialpolitiske sammenhenger. Hun gjør en distinksjon mellom personlig tjenesteyting og omsorgsarbeid. Forskjellen går ikke på innholdet i arbeidet, men på *hvem* som mottar tjenesten. Hvis mottakeren av tjenesten like gjerne kan gjøre arbeidet selv defineres tjenesten som personlig tjenesteyting. Om tjenesten utføres for en person som enten ikke klarer, eller bare med stor besvær klarer å utføre arbeidet selv, kan tjenesten defineres som omsorgsarbeid. I følge Wærness (1999:48) handler de to definisjonene også om statusforskjeller mellom tjenestegiver og tjenestemottaker. Det er knyttet status til å motta personlig tjenesteyting. I en omsorgsrelasjon derimot, gjør mottakerens (brukerens) hjelpeløshet og avhengighet han/hun til den statusunderlegne.

Å utføre arbeidsoppgaver for brukere som har behov for hjemmetjenester vil innenfor en omsorgsdiskurs ha samme betydning som å drive omsorgsarbeid. Omsorgsarbeid i hjemmetjenesten kan både knyttes til vekst og resultater, men også til vedlikehold eller stillstand (Wærness 1999:51). Omsorgsarbeidet har i noen tilfeller som mål å forbedre tilstanden, mens i andre tilfeller vil målet være å opprettholde et visst funksjonsnivå og/eller unngå forverring. I andre tilfeller kan omsorgsarbeidet knyttes til tilbakegang, der man er klar over at prosessen har et negativt forløp (for eksempel døende pasienter). Denne distinksjonen mellom ulike omsorgsforståelser er viktig i forhold til erkjennelsen av at omsorgsarbeid kan være forskjellig i ulike kontekster, og at innholdet i omsorgsarbeidet kan forandre seg ganske raskt over tid. For å løse konkrete og hverdagslige problemer peker Wærness (1999:55) på viktigheten av å tilegne seg en tenkemåte som er kontekstuell og beskrivende heller enn formell og abstrakt. Denne tenkemåten har sitt grunnlag i det som Wærness (1999) kaller omsorgsrasjonalitet.

Begrepet omsorgsrasjonalitet ble først brukt av Wærness selv i 1981 i sammenheng med at hun presenterte en empirisk studie av norske hjemmehjelpere (Wærness 1999:53). Begrepet ble brukt for å forstå hvorfor hjemmehjelpere ved noen anledninger utførte mer arbeid for klientene enn det de var betalt for. Med grunnlag i at hjemmehjelperne handlet som de gjorde,

³⁴ Kvalitetsideer inspirert av NPM innenfor kommunale hjemmetjenester ble redegjort for i kapittel 2 (kontekst).

mente mange at hjemmehjelperne enten var irrasjonelle eller dumme. Wærness (1999) argumenterte for at dette var en misvisende tolkning, og at det fantes ulike måter å være rasjonell på. I stedet for å se på hjemmehjelperne som irrasjonelle, beskrev Wærness dem som omsorgsrasjonelle.

Å bruke omsorgsrasjonalitet innebærer å forstå kvalitet gjennom personlig kjennskap til brukeren, og en viss evne til innlevelse i den enkeltes situasjon (Wærness 1999:56). Videre innebærer omsorgsrasjonalitet å styrke den omsorgstrengendes evne til å hjelpe seg selv så langt det er mulig, og på samme tid være klar over at hjelpebehovet kan bli større. Wærness (2001) peker på at omsorgsrasjonalitet er en kontekstuell og beskrivende tenkemåte som er kontrasterende til den vitenskapelige, byråkratiske rasjonaliteten som i den senere tid har blitt lagt til grunn for planleggingen og organiseringen av den offentlige omsorgen.

Motstanden mot en “byråkratisk, instrumentell forståelse” av omsorgsarbeid kan oppsummeres i betegnelsen “*wicked problems*” (Vabø 2002:48). Betegnelsen “wicked problems” erkjenner at det kan være vanskelig å definere klare og entydige produksjonsmål innenfor velferdsorganisasjoner som hjemmetjenestene. Dette fordi typiske velferdsorganisasjoner karakteriseres av komplekse og motstridende mål. De skal sørge for både rehabilitering og behandling (cure), lindre og håndtere smerte (care) og samtidig sørge for at virksomheten holder seg innenfor vedtatte budsjetter (core) (Vabø 2002:48). En slik uløselig rollekonflikt er knyttet til personellens spesielle rolle som representanter for organisasjonen ute i førstelinjen (Aasbrenn 2010:117, Vabø 2002:48), og kan dermed knyttes til typiske trekk ved bakkebyråkratene (Lipsky 1980).

Fra omsorgstenkning til effektivitetstenkning. Vabø (2002) påpeker at når samfunnet ikke lenger erkjenner at hjemmetjenesten er karakterisert av “wicked problems”, kan det oppstå problemer med å forstå hvilken kvalitet brukerne kan forvente. En formell og abstrakt forståelse av omsorgsarbeidet forutsetter at kvalitet er lett definerbart/avgrensbart, og derfor lett lar seg løse teknisk³⁵. Markedsorienterte verdier som effektivitet og brukerinnflytelse har i følge Bungum (1994) ført til nye forhandlinger om prioritering av arbeidsoppgaver. I følge Bungum (1994) er ikke den omsorgsrasjonelle forståelsen av arbeidet gyldig lenger. Det er i stedet en formell og abstrakt forståelse av omsorgsarbeid som legger premisene for hvilke oppgaver som oppfattes som viktige og nødvendige (Wærness 1999:55).

³⁵ Vabø (2002:48) setter wicked problems i kontrast til det hun kaller “tamed problems”. Det er ingen tvil om hva et “tamed problem” består i, eller hva som er kriteriene for en god løsning.

Kvalitetsoppfatningen har i følge Slagvold (1999:124) endret seg over tid - fra en omsorgsforståelse, til en forståelse som har blitt mer og mer preget av de teknologiske og instrumentelle sidene ved tjenestekvalitet.

3.2.2 Vurdering av kvalitet innenfor en effektivitetsdiskurs

Kvalitet kan innenfor en effektivitetsdiskurs forstås ut i fra tanken om at organisasjonen skal fungere mest mulig effektivt til sitt formål. Det ligger dermed en grunnleggende vilje til å være prøvende i forhold til *hva* det offentlige skal gjøre, og *hvordan* det skal gjøres (Aasbrenn 2010). At målet nås er viktigere enn *hvordan* målet nås. Effektivitetsdiskursen forutsetter at kommunene kan vurdere (måle) kvalitet gjennom formalisering og bruk av kontrakter, operasjonelle mål, resultatindikatorer og brukerundersøkelser. Tildelingen av hjemmetjenester skal i tråd med reglene om byråkratisk saksgang skje ved enkeltvedtak og kjente kriterier som kan påklages (Rønning 2004). Vedtak om hvilke tjenester brukerne har krav på bestemmes og kontrolleres i de fleste tilfeller av et administrativt nivå i kommunen. Rapportering av aktivitet og dokumentasjon av kvalitetskrav er en del av kvalitetssikringen. I dette ligger det at det grunnleggende sett er "myndighetene" som definerer kvaliteten på de kommunale hjemmetjenestene. Rønning (2004:162) påpeker at vi møter denne tenkemåten ofte i den offentlige debatten om kvalitet innenfor pleie- og omsorgstjenester.

Rønning (2004:161) hevder at den mest relevante formen for konkretisering av effektivitetstenkingen innenfor kommunale hjemmetjenester er bruken av bestiller-utfører modellen (BUM-modellen). BUM-modellen skal sikre at brukerne får den hjelpen de har krav på gjennom lovverket, ved å standardisere hva som skal forstås ved kvalitet innenfor pleie- og omsorgstjenester (Nesheim 2000). En slik standardisering fremmes blant annet av byråkratiske behov for ryddighet og oversikt (Rønning 2004:171). BUM-modellen reduserer skjønnsbruken til personellet i førstelinjen, med grunnlag i at det fører med seg en mer effektiv bruk av ressurser (Rønning 2004:173). Ut i fra tanken om en "fellesskapsstandard" skal hver enkelt ansatt gjøre verken mer eller mindre enn det som står i vedtaket (Rønning 2004:165). En av intensjonene er at personellet skal "slippe" å gjøre mer enn det som er avtalt, og dermed unngå brukere som "utnytter" systemet.

Pleie- og omsorgstjenestene preges av at kvalitet vurderes med utgangspunkt i Aasbrenn (2010) sin definisjon av systemkvalitet³⁶. Systemkvalitet forutsetter at kvaliteten på de

³⁶ Resultatkvalitet og samhandlingskvalitet faller inn under definisjonen av systemkvalitet. Resultatkvalitet dreier seg om hvilken smidighet og effektivitet som ligger til grunn for tjenesteleveransen (Aasbrenn 2010). Samhandlingskvalitet relateres til hvordan personellet utfører arbeidet sitt. Samlet sett kan en si at systemkvaliteten beskriver hvordan gjeldende standarder

innsatsfaktorene som organisasjonen rår over er gode (Aasbrenn 2010:162). Organisasjonens innsatsfaktorer kan sammenfattes i medarbeidernes antall og dyktighet, kvaliteten på digitale og fysiske ressurser, tjeneste- og prosedyrebeskrivelser, samarbeidsavtaler og organisasjonskultur. Hvis kravene som fremmes av *systemet* er innfridd, skal også personellet møte med brukerne – det som Aasbrenn definerer som samhandlingskvalitet – bli mer eller mindre vellykket (2010:50). Dersom personellet samhandling med brukerne forløper slik det både bør og skal, øker også sannsynligheten for at det resultatet brukeren sitter igjen med når tjenestemøtet er over (både i et langtids- og i et korttidsperspektiv), vil være av god kvalitet. Med de rette innsatsfaktorene (input) forventer man at resultatet (output) blir god kvalitet.

Kritikk av en standardisert kvalitetsvurdering. Siden hjemmetjenester karakteriseres av en relativt uklar teknologi med vage og konfliktfylte mål³⁷, har normative målsetninger om kvalitet blitt kritisert (Vabø 2002). Kritikken tar utgangspunkt i man kan ikke anta at målene er klare, og at det er mulig å måle kvaliteten på tjenesten uten problemer (Slagvold 1999). Slagvold (1999) hevder at NPM-inspirerte reformer som har som mål å bedre kvaliteten på hjemmebaserte tjenester har en tosidighet. I tillegg til fokuset på helhetlige tilbud og målbar kvalitet, er tiltakene som iverksettes karakterisert av et byråkrati som gir lite rom for skjønn, fleksibilitet og kontekstuelle vurderinger (Slagvold 1999:110). Det hevdes at sentrale myndighetskrav som kontroll og økte rettighetskrav for brukerne har fått en større plass i hjemmetjenestene enn tidligere (Vabø 2007). Ledelsen ønsker å begrense de ansattes kontroll og grad av skjønnsutøvelse³⁸. Redusering av førstelinjepersonellets skjønnsbruk brukes dermed som et virkemiddel for å effektivisere velferdstjenestene (Djupvik og Eikås 2010). Dette er et forhold som kan ses i sammenheng med de utviklingstrekkene som ble beskrevet i kapittel 2.

etter intensjonen skal fungere. Systemkvaliteten kan også beskrives i form av hvilke ressurser organisasjonen har tilgjengelige “ i dét det banker på døren” (Aasbrenn 2010).

³⁷ Jamfør teorien om bakkebyråkratene, som det redegjøres for i kapittel 2 (kontekst).

³⁸ Teori som tar utgangspunkt i at bakkebyråkrater tar beslutninger til egen fordel faller under paraplyen ”rational choice teorier”. Slike teorier legger stor vekt på individets egen interesse for å forklare hvorfor bakkebyråkratene ikke alltid handler i overensstemmelse med de beslutninger som er tatt av ledelsen (Meyers og Vorsanger 2003:247).

3.2.3 Oppsummering av kvalitetsbegrepet:

Kvaliteten på det hjemmebaserte tjenestetilbudet vurdert med utgangspunkt i:	
Omsorgsdiskursen	Effektivitetsdiskursen
<p>Har fokus på <i>hva</i> som blir gjort og <i>hvordan</i> oppgavene utføres. Kvalitet vurderes gjennom personellens personlige kjennskap til brukernes behov, og gjennom forståelsen av omsorgsarbeid. Kvalitet handler om å kommunisere med menneskene som en del av arbeidet. På hvilken måte personellet skal gi omsorg til brukerne vurderes fra situasjon til situasjon (situasjonsbestemt omsorg). Det er viktig at personellet har muligheten til å være fleksible og utøve faglig skjønn i arbeidet som gjøres ute i felten. Kompetanse og faglig kunnskap om hvilke oppgaver som er viktige å prioritere er av betydning for at kvaliteten på tjenestene skal være god.</p> <p>Kvalitet vurderes gjennom brukernes behov:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personellens erfaring og grad av personlig kjennskap til brukerne - Faglig kunnskap - Flexibilitet i tjenesteleveransen 	<p>Har fokus på at <i>resultatet</i> skal oppleves som rettferdig for brukerne. Kvalitet vurderes som noe målbart med grunnlag i at ledelsen ønsker et resultat som er definert på forhånd. Input ventes å bedre output (resultatet). En rettighetstenkning vurderer kvalitet gjennom formalisering og bruk av kontrakter for å sikre brukerens rettigheter gjennom lovverket. Kontroll og styring av personellens motivasjoner for handling er et nødvendig virkemiddel for at kvaliteten på tjenesten skal vurderes likt etter ”like” behov. Kvaliteten på tjenestene vurderes som avgrensbar. Operasjonelle mål og resultatindikatorer beskriver veien til målet.</p> <p>Kvalitet vurderes gjennom resultatlighet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Brukerens rettigheter - Operasjonelle mål - Avgrensning av tjenesteleveransen

Tabell 2; Omsorgsdiskursen og effektivitetsdiskursen.

De ulike tenkemåtene henviser til ulike oppfatninger eller vurderinger av god kvalitet innenfor hjemmebasert omsorg. Tenkemåtene er blitt kategorisert i en tabell. Hensikten med å sette to kategorier opp mot hverandre i en tabell er oversiktighet. Det kvalitative datamaterialet vil i empirikapittelet “sorteres” og vurderes med utgangspunkt i disse to kategoriene. De tre indikatorene som presenteres nederst i hver av de to kolonnene skal brukes som utgangspunkt for å vurdere om personellens forståelse av kvalitet samsvarer med den ene eller den andre tenkemåten.

Det som karakteriserer den samlede kvalitetsvurderingen innenfor begge tenkemåtene (diskursene) er mange, og kanskje til tider kryssende og motsetningsfylte beskrivelser. Uavhengig av disse ulikhetene forventes det at det overordnede målet med et hjemmebasert tjenestetilbud vil være det samme, uavhengig av hvilken kommune eller hjemmetjeneste det er snakk om (Aasbrenn 2010). Det overordnede målet er at brukeren skal få et tjenestetilbud av god kvalitet. Det er *selve veien til målet* for å få et hjemmebasert tjenestetilbud av god kvalitet som beskrives ved hjelp av de to ulike, kontrasterende tenkemåtene.

Argumentasjonen for hvorfor de ulike beskrivelsene av kvalitet havner i den ene eller den andre kategorien vil basere seg på typologien som vises i tabellen ovenfor. En typologi er en systematisk klassifisering av et spesifikt sosialt fenomen (Layder 2005:73). Hensikten med å kategorisere sosiale fenomener innenfor typologier er ”å tvinge oss selv” til å stille spørsmål rundt de sosiale fenomenene som empiriske data referer til (Layder 2005:73). Indikatorene som presenteres foreslår sammenhenger mellom synlige begreper og ideer, og de funnene som undersøkelsen bygger på. Typologier kan således foreslå forklaringsprinsipper og gi retningen for hvordan en skal knytte samme dataene med utgangspunkt i teori (Layder 2005:74).

3.3 Forklarende teori

I det følgende vil jeg gå nærmere inn på hvilke konkrete forhold som kan være med å forklare den kvalitetsforståelsen personellet legger til grunn når de arbeider i praksis i utetjenesten. Den forklarende teorien representerer tre ulike perspektiver som har til hensikt å si noe om bakgrunnen for hvorfor personellet forstår kvalitet på den ene eller den andre måten.

3.3.1 Hvordan kan en forklare personellens kvalitetsforståelse?

Jeg vil i det følgende bruke et instrumentelt og to institusjonelle perspektiver som utfyllende teorier (Roness 1997) for å presentere ulike forklaringer til hvordan personellet i en kommunal hjemmetjeneste kan forventes å forstå kvalitet. Hensikten med å bruke ulike perspektiver er å få bredest mulig innsikt i hvordan perspektivene i fellesskap kan vise til ulike sider, og dermed forklare ulike funn ut i fra et helhetlig bilde. De to perspektivene representerer hovedtrekk i Christensen mfl. (2009) sin kategorisering av ulike organisasjonsteoretiske perspektiver. I følge Christensen mfl. (2009:199) vektlegger perspektivene ulike, sentrale sider ved offentlige organisasjoner; Mål og verdier, ledelse og styring, reformer og endringer og effekter og implikasjoner av disse. Perspektivene representerer ulike linser for å forstå virksomheten i offentlige organisasjoner. De kan således brukes for å forstå komplekse handlingslogikker (Christensen mfl. 2009:200). I denne sammenhengen har perspektivene til hensikt å presentere ulike forklaringer for hvorfor personellet vurderer kvalitet ut i fra en omsorgsdiskurs eller en effektivitetsdiskurs. Innenfor hvert av de tre perspektivene vil jeg presentere teoretiske forventninger.

3.4 Et instrumentelt perspektiv forklarer personellens forståelse av kvalitet

Det jeg her vil kategorisere som et instrumentelt (strukturelt) perspektiv vektlegger den rollen offentlige organisasjoner har som instrumenter eller verktøy for å nå overordnede samfunnsrelaterte mål (Christensen mfl. 2009:33). Offentlige organisasjoner er spesialisert og samordnet for å nå kollektive mål (Christensen mfl. 2009:99). Organisasjonsmessige mål er de målene som styrer beslutningene til de ansatte i tråd med organisasjonens overordnede mål (Christensen mfl. 2009:99). I en hierarkisk organisasjon er det ledelsen som bestemmer hvilke konkrete midler organisasjonen skal bruke som instrument for å nå mål. I en organisasjon som forhandler om hva som er de konkrete målene vil det være den dominerende maktkoalisjonen som bestemmer hvilke mål som skal nås. Eksempel på en dominerende maktkoalisjon kan være profesjoner, politikere eller regjeringen (Christensen mfl. 2009).

Mål og verdier påvirker kvalitet. Siden en kommunal hjemmetjeneste er en del av kommuneorganisasjonen kan mange trekk ved personellet forklares ut i fra denne rollen. Formelle organisasjoner har en offisiell side som er knyttet til gitte målsetninger gjennom plandokumenter (Christensen mfl. 2009). Kvalitetsforskriften er førende for kommunale hjemmetjenesters arbeid med å nå overordnede, samfunnsrelaterte mål. Personellet er derfor en del av det som omfatter offentlig tjenesteproduksjon i et norsk velferdssystem (Vabø 2007). Rollen til personellet forstås derfor som en del av et offentlig byråkrati som skal løse bestemte oppgaver på vegne av fellesskapet.

Det er organisasjonsstrukturen i hjemmetjenesten som fremmer ”organisasjonens rasjonalitet” gjennom å kontrollere og kanalisere organisasjonsadferden til medlemmene gjennom formalisering av oppgaver (Christensen mfl. 2009). Rollene og adferden til personellet kan knyttes til den posisjonen personellet har i hierarkiet³⁹. Deres rolle som bakkebyråkrater (Lipsky 1980) er dermed sentral. Bakgrunnen for en slik tankegang er at rasjonaliteten eller fornuften er innebygd i strukturer, arbeidsdeling og spesialisering⁴⁰.

³⁹ Spesialisering og arbeidsdeling tar form av stillingsbeskrivelser, prosedyrer, rutiner, protokoller og regler. Et organisasjonskart viser spesialiseringen og samordningen av organisasjonsstrukturen. Organisasjonskartet viser også forholdet mellom posisjoner og underenheter som organisasjonen er satt sammen av, forholdet til større enheter som organisasjonen inngår i, samt også forholdet til andre organisasjoner som hjemmetjenesten eventuelt har forbindelser med (Christensen mfl. 2009).

⁴⁰ Forestillingen om formålsrasjonelle organisasjoner stammer fra Weber (1971) og hans idealtypiske modell av den byråkratiske organisasjonsformen. Ulike hierarkiske nivå er i denne idealtypiske modellen av en organisasjon knyttet til spesialisering av oppgaver. Personellet kan dermed øke sin effektivitet og ytelsesevne gjennom en hensiktsmessig arbeidsdeling og spesialisering (Bolman og Deal 2009:78). Ulikt arbeid eller ulike stillinger legger føringer for atferden til individene ved å angi hva den enkelte skal foreta seg eller ikke foreta seg for og utføre sine oppgaver (Mintzberg 1979).

Organisasjonen forstås som et formalisert nettverk av gjensidig avhengige roller og enheter som er samordnet strukturelt etter formål, teknologi og omgivelser (Bolman og Deal 2009:333). Hensiktsmessige former for samordning og kontroll skal sikre at enkeltpersoner og ulike enheter fungerer godt sammen (Bolman og Deal 2009:73). En passende fordeling av formelle roller og ansvar vil minimalisere personellens personlige påvirkning på organisasjonens overordnede målsetninger, og dermed få organisasjonen til å yte maksimalt. Problemer med ytelseevnen vil skyldes strukturelle mangler som kan rettes opp gjennom omstrukturering (Bolman og Deal 2009:73). En slik tankegang kan kobles til kvalitet forstått gjennom en input – output modell (jamfør effektivitetsdiskursen).

Ledelse og styring påvirker kvalitet. Et instrumentelt perspektiv vektlegger strukturen i organisasjoner. Strukturen er hierarkisk, i et ovenfra-ned perspektiv. Det er ledelsen som styrer og regulerer adferden til personellet gjennom formelle rammer som lover, regler, prosedyrer, formelle stillingsinstruksjoner og visse kriterier for deltagelse (Christensen mfl. 2009:37). Det er viktig at organisasjonen utformes slik at den er tilpasset både mål, teknologi og miljø. Styring skjer gjennom at de formelle rammene (sentrale føringer og lovverk) kanalisere adferd og handlinger (Christensen mfl. 2009: 122–123). Personellens personlige preferanser og omgivelsespress utenfra skal kontrolleres av ledelsen.

Den “rasjonaliteten” som kanaliseres fra ledelsen i organisasjonen for å oppnå målsetningene på en mest mulig hensiktsmessig måte, vil her forstås som begrenset rasjonalitet (Simon 1997:88). I følge Simon (1997:93) har ikke mennesker mulighet til å forutse alle konsekvenser av de beslutningene de tar. Selv om menneskets intensjon er å ha full oversikt over konsekvensene av beslutningstaking, hevder Simon (1997:88) at resultatet av beslutningen som tas i praksis er begrenset rasjonell. Beslutningsprosesser er dermed alltid basert på et forenklet bilde av verden (March og Simon 1958 sitert i Bolman og Deal 2009: 52–53). Individuer og organisasjoner vil tilfredsstillere snarere enn å nyttemaksimere. Organisasjonen ser derfor etter det som oppleves som godt nok, og ikke det som er best mulig. Fordi ressursene i form av tid, oppmerksomhet og penger er knappe, er det alltid konflikt mellom enkeltindivider og grupper (March og Simon 1958 sitert i Bolman og Deal 2009:52). Ut i fra en slik tankegang møter og løser organisasjonsmedlemmer problemer i en kontekst av begrenset informasjon og kapasitet (Bolman og Deal 2009:75).

Organisasjonens innsatsfaktorer påvirker kvalitet. Sentrale elementer i teori som forstår organisasjoner som rasjonelle og funksjonelle organisasjoner er effektivitet, internkontroll av

produksjonsmidlene og økonomiske resultater (Bolman og Deal 2009:331). En slik tenkning har røtter i Scientific Management-tradisjonen og dens syn på ledelse av produksjonsorganisasjoner⁴¹ (Christensen mfl. 2009:34). Organisasjonens innsatsfaktorer handler om de ressursene som organisasjonen har tilgjengelig (jamfør effektivitetsdiskursen). Organisasjonens innsatsfaktorer kan knyttes til Aasbrenn (2010) sin definisjon av systemkvalitet⁴². Organiseringen av personellens arbeid, og i hvilken grad organisasjonen har oversiktlige rutiner og klare ansvarsforhold kommer inn under begrepet systemkvalitet (Aasbrenn 2010). Systemkvalitet handler grunnleggende sett om hvilke egenskaper ved kommunale hjemmetjenester som anses som spesielt viktige for brukerne av tjenestene. Det er derfor snakk om hva som er selve innholdet i tjenesteleveransen (Aasbrenn 2010).

3.4.1 Implikasjoner og effekter av et instrumentelt perspektiv

Mål og verdier påvirker personellens forståelse av kvalitet. Hvilken organisasjonsform hjemmetjenesten har tatt i bruk forventes å påvirke personellens forståelse av kvalitet. Innenfor et instrumentelt perspektiv vil personellet forventes å forstå kvalitet gjennom de overordnede målsetningene som kommunale hjemmetjenester arbeider etter (Bolman og Deal 2009:73). Sterk byråkratisk kontroll vil forventes å redusere skjønnsutøvelsen. Det er vedtaket som er fattet av administrasjonen i kommunen som bestemmer kvaliteten på de kommunale hjemmetjenestene. Formaliseringen inkluderer og utelukker vedtak om hjemmetjenester og hvilke tjenester brukerne har krav på og ikke krav på⁴³. Personellet forventes å forstå kvalitet gjennom lover, regler og prosedyrer for kvalitetsarbeid. Formalisering kan ha positive konsekvenser dersom arbeidstakernes og organisasjonens mål er de samme. Formalisering kan da redusere rollekonflikt og øke effektiviteten fordi det da ikke er noen rolletvetydighet (Bolman og Deal 2009:211).

Ledelse og styring påvirker personellens forståelse av kvalitet. Det forventes at tanken om begrenset rasjonalitet forklarer kommunens hensikt ved å organisere hjemmetjenesten ut i fra den kunnskap som eksisterer på området (Christensen mfl. 2009:33). Videre forventes ledelsen å kontrollere hva personellet foretar seg. Kontroll utøves gjennom regler og prosedyrer som de ansatte må innrette seg etter (Christensen mfl. 2009).

⁴¹ Denne tradisjonen la vekt på å finne frem til effektive arbeidsteknikker og organisasjonsformer for typiske produksjonsfabrikker (Strand 2007).

⁴² Jamfør effektivitetsdiskursen i den beskrivende teorien. Strukturelle forhold som organisasjonens økonomiske rammebetingelser og personellens kompetanse og utdanning er også en viktig del av det som Kostra (kommune stat rapportering) definerer under systemkvalitet (SSB 2011).

⁴³ Formalisering vil her omfatte ulike lover og regler som virksomheten må følge. Formalisering omfatter også hvordan reglene og prosedyrene tolkes i ulike kontekster lokalt.

Organisasjonens innsatsfaktorer påvirker personellens forståelse av kvalitet. Personellet forventes å vurdere kvalitet gjennom beskrivelsen av systemkvalitet (Jamfør effektivitetsdiskursen). Hvis systemkvaliteten – i form av organisasjonens innstasfaktorer – er tilfredsstillende, så skal hjemmetjenestene i teorien ha gode forutsetninger for å levere god tjenestekvalitet (Aasbrenn 2010). Personellens møte med brukerne skal dermed bli mer eller mindre ”vellykkede”. Motsatt vil dårlig systemkvalitet – i form av en dårlig tilpasset organisasjon – forventes å føre til dårligere kvalitet.

Forventinger til personellens kvalitetsvurdering. Variabler eller trekk som er knyttet til et instrumentelt perspektiv vil forventes å påvirke hvordan personeller vurderer kvalitet. Når personellens handlinger er knyttet til/kan forklares på bakgrunn av et instrumentelt perspektiv, forventes personellens vurdering av kvalitet påvirket av en effektivitetsdiskurs.

3.5 En institusjonell tilnærming av kvalitetsforståelsen

En kommunal hjemmetjeneste kan ikke bare forstås instrumentelt, som et verktøy til å oppnå visse samfunnsrelaterte mål. Vabø (2007:31) vektlegger at typiske velferdsprofesjonelle arbeidsorganisasjoner ikke er verdinøytrale. De må derfor kategoriseres som noe annet enn bare regelforvaltning og produksjon. Dette fordi arbeid i velferdstjenester er et menneskeorientert og kommunikativt arbeid. Kommunale hjemmetjenester kan i følge Vabø (2007:8) kategoriseres som arbeidsorganisasjoner der velferdspolitikken skapes i praksis. En slik forståelse tydeliggjør at kommunale hjemmetjenester byr på andre utfordringer enn rene forvaltnings- og produksjonsoppgaver (Vabø 2007:31).

Institusjonelle tilnærminger forstår organisasjoner på bakgrunn av institusjonelle trekk. Det vil si at organisasjoner utvikler uformelle normer og verdier i tillegg til de formelle normene, som dermed kan knyttes til de strukturelle sidene (Christensen mfl. 2009:52). Det betyr at uformelle mål påvirker personellens handlinger. Organisasjonens uformelle normer brukes som “regler” for handlingsmuligheter, og kan dermed påvirke personellens vurdering av kvalitet. Institusjonen betyr noe for hvordan personellet handler, fordi den har en verdi i seg selv for personalgruppen som jobber i hjemmetjenesten.

Uformelle regler for handlingsmuligheter kan for det første handle om organisasjonens historie (Christensen mfl. 2009). Historien kan føre til ineffektivitet og motstand mot reformer, fordi personellet ønsker å gjøre ting slik de er vant med. For det andre kan det handle om tillitsforholdet personellet imellom, eller mellom brukere og personell. Det kan

også handle om organisasjonens hukommelse i forhold til hva som er “vanlig å gjøre” i hjemmetjenesten. Personellet vurderer kvalitet gjennom uformelle normer og verdier som ikke nødvendigvis samstemmer med hjemmetjenestens overordnede målsetninger om å skape god kvalitet. I henhold til Christensen mfl. (2009) har jeg delt den institusjonelle tilnærmingen inn i en del som tar sikte på å forklare kvalitetsforståelsen (vurderingen) til personellet ut i fra *kulturelle trekk*, og en del som tar sikte på å forklare personellets kvalitetsforståelse ut i fra *trekk ved omgivelsene*.

3.5.1 Et kulturelt perspektiv forklarer personellens forståelse av kvalitet

Et kulturelt perspektiv vektlegger at hjemmetjenesten har egne institusjonelle regler, verdier og normer som legger føringer for hvordan organisasjonsmedlemmene handler (Christensen mfl. 2009:13). En kommunal hjemmetjeneste er et møtested for personer som har blitt sosialisert gjennom utdanningsinstitusjoner, og som dermed har fått overført profesjonsnormer⁴⁴ (Djupvik og Eikås 2010). Det kulturelle forventes delvis å være et resultat av den typen personell hjemmetjenesten rekrutterer til organisasjonen. Denne teorien står i en klar kontrast til Webers teori der den byråkratiske organisasjonen forventes å ha evne til å omdanne de nyrekrutterte i sitt eget bilde.

Innenfor et kulturelt perspektiv kan uformelle normer forstås gjennom fenomenet organisasjonskultur, her definert som “*noe som sitter i veggene og som de ansatte kan sosialiseres inn i etter en viss tid i institusjonen*” (Christensen mfl. 2009:53).

Organisasjonskulturen i en kommunal hjemmetjeneste vil her forstås på bakgrunn av hvordan organisasjonen har utviklet seg evolusjonært over tid og gradvis tilpasset seg indre og ytre press (Christensen mfl. 2009:59). Innenfor et kulturelt perspektiv kan *indre press* som personellet i hjemmetjenesten stilles ovenfor forstås på grunnlag av uformelle normer og verdier som organisasjonsmedlemmene bringer med seg inn i hjemmetjenesten og gjør relevante der (Wærnes 1990 sitert i Christensen mfl. 2009:59). Dette kan gjelde sosial bakgrunn, eller uformelle normer og verdier fra en bestemt utdanning eller profesjon. Organisasjonskulturen i en kommunal hjemmetjeneste kan altså utvikles på bakgrunn av uformelle normer fra den sosiale bakgrunnen til den enkelte.

⁴⁴ Det er etableringen av det som kan kategoriseres som en vitenskapelig kunnskapsbase for profesjonelt arbeid blir sett på som det som legitimerer en profesjon, men også det som utvikler kvaliteten på det profesjonelle arbeidet (Eckhoff 1967). Den “kunnskapsbasen” som de ulike yrkesgruppene handler med grunnlag i, er det som utgjør kommunale hjemmetjenesters profesjonelle grunnlag.

Den rollen som personellet i hjemmetjenesten har kan innenfor et kulturelt perspektiv forstås på bakgrunn av en *passende logikk* (March og Olsen 1989) og fenomenet *taus kunnskap*. Logikken om passende adferd tar utgangspunkt i at individer ikke nødvendigvis handler instrumentelt når beslutninger tas (Christensen mfl. 2009:54). Individer handler i stedet i tråd med det som er rimelig eller passende adferd innenfor den organisasjonskulturen de er en del av. En logikk om hva som er passende er tett knyttet til fenomenet identitet (Jacobsen og Thorsvik 2007:285). Identiteten til de ansatte utvikles gjennom sosialiseringprosesser hvor personellet over tid kan forme en felles opplevelse av et kollektivt ”vi” som jobber for å realisere samme mål, og definere sine roller og relasjoner til hverandre (Christensen mfl. 2009:57).

Taus kunnskap vil her forstås som ”ting som personellet bare vet” fordi de har observert og lært av andres utførelse (Jacobsen og Thorsvik 2007:327). Den enkelte reflekterer sjelden bevisst over at man har slik kunnskap. Denne kunnskapen utvikles i følge Heggen (2010:63–65) gjennom at erfaring påvirker læring som tilegnes gjennom praksis (erfaringslæring). Læring blir her farget av konteksten der kunnskapsoverføringen skjer. Taus kunnskap kan også forstås som kunnskap personellet utvikler over tid, gjennom sosialisering fra utdanningsinstitusjonene og livets skole (Jacobsen og Thorsvik 2007:327).

Logikken om hva som er kulturelt passende i en kommunal hjemmetjeneste, og hvordan taus kunnskap utvikles i arbeidsrelasjoner, kan knyttes til teori om profesjonsbyråkratiet⁴⁵ (Mintzberg 1983). Innenfor profesjonsbyråkratiet er beslutningsmyndighet delegert til personellet i faglige spørsmål. Byråkratiet er desentralisert (Jacobsen og Thorsvik 2007:90). Desentralisering skal sikre et godt faglig arbeid og en raskere problemløsning. Ulempene er at det kan oppstå konflikter og rivalisering mellom ulike faggrupper som kan føre til samarbeids- og styringsproblemer for ledelsen i organisasjonen. Det er typisk for profesjonsbyråkratiet at personellens vurdering av mål og midler ikke samsvarer med organisasjonens og ledelsens vurdering. Typisk er striden mellom hjelpepleiere, sykepleiere og leger. Økonomistyring kan også være vanskelig, fordi profesjonelle setter faglige standarder foran økonomiske begrensninger. Denne typen organisasjoner vil dermed ha problemer med å kontrollere sine kostnader (Jacobsen og Thorsvik 2007:91).

⁴⁵ ”Profesjonsbyråkratiet” er en typologisering av en idealtypisk organisasjon, utviklet som en del av Mintzberg (1983) sin inndeling ”Structure in fives”. Idealtyper kan være nyttige redskaper å kontrastere mot virkeligheten.

3.5.2 Implikasjoner og effekter av et kulturelt perspektiv

Det forventes at en organisasjonskultur som er utviklet over tid opererer i underbevisstheden til personellet i hjemmetjenesten. Innenfor en hjemmetjeneste kan det forventes å finnes konkurrerende definisjoner av hva som er en kulturelt passende atferd, og hvilken type taus kunnskap som utvikles. Profesjonsutøvernes syn er her en klar faktor som forventes å virke inn på tjenesteytingen som er rettet mot brukerne. Egne mestringsstrategier og tolkning av mål knyttes til den faglige bakgrunnen og den personlige sosialiseringprosessen til hver enkelt ansatt. Videre vil det forventes at den faglige forankringen som hver enkelt ansatt har vil være med å styre hvilke valg de tar. Ut i fra en kulturell, passende logikk kan det forventes at personellet bruker den innsikten de har innenfor sitt bestemte område eller bestemte yrkesgruppe. De har tro på at nettopp denne innsikten er betydningsfull for den samlede vitenskapen som finnes innefor hjemmetjenestens blandede yrkesgruppe (Eckhoff 1967:70). Det betyr at hvis de ansatte i en hjemmetjeneste har en svak, faglig forankring, vil dette bidra til å redusere forventningen om at de utfører tjenester på grunnlag av en gitt kunnskapsbase. Motsatt vil et høyt kunnskapsgrunnlag øke forventningene til at beslutningene tas på grunnlag av faglige vurderinger (Eckhoff 1967).

I tråd med teori som beskriver bakkebyråkraten (Lipsky 1980 i Hill og Hupe 2009:52) forventes det at personellet utvikler egne "coping mechanisms" for å bevare det som de selv ser på som en god utførelse av tjenesten. Et slikt perspektiv er også fremtredende i beskrivelsen av omsorgsdiskursen. Både profesjonelle og personlige normer forventes å virke inn på personellens oppfatning av god tjenesteutførelse. Påvirkning fra individuelle demografiske trekk som eksempelvis alder, tjenestetid, utdanning, kjønn, yrkeserfaring, (samt etnisk og geografisk bakgrunn knyttet til ulike grupper eller kollektiver) forventes å være med på å utvikle personellens uformelle normer innenfor et kulturelt perspektiv (Christensen mfl. 2009:67).

Videre forventes det at profesjonelle normer står i konflikt med den praktiserte tjenesteytingen i hjemmetjenesten. Det forventes at personellet "tvinges" til å utføre forenklinger av arbeidsoppgavene slik de opprinnelig er tenkt (Lipsky 1980). Dette forventes å skape konflikt mellom ledelsen og personellet. De overordnede målene til organisasjonen kan oppfattes som illegitime fra personellens side, fordi det ikke tas hensyn til personlige, sosiale og faglige normer i vurderingen av kvalitet (jamfør omsorgsdiskursen). Denne spenningen kan forventes å påvirke hvilke grunnleggende normer som er styrende for kvalitetsforståelsen.

Forventninger til personellens kvalitetsvurdering. Variabler og trekk som er knyttet til et kulturelt perspektiv vil forventes å påvirke vurderingen av kvalitet. Når personellet handlinger er knyttet til/kan forklares på bakgrunn av kultur, forventes det at vurderingen av kvalitet påvirkes av en omsorgsdiskurs.

3.5.3 Et omgivelsesperspektiv forklarer personellens forståelse av kvalitet

Et institusjonelt perspektiv kan også knyttes til at organisasjonens omgivelser er med på å påvirke hvordan en kommunal hjemmetjeneste bør organiseres for å løse de oppgavene den skal løse. Christensen mfl. (2009) definerer et omgivelsesperspektiv som et myteperspektiv⁴⁶. Et omgivelsesperspektiv vektlegger at en kommunal hjemmetjeneste ikke kan lukke seg helt mot hendelser og krefter i omgivelsene (Bolman og Deal 2009:331). Strukturer og prosesser må gjenspeile utbredte myter og forventninger fra organisasjonens ytre omgivelser.

Ny-institusjonalismen (March og Olsen 1984) kan kategoriseres som et perspektiv som henter forklaringer på personelles handlinger fra organisasjonens omgivelser⁴⁷. En alternativ tolkning innenfor ny-institusjonalismen er at organisasjoner transformerer og tolker oppskrifter⁴⁸ (Røvik 1998). Oppskriftene kan i følge Christensen mfl. (2009:81) sammenlignes med halvfabrikata som må ferdigstilles lokalt i den enkelte organisasjon. Organisasjonene tolker konseptene og finner frem til løsninger og lokale tilpasninger for hvordan oppskriftene skal ”skjøtes sammen”.

En beskrivelse av NPM-inspirerte ideer innenfor et myte- eller omgivelsesperspektiv tar utgangspunkt i at man fritt kan ”shoppe” fra en handlekurv med politiske verktøy (Røvik 1998). Tanken er at det skal være mulig å plukke ut ønskelige og anvendbare politiske verktøy fra en universell NPM-verktøykasse, og deretter innpasse disse verktøyene etter egne lokale, kontekstuelle forhold (Hood 1995). Innenfor en slik tankegang blir de kvalitetsideene som i

⁴⁶ Myter defineres i følge Christensen mfl. (2009:75) som “sosialt skapte normer i institusjoners omgivelser”.

⁴⁷ En klassisk tilnærming innenfor “nyinstitusjonelle organisasjonstilnærminger” er at organisasjonsmodeller representerer symboler, eller et ytre fenniss som skal gi legitimitet i omgivelsene. Organisasjonsmodellene gir derimot ikke noen reelle, instrumentelle effekter for organisasjonen. Organisasjonsmodellene fungerer i stedet som utstillingsvinduer (Christensen mfl. 2009:76). I slike tilfeller forutsettes det en dekopling mellom organisasjonens standard og praksis. Fordi en slik tolkning er lite empirisk dokumentert har det mottatt kritikk (Røvik 1992).

⁴⁸ Kunnskapsoverføring er et resultat av kontekstualisering eller dekontekstualisering. Kontekstualisering vil si at en organisasjonsoppskrift kan opptre som et virus som spres raskt i omgivelsene når den forsøkes tas inn i, og tas i bruk av organisasjoner (Røvik 1998). Virusteori beskriver hvordan oppskriftene spres i forhold til hvor mottakelige omgivelsene er for oppskriftene. Virusteori handler således om hva ideene og oppskriftene kan gjøre med organisasjonene. Dekontekstualisering (translasjonsteori) vektlegger i stedet hva organisasjonene kan gjøre med oppskriftene. Translasjonsteori beskriver både kunnskapsoverføringen (dekontekstualiseringen) og bruken av denne kunnskapsoverføringen en lokal kontekst (Røvik 1998).

løpet av de siste årene har vært dominerende i hjemmetjenestene sett på som ideer som resulterer fra omgivelsespress⁴⁹.

“With the so-called “quality assurance” way of thinking also becoming a dominant trend in the health and welfare sector, it also seems clear that it is the planning perspective, which has the dominant influence on how these services become organized” (Slagsvold 1999 sitert i Wærness 2001:6).

Ulike kvalitetsideer har dominert organiseringen av helse- og velferdssektoren de siste årene (jamfør kapittel 2). Brukernes krav til kvalitet kan således forklares ut i fra den samfunnsutviklingen man har hatt med hensyn til å fokusere mer og mer på rettighetstenkning (Aasbrenn 2010). Denne utviklingen kan knyttes til kvalitet vurdert gjennom en effektivitetsdiskurs. Spesialisering og samordning av tjenester har også påvirket utviklingen av velferdstjenestene de siste årene, blant annet gjennom samhandlingsreformen som etter planen skal tre i kraft i 2012.

Omgivelsesperspektivet forklarer personellens kvalitetsforståelse på grunnlag av de forventningene som samfunnets borgere har til kvalitet i de kommunale hjemmetjenestene. Kvalitetsrettet arbeid innenfor offentlig tjenesteyting har i senere tid fått svært mye oppmerksomhet (Aasbrenn 2010:140). Jakten på brukerorientering og kvalitet har i løpet av de siste årene blitt en viktig del av offentlig sektors hverdag (Aasbrenn:2010:145). En dominerende tenkemåte er i følge Aasbrenn (2010:49) at dersom “systemkvaliteten” eller organisasjonens innsatsfaktorer⁵⁰ (jamfør instrumentelt perspektiv) er tilfredsstillende eller i tråd med kravene til god kvalitet, så skal tjenesten i praksis være godt tilrettelagt for at møtene med brukerne skal blir ”vellykkede”. Denne tenkemåten setter fokus på at det er viktig at det er en sammenheng mellom kvaliteten på tjenestetilbudet på den ene siden, og kvaliteten på personellens “samhandling” med brukerne og det resultatet som denne kombinasjonen gir på den andre siden (Aasbrenn 2010).

3.5.4 Implikasjoner og effekter av et omgivelsesperspektiv

Det statlige og kommunale arbeidet med forbedring av tjenestekvalitet karakteriseres av stor aktivitet og stor bredde (Aasbrenn 2010). Innenfor et omgivelsesperspektiv forventes målrealisering i hjemmetjenesten å være et resultat av ulike påvirkningsfaktorer eller syn på hva som er viktigst i en større kontekst. Organisasjonsoppskrifter fra omgivelsene forventes å bli tolket av personellet i en lokal kontekst. *Ytre press* på personellet i forhold til hvordan de

⁴⁹ Eksempel på slike kvalitetsideer er nærmere redegjort for i kapittel 2 (kontekst).

⁵⁰ Begrepet viser til systemet eller designet som er valgt for å kunne gi brukerne et tjenestetilbud av god kvalitet, men også hvilke ressurser og rutiner som legger grunnlaget for at denne løsningen anses som den beste.

skal forstå kvalitet forventes å være et resultat av det handlingsmiljøet som en kommunal hjemmetjeneste er en del av (Wærnes 1990 sitert i Christensen mfl. 2009:59). Personellet kan på grunnlag av påvirkning fra omgivelsene utvikle egne forståelser eller oppfatninger av hva de vurderer som god tjenestekvalitet. Kvalitet forventes også her som å vurderes som på grunnlag av personellens egne ”coping mechanisms”, utviklet for å takle de utfordringene som er knyttet til motstridende krav og interesser fra omgivelsene (Lipsky 1980). Personell i velferdsorganisasjoner kan eksempelvis tolke de målene som retter seg mot brukerne sine ønsker og behov annerledes enn samfunnet og politikerne (Djupvik og Eikås 2010:88).

Aktører i omgivelsene som hjemmetjenesten samhandler mye med eller er særlig avhengige forventes å være drivkrefter for kvalitetsarbeidet i kommunen (Aasbrenn 2010). Dette kan enten gjelde tilførsel av ressurser for hjemmetjenestene som gis til brukerne, eller behov for hjelpemidler i sammenheng med tjenesteleveransen. Hva ulike aktører i omgivelsene foretar forventes å ha betydning for de institusjonelle trekkene som hjemmetjenestens personell utvikler i sin kontekst.

Forventningen vil være at ”karakteren” på brukernes møte med det kommunale tjenestetilbudet blir gitt på grunnlag av foreløpige forestillinger brukeren har om kvaliteten på tjenesten. Kvaliteten på tjenesten forventes å bli vurdert på grunnlag av de tidligere møter med hjemmetjenesten (tillit) og statlige krav til tjenestetilbudet. Borgernes (samfunnets) forventninger til hvordan velferdstjenestene bør være utformet forventes også å påvirke personellens arbeid og relasjoner til brukerne i førstelinjen. I denne konteksten representerer målformuleringene fra sentralt hold presiseringer av hvordan tjenestene bør utformes av personellet på lokalt nivå. Forventningen vil derfor være at samfunnets borgere krever den kvalitetsstandard som staten legger føringer for. Det er førstelinjepersonellet som stilles ovenfor ”et krav” om å møte disse forventningene i praksis.

Forventninger til personellens kvalitetsvurdering. Forventningen er at når personellet sine handlinger er påvirket av omgivelsene, så vurderes kvalitet hovedsakelig ut i fra en effektivitetsdiskurs. Utviklingen de siste årene viser at ideer om hvordan man skal få tilrettelagt for best mulig kvalitet på pleie- og omsorgstjenester har fokusert på effektivisering. I kapittel 2 (kontekst) er det redegjort for denne utviklingen. Det er imidlertid også tydelige spor av omsorgsdiskursen i de utvalgte styringsdokumentene (kvalitetsforskriften). Der forventes det at man skal klare begge deler.

3.6 Oppsummering av perspektivene

Perspektiver som skal forklare personellets kvalitetsforståelse:		
Et instrumentelt perspektiv	Et kulturelt perspektiv	Et omgivelsesperspektiv
<p>Personellet forventes å vurdere kvalitet på grunnlag av en effektivitetsdiskurs. Kvalitet vurderes i tråd med de overordnede målene i kvalitetsforskriften. Arbeidsbeskrivelsen inkluderer og utelukker hvilke arbeidsoppgaver personellet vurderer som nødvendige å utføre for brukerne. Personellet handler i tråd med ledelsens føringer (lover og regler). Organisasjonens innsatsfaktorer i form av tilgjengelige ressurser (økonomi) og personellens kompetanse (utdannelse) forklarer i hvilken grad kvaliteten blir god eller ikke. Hvis personellet handler i tråd med organisasjonens overordnede målsetninger for å skape god kvalitet, forventes den brukeropplevde kvaliteten å være tilfredsstillende.</p>	<p>Personellet forventes å vurdere kvalitet på grunnlag av en omsorgsdiskurs. Kulturen i hjemmetjenesten (gjennom en passende logikk og taus kunnskap) forklarer hvordan personellet løser arbeidsoppgavene. Personlige og kulturelle normer som er utviklet over tid bestemmer hvordan personellet vurderer og løser arbeidsoppgavene. Profesjonsutøvernes egne normer for hva som anses som god kvalitet er med på å påvirke hvordan arbeidsoppgavene utføres og vurderes i førstelinjen. Egenskaper ved personellet kan bidra til å forklare om brukerne opplever kvaliteten som god eller ikke.</p>	<p>Omgivelsenes vurderinger av kvalitet forventes vurdert ut i fra effektivitetstankegang. Personellet forventes å vurdere kvalitet i tråd med omgivelsenes ”krav” til god tjenestekvalitet. Vurderingen av god kvalitet forventes påvirket av dominerende trender og syn på hva som er viktigst for god kvalitet for samfunnets borgere, med grunnlag i disse dominerende trendene. Politiske strømninger og budskap, eksempelvis lønninger, samfunnskontrakter og målformuleringer vil her forventes å spille en rolle (effektivitet og NPM tenkning).</p>

Tabell 3; Et instrumentelt perspektiv, et kulturelt perspektiv og et omgivelsesperspektiv.

Tabellen viser hovedtrekk innenfor hvert av de tre perspektivene som utgjør de samlede forventningene. Ulike vurderinger av kvalitet vil forventes å kunne forklares på bakgrunn av de ulike perspektivene. Det er grunn til å påpeke at en del av hovedtrekkene glir over i hverandre, og kan være representert i flere perspektiver. Dette er grunnen til at jeg har valgt å bruke perspektivene som utfyllende teorier.

Kapittel 4 - Metodisk tilnærming

Å gjøre rede for den metodiske tilnærmingen handler i følge Yin om å begrunne de valgene man har tatt i den vitenskapelige undersøkelsen (1989:29). Vurderingen av om metoden og datagrunnlaget er av god nok kvalitet til å svare på problemstillingen er en viktig del av en vitenskapelig studie. Den metoden som er valgt skal kunne kritiseres og evalueres av andre forskere. “ (...) *even more important than choosing a good method is being careful to record and report whatever method was used and all the information necessary for someone else to apply it*” (King mfl. 1994:23).

Det er valget av studieobjekt (personellet i den kommunale hjemmetjenesten) som med grunnlag i forskningsspørsmålene avgjør hvilke teknikker som egner seg best for å svare på problemstillingen. Jeg har i mitt tilfelle brukt metodene kvalitativt intervju og spørreundersøkelse som grunnleggende innsamlingsmetoder for å få informasjon fra primærkildene (respondentene). En respondent defineres her som en person som svarer på spørsmål i kvalitative intervju eller strukturert utspørring (Grønmo 2007:423). Både spørreundersøkelsen og de kvalitative intervjuene bygger på personellets egne erfaringer med arbeid i en kommunal hjemmetjeneste, relatert til temaet kvalitet. I tillegg har jeg brukt kvalitativ dokumentanalyse⁵¹ (Halvorsen 2008:213–214) i noen grad for å gjøre bildet mer komplett. Ved å bruke flere metoder samtidig (metodetriangulering) oppnår man som regel et bedre forskningsmessig resultat (Grønmo 2007:57).

4.1 Casestudie som metodisk innfallsvinkel

Siden kildene som er blitt brukt til å hente ut informasjon til denne undersøkelsen samlet sett består av relativt få enheter, vil jeg karakterisere dette som en casestudie. Jeg vil her definere en casestudie i henhold til Yin (1989:23) (fritt oversatt). “*En casestudie kan forstås som en empirisk undersøkelse som undersøker et fenomen i nåtiden innenfor sin reelle kontekst, der grensene mellom fenomenet og konteksten ikke er klare, og der man bruker flere kilder for å samle inn data*”. I mitt tilfelle har jeg valgt ut en offentlig organisasjon som er en del kommuneforvaltningen, som igjen er en del av offentlig sektor i Norge.

Casestudien undersøker situasjoner der forholdene som studeres ikke har noen klare eller entydige utfall (Yin 1989:25). Casestudier forsøker å forklare årsakssammenhenger i virkelige hendelser som er for komplekse til å forklares ved hjelp av andre metoder (Yin 1989). Yin

⁵¹ Denne metoden er brukt for å belyse noen utvalgte, offentlige styringsdokumenter, relatert til problemstillingen. Metoden er brukt i såpass liten grad at jeg ikke vil diskutere den spesifikt i dette metodekapittelet.

(1989) påpeker at innenfor casestudier er spørreord som hvorfor og hvordan spesielt passende for problemstillingen. Målet er å utvikle en helhetlig forståelse av kontekstuelle forhold innenfor de enhetene som studeres (Grønmo 2007:90). Dette er også en del av formålet med kvalitative analyser generelt (Grønmo 2007:385).

Denne casestudien har startet induktivt med utgangspunkt i empiri (Andersen 2008:17). Hypoteser og teoretisk relevans har utviklet seg underveis i prosessen. Jeg har derfor tatt i bruk det som Layder (2005:1) kaller “adaptive theory”. I følge Layder (2005) innebærer en slik tilnærming at en kombinerer bruken av teori som allerede eksisterer, og teori som blir generert ut i fra analysen av dataene. Teorien som allerede eksisterer representerer idealtypiske modeller som har til hensikt å styre problemformuleringen i en bestemt retning.

Teori representerer et forenklet bilde av virkeligheten som er utformet slik at det kan danne utgangspunkt for empiriske undersøkelser (Halvorsen 2003:44). Teorien gjør det således mulig å nærme seg empirien på en bestemt måte. Med grunnlag i at casestudien er undersøkende, stilles det store krav til teoretisk relevans. Teorien som ble presentert i teorikapittelet vil i denne oppgaven brukes som et strukturerende mønster. Funnene av denne undersøkelsen sammenlignes med teorien som foreligger på området (Yin 1989:89).

4.2 Datagrunnlag

Datamaterialet som er brukt i denne undersøkelsen er samlet inn i tidsrommet desember 2010 til januar 2011. Analyseenheterne i min undersøkelse er personell (også referert til som respondenter) innenfor en spesifikk hjemmetjeneste. I tillegg har jeg valgt ut noen offentlige styringsdokumenter som relaterer seg direkte til føringene for kvalitet innenfor pleie og omsorgssektoren⁵². Personellet omfatter her både ledelsen og ansatte i førstelinjen. Førstelinjepersonellet er representert av tre ulike yrkesgrupper (sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere), samt ufaglærte assistenter. Alle førstelinjeansatte har fått muligheten til å svare på en spørreundersøkelse. 8 av til sammen 50 førstelinjeansatte deltok i kvalitative intervjuer. Jeg intervjuet også avdelingssykepleieren (AS). Enhetslederen for hjemmetjenestens tilhørende omsorgssenter (EO) har svart på forhåndsdefinerte spørsmål per e-post. I tillegg har jeg hatt en samtale med enhetslederen for kommunens hjemmebaserte tjenester (EH), som tiltrådte etter en omorganisering 1. januar 2011. Selve prosessen med utvelging av datamateriale og mitt valg av innsamlingsmetoder vil bli nærmere beskrevet, vurdert og kritisert i det følgende.

⁵² Stortingsmeldinger som behandler temaet kvalitet. Se egen liste i referanselisten.

4.2.1 Kombinasjonen av ulike data og metoder

En parallell kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ datainnsamling betegnes som metodetriangulering Grønmo (2007:132). Kvalitativ og kvantitativ referer til egenskapene ved de dataene som samles inn og analyseres (Grønmo 2007:123). Mens kvalitative metoder handler om *hva slags*, handler kvalitative metoder om *hvor mye av en slags* (Kvale og Brinkmann 2009:132). Begrepet metodetriangulering viser til det faktum at jeg belyser problemstillingen ved hjelp av data som har ulike egenskaper (Grønmo 1985:114).

Mens kvalitative metoder oftest søker dybde og en helhetlig forståelse av spesifikke forhold, søker kvantitative metoder større kunnskap og bredde i form av en representativ oversikt over generelle forhold (Grønmo 1985:119). I følge Grønmo (2007:57) kan metodetriangulering styrke tilliten til metoden og analyseenhetene. På den annen side er det å benytte to ulike metoder for datainnsamling en krevende forskningsstrategi som kan by på mange utfordringer underveis (Grønmo 2007:342). Spørreundersøkelsen søker bredde, og gir begrenset innsikt i innholdet og meningen i begreper, kategorier og typologier (Grønmo 1985:119). Her vil analysen av intervjuene vise til mer detaljrike beskrivelser som kan konkretisere forhold som ikke kommer godt nok frem i spørreundersøkelsen.

Selv om analysen av de to datatypene som her er brukt i første omgang har blitt gjennomført hver for seg, er resultatene blitt integrert og tolket i sammenheng (Grønmo 1985:122). Måten jeg har samlet inn og analysert data på innebærer en parallell utnyttning av begge metoder, både under datainnsamling og analyse. Analysen av dataene er blitt foretatt kontinuerlig. Tilnærmingen til dataene preges således av feltforskning som metode, der det legges opp til en stadig pendling mellom teori og empiri (Grønmo 1985:127). Feltforskning beskrives i følge Grønmo (2007:342) som en fleksibel tilnærming der en tar i bruk de metoder og teknikker som synes hensiktsmessige for å skaffe ønskelig informasjon og deretter systematiserer denne informasjonen. I slike analyser er forbedring av undersøkelsesopplegg og datagrunnlag en kontinuerlig prosess som skal bidra til å bedre analyseresultatene og tolkningsmulighetene.

4.2.2 Utvalget av enheter

Valget av kommune ble delvis gjort på grunnlag av *strategisk utvalg* (Halvorsen 2008:164) – jeg valgte selv ut den kommunen der jeg ønsket å studere hjemmetjenesten nærmere. Dette var en kommune der jeg så muligheter for å kunne få tilgang til den informasjonen jeg trengte. Jeg er oppvokst i denne kommunen, og har dermed også spesiell interesse av å studere

hvordan denne kommunen organiserer tjenestene sine. Det må også legges til at jeg selv har noe erfaring fra å arbeide innenfor hjemmebaserte tjenester fra før av. Jeg har jobbet som assistent⁵³ i hjemmetjenesten/hjemmesykepleien i to ulike kommuner tidligere. Dette inkluderer hjemkommunen min. Jeg har imidlertid ikke arbeidet i den hjemmetjenesten som representerer studiens datamateriale. Dette var et bevisst valg. Jeg ville ta utgangspunkt i en hjemmetjeneste der jeg ikke kjente til arbeidsforholdene.

Den erfaringen jeg har som assistent i hjemmetjenesten ser jeg på som både positiv og negativ i forhold til min tilnærming til temaet. Det kan være en fordel for meg at jeg vet litt om hvordan en hjemmetjeneste fungerer. Det at jeg har jobbet i hjemmetjenesten tidligere mener jeg også har vært positivt i forhold til opprettelsen av kontakt. Det kan også være positivt i forhold til den kommunikasjonen som oppnås med respondentene med grunnlag i et felles erfaringsgrunnlag. Den negative siden dreier seg om at jeg må være spesielt oppmerksom på at mine erfaringer ikke påvirker funnene mine på noen måte. Å forske på en av mine tidligere arbeidsplasser kunne ført til at min rolle som forsker ble påvirket av den rollen jeg hadde som assistent da jeg jobbet i hjemmetjenesten. Selv om jeg ikke har tidligere kjennskap til den utvalgte hjemmetjenesten har jeg hele veien vært oppmerksom på at mine erfaringer som assistent ikke skal påvirke de funn som gjøres i denne undersøkelsen.

Det strategiske utvalget i undersøkelsen skjedde ved at jeg tok kontakt med nåværende enhetsleder for alle de fire hjemmetjenestene i den aktuelle kommunen. Enhetslederen fremmet forespørselen min til avdelingssykepleierne i tre av sonene⁵⁴. Forespørselen gikk ut på om jeg kunne få bruke en av hjemmetjenestene i kommunen som ”case” til undersøkelsen min. Utvalget av sone skjedde så ved *selvseleksjon* (Halvorsen 2008:160) ved at en av sonene takket ja til tilbudet om å delta i prosjektet mitt. Etter at hjemmetjenesten takket ja til tilbudet, meldte jeg prosjektet for personvernforbundet for forskning⁵⁵. Prosjektet mitt ble deretter godkjent⁵⁶. Videre kontakt ble opprettholdt med avdelingssykepleier og fagansvarlig ved den aktuelle hjemmetjenesten. I det følgende vil jeg gjøre nærmere rede for hvordan innsamlingen av data foregikk gjennom den drøye måneden hvor jeg oppholdt meg i kommunen.

⁵³ Assistent innebærer å jobbe som ufaglært. Man har dermed ikke et faglig ansvar, men har likevel muligheten til å utføre både praktiske oppgaver og pleieoppgaver.

⁵⁴ En av sonene var allerede utelukket fordi jeg hadde jobbet der ved en tidligere anledning.

⁵⁵ Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD).

⁵⁶ Se vedlegg om innsendt meldeskjema og vedlegg om godkjenning av prosjektet.

4.3 Spørrundersøkelsen (spørreskjemametodikk)

Spørreskjemametodikk baserer seg på utvalg av enheter, skjemakonstruksjon og gjennomføring av spørreundersøkelsen (Haraldsen 1999:14). En av fordelene med å ta i bruk spørreundersøkelser er at rammen rundt spørsmålene er lik for alle som deltar (Haraldsen 1999:124). De to viktigste utfordringene ved å ta i bruk et spørreskjema er hvem som er målgruppen, og hvordan spørsmålene bør stilles for at vi skal måle det vi ønsker å måle (Haraldsen 1999:19). For å være treffsikker i målingen må en i følge Haraldsen stille balanserte spørsmål, ha med balanserte svaralternativer og unngå ledende spørsmål (1999:160). Man kan veilede respondentene i hvordan de skal svare, men man skal ikke påvirke hvilke svar som blir gitt (Haraldsen 1999:161).

Viktigheten av *hvordan* spørsmålene stilles handler om at respondentene kan misforstå de spørsmålene som stilles. Dette handler om at det er en forskjell på å mene noe, og det å uttrykke det på en meningsfull måte som gjør at andre forstår hva du mener (Haraldsen 1999:125). Haraldsen (1999:126) skiller mellom situasjonsbetingede påvirkninger og allmenne påvirkninger. Situasjonsbetingede påvirkninger knyttes til selve utformingen av spørreskjemaet. Det kan for eksempel handle om at tidligere spørsmål gir føringer for svar som gis senere i spørreskjemaet. Allmenn påvirkning kan for eksempel handle om at de som svarer på spørreskjemaet kan påvirkes av det som sidemannen svarer. Det er viktig at respondentene har så liten påvirkning utenfra som mulige når de svarer på spørreskjemaet. Haraldsen (1999:134) peker på at jo nærmere spørsmålene kommer en muntlig form, jo bedre er det. Jeg fikk tilbakemeldinger fra respondentene på at det var enkle og greie spørsmål som det var mulig å svare på uten store problemer.

Kunnskap og interesse påvirker i følge Haraldsen (1999:126) respondentenes grunnlag for å svare som de gjør. Målgruppen i denne studien er personell i en kommunal hjemmetjeneste. Jeg mener derfor det har vært en fordel å bruke spørreskjema som metodisk innfallsvinkel. De som arbeider i hjemmetjenesten forventes å ha kunnskap om de spørsmålene som ble stilt fordi spørsmålene handler om forhold på deres egen arbeidsplass.

4.3.1 Utformingen av spørreskjemaet

Selve utformingen av spørreskjemaet var en vanskelig prosess. Dette var delvis fordi det var en metode som jeg ikke var så kjent med fra tidligere. Da jeg skulle begynne å utforme spørreskjemaet brukte jeg Haraldsen (1999), Grønmo (2007) og Midtbø (2007) som veiledende litteratur.

Sett fra et kontrollsynspunkt går det et viktig skille mellom kvantitative og kvalitative data i en spørreundersøkelse (Haraldsen 1999:315). Kvalitative data er svar på spørsmål som har et fast antall forskjellige svaralternativer. Kvantitative data er data som er gitt i form av tall. Disse kan i prinsippet ha en hvilken som helst verdi, og kan dermed regnes på. Sammensatte holdings- og vurderingsspørsmål som summeres ved hjelp av holdningsindekser kan vise som eksempel. I følge Haraldsen (1999: 315) faller sammensatte holdningsspørsmål mellom de to kategoriene kvalitativ og kvantitativ. Han mener likevel at slike spørsmål kan defineres som kvalitative.

Hvilke målenivåer er brukt i spørreundersøkelsen? Spørsmålene i spørreskjemaet er utformet på grunnlag av ulike målenivåer. Verdiene som er brukt til å måle respondentenes holdninger angir ulike målenivå for utfallet på variablene (Midtbø 2007:31). En variabel vil alltid ha to eller flere verdier. Jo høyere målenivå variablene befinner seg på, desto mer informasjon gir variablene. Variablenes målenivå er avgjørende for hvilke analyser som kan gjøres (Grønmo 2007:292).

Målenivået som er brukt på en del av spørsmålene er på nominalnivå. Det vil si at det ene alternativet utelukker det andre (ja eller nei som svaralternativer). Jeg har stilt ja og nei spørsmål med det formål "å tvinge" respondentene til å svare det ene eller det andre. Dette kan være en bra metode å bruke dersom man ønsker å poengtere spesifikke holdninger. Det er også selvsagt viktig å ta hensyn til at respondentene bare hadde mulighet til å svare ja eller nei. Analysen av svarene må dermed baseres på det målenivået som er brukt (Midtbø 2007:34). På andre spørsmål har jeg brukt flere enn to indikatorer for å markere at verdiene måler ulike holdninger som er forskjellige og gjensidig utelukkende.

De fleste spørsmålene har et målenivå på ordinalnivå. Verdiene som er brukt måler respondentenes holdninger ut i fra en skala. Skalaene sier ingenting om avstandene mellom verdiene, men fungerer som kategorier som enten har en positiv eller en negativ verdi. Jeg har på disse spørsmålene brukt skalaer fra 1-3, og skalaer fra 1-5. Den høyeste og laveste verdien som måler holdningene til respondentene er kodet på forhånd på alle spørsmålene (se vedlegg). I tillegg er målenivået på to av spørsmålene på forholdstallsnivå⁵⁷.

⁵⁷ Eksempler er spørsmålene som måler antall års erfaring ved hjemmetjenesten, og antall års erfaring ved andre hjemmetjenester (se vedlegg). Målet bygger på avstand, og kan dermed regnes på (Grønmo 2007:116). I tillegg har variablene et naturlig nullpunkt (Grønmo 2007:116). Variabler på forholdstallsnivå gir informasjon om hvor stor avstanden er mellom verdiene i antall år, og i tillegg om forholdet mellom verdiene.

Sentrale elementer i spørreundersøkelsen vil være frekvensene og fordelingene av svarene på spørsmålene som er stilt. Det interessante med spørreundersøkelsen er at den gir informasjon om hvordan respondentene mener at kvalitet henger sammen med ulike egenskaper eller variabler som forventes å påvirke kvalitet.

Kritikk av målestokkeffekter. Det som er negativt ved å bruke målestokkeffekter er at forskjellige respondenter vil bygge gradsvurderingen på forskjellige erfaringer (Haraldsen 1999:155). Hvis man skal unngå målestokkeffekter er det derfor viktig å se seg om etter objektive graderingsskalaer. Haraldsen (1999:156) mener også at det er viktig å presentere temaet for undersøkelsen på en så nøytral måte som mulig. Dette for å understreke at det finnes flere svar alternativer på det en spør om. Jeg mener at dette ble gjort på en tilfredsstillende måte (se vedlegg).

4.3.2 Analysen av spørreskjemaene

Datamatriksen og kodingen av variablene er blitt lagret og behandlet i elektronisk form (Grønmo 2007:271). Jeg har brukt spørreskjemaet til å sammenfatte egenskapene på enkeltvariablene ved å beskrive dem (Midtbø 2007:39). Jeg har derfor forenklet informasjonen ved hjelp av *beskrivende (deskriptiv) statistikk* for variablene enkeltvis. Den deskriptive analysen er gjennomført i statistikkprogrammet SPSS. Spørreundersøkelsen formidles i empirikapittelet (kapittel 5) ved å bruke tabeller som viser fordelingen på frekvensene, og ved å henvise til informasjon fra resultatene. Frekvenstabellene som brukes i oppgaven stammer fra SPSS. Det gjort et utvalg slik at bare noen av tabellene presenteres i empirikapittelet. Resten av tabellene legges som vedlegg. For hvert funn som presenteres, refereres det til med fotnoter nummereringen på spørsmålet fra spørreskjemaet (vedlegg).

4.3.3 Vurdering av datakvaliteten på spørreskjemaet

Datakvaliteten på spørreskjemaet kan i følge Haraldsen (1999:319) vurderes ut i fra gale målinger (reliabilitet) og dårlige mål (validitet).

Kvaliteten på måleinstrumentet. Reliabilitets eller holdbarhetsmålinger dreier seg om å vurdere spørsmålenes kvaliteter som måleinstrument (spørsmålenes innhold). Det er svært viktig å presisere hvilken *målestokk* man er ute etter i spørsmålet. Uklarhet med hensyn til hva man egentlig spør om er den vanligste svakheten ved spørreundersøkelser. Dette var noe jeg fikk erfare underveis, da jeg fikk råd om hvordan spørreskjemaet burde utformes fra forskergruppen min. Den viktigste uklarheten har i følge Haraldsen (1999:130) med å utforme

klare målestokker for tid. Jeg har løst dette ved å si at svarene skal baseres på erfaringer fra de tre siste månedene. Haraldsen (1999:133) påpeker også viktigheten av å presisere begrepsbruken i spørreskjemaet. Jeg ble spesielt oppmerksom på dette da en av de ansatte spurte meg om hva jeg egentlig mente med arbeidsrutiner⁵⁸. Denne kommentaren viser hvor viktig det er å presisere begreper i den konteksten de skal brukes.

Hvor vellykket formuleringen av spørsmålene egentlig var, er helt klart noe som kan vurderes i etterkant. Med mer kunnskap og bedre innsikt i spørreskjemametodikk ville det nok vært mulig å utforme et enda bedre spørreskjema. Jeg mener likevel at jeg utformet et spørreskjema som var forståelig for de som svarte. Dette kan forsvares ved at jeg testet spørreskjemaet på to utenforstående sykepleiere før jeg leverte det ut til de ansatte (en såkalt pre-test). Med grunnlag i at de “godkjente” spørsmålene mine, antok jeg at jeg hadde et relativt greit utgangspunkt.

Validitet eller feilsøking dreier seg om å kontrollere datainnsamlingsarbeidet og avklare hvilke teoretiske fenomener spørreundersøkelsen skal belyse. Jeg brukte en såkalt teoristyrte spørsmålsutvikling som hjelpemiddel til å utforme spørreskjemaet (Haraldsen 1999:97). Ideene til hvilke spørsmål som skulle være med i spørreskjemaet ble operasjonalisert og utformet ut i fra funn i tidligere studier som er presentert i kontekstkapittelet (kapittel 2).

Valg av metode bestemmer hva man finner. I spørreskjemaet har jeg presentert flere ulike variabler som i følge teorien kan være med på å påvirke kvalitet i større eller mindre grad. Deretter spurte jeg om de ansatte kunne vurdere de ulike variablenes direkte effekt på god kvalitet. Det man finner ved å stille slike spørsmål, er de ansattes egne oppfatninger eller holdninger til hvilke variabler som påvirker god kvalitet. Det er ikke dermed sagt at det er disse variablene som påvirker mest i virkeligheten. Det ville heller ikke vært mulig å finne ut noe om dette ut i fra det metodevalget som er tatt. Intensjonen har vært å finne ut hvordan god kvalitet vurderes av personellet med grunnlag i den aktuelle hjemmetjenestens muligheter og begrensninger. Funnene tar utgangspunkt i at respondentene har svart oppriktig. Dette er det derimot ikke mulig å kontrollere.

Etikk. Jeg hadde som utgangspunkt at jeg selv skulle være til stede både for å levere ut, og for å samle inn spørreskjemaene. Dette for å sikre konfidensialitet. Jeg var derfor stort sett til stede selv når personellet svarte på spørreundersøkelsene. Dette var med unntak av noen få som ønsket å ta med seg spørreskjemaet hjem for å se nøyere på det. De siste spørreskjemaene

⁵⁸ Se spørsmål 1.2. i spørreskjemaet som ligger som vedlegg.

som jeg fikk inn, ble lagt i en konvolutt på kontoret hos fagansvarlig. Jeg hadde da ikke muligheten til å være til stede.

4.3.4 Erfaringer i etterkant

Jeg opplevde å måtte purre på spørreskjemaene gjentatte ganger, både selv, og gjennom avdelingssykepleier og fagansvarlig. Dette var en prosess som tok svært mye tid. Jeg hadde regnet med å få et litt bedre svargrunnlag enn det jeg fikk (25 av 50 mulige respondenter svarte).

I etterkant har jeg erfart at det å utforme et spørreskjema ikke er en lett oppgave. Det er mange ting en må forholde seg til hvis et spørreskjema skal være “vellykket”. For det første har jeg erfart viktigheten av å stille klare og konsise spørsmål. Det er en fordel at problemstillingen er utarbeidet nøye i forkant av utarbeidelsen av et spørreskjema slik at spørsmålene kan “stilles inn” deretter. Selv om temaet for oppgaven var klargjort i det spørreskjemaet ble utlevert, var nok ikke problemstillingen operasjonalisert i tilstrekkelig grad. En erfaring som er verdt å ta med seg videre er at spørreskjemaet egner seg best til å teste ut hypoteser om relativt klare årsakssammenhenger. Hvis problemstillingen hadde vært operasjonalisert på et høyere nivå da spørreskjemaet ble utlevert, kunne spørsmålene vært mer spisset enn det som var tilfellet.

En annen viktig erfaring er at hvis man er mer konkret i spørsmålsformuleringen, så kan en også unngå å stille såpass mange spørsmål som jeg har gjort i mitt spørreskjema. I etterkant ser jeg at jeg har undervurdert kompleksiteten ved å stille såpass mange spørsmål som jeg stilte. Ved en annen anledning kunne det nok vært mer fruktbart å stille færre spørsmål. Alt i alt synes jeg likevel at spørreskjemaet er nyttig å ha med. Det gir mye informasjon som ellers ikke ville vært mulig å få frem av intervjuene. Hovedformålet med å bruke spørreskjemaet som en “tilleggsmetode” i denne undersøkelsen har vært at undersøkelsen skal være mest mulig representativ på vegne av personellet i den utvalgte hjemmetjenesten.

4.4 Kvalitativt intervju

“Det kvalitative intervju forsøker å forstå verden sett fra intervjupersonenes side” (Kvale og Brinkmann 2009:21). Hensikten med å ta i bruk denne metoden for å samle inn data har vært å få frem personellens egne erfaringer og avdekke opplevelsen av de praksisrelaterte forholdene ved den hjemmetjenesten som representerer datagrunnlaget i denne studien. De kvalitative intervjuene har alle blitt gjennomført av meg selv i form av samtaler med

respondentene. Formålet med samtalene har vært å kartlegge hvilken forståelse eller oppfatning personalgruppen har av begrepet kvalitet. Intervjuformen ligger dermed nær det som Kvale og Brinkmann definerer som et begrepsintervju (2009:163).

4.4.1 Om forberedelsen og gjennomføringen av intervjuene

Intervjuene har blitt gjennomført med en og en person av gangen. Intervjuene varte i alt fra ca 45 minutter til ca 75 minutter. 9 kvalitative intervjuer – avdelingssykepleieren inkludert – er blitt tatt opp på lydbånd. I tillegg tok jeg notater underveis mens intervjuene pågikk.

Lydbåndene er senere blitt transkribert av meg selv, og deretter blitt sendt tilbake til alle respondentene for gjennomlesning, korrigerings og godkjenning. Formålet var å øke kvaliteten på materialet ytterligere (Grønmo 2007:164).

Forberedelsen til intervjuene ble gjort gjennom å utforme en intervjuguide (Grønmo 2007:161), og å lese meg opp på de sidene av tematikken som jeg anså som spesielt viktig. I intervjuguiden tok jeg utgangspunkt i kvalitet som hovedtema. Temaet ble presentert før intervjuene startet. Spørsmålene i intervjuguiden ble utformet med utgangspunkt i den foreløpige kunnskapen jeg hadde om temaet. Jeg var spesielt interessert i hvordan respondentene definerte og oppfattet “kvalitet”, og hvordan de oppfattet “omsorg”. Videre var jeg opptatt av hvilke forhold de mente påvirket kvaliteten innenfor nettopp deres hjemmetjeneste. I forhold til disse hovedtemaene formulerte jeg spørsmål under fire undertema.

Den første delen dreide seg om *bakgrunnen til den som ble intervjuet*. Siden jeg valgte ut ansatte med ulik faglig bakgrunn ønsket jeg at de skulle si litt om hvilke arbeidsoppgaver som var relevante for den enkelte. I tillegg var jeg interessert i hvor lang erfaring de ulike respondentene hadde med å jobbe i hjemmetjenesten, hvor lenge de hadde jobbet i akkurat den hjemmetjenesten som representerer mitt datagrunnlag, og hvor lenge de eventuelt hadde jobbet i en annen hjemmetjeneste, både innad i kommunen eller på landsbasis. Jeg spurte også om stillingsprosent. Kjønn var også en interessant variabel her. Alle som ble intervjuet var kvinner. Dette har sammenheng med at det hovedsakelig var kvinner og svært få menn som jobbet innenfor denne hjemmetjenesten.

Den andre delen dreide seg om *hvordan de ansatte opplevde arbeidshverdagen sin*. Jeg stilte spørsmål om arbeidsmiljø, trivsel, eventuelle stressfaktorer og når de følte de hadde gjort en god kontra en dårlig jobb. I tillegg var jeg interessert i om de kunne si noe om gode eller dårlige sider ved måten hjemmetjenesten var organisert på, og om systemet med

primærgrupper, det vil si faste grupper av personell som går til en fast gruppe brukere, fungerte bra. Sist men ikke minst var jeg interessert i om respondentene hadde opplevd mange endringer i arbeidshverdagen sin etter at de begynte å arbeide i hjemmetjenesten.

I den tredje delen tok jeg for meg *hvilke refleksjoner de ansatte gjorde seg om de arbeidsforholdene de jobbet under*. Denne delen overlappet delvis med den forrige delen. Jeg fikk likevel frem et mer konkret fokus på kvalitet i denne delen. De ansatte fikk her muligheten til å beskrive hva de la i kvalitet, før jeg deretter listet opp noen påvirkningsfaktorer fra spørreskjemaet som de skulle si sin mening om i forhold til kvalitetsvurderingen. Det dreide seg om hvilken innvirking de mente at arbeidsmiljø, trivsel, nødvendig utstyr, sammensetningen av ulike yrkesgrupper i form av utdanning, erfaring, alder, kjønn, samt kommunenes valg av organisasjonsmodell, kommuneøkonomi og sykefravær hadde på kvaliteten på tjenestene på deres arbeidsplass. Jeg spurte også om spørsmål som var relatert til hva de opplevde som å gi omsorg til brukerne, og hvor mye omsorg en burde gi, kontra hva de mente de hadde muligheten til å gi. Dette ble relatert til spørsmålet om de ansatte følte de hadde nok tid til å utføre arbeidsoppgavene slik de selv mente at de burde utføres. Jeg fokuserte både på hva respondentene helt konkret la i kvalitet, og også på om de selv syntes at de fikk gitt den kvalitetsstandard som de beskrev.

Den fjerde delen dreide seg om *organiseringen av hjemmetjenesten i den aktuelle kommunen*. Det ble også her litt gjentakelse fra den forrige delen. Mer spesifikt spurte jeg om eventuelle endringer de mente kunne bli gjort for at kvaliteten på hjemmetjenesten kunne bedres. Dette omfattet spørsmål om integrering eller oppsplitting av hjemmehjelpstjenester og hjemmesykepleie, samt spørsmål om de kunne tenke seg å sette den praktiske delen av hjemmetjenesten ut på anbud. Jeg spurte også om de synes det var viktig at kommunen hadde ansvaret for hjemmetjenestene. I tillegg fikk de uttale seg om den samordningen av hjemmetjenester som på det tidspunktet da intervjuene ble gjennomført ikke var trådt ordentlig i kraft.

4.4.2 Erfaringer i forbindelse med valg av intervjuform

Utover denne inndelingen i tema ble intervjuet gjennomført relativt fritt. Intervjuformen bar også preg av det som Kvale og Brinkmann definerer som narrative intervjuer (2009:165). Fokuset i slike intervjuer beskrives gjennom fortellerformen, som er en av de naturlige, kognitive og språklige formene som mennesker forsøker å organisere og uttrykke mening gjennom (ibid). Jeg ga på forhånd beskjed om at jeg ville at respondentene skulle fokusere på

det som var viktig for dem, i sammenheng med temaet. Jeg brukte stort sett intervjuguiden som en “kontroll” i etterkant. Intensjonen var å være sikker på å få dekket den delen av temaet som var spesielt relevant for meg. I noen få tilfeller førte tidsmangel til at jeg ikke fikk dekket alle spørsmålene. I disse tilfellene kunne det derfor ha vært en fordel å gjennomført intervjuet litt mer strukturert enn det som ble gjort. Det var også nødvendig å stille mer konkrete spørsmål til noen av respondentene. Dette fordi noen av respondentene presiserte at de fungerte bedre i en intervjusituasjon dersom de ble stilt spesifikke spørsmål som de kunne svare mer direkte på, i stedet for å snakke fritt om temaet selv. Det varierte dermed fra person til person hva som fungerte som den beste intervjumetoden.

Intervjuet med avdelingssykepleieren tok utgangspunkt i en annen intervjuguide enn det som var tilfellet for førstelinjepersonellet (se vedlegg). Jeg hadde likevel fokus på den samme tematikken. Enhetslederen for omsorgssenteret (EO) ble intervjuet per e-post. Han ble stilt spørsmål som først og fremst omhandlet informasjon om lokale forhold som avdelingssykepleieren ikke kunne svare på. Spørsmålene var også rettet mot hvordan EO mente hjemmetjenesten fungerte i forhold til sentrale målsetninger, og hvordan han mente at hjemmetjenesten kunne hatt et bedre utgangspunkt for å levere god kvalitet. En samtale med enhetslederen for kommunenes hjemmebaserte tjenester (EH) ble gjennomført senere i prosessen. Denne samtalen ble ikke tatt opp på lydbånd. EH fikk uttale seg relativt fritt innenfor rammen av mitt tema. Hun uttalte seg om hvilke forhold hun mente kunne forklare god eller dårlig kvalitet på det kommunale tjenestetilbudet i kommunen.

Gjennom de 9 kvalitative intervjuene, og samtalen jeg hadde med enhetslederen, erfarte jeg at det ikke var alt som ble sagt som hadde en direkte relevans til problemstillingen min. Dette ser jeg som en naturlig konsekvens av at respondentene til en viss grad fikk snakke fritt om det de følte var aktuelt for dem, knyttet til mitt tema. Praten kunne dermed noen ganger lett skli ut på sideveier. Jeg synes likevel jeg gjorde rett i å la respondentene fokusere på det som de anså som viktigst selv. En negativ konsekvens er likevel at forskeren står ansvarlig for å plukke ut den informasjonen som anses som relevant og viktig for problemstillingen. Dette krever at forskeren er nøyaktig i utvelgelse av informasjon, og at det begrunnes hvorfor den informasjonen som velges er viktig i henhold til problemstillingen.

4.4.3 Arbeidet med å rekruttere respondenter

De fire ulike gruppene av respondenter ble valgt ut med utgangspunkt i metoden *teoretisk utvelgelse* (Halvorsen 2003:106). Det vil si at jeg på forhånd hadde bestemt meg for at jeg

skulle ha representanter fra ulike faggrupper når jeg skulle gjennomføre intervjuene. Siktemålet var dermed å få et utvalg som var så kvalitativt forskjellig som mulig. Man kunne selvsagt også delt inn disse gruppene i menn og kvinner eller andre hensiktsmessige kriterier. Det lot seg derimot ikke gjøre å dele inn i kjønn, da menn var sterkt underrepresentert. Jeg fikk opplysninger om at det bare var en mann som hadde fast stilling ved den aktuelle hjemmetjenesten. Blant vikarene var det derimot noen flere menn.

Da jeg skulle oppfordre de ansatte til å delta i intervjuene mine prøvde jeg først å legge frem en liste der frivillige som ønsket å delta kunne skrive deg opp. Dette fordi jeg visste på forhånd at det var de ansatte selv som hadde sagt seg villige til å delta i prosjektet mitt. Siden personellet allerede hadde sagt seg villige til å delta i undersøkelsen tenkte jeg at det kanskje var en del som var interessert i å delta på intervju. Jeg vurderte derfor *selvutvelging* (Halvorsen 2003:106–108) som en grei måte å velge ut intervjupersoner på. De eneste kriteriene som forelå var at personellet måtte representere de ulike faggruppene. Jeg presiserte at jeg ønsket to personer fra hver faggruppe.

Det viste seg etter hvert at det ikke var så mange som ønsket å skrive seg opp på den frivillige listen om intervju. Tre frivillige skrev seg opp på denne listen – to sykepleiere og en hjelpepleier. I tillegg var det flere sykepleiere som meldte seg frivillig – oppsøkte meg personlig – og sa at de kunne stille til intervju dersom jeg trengte flere. Jeg opplevde dermed at sykepleierne var de som tok størst initiativ når det gjaldt deltagelse i intervjuene. Det er også viktig å presisere at det kan ha vært flere grunner til at ikke flere meldte seg, som ikke nødvendigvis bare handler om at de ansatte ikke ønsket å la seg intervju. For eksempel viste det seg etter vært at det var mange som ikke hadde fått med seg all informasjonen om prosjektet mitt.

Det viste seg å være en utfordring å få gitt ut informasjon til alle de ansatte – på tross av god hjelp av ledelsen og flere av de ansatte. Jeg hadde lagt ut informasjonsskriv som kontinuerlig var tilgjengelig rundt om på bordene i de to pauserommene. Det ble også informert flere ganger muntlig over et stort tidsrom, både av meg selv, avdelingssykepleier og fagansvarlig. En av grunnene til det var vanskelig å få ut tilstrekkelig informasjon til alle var at ulikt personell kom på jobb hver dag. Det ble dermed vanskelig å kontrollere at alle hadde fått vite om prosjektet. Man kunne heller ikke regne med at de ansatte informerte hverandre, selv om dette noen ganger viste seg å være tilfellet.

På grunn av vanskeligheter med å fylle opp den forhåndsbestemte kvoten av ulike faggrupper måtte jeg etter hvert ta i bruk en mer direkte metode for å få personellet til å delta i intervjuene mine. Utvalgsprosessen for intervjuene ble derfor en blanding av både *selvutvelging* (som først ble utprøvd) og senere *snøballutvelging* (Halvorsen 2003:105). Snøballutvelging representerer den siste delen av utvelgingen. Avdelingssykepleieren og fagansvarlig oppga i denne fasen navnet på respondentene som de mente kunne være interesserte i å la seg intervju. Jeg spurte deretter selv disse respondentene direkte om de kunne tenke seg å delta på intervju. Dette fungerte stort sett bra, da stort sett alle jeg forespurte var positive og sa seg villige til å bli intervjuet.

4.4.4 Etikk i intervjuundersøkelser

Etiske og moralske problemstillinger må vektlegges gjennom hele forskningsprosessen (Kvale og Brinkmann 2009:80). En intervjuundersøkelse er en moralsk undersøkelse som er knyttet til undersøkelsens midler og mål. Selve formålet med intervjuundersøkelsen bør være å forbedre den menneskelige situasjonen (Kvale og Brinkmann 2009:80). Verdien av det som kommer ut av intervjusituasjonen skal være positivt rettet mot samfunnet. Etikk innebærer også at respondentene som intervjues ikke skal ”utnyttes” til forskerens formål. Interessene deres skal ivaretas på en god måte. I praksis er dette noe jeg har vært veldig oppmerksom på hele veien. Forskningsetikk er en svært viktig del av prosessen som jeg har nedlagt mye tid og energi i. Jeg har lagt spesielt stor vekt på at jeg i intervjusituasjonen fikk en fortrolig samtale med intervjupersonene, og at intervjupersonene var tilfreds med måten intervjuet ble gjennomført på. Informasjonen som har blitt gitt til meg i intervjusituasjonen har hele veien blitt vurdert opp mot verdien av den produserte kunnskap i forhold til studiens bidrag til samfunnet (Kvale og Brinkmann 2009:80).

Når jeg presenterer datamaterialet fra intervjuene, illustrerer jeg i noen tilfeller med å vise til sitater. Utvelgelsen av sitater er blitt vurdert på grunnlag av sitatenes direkte kobling mot problemstillingen i oppgaven. Verdien av sitatene ble også vurdert opp mot konsekvenser av bruken av innholdet i sitatene. For å motvirke at studien får noen negative konsekvenser for respondentene, har jeg latt være å vise til hvilken bakgrunn den enkelte har. Sitatene er i de fleste tilfeller gjengitt direkte fra primærkildenes egne uttrykk og formuleringer. I de tilfellene der jeg så et behov for små endringer i ordsammensetningen for å øke forståelsen av innholdet, har dette blitt gjort. I disse tilfellene har jeg brukt parenteser for å vise dette.

4.4.5 Skjema om informert samtykke

I forhold til planlegging er det viktig å innhente intervjupersonenes informerte samtykke til å delta i studien (Kvale og Brinkmann 2009:81). Dette for å sikre at rettighetene til både den som intervjuer og den som blir intervjuet blir ivaretatt på en ordentlig måte. I forhold til den som intervjues er det viktig at vedkommende blir forsikret om at intervjuet er anonymt. Jeg har derfor levert ut et skjema om informert samtykke som alle respondentene som har blitt intervjuet har skrevet under på før intervjuet startet. Både forsker og respondenter har skrevet under på skjemaet (se vedlegg). Hensikten med skjemaet var å forsikre respondentene om at informasjonen de oppgav ikke skulle brukes til andre formål enn å belyse det som er oppgavens overordnede problemstilling. Det ble også informert om at lydbåndene senere skal slettes, og ikke lenger skal være tilgjengelige for meg etter at oppgavens karakter er fastsatt.

4.5 Datakvalitet – validitet og reliabilitet

Kvalitetstesting av datamaterialet er ikke noe som kan frikobles fra resten av forskningsprosessen. Kvalitetssikring av datamaterialet er en pågående prosess. Kvalitetssikring eller validering av datamaterialet er noe som preger alle fasene i forskning – helt fra tematisering til endelig rapportering av resultatene av undersøkelsen (Kvale og Brinkmann 2009: 246). Reliabilitet handler grunnleggende sett om forskningsresultatenes grad av konsistens og troverdighet (Kvale og Brinkmann 2009:250). Ideelt sett skal en annen forsker kunne gjennomføre studien på samme måte som her, for så å komme frem til de samme resultatene med grunnlag i det metodevalget som er tatt (King mfl. 1994)

4.5.1 Behandlingen av de empiriske dataene i analysen

Casestudier stiller store krav til en redegjørelse for hvordan en tolker funnene i undersøkelsen med utgangspunkt i teori. Reliabilitet og validitet omhandler også verifiseringen og rapporteringen av den kunnskapen man kommer frem til gjennom å analysere dataene (de kvalitative intervjuene og spørreundersøkelsen). Det å koble de empiriske dataene (funnene) til de antakelsene man har gjort seg om temaet (teorien) kan bli gjort på flere måter (Layder 2005:34–35). Siktemålet med denne undersøkelsen har vært å danne seg begreper om kvalitet innenfor konteksten hjemmebasert omsorg (Eneroth 1984 sitert i Halvorsen 2008:212). En foreløpig begrepsdannelse er redegjort for i teorikapittelet. Selve prosessen med begrepsdannelsen som tar utgangspunkt i funnene, gjennom analyseringen av dataene, er overlatt til forskeren selv. Derfor er dette en svært viktig prosess der det er viktig at forskeren

er kritisk til egen utvelgning av informasjon, og samtidig redegjør for hvilke kriterier som har blitt brukt for å velge ut den informasjonen som representerer funnene i undersøkelsen.

Proessen med å operasjonalisere begrepet “kvalitet”

Begrepet kvalitet kan vise til ulike kategorier som det er viktig å klargjøre (Slagvold 1995). Adcock og Collier (2001:531) beskriver prosessen med å konkretisere begreper til formålet ved hjelp av en modell som tar for seg begrepsdannelse og måling på ulike nivåer. Den første delen av prosessen med å konkretisere begreper til formålet handler om å systematisere et bakgrunnsbegrep, som grunnleggende sett kan ha flere betydninger. I følge Adcock og Collier (2001:530) er analysen av dataene av god kvalitet dersom de kategoriene man bruker til å operasjonalisere begrepet, meningsfylt griper innholdet i de ideene som begrepet søker å beskrive. Hovedbudskapet her er at for at resultatene av studien grunnleggende sett skal være av god kvalitet, så må forskeren være svært nøye med å grunnlegge utvalget av informasjon på bakgrunn av den operasjonaliseringen som er gjort. De empiriske observasjonene må gi mening i henhold til de teoretiske begrepene som brukes. I det følgende vil jeg redegjøre for hvordan begrepet kvalitet har blitt operasjonalisert i denne studien.

Kategorisering og koding av datamaterialet

Funnene i empirikapittelet (kapittel 5) er kategorisert med utgangspunkt i den beskrivende teorien som jeg redegjør for i teorikapittelet (kapittel 3). I henhold til Adcock og Collier sin modell (2001:531) har begrepet kvalitet blitt spesifisert på bakgrunn av tidligere forskning på kvalitet innenfor pleie- og omsorgstjenesten/hjemmetjenesten. For å gi mening til dataene har jeg brukt en form for begrepsstyrt koding for å sortere i datamaterialet (funnene) fra de kvalitative intervjuene (Kvale og Brinkmann 2009:209).

Begrepsstyrt koding⁵⁹ har blitt brukt i den hensikt å klassifisere dataene etter teori som foreligger på området (Layder 2005:54). Ved å se på noe av datamaterialet, og samtidig bruke den eksisterende litteraturen på området som veiledende, har jeg utviklet begreper som “trigger” en slags assosiasjon med det fenomenet jeg søker å beskrive (Layder 2005:53). De teoretiske begrepene har blitt utformet og konkretisert med utgangspunkt i empirien (dataene) som erfaringsgrunnlag. Teorien ligger dermed grunnleggende sett i dataene, eller i den informasjonen dataene gir. Denne typen teori er dermed svært kontekstspesifikk. I empirikapittelet (kapittel 5) har jeg valgt å først presentere funnene, før jeg i etterkant

⁵⁹ Kalles også “Pre-koding” eller åpen koding i faglitteraturen (Layder 2005:54).

kommenterer hvordan det er mulig å dra paralleller til de kategoriene (omsorgsdiskursen og effektivitetsdiskursen) som representerer den beskrivende teorien i kapittel 3.

Til å beskrive ulike vurderinger av kvalitet som fremkommer av datamaterialet har jeg brukt to ulike, analytiske kategorier, som begge tar utgangspunkt i Rønning (2004) sin bruk av begrepene omsorgsdiskurs og effektivitetsdiskurs. Innenfor hver av de to kategoriene har jeg på basis av teorien utformet tre indikatorer som beskriver kvalitetsbegrepet innenfor hver av de to kategoriene. Indikatorene presenteres i tabellen som oppsummerer den beskrivende teorien i teorikapittelet⁶⁰. Indikatorene har som mål å vurdere (måle) respondentenes holdninger til kvalitet. Videre er kodingen av datamaterialet basert på at jeg har knyttet indikatorene (fra omsorgsdiskursen og effektivitetsdiskursen) til funnene som presenteres i empirikapittelet (kapittel 5) (Kvale og Brinkmann 2009:208). Målet med den begrepsstyrte kodingen har vært å utvikle kategorier som gir en mer fullstendig beskrivelse av de opplevelser og handlinger som blir presentert. Indikatorene har til hensikt å identifisere og kategorisere datamaterialet mer systematisk.

I empirikapittelet (kapittel 5) er generelle poeng og resonnementer sortert under ulike overskrifter som viser til hvilken tematikk som respondentene var mest opptatt av.

Begrunnelsen for kategoriseringen av sitater og innhold i både de kvalitative intervjuene og spørreundersøkelsen blir utdypet og forklart under hver av overskriftene. På bakgrunn av de forhåndsdefinerte kriteriene har jeg i etterkant av presentasjonen av empirien (kapittel 5) kommentert og argumentert for om den vurderingen av kvalitet som fremkommer av datamaterialet havner i den ene eller den andre kategorien, og hvilke begreper (indikatorer) som i størst grad gjenspeiler de empiriske funnene fra mine undersøkelser. Grunnen til at jeg har valgt å presentere dataene på denne måten er at man da får bedre frem respondentens reelle beskrivelser av kvalitet. Med henvisning til problemstillingen og studiens overordnede mål, er interessen for respondentenes forståelse av kvalitet i seg selv en begrunnelse for hvorfor jeg har valgt å presentere datamaterialet på denne måten.

Evaluering av indikatorene. Jeg mener at prosessen med å utvikle de teoretiske indikatorene er gjennomført på en tilfredsstillende måte. Jeg har brukt svært mye tid på å kvalitetssikre de to kategoriene som presenteres i den beskrivende teorien. Jeg mener at de to kategoriene (omsorgsdiskursen og effektivitetsdiskursen) kan knyttes direkte til praksisrelaterte forhold i hjemmetjenesten. For det første er dette fordi disse tenkemåtene eller kategoriene tidligere er

⁶⁰ Se tabellen under oppsummering av de tre perspektivene i kapittel 3 (teori) side 40.

brukt av Rønning (2004) i presentasjonen av en studie av pleie- og omsorgstjenester i 6 norske kommuner. For det andre mener jeg at kategoriene har stor relevans fordi de henter en del elementer fra tidligere studier som jeg redegjør for i empirikapittelet (kapittel 5). Tidligere funn utgjør dermed basisen for betydningen av de to begrepene som jeg har tatt i bruk for å kategorisere funnene (datamaterialet) i denne oppgaven.

Kritikk av metodisk tilnærming. En beskrivende tilnærming som casestudien kan kritiseres som normativ i den forstand at det er fare for at studien i for stor grad baseres på forskerens egen vurdering av hva som hører under og hva som ikke hører under de ulike indikatorene. En legitim kritikk til å bruke kategorisering og koding som metode for å organisere funnene i empirikapittelet, er at det stilles store krav til at forskeren er svært nøyaktig i det arbeidet som utføres. Kvaliteten på datamaterialet avgjøres i stor grad av hvilke valg forskeren tar i den prosessen det er å organisere dataene med bakgrunn i teori. Det er derfor svært viktig å være kritisk til egen forskning, og være nøye med utformingen av indikatorene. Det er svært viktig at de har basis i teori som tar utgangspunkt i tidligere studier, og som derfor kan forventes å relateres til den konteksten som studeres (Adcock og Collier 2001).

Et av problemene dreier seg om at det kan være vanskelig å velge mellom vesentlige og uvesentlige sider ved beskrivelsene til respondentene (Grønmo 2007:340). Å velge ut hvilke data som skal presenteres i empirien er en svært omfattende prosess. Med referanse til Adcock og Collier sin modell (2001:531) er det igjen viktig at man ikke sorterer datamaterialet med utgangspunkt i egen "intuisjon" i forhold til hvilke deler av datamaterialet som hører hjemme i den ene eller den andre kategorien. Det er her kategoriene og begrepene som er utformet med basis i teori, har vært styrende for hvordan empirien har blitt vurdert.

Hensikten med analysen av dataene har delvis vært å utvikle teoretisk innsikt (kapittel 5) om hvordan personellet i en kommunal hjemmetjeneste vurderer kvalitet, og delvis å finne ut hvilke teoretiske prinsipper som kan forklare funnene som er gjort (kapittel 6) (Grønmo 2007:346). Det sistnevnte gjelder analysen av datamaterialet. Analysen av datamaterialet tar utgangspunkt i de tre perspektivene som ble presentert i den forklarende teorien (kapittel 3). Perspektivene som brukes i analysen har til hensikt å si noe om årsakssammenhengen, eller begrunnelsen for hvorfor personellet forstår kvalitet på den måten de gjør. Hensikten er å prøve å trekke noen linjer mellom personellets handlingsgrunnlag, og tidligere hendelser som eventuelt har påvirket personellets kvalitetsvurderinger.

4.6 Generaliseringsmuligheter i denne studien

Utvalg. Utvalget av enheter i denne undersøkelsen kan forstås som et mindre antall enheter (25 respondenter av til sammen 50 respondenter) som er trukket ut fra den samme populasjonen – nemlig fra en og samme kommunale hjemmetjeneste (Midtbø 2007:30). Jeg vurderte det slik at å gi alle ansatte muligheten til å svare på et spørreskjema ville øke representativiteten for hvordan personalgruppen ved den aktuelle hjemmetjenesten vurderer kvalitet. Spørreundersøkelsens hensikt var å styrke studien ved å gi en representativ oversikt over store deler av personalgruppen innenfor den enheten (hjemmetjenesten) som studeres. Jeg regner med at de som svarte på spørreskjemaet stort sett er de samme som de som deltok i intervjuene (8 personer). Selv om jeg ved gjentatte anledninger har purret på spørreskjemaene har jeg bare fått inn 25 spørreskjema til sammen. Halvparten (25 av 50 mulige) har altså svart. Svarprosenten på spørreskjemaene er derfor ikke så veldig høy. Med utgangspunkt i at bare halvparten av førstelinjepersonellet i hjemmetjenesten har svart, er ikke dette et ideelt utgangspunkt som representerer hele personalgruppen. Jeg må derfor ta utgangspunkt i at de 25 som har svart er et “representativt utvalg” for resten av personalgruppen som arbeider ved hjemmetjenesten.

Siden jeg i denne studien også har valgt å ta med både ledelsen sitt perspektiv, samt ulike offentlig styringsdokumenter, mener jeg at dette styrker representativiteten for hvordan den utvalgte hjemmetjenesten fungerer i praksis. Det er mange aktører som har fått uttale seg om hjemmetjenesten, samtidig som at jeg har brukt mye tid på å gå gjennom ulike styringsdokumenter som omhandler statlige føringer for kvalitet i pleie- og omsorgstjenester.

Generalisering. En vanlig innvending mot casestudien er at det kan være vanskelig å generalisere på grunnlag av såpass få enheter (Hellevik 1999). Dette fordi det er *en* av de fire hjemmetjenestene i den utvalgte kommunen som er utgangspunktet for mitt datamateriale. Basert på populasjonen av respondenter fra kommunale hjemmetjenester i hele landet er dermed antall enheter (N) svært liten. Det vil derfor ikke være mulig å foreta en statistisk generalisering. Det er analytisk representativitet (teoretisk generalisering) som er målet med casestudien (Andersen 2008:14). Analytisk representativitet innebærer en begrunnet vurdering av i hvilken grad funnene kan brukes som rettlede (Kvale og Brinkmann 2009:266). Ved en tilfredsstillende sammenheng/kobling mellom data og teori kan resultatet av undersøkelsen være en pekepinn på forventninger til lignende miljøer eller case (Halvorsen 2003:106). Generaliseringsgrunnlaget er således knyttet til at den teoretiske tolkningen av datamaterialet

følger visse kriterier (Andersen 2008:15). Mange knytter også generalisering til i hvilken grad studien har relevans i en større samfunnsmessig kontekst (Kvale og Brinkmann 2009:267).

Evaluering av kombinasjonen av intervju og spørreskjema. I etterkant har jeg erfart at å ta i bruk to metoder for å svare på problemstillingen langt i fra har vært problemfritt. Å ta i bruk to metoder for å samle inn data har for det første vært tidkrevende. For det andre har det vært en utfordring å integrere og tolke de to analysene i sammenheng. Valg av en slik fremgangsmåte fordrer at man klarer å kombinere og integrere de to metodene på en måte som gjør at resultatet til slutt blir tilfredsstillende.

Sammen med intervjuene synes jeg at spørreskjemaet representerer et godt utgangspunkt for analyse. Hvis man finner noe av det samme i intervjumaterialet som i spørreundersøkelsene kan dette være med på å styrke den endelige konklusjonen i studien. Det vil være spesielt viktig at man kan se samsvar mellom både de kvalitative dataene, spørreundersøkelsen og tidligere funn som har blitt presentert i kontekstkapittelet (kapittel 2). Siden mange av svakhetene ved kvantitative analyser kan oppveies ved de sterke sidene til kvalitative analyser – og omvendt – kan en kombinasjon av de to metodene spørreskjema og kvalitativt intervju til sammen styrke studiens generaliseringsgrunnlag (Grønmo 2007:341).

4.7 Oppsummering

I dette kapittelet har jeg redegjort for den metodiske tilnærmingen som har blitt brukt for å komme frem til resultatet av denne undersøkelsen. Metodevalget bærer preg av mangfoldighet, da det er brukt flere ulike metoder for å komme frem til resultatet. Denne mangfoldigheten gjør oppgaven med å presentere de empiriske dataene, og senere analysere dataene, til en kompleks oppgave. Mangfoldigheten kan også være med på å styrke resultatene som undersøkelsen fremkaller. Jeg mener at mangfoldigheten i kildebruken i denne studien nettopp styrker de resultatene jeg er kommet frem til.

Kapittel 5 – Presentasjon av empiriske funn

De empiriske funnene som undersøkelsene har generert er hovedfokus i dette kapitlet. Jeg har valgt å dele empirien inn i tre hoveddeler. I den første delen (5.1) presenterer jeg bakteppet for studien og et utdrag fra offentlige styringsdokumenter. Deretter presenteres kommunen som er utgangspunktet for casestudien. Jeg går nærmere inn i hvordan kommunen har organisert sitt hjemmebaserte tjenestetilbud, med hovedfokus på den hjemmetjenesten jeg har studert. I den andre delen presenteres resultatene av det undersøkende arbeidet. Jeg begynner med å presentere resultatene av spørreundersøkelsen (5.2). Deretter presenteres de kvalitative intervjuene (5.3). Avdelingssykepleierens (AS) vurdering av kvalitet presenteres først. Jeg har også integrert samtalen med enhetslederen for hjemmetjenesten (EH) i denne delen. Deretter presenteres resultatene av de åtte intervjuene med førstelinjepersonellet. Til slutt integreres alt datamaterialet i oppsummeringen av det undersøkende arbeidet (5.4). Oppsummeringen inneholder en presentasjon av alle seks indikatorene fra tabellen med henholdsvis omsorgsdiskurs og effektivitetsdiskurs fra teorikapitlet (kapittel 3).

Del 1 – Bakgrunn for kvalitetsarbeidet i kommunen

5.1 Bakteppe og utdrag fra offentlige styringsdokumenter

I de siste årene har en rekke kommuner latt seg inspirere av kvalitetsideer som følge av nasjonale standarder til kvalitet og egne utviklingsambisjoner (Vabø 2002:19). Kravet om kvalitetssystemer følger av en helsepolitisk satsning: Nasjonalstrategien for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten. Nasjonalstrategien utredes i omsorgsmeldingen⁶¹.

Nasjonalstrategiens overordnede målsetning er at helse- og sosialtjenestene skal være av god kvalitet. Kvalitet defineres som ” i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav” (Veileder 2005:11). Kvaliteten på landets helse- og sosialtjenester skal vektlegge: “samfunnets føringer, lovverkets krav, og hva som ut i fra et faglig perspektiv gir best mulig tjenester til brukerne”. Denne definisjonen legger altså både politikk, lovverk og profesjonalitet til grunn i vurderingen av hva som er god kvalitet. Videre innebærer god kvalitet i henhold til omsorgsmeldingen at:

“tjenestene i praksis skal være virkingsfulle, trygge og sikre, involvere brukerne og gi dem innflytelse, være samordnet og preget av kontinuitet, sørge for at kommunen utnytter tilgjengelige ressurser på en god måte, og sørge for tilgjengelighet og rettferdig fordeling”. (Veileder 2005:12). Brukeren og utøverens rolle skal styrkes, ledelsen og organisasjonen skal forbedres, forbedringskunnskap innenfor sosial- og helserelatert utdanning skal styrkes samtidig som stat og kommune kontinuerlig skal følge med på og evaluere sosial- og helsetjenestene” (Veileder 2005:2).

⁶¹ Mestring, muligheter og mening, om omsorgsplan 2015 (St. meld nr. 25, 2005 – 06).

Nasjonalstrategien representerer ikke myndighetskrav som kommunene, fylkeskommunene eller regionale helseforetak er forpliktet til å etterleve. Nasjonalstrategien stiller derimot *forventninger* til hvordan kommunene og fylkeskommunene skal innrette sitt kvalitetsarbeid i landets sosial og helsetjenester frem mot 2015 (Veileder 2005:12). Med grunnlag i disse forventningene vil jeg i det følgende presentere hvordan nasjonalstrategien etterleveres i praksis innenfor en kommunal hjemmetjeneste i en norsk kommune.

5.1.1 Om kommunen og hjemmetjenesten som er analysens utgangspunkt

Hjemmetjenesten som representerer studiens datagrunnlag, er en del av den kommunale hjemmetjenesten i en norsk kommune⁶². Både hjemmetjenesten og kommunen vil anonymiseres⁶³. Jeg vil i det følgende henviser til kommunen som Bakkeberg kommune, og hjemmetjenesten som Flaten hjemmetjenester. Bakkeberg kommune er en ”normalkommune” med ca 35.000 innbyggere⁶⁴. Et stabilt borgerlig flertall har styrt kommunen i en årrekke.

Flaten hjemmetjenester ble opprettet etter en omorganisering av kommunenes daværende tre baser for hjemmebaserte tjenester i desember 2003. I begynnelsen av prosessen med datainnsamlingen var driften av Flaten hjemmetjenester separert fra de tre andre hjemmetjenestene i Bakkeberg kommune. Flaten hjemmetjenester var på daværende tidspunkt, i likhet med de tre andre basene for hjemmebaserte tjenester, organisert inn under det tilhørende omsorgssenteret.

1. januar 2011 ble hjemmetjenesten i Bakkeberg kommune omorganisert. Driften av de fire hjemmetjenestene ble samordnet. Per dags dato representerer de fire hjemmetjenestene i kommunen en samlet enhet med en overordnet enhetsleder som har det økonomiske ansvaret for driften av alle fire sonene. Uavhengig av omorganiseringen er de fire hjemmebaserte tjenestene i kommunen fortsatt organisert etter omsorgssenter, i fire forskjellige soner. Både omsorgssenter, alders- og sykehjem i samme bydel tilhører samme sone. Videre er det hjemmebaserte tjenestetilbudet i kommunen organisert integrert. Det vil si at tjenestene består av både praktisk bistand (hjemmehjelp) og hjemmesykepleie. Praktisk bistand er et dagtilbud, mens hjemmesykepleie utføres på dagtid og kveldstid, i tillegg til at kommunen har egen nattpatrolje.

⁶² Dataene under avsnitt 5.5.1 er basert på informasjon fra kommunenes nettsider, informasjon fra et høringsnotat (2010) og informasjon fra enhetslederen for det tilhørende omsorgssenteret (EO) og enhetslederen for hjemmetjenesten (EH).

⁶³ Begrunnelsen for anonymiseringen er todelt. For det første var det et ønske fra hjemmetjenesten sin side å fremstå som anonyme. For det andre er det viktig å ta hensyn til brukerne av tjenestene i den aktuelle kommunen som representeres.

⁶⁴ Bakkeberg kommune styres etter prinsippet om en tonivåmodell. En slik organisasjonsstruktur har to organisatoriske nivå. Rådmannen og tre kommunaldirektører utgjør nivå 1. Nivå to består av 2 støtteenheter (IKT og arkiv, personal og organisasjon og økonomi) og 43 resultatenheter.

Pleie- og omsorgstjenestene i Bakkeberg kommune er organisert etter en bestiller-utfører modell (BUM-modell). Kommunen var en av de første i Norge som tok i bruk bestillerkontor for pleie- og omsorgstjenestene. Bestillerkontoret fungerer som en koordinerende enhet (KE) som skal bidra til samordning av tjenestetilbudet for å sikre et helhetlig tilbud til brukere med omfattende behov. Bestillerkontoret i kommunen foretar vurderinger og lager vedtak ut i fra gjeldende lovverk, mens personellet i kommunenes fire baser for hjemmebaserte tjenester utfører tjenestene. Myndighetsutøvelse og tjenesteutøvelse er dermed skilt⁶⁵. Intensjonen med bestillerkontoret er å sikre alle innbyggerne lik tilgang på pleie- og omsorgstjenestene. Resultatlikhet i form av at brukerne skal få lik hjelp i tråd med like behov er dermed en viktig verdi i vurderingen av tjenestekvalitet i Bakkeberg kommune⁶⁶.

Før opprettelsen av bestillerkontoret i kommunen, var hjemmetjenestene organisert segregert. Hjemmesykepleien var organisert for seg, mens hjemmehjelpsbasene var organisert for seg. Omorganiseringen av kommunenes hjemmetjenester og opprettelsen av bestillerkontor ble gjennomført med grunnlag i at man hadde en mistanke om at hjelpebehovet til brukerne tidligere ikke ble vurdert på et tilstrekkelig grunnlag⁶⁷. Kommunen hadde en mistanke om at tjenestetildeling etter den gamle, segregerte modellen i stor grad ble tilfeldig og styrt etter de ressursene sykepleietjenesten hadde tilgjengelig. Man mente derfor at tjenestemottakerne fikk mer hjelp i rolige perioder, og mindre hjelp dersom det var travelt⁶⁸. Som påpekt i kontekstkapittelet (kapittel 2) var dette en av begrunnelsene for å prøve ut nye, og mer effektivitetssparende modeller i organiseringen av det hjemmebaserte tjenestetilbudet i norske kommuner. For å unngå at tjenestegiverne skulle få for mye makt ble ”beslutningen” i forhold til å definere brukernes hjelpebehov lagt til et høyere forvaltningsnivå.

5.1.2 Informasjon om Flaten hjemmetjenester og kommunens kvalitetsfokus

Enhetslederen for det tilhørende omsorgssenteret (EO) gir inntrykk av at Bakkeberg kommune har et stort fokus på å etterleve de lover og forskrifter som omfatter kvalitet innenfor offentlige pleie- og omsorgstjenester. Han opplever de statlige føringene (lovene og forskriftene) som utfordrende fordi de ikke er spesielt konkrete i beskrivelsen⁶⁹. EO mener at staten i stor grad overlater vurderingen av tjenestekvaliteten til kommunen. Han anser det

⁶⁵ Myndighetsutøvelse innebærer utmåling av retten til tjenester i henhold til gjeldende myndighetskrav, mens tjenesteutøvelse innebærer å yte tjenesten i det volum og med den kvalitet som vedtakene forutsetter (Nesheim 2000).

⁶⁶ Bakkeberg kommunen har innført ISF (Innsatsstyrt finansiering) som finansieringsmodell for hjemmebaserte tjenester. Det vil si at omsorgssentrene tilføres midler av bestillerkontoret hver måned på bakgrunn av antall brukere, antall vedtakstimer og antall besøk (Høringsnotat 2010:3). ISF modellen stiller krav til at vedtakene som fattes av kommunens bestillerkontor stemmer overens med brukernes hjelpebehov.

⁶⁷ Dette er et forhold som også ble tatt opp i kapittel 2 (kontekst og bakgrunnsinformasjon).

⁶⁸ Kilde: Enhetslederen for det tilhørende omsorgssenteret (EO).

⁶⁹ Dette er et forhold som også ble poengtert i kapittel 2 (kontekst og bakgrunnsinformasjon).

derfor som svært viktig at kommunen utarbeider nøyaktige standarder som deretter blir videreformidlet ut til tjenestemottakerne (brukerne) og deres pårørende. Han mener at det er viktig at kommunens uttalte standard ikke avviker for mye fra “den allmenne oppfatningen” av god kvalitet.

Kvalitetsfokus. Både ledelse, kontinuitet og nyrekruttering, tjenestevolum, økonomi og IT-teknologi illustreres som viktige indikatorer som kan påvirke kvaliteten ved en kommunal hjemmetjeneste (EO). Det vektlegges spesielt at tjenestekvaliteten kan bedres gjennom å rekruttere flere mennesker med fagrettet bakgrunn. Det henvises til Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008–09), som peker på viktigheten av at spesialkompetanse bør ha delte stillinger mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Videre vises det til at et årsverk i kommunehelsetjenesten og et årsverk i spesialisthelsetjenesten burde løses med to årsverk delt opp i to halve stillinger (50 %) innenfor hver av tjenestene. På denne måten kunne man dratt nytte av spesialkompetanse innenfor flere enheter (EO). Han mener at enkelte minimumskrav i forhold til faglige standarder kunne presisert lovverket ytterligere. I likhet med at lærere har minimumskrav til elevtetthet i klasserommene, mener han at hjemmetjenestene burde hatt en grense i form av en viss ”tetthet” for faglig kompetanse per bruker. En slik presisering illustreres som en konkretisering av innholdet i de offentlige kvalitetsforskriftene (EO).

Forbedringspotensial. Rapportering, informasjonsutveksling ved overføring til spesialisthelsetjenesten og bedre utnyttelse av individuell kompetanse betegnes som områder der Flaten hjemmetjenester har forbedringspotensial (EO). Det påpekes likevel at hjemmetjenesten i Bakkeberg kommune samlet sett har blitt bedre kvalitetssikret og organisert med årene. Dette illustreres ved å vise til at tjenestemottakerne har fått høyere boligstandard i form av tilrettelagt bolig med livsløpsstandard. Det påpekes også at hjemmetjenesten påvirkes av dagens utviklingstrekk i sammenheng med eldrebølgen og utfordringene som samhandlingsreformen peker på. Hjemmetjenesten preges av at den har fått ansvaret for brukere med mer omfattende hjelpebehov enn hva som var tilfellet tidligere⁷⁰ (EO). Hjemmetjenesten har også fått ansvaret for flere tjenestemottakere med marginal boligstandard. Rusmisbrukere med liten eller ingen boevne nevnes som eksempel.

Brukeren er hovedfokus. Selve grunnideen med å organisere det kommunale tjenestetilbudet etter en BUM-modell er at rettsikkerheten til den som mottar hjemmebaserte tjenester skal bedres (EO). BUM-modellen sørger for at brukere som søker om hjelpebehov skal få vurdert

⁷⁰ Daet henvises til dgens utvikling som viser at hjemmetjenesten karakteriseres av mange flere tjenestemottakere med høy alder (>90), og mange flere relativt unge tjenestemottakere (<67) (EO).

sin søknad av en fagperson som ikke er involvert i driften, og som derfor ikke tar hensyn til hvorvidt tjenesten har ressurser til å gjennomføre vedtaket i praksis (EO). Personellet i hjemmetjenesten er likevel ”med på beslutningen” (Enhetsleder hjemmetjenesten-EH). Mens bestillerkontoret foretar vedtaksjusteringene, er det personellet i førstelinjen som ser hvilke behov brukeren har – og ikke har, og gir tilbakemeldinger om dette (EH). Dersom brukerne skulle oppleve at tjenestegiverne (personellet) ikke innfrir vedtakene, sikrer BUM-modellen at brukeren kan klage⁷¹. Det hevdes at det ikke er avdekket noen brudd på gjennomføring av vedtak gjennom internkontroll ved Flaten hjemmetjenester (EO). Siden det heller ikke er mottatt noen klagesaker fra brukerne går man ut i fra at kvaliteten på hjemmetjenestene er tilfredsstillende og i samsvar med det som forventes.

Samordningen av hjemmetjenesten. Målsetningen med omorganiseringen av de hjemmebaserte tjenestene er å levere bedre kvalitet med utgangspunkt i en samordning av det samlede tilbudet i kommunen. Samordning av de fire hjemmebaserte tjenestene skal føre til et mer helhetlig tilbud ved at spesialressurser innenfor hver av kommunenes fire baser skal samles i team⁷². Målet er at tilbudet til brukere med særskilte behov skal være det samme, uavhengig av *hvor* i kommunen brukerne bor. Dette skal føre til bedre kvalitet gjennom erfaringsutveksling, kompetanseutveksling og bedre styring av kommunens ressurser. Det kan her trekkes paralleller til målsetningene i samhandlingsreformen (St. meld nr. 47 2008–09) i forhold til at kommunen ønsker å organisere spesialressurser i team for å bedre kvaliteten på tjenestetilbudet⁷³. Tidligere var kommunen avhengig av at hver og en av de fire sonene (hjemmetjenestene) var selvforsynte med de ressursene som trengtes (EO). “Ulikt hovedfokus” hos de fire hjemmetjenestene førte til en spesialisering på ulike områder innenfor hver enkelt sone. En felles enhetsleder for alle de fire hjemmetjenestene skal føre til at hver av sonene må ”svare til samme krav”. Forventningen er at omorganiseringen skal forbedre det totale tjenestetilbudet som tilbys til hjemmeboende brukere i hele Bakkeberg kommune (EH og EO).

⁷¹ Internkontroll undersøker om brukernes vedtak om hjelpebehov samsvarer med kommunenes uttalte standard for tjenestekvalitet, og utføres med grunnlag i klagesaker på tjenesteleveransen. Internkontroll omfatter brukerundersøkelser med påfølgende utarbeidelse av handlingsplaner – og en oppfølging av disse.

⁷² Nytt organisasjonskart legges i vedlegg.

⁷³ Kommunen er også engasjert i et eget samhandlingsprosjekt (som har røtter i samhandlingsreformen) med 7 kommuner gjennom prosjektet ”Helsetorgmodellen”(EH). For tiden samhandler Bakkeby kommune om et diabetesprosjekt for å forbygge diabetes (EH).

Del 2 – Resultatet av det undersøkende arbeidet

I denne delen skal jeg svare på det første forskningsspørsmålet som ble presentert i kapittel 1; *Hvordan vurderer personellet i hjemmetjenesten kvalitet?* Jeg vil svare på dette forskningsspørsmålet gjennom å presentere de resultatene som undersøkelsen har generert.

5.2 Presentasjon av de kvantitative funnene: Resultat av spørreundersøkelsen

Her skal jeg presentere resultatene fra spørreundersøkelsen⁷⁴. Spørreundersøkelsen representerer en inngang til det kvalitative intervjuematerialet. Resultatene som introduseres her vil utdypes i de kvalitative intervjuene. Spørreundersøkelsen tok utgangspunkt i en vurdering av kvalitet som baserer seg på ytre versus indre organisatoriske forhold. Ytre forhold er forhold som antas å påvirke kvalitet med utgangspunkt i kravene fra omgivelsene og organiseringen av tjenestetilbudet. Indre forhold er forhold som antas å påvirke kvalitet med utgangspunkt egenskaper som er knyttet til personellet som utfører arbeidsoppgavene.

5.2.1 Generelle bakgrunnsopplysninger og trivsel i arbeidssituasjonen

På det tidspunktet da dataene ble innsamlet besto hjemmetjenestens førstelinjepersonell av 52 ansatte til sammen. Dette tallet inkluderer avdelingssykepleier og fagansvarlig. Jeg tar derfor utgangspunkt i at førstelinjepersonellet⁷⁵ består av 50 personer til sammen. Av disse hadde 46 personer (på daværende tidspunkt) fast stilling. Av de 50 personene er 11 av de ansatte sykepleiere, 14 er hjelpepleiere, 9 personer er omsorgsarbeidere, mens 18 personer er ufaglærte og går under betegnelsen assistent eller hjemmehjelp. Denne informasjonen er basert på tall som jeg har fått fra daværende avdelingssykepleier (AS, frem til 31.12.10) og nåværende avdelingssykepleier (AS fra 01.01.11).

6 sykepleiere, 5 hjelpepleiere, 7 omsorgsarbeidere og 6 hjemmehjelpere/assistenter svarte på spørreundersøkelsen. 1 person oppgav ikke bakgrunn. De ulike yrkesgruppene er relativt likt representert, med utgangspunkt i såpass få enheter. Av respondentene som svarte var alle 25 kvinner. Som nevnt var det bare en mann som var fast ansatt ved Flaten hjemmetjenester. Videre var størsteparten av de som svarte på spørreundersøkelsen enten mellom 40 og 50 år, eller eldre enn 50 år. Hele 21 av 25 personer befant seg innenfor disse to kategoriene. Erfaringen respondentene har fra helse- og sosialtjenester varierer fra 2 til 33 år. Gjennomsnittet er 14,13 års erfaring. Standardavviket her er 9,541. Det betyr at erfaringen i noen grad er spredt rundt gjennomsnittet. Det er likevel relativt mange av de spurte som har

⁷⁴ Tabellene og resultatene som ikke tas med her, legges i vedlegg.

⁷⁵ De som er i utetjenesten – og dermed de som fikk tilbud om å svare på spørreundersøkelsen.

mange års erfaring⁷⁶. 7 av respondentene jobber heltid, mens 14 respondenter har over 50 % fast stilling. 3 respondenter har stillinger under 50 %, mens 1 person ikke har fast stilling. Antall år i fast stilling ved Flaten hjemmetjenester varierer fra 1 til 30 år. Gjennomsnittet er 8,17 år. Standardavviket i forhold til gjennomsnittet er 7,038. Det vil si at det samlede antall år i fast stilling ligger ganske nær gjennomsnittet. 11 av de 25 respondentene svarer at de har erfaring fra arbeid i andre kommunale hjemmetjenester fra tidligere av⁷⁷.

Tabell 4; Hvor godt trives respondentene med å jobbe i hjemmetjenesten?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Både og, det spørs	3	12,0	12,0	12,0
Jeg trives tålig bra	12	48,0	48,0	60,0
Jeg trives kjempegodt	10	40,0	40,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Ingen av respondentene har svart at de ikke trives med å jobbe i hjemmetjenesten⁷⁸. Svarene kan tolkes som et tegn på at de fleste som arbeider ved Flaten hjemmetjenester trives svært godt med arbeidet sitt. Videre har respondentene relativt spredte holdninger både vedrørende arbeidsplassens muligheter for å fremme god omsorg, men også vedrørende holdningene til å endre eksisterende arbeidsrutiner⁷⁹. Når det gjelder holdninger til arbeidsplassens arbeidsrutiner er respondentene mer samstemte. 14 av respondentene mener at rutinene fungerer greit, men at de har forbedringspotensial. 9 respondenter er mindre fornøyd med arbeidsplassens rutiner⁸⁰. Dersom man ser dette resultatet i sammenheng med intervjumaterialet, kan det tenkes at de forholdene som kommer frem der, representerer de spesifikke forholdene som respondentene mener bør forbedres.

⁷⁶ Informasjonen er basert på resultatene fra spørsmål 4.1 – 4.4 i spørreskjemaet.

⁷⁷ Informasjonen er basert på resultatene fra spørsmål 4.5 – 4.7 i spørreskjemaet.

⁷⁸ Resultatene fra spørsmål 3.1 i spørreskjemaet.

⁷⁹ Informasjonen er basert på resultatene fra spørsmål 1.1 - 1.2 i spørreskjemaet.

⁸⁰ Informasjonen er basert på resultatene fra spørsmål 1.3 i spørreskjemaet.

5.2.2 Om personellens opplevelse av tidspress i hjemmetjenesten

Tabell 5; Respondentenes holdninger til tidspress ved Flaten hjemmetjenester

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Relativt høyt tidspress	7	28,0	29,2	29,2
	Veldig høyt tidspress	17	68,0	70,8	100,0
	Total	24	96,0	100,0	
Missing	System	1	4,0		
Total		25	100,0		

Tabellen gir inntrykk av at respondentene opplever et høyt tidspress i arbeidssituasjonen⁸¹. Ingen har svart at de synes at det er lite eller ingen form for tidspress. I tillegg opplever 14 av 25 personer et høyere tidspress enn hva de tror er tilfellet innenfor andre hjemmetjenester innad i kommunen og på landsbasis⁸². Det ingen som vurderer tidspresset på egen arbeidsplass som lavere enn i andre hjemmetjenester. Dette tyder på en oppfatning om at det er et svært høyt tidspress på deres egen arbeidsplass.

Tabell 6; Hender det at respondentene ser nødvendige arbeidsoppgaver hjemme hos brukerne som de ikke er pålagt å utføre ut i fra arbeidsbeskrivelsen/vedtaket?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja, ofte	18	72,0	75,0	75,0
	Sjelden	6	24,0	25,0	100,0
	Total	24	96,0	100,0	
Missing	System	1	4,0		
Total		25	100,0		

3 av 4 har svart at de observerer nødvendige arbeidsoppgaver⁸³ hjemme hos brukerne som de ikke er pålagt å utføre ut i fra vedtak⁸⁴. Dette er et høyt tall. Spørsmålet sier derimot ingenting om i hvilken grad respondentene tar seg tid til å utføre disse arbeidsoppgavene selv om de ikke inngår i brukernes vedtak⁸⁵. I tillegg mener hele 24 av 25 respondenter at de har for

⁸¹ Informasjonen er basert på resultatene fra spørsmål 1.4 i spørreskjemaet.

⁸² Informasjonen er basert på resultatene fra spørsmål 1.5 i spørreskjemaet.

⁸³ Nødvendige arbeidsoppgaver er i spørreskjemaet definert ut i fra respondentenes egen vurdering av brukernes hjelpebehov.

⁸⁴ Informasjonen er basert på resultatene fra spørsmål 1.6 i spørreskjemaet.

⁸⁵ Dette er en svakhet ved dette spørsmålet.

dårlig tid til å utføre oppgavene på arbeidslisten sin⁸⁶. Resultatet viser en klar holdning. De fleste respondentene vurderer det slik at arbeidsdagen er for travel. Nok et spørsmål viser dette: 25 av 25 respondenter mener at høyt tidspres⁸⁷ går ut over kvaliteten på kommunenes hjemmebaserte tjenestetilbud⁸⁸. Av alle spørsmålene som ble besvart i spørreskjemaet skiller dette spørsmålet seg spesielt ut, nettopp fordi alle svarte det samme. Man kan dermed konkludere med at respondentene finner at høyt tidspres fører til dårligere kvalitet på det kommunale tjenestetilbudet.

5.4.3 Om sammenhengen mellom kvalitet og arbeidsforhold

Tabell 7; Hjemmetjenesten er en presset omsorgstjeneste der ansatte må strekke seg til sitt ytterste som en konsekvens av kostnadseffektive tiltak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Enig	21	84,0	91,3	91,3
	Både og, det spørs	2	8,0	8,7	100,0
	Total	23	92,0	100,0	
Missing	System	2	8,0		
Total		25	100,0		

Veldig mange av respondentene er enige i påstanden om at hjemmetjenesten er en presset omsorgstjeneste som må strekke seg til sitt ytterste som en konsekvens av kostnadseffektive tiltak⁸⁹. At såpass mange av respondentene vurderer tilstanden på arbeidsplassen på denne måten stemmer overens med resultatene som viser at de føler et tidspres. Med utgangspunkt i holdningene til både brukere og ansatte på egen arbeidsplass svarte 19 av 25 personer at effektivisering av arbeidsrutiner oppleves som en trussel mot kvaliteten i kommunale hjemmetjenester⁹⁰. Spørsmålet retter seg mot en negativ sammenheng mellom effektivisering og kvalitet. At 76 % vurderer effektivisering som en trussel mot kvalitet er en klar indikator på årsakssammenhengen mellom effektivisering⁹¹ og kvalitet. Det viser at respondentene har et negativt forhold til det som angår effektivisering av arbeidsrutiner⁹².

⁸⁶ Informasjonen er basert på resultatene fra spørsmål 1.7 i spørreskjemaet.

⁸⁷ Det må presiseres at respondentene har tatt utgangspunkt i at det er snakk om høyt tidspres.

⁸⁸ Informasjonen er basert på resultatene fra spørsmål 2.2 i spørreskjemaet.

⁸⁹ Informasjonen er basert på resultatene fra spørsmål 2.5 f) i spørreskjemaet.

⁹⁰ Informasjonen er basert på resultatene fra spørsmål 2.1 i spørreskjemaet.

⁹¹ Det kunne imidlertid vært en fordel med en ytterligere konkretisering av hva som ligger i begrepet effektivisering

⁹² Dette forholdet vil tas opp igjen i analysekapittelet (kapittel 6).

Tabell 8; Synes respondentene at hjemmebaserte tjenester i større grad bør tilpasses brukerne?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ja	24	96,0	100,0	100,0
Missing System	1	4,0		
Total	25	100,0		

De aller fleste har også svart at hjemmebaserte tjenester i større grad bør tilpasses brukernes behov. Spørsmålet sier derimot ingenting om hva respondentene mener bør bli bedre. De forholdene som respondentene hevder bør bedres kommer bedre frem i intervjumaterialet.

Tabell 9; Observerer respondentene noen ganger hjelpebehov hos brukere som ikke kan ivaretas av Flatens hjemmetjenester på grunn av ressursmangel?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nei	1	4,0	4,0	4,0
Ja	24	96,0	96,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

De aller fleste svarer at de har observert brukere med hjelpebehov som Flatens hjemmetjenester ikke kan ivareta på grunn av ressursmangel⁹³. Ressursmangel er eksemplifisert i spørreskjemaet som bemannings- og/eller budsjettproblemer. Respondentene må sies å ha en ganske klar holdning også på dette spørsmålet. Alle resultatene som er fremstilt ovenfor er så godt som enstemmige fra respondentenes side. At svarene er så godt som enstemmige er et forhold som vil diskuteres nærmere i analysekapittelet.

Spørreskjemaet tar også opp respondentenes vurdering av hvilken innvirkning ulike forhold har på Flatens hjemmetjenester sin evne til å levere tjenester av god kvalitet⁹⁴.

Indre forhold påvirker kvalitet. Hele 18 av 25 respondenter er enige i at det er viktig med både faglig og menneskelig kompetanse for å utføre arbeidsoppgavene i en

⁹³ Informasjonen er basert på resultatene fra spørsmål 2.4 i spørreskjemaet.

⁹⁴ Skalaene som er brukt i denne delen sier ikke noe om positiv eller negativ innvirkning på kvalitet som variabel, men noe om hvordan respondentene vurderer de ulike variablenes *grad av innvirkning* på god kvalitet. Dette er et forhold som gjør det vanskeligere å tolke spørsmålene.

hjemmetjeneste⁹⁵. En person er uenig i påstanden. 19 av 25 mener at “utdannelse⁹⁶” enten har stor innvirkning eller ganske stor innvirkning på Flaten hjemmetjenester sin evne til å levere god kvalitet⁹⁷. Kun 1 person har svart at utdannelse ikke har noen innvirkning på god kvalitet. Holdningene er klare. De fleste mener at faglig relatert utdannelse er viktig for Flaten sin evne til å levere hjemmetjenester av god kvalitet. 13 av 25 respondenter vurderer det slik at ”lang tjenestetid⁹⁸” enten har stor innvirkning eller ganske stor innvirkning på Flaten hjemmetjenester sin evne til å levere det som for respondentene selv tilsvarer god kvalitet⁹⁹. Kjønn og alder ble vurdert som å ha liten eller ingen innvirkning på kvaliteten på tjenestetilbudet¹⁰⁰. 23 av 25 svarer at de synes variabelen “arbeidsmiljø” enten har en ganske stor innvirkning, eller en stor innvirkning på Flaten hjemmetjenester sin evne til å levere god kvalitet¹⁰¹. En person mener at arbeidsmiljø ikke har noen som helst innvirkning på hjemmetjenestens evne til å levere god kvalitet. Resultatet viser at respondentene mener at det er en klar sammenheng mellom arbeidsmiljø og Flaten sin evne til å levere god kvalitet på det hjemmebaserte tjenestetilbudet. Arbeidsmiljø og fagrettet utdannelse er de *indre* variablene som respondentene knytter nærmest opp mot Flaten hjemmetjenester sin evne til å levere god kvalitet.

Ytre forhold påvirker kvalitet. 21 av 25 respondenter er enige i at kommunale hjemmetjenester bør organiseres etter de lokale forholdene¹⁰². En person er uenig. 15 av 25 respondenter mener at Bakkeby kommunes valg av “organisasjons- eller oppgaveløsning for hjemmetjenesten¹⁰³” har en stor innvirkning, eller en ganske stor innvirkning på Flaten sin evne til å levere hjemmetjenester av god kvalitet¹⁰⁴. 3 personer mener at organisasjonsløsning har liten eller ingen innvirkning på kvalitet. Relativt mange mener at organisering har betydning. Hvis man setter svarene i sammenheng med holdningene til ressursmangel og effektivisering, tyder resultatene på at valget av oppgaveløsning for hjemmetjenesten har betydning for

⁹⁵ Informasjonen er basert på resultatene fra spørsmål 2.5 e) i spørreskjemaet.

⁹⁶ Utdannelse relateres til en *egenskap* hos førstelinjepersonellet.

⁹⁷ Informasjonen er basert på resultatene fra spørsmål 2.6 a) i spørreskjemaet.

⁹⁸ Også lang tjenestetid må relateres til en *egenskap* hos førstelinjepersonellet.

⁹⁹ Informasjonen er basert på resultatene fra spørsmål 2.6 b) i spørreskjemaet.

¹⁰⁰ Spørsmål 2-6 c) og 2.6 d) er ikke tatt med her. Dette fordi respondentene vurderer det dit hen at variablene ”alder” og ”kjønn” ikke har noen spesiell innvirkning på Flaten hjemmetjenester sin evne til å levere hjemmetjenester av god kvalitet. Resultatene fra disse to spørsmålene ligger som vedlegg.

¹⁰¹ Informasjonen er basert på resultatene fra spørsmål 2.6 e) i spørreskjemaet.

¹⁰² Informasjonen er basert på resultatene fra spørsmål 2.5 d) i spørreskjemaet.

¹⁰³ Spørsmålet kan nok kanskje virke litt uklart. En av respondentene uttrykte at hun ikke forsto dette spørsmålet. Det burde nok kanskje vært presisert mer konkret hva som menes med variabelen “organisasjons- eller oppgaveløsning”. Hensikten var at variabelen skulle si noe om hva respondentene synes om den måten Bakkeby kommune har valgt løsninger for hjemmetjenesten på. Bakkeby kommune har som nevnt organisert hjemmetjenesten etter en BUM-modell. Hva respondentene mener om BUM-modellen kom bedre frem i intervjumaterialet enn i spørreundersøkelsen.

¹⁰⁴ Informasjonen er basert på resultatene fra spørsmål 2.6 f) i spørreskjemaet.

kvalitet. 18 av 25 respondenter vurderer at økonomiske forhold¹⁰⁵ virker inn på Flaten sin evne til å levere hjemmetjenester av god kvalitet¹⁰⁶. 4 personer mener at økonomiske forhold har liten eller ingen innvirkning på hjemmetjenestens evne til å levere god kvalitet. 15 av respondentene svarer at sykefravær virker inn på hjemmetjenestens evne til å levere god kvalitet¹⁰⁷. Bare to av respondentene mener at sykefravær har liten eller ingen innvirkning på kvalitet.

5.4.4 Oppsummering av den kvantitative spørreundersøkelsen

Resultatet av spørreundersøkelsen viser at selv om de fleste respondentene trives med å jobbe i hjemmetjenesten, synes også de fleste av respondentene at det er et høyt tidspress på arbeidsplassen. Tidspress settes i sammenheng med for dårlig tid til å utføre arbeidsoppgavene. Spesielt interessant er funnene som peker på at effektivisering av arbeidsrutiner og høyt tidspress påvirker kvaliteten på tjenestetilbudet i negativ forstand. Veldig mange opplever at hjemmetjenesten er en presset omsorgstjeneste der de ansatte må strekke seg til sitt ytterste som en konsekvens av kostnadseffektive tiltak. At respondentene opplever et høyt tidspress er noe som ut fra dette datamaterialet kan ses som et resultat av ressursmangel. Hele 24 av 25 respondenter opplever at de ikke har muligheter til å ivareta brukernes hjelpebehov som en konsekvens av ressursmangel.

Ut i fra respondentenes vurdering av sammenhengen mellom kvalitet og ulike variabler, viser resultatene at ytre forhold (trekk ved kommunen, hjemmetjenesten og organiseringen av tilbudet) vurderes som å ha en større innvirkning på god kvalitet enn indre forhold (egenskaper ved personellet). Forhold som kommuneøkonomi og valg av lokal organisering vurderes som vel så viktig som de indre forholdene. Dette vil jeg diskutere nærmere i analysekapittelet. Unntaket er faglig og menneskelig kompetanse, utdanning og arbeidsmiljø, som her forstås som en del av de indre forholdene på arbeidsplassen. Respondentene opplever disse forholdene som svært viktige for å kunne utføre arbeidsoppgavene, og dermed levere det som tilsvarer god kvalitet til brukerne av tjenestene. Inntrykket er likevel at ”kvalitet” ikke er et resultat av personellens egenskaper, men av forhold som styres av kommunen og hjemmetjenesten (økonomiske forhold og effektivisering av tjenesten).

¹⁰⁵ Økonomiske forhold ble eksemplifisert med dårlig kommuneøkonomi.

¹⁰⁶ Informasjonen er basert på resultatene fra spørsmål 2.6 g) i spørreskjemaet.

¹⁰⁷ Informasjonen er basert på resultatene fra spørsmål 2.6 h) i spørreskjemaet.

I det følgende skal jeg presentere resultatene fra de kvalitative intervjuene som ble gjennomført med personellet ved Flaten hjemmetjenester. Først presenteres intervjuet med avdelingssykepleieren (AS) og samtalen med enhetslederen for hjemmetjenesten (EH).

5.3 Presentasjon av de kvalitative intervjuene

I teorikapittelet ble omsorgsdiskursen og effektivitetsdiskursen presentert som to ulike tenkemåter eller virkelighetsoppfatninger av hva som anses som ”beste veien til målet” for å skape god kvalitet på det hjemmebaserte tjenestetilbudet. De to diskursene er basert på teori som søker å beskrive hvilke grunnleggende verdier som er dominerende i vurderingen av kvaliteten på kommunale hjemmetjenester. Tenkemåtene har som utgangspunkt at kvaliteten på pleie- og omsorgstjenester vurderes av flere parter enn bare brukeren og giveren av tjenesten. Samfunnets samlede vurdering av hvilke verdier som er viktigst i vurderingen av god tjenestekvalitet danner grunnlaget for inndelingen av de to tenkemåtene.

Kvalitetsoppfatningene vil i etterkant av de kvalitative intervjuene vurderes i henhold til analyseskjemaet presentert i kapittel 3, side 28. Å vurdere intervjuene på grunnlag av de to diskursene kan gi bedre innsikt i hvilken kvalitetsoppfatning som i størst grad dominerer yrkesutøvernes syn på saken. Videre vil datamaterialet presenteres som et narrativ eller en historie (Kvale og Brinkmann 2009:229). Det vil si at jeg har forsøkt å gjøre en rekonstruksjon eller en sammenfatning av den informasjonen som kom frem i løpet av hele prosessen med å samle inn intervjumaterialet. Sammenfatningen av informasjon innebærer en orientering av tid, sted og aktører som er involvert, og handlingene som beskrives i den lokale konteksten som aktørene er en del av (Kvale og Brinkmann 2009:230). Evalueringen og vurderingen av de handlingene som beskrives i dette kapittelet gjøres i etterkant. Selve analysen av de empiriske funnene presenteres i analysekapittelet.

5.3.1 Intervju: Avdelingssykepleieren¹⁰⁸ og enhetslederens perspektiv

Avdelingssykepleieren (AS) uttrykker at hun er positivt innstilt til samordningen av det hjemmebaserte tjenestetilbudet i kommunen. Enhetslederen for hjemmetjenesten (EH) mener at med sammenslåingen av hjemmetjenestene, er kommunen på vei mot en felles håndtering og forståelse av de oppgavene som hjemmetjenesten skal ta seg av. AS peker på at ved å organisere personellet i hjemmetjenesten i spesialteam er tanken at de skal oppnå bedre kunnskap om spesielle sykdommer som sår og psykiatri. Det uttrykkes at en spesialisering av kunnskap skal føre til at de som er engasjerte og interesserte i spesifikke forhold kan bli med i

¹⁰⁸ Alle sitatene under 5.3.1 er tatt fra intervjuet med avdelingssykepleieren.

en gruppe eller et team som fokuserer på disse forholdene. Denne ordningen skal føre til at personellet kan gå inn hundre prosent for det som interesserer dem spesielt:

”Jeg tror det blir kjempebra jeg. Fordi hvis du interesserer deg spesielt for sår så kan du hjelpe til med sår rundt om i hele byen”.

AS henviser til at omorganiseringsprosessen¹⁰⁹ representerer hennes ”løsninger” på hvordan hjemmetjenesten kan levere et tjenestetilbud av bedre kvalitet:

”De tankene jeg har om hvordan (Flaten hjemmetjenester) kan bli annerledes, de ligger jo inni (omorganiseringsprosessen)”.

Hun uttaler at hun er fornøyd med hvordan BUM-modellen fungerer. Hennes inntrykk er at det er bra med relativt få ledd å forholde seg til. Det er sykehuset som tar kontakt med bestillerkontoret, mens bestillerkontoret tar kontakt videre med Flaten hjemmetjenester. Hun oppgir likevel at bestillerkontoret tidligere hadde bedre tid til både hjemmebesøk hos brukerne, og planleggingsmøter i forhold til hvilken type hjelpebehov brukerne har behov for når de kommer hjem fra sykehuset. Dette forholdet settes i sammenheng med et økt antall brukere, og mer å gjøre. Videre antydes BUM-modellen å ha liten effekt på personellens arbeid ute i førstelinjen. AS meddeler at det er hun selv som må påse at folk er på rett plass, og at vedtakene som blir fattet stemmer overens med den hjelpen brukerne faktisk får i praksis. På grunnlag av dette mener hun at førstelinjepersonellet ikke merker noen forskjell på kommunenes valg av organisasjonsløsning for hjemmetjenesten:

Det er den som er fagansvarlig og avdelingsleder som tar kontakt med bestillerkontoret som merker forskjell.

Kvalitetsfokus ved Flaten hjemmetjenester. Det spesifikke hovedfokuset for kvalitets- og effektivitetskrav ved Flaten hjemmetjenester uttrykkes på denne måten:

”Fokuset har vel vært på effektivitet, ikke på effektivitet heller, men på at brukerne får den hjelpen de har krav på. (...) En blir jo nødt til å oppfylle kvalitetskravene, i og med at de (førstelinjepersonellet) skal gi brukerne den hjelpen de har behov for. Men likevel så er det jo fokus på effektivitet. Det er liksom begge deler. De går litt over i hverandre.”

Hun meddeler at Flaten hjemmetjenester har gått gjennom vedtakene til alle brukerne. Hovedfokus har vært på at brukerne skal ha den hjelpen som står i vedtaket. De skal ha den hjelpen de har krav på og behov for, innenfor de tidene som de har vedtak på. Det er ikke dermed sagt at brukerne ikke får mer hjelp enn det som står i vedtaket (AS).

¹⁰⁹ På det tidspunktet da intervjuet med AS ble gjennomført var ikke omorganiseringen kommet i gang.

Måling av tid i ute i tjenesten ble av AS definert som kvalitetsmålinger. Hun forteller at Flatens hjemmetjenester tidligere har målt opp tidsrammer for hvor mye tid som brukes hos hver bruker både direkte og indirekte. Direkte brukertid vil si den tiden personellet bruker hos brukeren i praktisk og personlig hjelp, mens indirekte tid måler tidsbruken på kjøring i bil mellom brukere, tid som brukes på dokumentasjon, telefonsamtaler med leger, medisiner og lignende. Hun uttrykker at det er vanskelig å måle kvalitet helt konkret i en hjemmetjeneste:

”Det er vel vanskelig å måle det egentlig, fordi... egentlig så gir vi jo basisbehovene. Så sånn sett så blir det kvalitet på stedet og på dusjen.”

Brukerne kunne nok tenkt seg mye mer hjelp enn det som gis i praksis (AS). Det refereres til at en kan finne mange ulike standarder for hvilken type hjelp som skal gis for at det skal bli god kvalitet. Noen ansatte gjør gjerne mindre enn andre, men for den personen tilsvarer det kvalitet. Hun mener at det er lettere å måle kvaliteten på sykehjem, fordi der er det snakk “en pakke som skal gjennomføres”, uten så mange individuelle forskjeller. AS mener at Flatens personell gir god kvalitet på stedet, men at det likevel er veldig vanskelig å måle hvorvidt kvaliteten på pleie og stell av pasienter virkelig er god eller ikke:

”Det er jo kjempevanskelig. Også har vi jo alle forskjellige standarder for hvordan vi vil ha det”.

Etter sju års erfaring ved Flatens hjemmetjenester er inntrykket hennes at terskelen for å klage på det kommunale hjemmetjenestetilbudet er relativt høy. Når en ikke mottar tilbakemeldinger antas det at brukerne er noenlunde fornøyde med tjenestene. Her skal BUM-modellen være en kvalitetssikring av den tjenesten som brukeren mottar i hjemmet. Det berettes at man likevel ikke kan være sikker på at tjenesten utøves i tråd med reglene, siden ingen har mulighet til å være til stede for å sjekke hva hver enkelt ansatt fortar seg hjemme hos brukerne. Det blir dermed brukeren som i siste instans må gå god for at personellet utøver tjenesten innenfor rammen av vedtaket:

”Selv om en har rutiner på det meste så kan en ikke kontrollere at dette blir utført uten at brukeren selv ringer og klager”.

Bør personellet i hjemmetjenesten gi omsorg til brukerne? Inntrykket er at det å gi omsorg til brukerne er en type oppgave som førstelinjepersonell ikke lenger har muligheten til å ta seg av, ut over den tiden de har til rådighet når de er hjemme hos brukeren. Det viktigste ved arbeidet til personellet ved Flatens hjemmetjenester er å gi omsorg *når en er til stede* hos brukeren for å gi den hjelpen brukeren trenger:

”Jeg synes ikke at hjemmetjenesten skal brukes til å gå hjem til deg fordi du er ensom, det synes jeg ikke. Da er det andre steder en kan ta kontakt med. Hvis vi skulle gjort det hadde det aldri gått rundt”.

Inntrykket er også at utviklingen som viser at kommunale hjemmetjenester stadig får et økt antall brukere og et økt oppgavespekter å forholde seg til, er med på å prege personellet og de oppgavene de utfører:

”Det som er utfordringen nå er jo at det blir flere og flere brukere. Men vi får jo ikke så mange flere folk.. (Brukerne) lever lenger og lenger, og bor lenger hjemme enn før. Så den veien det går nå gjør at (brukerne) krever mer hjelp (av hjemmetjenesten) enn før”.

Det kan her trekkes paralleller til Fafo-rapporten (2011) som konkluderer med at dagens hjemmetjenester bærer preg av å være under stort press. Også Enhetslederen for det tilhørende omsorgssenteret (EO) påpeker dette forholdet. Også EH påpeker at hjemmetjenestene stadig får flere oppgaver å forholde seg til. Det henvises til samhandlingsreformen (St. meld. Nr 47, 2008–09), som fører til at kommunene får ansvaret for enda flere oppgaver. EH mener at trenden i dag er å tilrettelegge for brukerne hjemme, uansett hvor dårlige de er.

Familiestrukturen er endret, slik at de oppgavene som pårørende tidligere måtte ta seg av, de tar hjemmetjenesten seg av i dag (EH). Hun mener at det offentlige helsevesenet på mange måter er overlesset med oppgaver, og at man muligens bør vurdere om noen oppgaver kan overtas av andre.

Integrerte eller separerte tjenester? AS uttrykker at hun er skeptisk til om det hadde vært en god ide å skille hjemmesykepleien fra hjemmehjelperne, og dele opp hele personalegruppen i to segregerte tjenester:

”Jeg tror ikke det hadde vært et alternativ her, for da rekker vi ikke over det vi skal”.

Dersom hjemmetjenesten skulle blitt oppdelt innenfor kommunen hadde man ikke lenger hatt nok personell til å gi personlig pleie til brukerne. Mangel på personell gjør at man må bruke assistenter (personell uten fagrelatert utdannelse) til å gjøre pleieoppgaver. Hun sier at selv om omsorgsarbeiderne er utdannet til å utføre både praktisk og personlig arbeid, er det ikke mulig å gi alle de praktiske oppgavene til omsorgsarbeiderne:

”Vi må ofte leie inn ekstra folk for å gjennomføre personlig pleie, så om assistentene skal skilles ut (i en egen hjemmehjelpsgruppe) så betyr det i praksis at vi hadde drevet med et større underskudd enn i dag” (...). ”Det er jo sånn at nå for eksempel, så har vi ikke tid til rengjøring om formiddagen. Det er så mange ganger at de (brukerne) ikke får den rengjøringen de skal. Vi må nedprioritere rengjøringen (fordi vi ikke har nok folk til å utføre både praktisk og personlig pleie). Og hvis det er noen syke da, så faller jo rengjøringene også vekk på ettermiddagen. Og det går ut over brukerne igjen.

Hun mener at det kunne vært en fordel å sette ut det praktiske hjemmehjulsarbeidet på anbud. Det kunne ført til at personellet kunne prioritert de oppgavene som har med stell og pleie å gjøre. Flaten hjemmetjenester kunne da fokusert på kvalitet og omsorg gjennom at brukerne fikk rett kompetanse på hjelpen:

Hvis rengjøringen hadde vært satt ut på anbud så hadde de (brukerne) jo fått den rengjøringen, for da har de jo vikaravdelinger hvis noen blir syke” (...) Da kunne vi hatt fullt fokus på kvalitet og kompetanse til brukerne innen personlig hjelp”.

Også EH erkjenner at renholdsoppgaver er en utfordring for hjemmetjenesten. Disse oppgavene nedprioriteres når en ikke har nok ressurser. Det hevdes også å være et problem at personell med utdanning *ikke vil* utføre renholdsoppgaver, fordi at det ikke hører til utdannelsen deres (EH).

Hvor viktig er det at brukerne får hjelp av en ansatt de kjenner? Flaten hjemmetjenester har et system med primærgrupper som skal sørge for kontinuitet i tjenestetilbudet til brukerne. Innenfor en primærgruppe er man 5-6 personer som tilhører samme gruppen, og som i prinsippet hovedsakelig skal gå til de brukerne som tilhører deres primærgruppe. En primærsykepleier er ansvarlig for hver av primærgruppene. Selv om det er et ideal at de samme hjelperne skal gå til de samme brukerne, er ikke det så lett å gjennomføre i praksis:

”Det kommer litt an på om noen er syke. Så helt sånn knirkefritt går det jo ikke”. Men jeg prøver å legge til rette for en mal for hvilke lister jeg tar sikte på at hver enkelt skal gå”.

I de tilfellene hvor primærgruppene fungerer er brukerne ganske fornøyde med både hjelpen og kvaliteten. Det påpekes at det er mindre viktig med samme hjelper når personellet gjør rent i huset/leiligheten til brukeren (praktisk bistand), enn når brukerne får hjelp til personlig pleie. Når det gjelder personlig hygiene, er inntrykket at dette helst skal utføres av personell som brukerne kjenner til fra før av.

Dokumentasjon. Det å fange opp ”hull i dokumentasjonen” i sammenheng med det arbeidet som førstelinjepersonellet gjør hjemme hos brukerne anses som kjempeviktig for kvaliteten. Hvis brukerne en dag er dårlige må dette dokumenteres slik at det kan følges opp neste dag av nestemann som er hjemme hos brukeren. Det er viktig å dokumentere selv om brukeren er blitt bedre, slik at man vet hva som er statusen. Hos brukere som har hjelp av hjemmetjenesten sjelden¹¹⁰, er det spesielt viktig å dokumentere *hver gang*, slik at man har ”beviser” på at brukeren har fått den hjelpen de har krav på. Rapportering brukes her både som et “verktøy” for å forbedre tilstanden til brukeren, men også for å vise at personellet virkelig har befunnet seg hjemme hos brukeren. EH påpeker at personellet har mye mindre tid

¹¹⁰ Spesifisert som en gang i uken eller en gang per mnd – oftest snakk om praktisk bistand.

til kontakt med brukerne i dag enn hva som var tilfellet tidligere. En bruker mye mer tid på dokumentasjon – å forsvare det en gjør.

Faglig kompetanse. Avdelingssykepleieren synes at det er viktig med faglig kompetanse i hjemmetjenesten:

”Kvalitet er i utgangspunktet helt klart at brukeren får den hjelpen som [han/hun] har behov for på en faglig forsvarlig måte. (...) Vi må ha fagkunnskap og kompetanse til å observere symptomer og utføre de faglige prosedyrene i hjemmetjenesten” (AS).

Hun påpeker samtidig at hjemmetjenesten har mange flinke mennesker uten skolefaglig bakgrunn. Det understrekes likevel at de som ikke har fagbakgrunn ikke kan gå alene alle steder. I denne sammenheng påpeker EH at det er viktig med fagstolthet. Det hevdes at en bedre bevissthet om hvorfor en jobber i hjemmetjenesten, kan være med på å forbedre kvaliteten. Det nevnes at det er viktig å tenke over hvorfor noen velger en assistentsstilling. En kan ikke vente det samme engasjementet (EH).

Tidspress. AS forteller at hun tror personellet ved Flaten hjemmetjenester opplever et tidspress. Hun refererer til at stramme økonomiske rammer og høyt korttidsfravær er de viktigste årsakene til at førstelinjepersonellet opplever tidspress. Også EH påpeker at sykefravær er et forhold som påvirker arbeidsforholdene i hjemmetjenesten. Det at hjemmetjenesten preges av turnuser og arbeidstidsordninger er i henhold til EH noe som har innvirkning på kvalitet. Små stillingsprosenter¹¹¹ fører til mindre engasjement, fordi personellet ikke får bygget opp en miljøidentitet. Små stillingsprosenter er i henhold til EH noe som påvirker både tilhørigheten på arbeidsplassen og den kontakten personellet oppnår med brukerne. Når en jobber deltid får en ikke det samme nærværet til arbeidsplassen (EH). I følge EH forsvinner kontinuiteten i tjenestetilbudet på grunn av et ressurskrevende korttidsfravær. Sykefravær gjør at hjemmetjenesten må lære opp vikarer. Høyere stillingsprosenter i hjemmetjenesten kunne i følge EH fått ned korttidsfraværet, og økt tilhørigheten på arbeidsplassen, noe som igjen kunne ført til større motivasjon for det arbeidet som skal gjennomføres.

Lederansvar. AS påpeker at en av de tingene som er spesielt viktig for god kvalitet er at man tar personellet på alvor når de gir tilbakemeldinger på at det er travelt. Det er viktig at tiden man har til rådighet faktisk stemmer overens med brukernes behov og vedtak:

¹¹¹ EH påpeker at en del ønsker å arbeide deltid, og søker seg derfor ned i deltidsstillinger. Dette fører til ”tvungen deltid” for andre som ikke ønsker det. Også arbeidstidsordninger fører til deltid, fordi en må fylle turnusen i helgene.

”Det er jo klart at hvis alle springer for at det skal bli mest mulig effektivitet (...) da blir det jo heller ikke noe kvalitet ut av det.(...) De (personellet) kan ikke være så effektive at det går ut over kvaliteten.(...) Det er jo selvfølgelig kvalitet som er i fokus. Men ikke for en hver pris for å si det sånn.”

Inntrykket er at når en jobber i hjemmetjenesten, så kan en aldri få god nok tid:

”Nok tid får vi vel aldri. Men vi gjør så godt vi kan – i forhold til de ressursene vi har”.

EH ser tidspress og travle arbeidsruter som en konsekvens av varierte behov hos brukere i ulike tidsperioder. Hun mener at personellet har muligheter til å utføre vedtakene innenfor de eksisterende rammene.

5.3.2 Oppsummering

Avdelingssykepleieren (AS). Samhandling (gjennom omorganiseringen) fremstilles som viktig for å kunne opprettholde god kvalitet på det hjemmebaserte tjenestetilbudet ved Flaten hjemmetjenester. Begrunnelsen er en faglig forbedring gjennom spesialisering av ressurser. BUM-modellen antydes å ha liten effekt på de ansattes arbeid i førstelinjen. Kvalitetsfokuset beskrives gjennom resultatlikhet; brukerne skal ha den hjelpen de har behov for, innenfor de tidene de har vedtak på. Det oppleves likevel som vanskelig å måle kvalitet. AS opplever at brukerne er fornøyd med den personlige pleien, men ikke fullt så fornøyd med det praktiske arbeidet. Dette bunner i at brukerne ikke får praktisk bistand ofte nok, fordi Flaten hjemmetjenesten har manko på personell til å ta seg av disse oppgavene.

AS opplever stramme økonomiske rammer og høyt korttidsfravær som et problem ved Flaten hjemmetjenester. Hun er positiv til å sette rengjøring ut på anbud, men ikke til å dele opp hjemmetjenesten internt. Mangel på personell til å ta seg av oppgavene i pleien brukes som begrunnelse for det siste. Det oppleves at brukerne setter pris på primærgruppeordningene, men at det ikke alltid finnes muligheter for å gjennomføre ordningen i praksis. Hun opplever at den viktigste grunnen til at primærgruppene ikke fungerer er høyt sykefravær. Videre nevnes det at det er svært viktig at personellet dokumenterer om brukernes tilstand. Viktigheten av å dokumentere begrunnes med at hjemmetjenesten trenger ”beviser” på utført hjelp, og at dokumentasjon brukes som verktøy slik at alle ansatte skal ha oppdatert informasjon om brukerne. Faglig kompetanse oppleves som svært viktig, men ikke som en absolutt nødvendighet. Hun erkjenner at personellet nok opplever et tidspress. Hun viser til stram økonomi og sykefravær som begrunnelse.

AS mener at personellet ikke må bli så effektive at det går ut over kvaliteten på tjenesten. Hun fremholder at det er viktig med en balansegang mellom å utøve tjenesten på en faglig

forsvarlig måte, og samtidig holde seg innenfor vedtaket. For å skape god kvalitet ble det betegnet som viktig å høre på de ansatte, og å sette inn mer ressurser dersom behovet melder seg. Forhold som mangel på personell og ressurser hevdes å påvirke den brukeropplevde kvaliteten på tjenestene. Kontinuitet i tjenesteleveransen (samme hjelper) ble ansett som mindre viktig ved utføring av praktisk oppgaver enn ved utføring av pleieoppgaver. Avslutningsvis nevnte avdelingssykepleieren holdningsarbeid som å være en særlig utfordring ved Flaten hjemmetjenester. Det å skape gode holdninger og å være ærlige med hverandre var verdier AS mente var særlige viktige for å opprettholde en god kvalitet på det hjemmebaserte tjenestetilbudet. Hun opplevde holdningsarbeid i hjemmetjenesten som særlig utfordrende.

Enhetslederen for hjemmetjenesten (EH). EH mener at turnus og arbeidstidsordninger påvirker miljøidentiteten, og dermed personellens utføring av arbeidsoppgavene. Forklaringen på god eller dårlig kvalitet er organisasjonskultur. Sykefravær er et forhold som forstås på bakgrunn av kultur. Hun erkjenner at strukturelle forhold er med på å påvirke tjenesteinnholdet. At kommunene får stadig flere oppgaver å forholde seg til, uten at det følger tilsvarende ressurser med, er noe som hevdes er en utfordring i hjemmetjenesten. Renholdsoppgaver er i følge EH blitt vanskeligere og vanskeligere å følge opp. Begrunnelsen er mangel på personell og høyt sykefravær.

5.3.3 Intervjuer: Åtte ansatte i førstelinjetjenesten

I de følgende sju avsnittene vil jeg ta for meg hovedtrekkene som kom frem i de åtte kvalitative intervjuene jeg foretok med ansatte i førstelinjetjenesten. De ulike temaene som blir tatt opp overlapper til en viss grad hverandre. Jeg har dratt frem de trekkene som i størst grad gjenspeiler det samlede inntrykket av alle intervjuene. Alle forholdene som nevnes er relatert til arbeidsforholdene som respondentene mener preger deres egen arbeidsdag, og som derfor i siste instans preger brukeren som skal motta den hjelpen som gis.

Ressursmangel. Hovedinntrykket er at alle respondentene opplever at Flaten hjemmetjenester mangler ressurser, og at mer ressurser kunne ført til et bedre tjenestetilbud som i større grad kunne ivaretatt brukernes behov. Kvalitet beskrives i form av å ha nok personell og nok ressurser tilgjengelig dersom det skulle oppstå et økt behov. Inntrykket er at mangelen på ressurser fører til for mange oppgaver på for få ansatte. Konsekvensen hevdes å være at personellet må utføre oppgavene mer effektivt, fordi kommunen krever det:

”Kommunen er utrolig flinke til å gi oss kurs i effektivisering”.

En respondent påpeker at det som er viktig i forbindelse med arbeidet er at personellet har mulighet til å utføre arbeidsoppgavene på en tilfredsstillende måte, uten at det sliter dem helt ut. Inntrykket er at når kommunens spareprosjekt går ut over hjemmetjenestens personell, så går det også ut over den brukeropplevde kvaliteten på tjenesten. Flere hevder ”å føle på kroppen” i arbeidssituasjonen at kommunen driver med et innstrammingsprosjekt. Sammenslåingen av hjemmetjenestene er i følge flere av respondentene en løsning på kommunens økonomiske problemer.

En god del uttrykker likevel å være enten positive eller avventende til omorganiseringen av hjemmetjenesten og effektene av den. Et generelt trekk er at respondentene uttrykker seg positivt om samhandling og faglig spesialisering, men at de er mindre positive til den delen som handler om en bedre utnyttelse av ressursene (jmfør EO). Mange opplever det som negativt at samordningen forutsetter at personellet skal kunne arbeide innenfor alle de fire hjemmetjenestene i kommunen.

Inntrykket er at den opplevde ressursmangelen fører til at man ikke får gjennomført ordningen med primærgrupper. Dette er et forhold som også ble påpekt av AS. Respondentene uttrykker at god kvalitet innebærer å legge føringer for at primærgruppene prioriteres. Flere av respondentene nevner også en annen konsekvens av ressursmangelen. Både ledelsen og personalgruppen blir hele tiden “puttet på” nye oppgaver. En respondent mener at hjemmetjenestens personell har for mange oppgaver som går under ”deres arbeidsbeskrivelse”. Hun mener at dette går ut over kvaliteten, fordi det ikke anses som forsvarlig i praksis. Personellens muligheter for å sjekke brannsikkerheten hos brukerne nevnes som eksempel. Det fremholdes at mange nekter å stå ansvarlige for brukernes brannsikkerhet, fordi de ser det som uansvarlig. Videre nevner noen at det er viktig at ledelsen og personellet ”gjør det de skal gjøre” ut i fra arbeidsbeskrivelsen, verken mer eller mindre. Forestillingen er at man da ser avvikene mellom praksis og det som står på papiret (arbeidsbeskrivelsen). Det anses som viktig at ledelsen i kommunen må få se gjennom avvikene at Flaten hjemmetjenester trenger flere ansatte på jobb per dag. En respondent anser effektiviseringen av hjemmetjenesten som et særlig problem for avdelingssykepleieren (AS):

“De følger jo med på effektivitet de som sitter over oss. Så den stakkars avdelingslederen sitter mellom barken og veden og blir presset i alle retninger.”

Det oppleves som viktig å ta i betraktning at en jobber med folk, og ikke med maskiner. Inntrykket er at personellet vektlegger det å jobbe med mennesker som noe spesielt, og at det

må legges ekstraordinære føringene for dette. Stabilitet, i forhold til å kunne bygge opp et tillitsforhold mellom hjelper og mottaker er noe som flere anser som svært viktig. Innenfor en slik tankegang er personalet den viktigste kvalitetsressursen i forhold til å bistå brukerne med deres individuelle behov.

Refleksjoner ressursmangel. Ressursmangelen kan delvis ses på som et resultat av den pressede situasjonen som mange pleie- og omsorgstjenester opplever å befinne seg i¹¹². Det som er viktig i denne sammenhengen er at det er respondentene som uttrykker å oppleve denne ressursmangelen, og de begrensningene ressursmangelen setter på det som personellet selv vurderer som god kvalitet. Siden kontinuitet i tjenestetilbudet er noe som ses på som avgjørende for god kvalitet for både brukere, personell, politikere og samfunnet for øvrig¹¹³, vil mangelen på personell, gjennom at man ikke får gjennomført ordningen med primærgrupper, føre til et dårligere tjenestetilbud i praksis.

Inntrykket er at respondentene mener at systemet i den kommunen som de er en del av, her i form av kommunenes økonomiske situasjon, setter klare begrensninger for kvaliteten de er i stand til å yte. Når systemet ikke fungerer må man derfor kunne gå inn “å fikse” de delene av systemet som ikke fungerer etter intensjonen. Mer penger til drift, og dermed opprettelsen av flere stillinger (flere hender per bruker) vil i følge respondentene bedre kvaliteten på det hjemmebaserte tilbudet. Input forventes å bedre output (resultatet). Mer ressurser forventes å bedre brukernes rettigheter, fordi en da får en løsning på bemanningsproblemet i hjemmetjenesten.

Tidspress. En respondent påpeker at selv om det er tilfellet at det er travelt i mange yrker i dagens arbeidsliv, er forskjellen at når det blir for travelt i hjemmetjenesten, så går tidspresset ut over noen; nemlig brukeren som sitter hjemme og venter på at hjelpen skal komme:

Jeg ser jo, samme hvor folk er så har de jo det travelt. Det er jo ikke bare hos oss. Det er jo i butikker og hvor som helst. Forskjellen er at her går det ut over andre syke folk. I en butikk der går det ikke ut over gamle syke og svake når en har det travelt.

Alle respondentene uttrykker at tidspress virker inn på kvaliteten på tjenestene:

”Det som jeg synes er viktig er at vi må ha bedre tid på listene. Da får en mer tid til hver enkelt”.

Mange av respondentene mistenker at tidspress henger sammen med dårlig kommuneøkonomi. En del erkjenner også at høyt sykefravær kan føre til tidspress.

¹¹² Jamfør Rønning (2004) og Aasbrenn (2010) og Vike (2004) i kontekstkapittelet (Kapittel 2).

¹¹³ Jamfør omsorgsmeldingen, St. meld. 25 2005 – 06. Mestring, muligheter og mening om fremtidens omsorgsutfordringer.

Respondentene bruker mottakerens opplevelse av tjenestekvalitet som begrunnelse for hvorfor det er viktig å forhindre tidspress. Et generelt hovedinntrykk fra alle intervjuene er at god kvalitet for personellet innebærer å ha tid til å ivareta brukernes individuelle behov.

Respondentene fokuserte spesielt på viktigheten av *hvordan* hjelpen skal utføres for at brukernes behov skal ivaretas på en skikkelig og god måte:

“(...) Mennesker trenger fleksibilitet og har ulike behov på ulike dager, og det tror jeg ikke at det kan gjøres et godt nok arbeid for her.”

Inntrykket er at respondentene ikke får gitt brukerne god nok hjelp, ut i fra egne faglige og sosiale standarder for hva som er god tjenestekvalitet:

Vi trives jo best når vi føler at vi mestrer det vi gjør. Vi har jo til tider veldig hektiske ruter, og føler at vi ligger litt på etterskudd hele tiden. Det gjør at vi gjerne ikke får gjort akkurat det som vi burde gjort skikkelig. Og da synes vi at det er litt tungt. For vi klarer ikke... det er alltid den der stressfølelsen, det er alltid noen som venter. (...) Det legger vi gjerne litt mer på oss enn vi burde, (...) og det sliter jeg litt med, fordi jeg vet at de sitter og venter, (...) Det fører til litt stress i hverdagen, i arbeidssituasjonen.

God kvalitet innebærer for flertallet at personellet selv føler at de får gitt brukerne den hjelpen som brukerne ønsker og har behov for, til rett tid. De opplever det som spesielt viktig å være obs på tidspunkter dersom brukerne skal ha medisiner. Det anses som viktig at hjemmetjenesten har gode rutiner i de tilfellene arbeidsdagen endrer seg.

Respondentene har en oppfatning om at det å gi omsorg til brukerne er en svært viktig del av arbeidet. Inntrykket er at hjemmetjenestens personell ikke skal fungere som ”selskapsdamer”¹¹⁴, men at det skal være mulig å dekke omsorgsbehovet. God omsorg innebærer for de fleste å snakke og kommunisere med brukeren, “å være på nett” med brukeren og å ta deg av vedkommende den tiden man er til stede:

God omsorg innebærer at hver enkelt bruker føler seg sett, hørt og respektert. (...) Det kan innebære å komme inn på livet, få en skikkelig samtale i gang, høre hvordan de har det den dagen, og hvordan de føler seg. Det er viktig å ha tid til å lytte, og ha tid til det lille ekstra”.

Et spesielt interessant forhold som mange av respondentene kommer inn på gjelder nettopp beskrivelsen av omsorg. Størsteparten av respondentene påpeker at det er viktig å finne egne metoder for å gi brukerne omsorg mens en er til stede. Når en sitter igjen med en følelse av å ha gitt brukeren den hjelpen vedkommende har behov for, gir det mer inspirasjon og energi fordi brukeren er fornøyd. Dette henger sammen med at respondentene vurderer kvalitet dit hen at man ikke trenger god tid, men *nok* tid til å gi omsorg mens man er til stede:

¹¹⁴ Dette er et forhold som kan knyttes til Wærness (1999) sin beskrivelse av forskjellen på personlig tjenesteyting og omsorgsarbeid (jmfør kapittel 3).

Vi har våre metoder (for å gi omsorg til brukerne). Hvis jeg en dag har det veldig travelt, og må være rask hos en bruker, vet også denne brukeren at neste gang, så setter jeg av mer tid til han/henne. Jeg prøver å prioritere slik at alle skal få min tid.

De fleste respondentene påpeker også at personellet ikke skal vise direkte ovenfor brukerne at man er stresset på grunn av dårlig tid. Selv om tiden er knapp er det viktig å jobbe i takt med brukeren:

Det er viktig at vi får muligheten til å jobbe rolig, i deres tempo. Da blir de roligere, og synes det er godt når vi er der. Hvis ikke blir de urolige. Vi skal liksom ikke vise det hvis vi er stresset når vi kommer til dem. (...).

Flere av respondentene forklarer at møtet med brukerne bærer preg av at personellet må bruke det jeg i teorikapittelet (kapittel 3) har definert som “mestringsstrategier” for å møte bruker og pårørendes forventninger til god kvalitet, og samtidig møte organisasjonens forventninger med grunnlag i den tiden som er beregnet for hver enkelt bruker:

Det er så mye sånne forklaringer, ovenfor pårørende også sant. Det og synes jeg er stressende. Hvis du ser at du er kommet skeivt ut på listen, og brukerne sitter og venter, så får de gjerne morgenstell seint på formiddagen. (...) Så er det noen andre som venter som skal ha andre ting, og så blir de sinte fordi vi kommer så sent. Så må vi må ta de og de først sant, fordi det er viktigst. Men så sier de (brukerne) ”men jeg er like viktig jeg, for jeg verker sånn”. Så det er mye sånt. Det synes jeg er veldig frustrerende i denne jobben her. Det tar på. Så da kunne vi heller hatt et ekstra menneske.

Videre er det slik at tidspress fører til at man ikke får dokumentert brukerens tilstand, og at kvaliteten på tjenesten dermed blir dårligere. Dette fordi når brukerne har dårlige journaler (informasjon om tilstanden og pasientforløpet), så påvirker dette personellets “kunnskapsnivå” om hvilke individuelle behov det er viktig å ta hensyn til hos spesifikke brukere¹¹⁵.

Et annet viktig forhold som blir vektlagt er at tidspress fører til at det praktiske arbeidet blir nedprioritert ved Flaten hjemmetjenester. Flere forklarer at når kvaliteten på det praktiske tilbudet blir dårligere, så fører det til at den samlede ”livskvaliteten” til brukeren synker. Dette ble eksemplifisert av en respondent med at ”hjemmet forfaller” fordi brukerne selv ikke er i stand til eller har muligheten til å ta seg av det praktiske på egen hånd. At den praktiske delen nedprioriteres fordi hjemmetjenesten ikke har nok ressurser, er et forhold som også vektlegges av avdelingssykepleieren (AS). En respondent hevder også at kvalitet innbærer at en ikke kan utføre rengjøringsoppgaver for sjelden, da dette fører til mye ekstraarbeid når det først skal “tas igjen for tapt arbeid”.

¹¹⁵ Denne tråden vil tas opp igjen under punktene ”kunnskap” og ”kommunikasjon”.

Refleksjoner tidspress. At personellet opplever tidspress, er et forhold som i følge respondentene fører til at kvaliteten på tilbudet til brukerne blir dårligere. Respondentene opplever at de ikke får gitt kvalitet på det nivået som de ønsker. Inntrykket er at personellet kun har mulighet til å utføre oppgavene på et ”lavterskelnivå”, og at de ikke føler at de får gitt det kvalitetsnivået som de ønsker å gi med basis i faglige, personlige og sosiale normer.

Kunnskap. De fleste respondentene mener at kunnskap (fagrelatert utdanning) om arbeidsoppgavene har en innvirkning på den brukeropplevde kvaliteten. Siden de fleste erkjenner at kvalitet handler om kunnskap og kompetanse innenfor fagfeltet, mener storparten av respondentene at det er svært viktig med kurs og faglig oppdatering. En del påpeker at det kunne vært mer oppdatering og kursing av personellet ved Flaten hjemmetjenester.

Videre er inntrykket at kvalitet og fagkunnskaper handler om i hvilken grad personellet klarer å prioriterer viktige og mindre viktige arbeidsoppgaver i rett rekkefølge, fra dag til dag. Det å være inni brukerens behov anses som spesielt viktig for god kvalitet. For å ha god kjennskap til hvilke behov det er viktig å dekke hos brukeren, fordrer det kunnskap. Utdanning påvirker kvalitet, fordi med utdanning ser en ting som en ikke ser som ufaglært. Det er her viktig å huske på at Flaten hjemmetjenester fungerer som en integrert tjeneste (både praktisk hjemmehjelp og personlig pleie). Det er spesielt de respondentene som selv har faglig bakgrunn som er klare på at kunnskap er en klar faktor som virker inn på hvordan personellet løser arbeidsoppgavene. En respondent sier følgende:

”Fagkunnskaper er viktig for at personellet skal kunne utføre den faglig forsvarlige hjelpen til de som trenger det. Det er ikke bare til å sende hvem som helst nærmest, altså en bør sette mer krav til at en ser og observerer”.

Vedkommende mener det er viktig at personellet har den kunnskapen som trengs for å observere spesifikke forhold ved brukerne. En annen respondent sier at både brukerne og personellet selv setter pris på viktigheten av å kjenne til brukerens behov. Da blir arbeidet trygt og godt, og begge parter roer seg ned. Flere av respondentene eksemplifiserer viktigheten av å ha kunnskap om arbeidsoppgavene. En respondent setter problemet i sammenheng med tidspress og dårlig kvalitetssikring:

Tidspress (...) farger seg igjen i at det faglige er for dårlig, (...) at en må kutte noen svinger kanskje i forhold til å gjøre arbeidsoppgavene godt nok. Men jeg føler jo at jeg får gjort det sånn.. på et lavterskelnivå.. at det ikke blir god nok kvalitet da (...) Det er for lite kvalitetssikring i forhold til om det er nok personell på jobb, og om det er riktig personell på jobb, med riktig kompetanse.

Mange påpeker at en av konsekvensene av ressursmangelen er at hjemmetjenesten blir tvunget til å leie inn mange vikarer som ikke har faglig bakgrunn. Noen av respondentene opplever det som et særlig stort problem at hjemmetjenesten leier inn såpass mange vikarer uten faglig utdanning. Det uttrykkes en mangel på personell med ”tilpasset utdanning” for å utføre oppgavene. Inntrykket er at mangelen på personell fører til at brukerne ikke opplever å få en kontinuitet i tjenestetilbudet. Mangel på (fag) personell går dermed ut over den brukeropplevde kvaliteten på tjenestetilbudet. En respondent hevder at for lite kunnskap og kompetanse fører til utrygge brukere:

Av og til så blir sykepleierne tilkalt for alt mulig.. altså, det skaper utrygge pasienter. Det er gjerne bagateller (...) Det er det med å kunne skille alvorlig og ikke alvorlig”.

En annen respondent hevder at jo mer kunnskap personellet har om de oppgavene som utføres, jo mer ansvar føler de for brukerne. Dette fordi kunnskap gjør at en kan se brukerens hjelpebehov fra et annet perspektiv enn hvis en ikke har denne kunnskapen. Det å kunne observere med bakgrunn i faglig kunnskap gjør at du vet hva som er viktig og riktig å dokumentere. Hun mener dermed at kvaliteten kan bedres gjennom at riktig personell gjør de oppgavene som krever fagkunnskaper. For å sette et eksempel sier en respondent følgende:

Du setter ikke en rørlegger til å operere et menneske.

Denne kommentaren viser en klar holdning om at man ikke skal la mennesker uten utdanning utføre oppgaver som de ikke har faglig kompetanse til å utføre. Det uttrykkes at liten kunnskap om hva som er hjemmetjenestens overordnede mål påvirker hvordan personellet løser arbeidsoppgavene. Utførelsen av arbeidsoppgavene, og dermed hjelpen som personellet gir til brukeren, knyttes direkte til egenskaper ved personellet. En respondent knytter utføringen av arbeidsoppgavene til personellet ved å skille mellom faglærte og ufaglærte:

”Jeg synes det er å kaste bort ressurser og kunnskap å la omsorgsarbeiderne ta to, tre rengjøringer til dagen når vi hadde hatt behov for dem i pleien”(…) la vasken gå ut på anbud. Skill pleie og rengjøring av hus.”

Refleksjoner kunnskap. Hovedpoenget til de respondentene som ser på mangel på fagkunnskaper som et problem, er at mange ufaglærte ved Flaten hjemmetjenester utfører pleieoppgaver i hjemmetjenesten. Det er med bakgrunn i denne problematikken at respondenten som står for sitatet ovenfor mener at en bør skille pleie- og rengjøringsoppgaver. Dette er et problem som AS ser som et resultat av at en ikke har nok personell til å ta seg av de faglige oppgavene i hjemmetjenesten. AS ser det ikke som

nødvendig at hele personalgruppen har fagutdannelse. Inntrykket er at hvis brukerne skal få hjelp, blir en nødt til å bruke ufaglært arbeidskraft.

Organiseringen av hjemmetjenesten. Med unntak av en respondent mener alle, avdelingssykepleieren inkludert, at å skille ut den praktiske delen av hjemmetjenesten, i form av å sette rengjøringsoppgaver ut på anbud, kunne økt kvaliteten på tjenestetilbudet. Inntrykket er at dersom rengjøring hadde blitt satt ut på anbud, så kunne hjemmetjenesten i større grad tatt seg av stell og omsorg og de “viktigste” oppgavene. De fleste ser dette som en konsekvens av at Flaten hjemmetjenester ikke har nok ressurser til å kunne ivareta behovet om praktisk bistand.

Alle respondentene sier at det er en fordel at hjemmetjenestene tilpasses etter de lokale forholdene. Selv om de fleste mener at privatisering av det praktiske tilbudet kunne vært en løsning, ser ikke like mange fordelene med å dele opp det kommunale tjenestetilbudet internt. Det er ulik argumentasjon for om den enkelte kunne tenke seg dette eller ikke. De fleste respondentene peker på at god kvalitet er å se helheten hos brukeren. Det oppleves derfor som svært vanskelig å dele opp hjemmetjenesten i to enheter. Da kunne ikke personellet lenger sett brukeren under ett (gjennom både praktisk og personlig pleie). Mange anser det som svært viktig at brukeren opplever å få et integrert tilbud, gjennom å få hjelp til ”hele pakken”. Den andre siden av argumentasjonen handler om at å dele opp tjenestene i to enheter kunne bedret den faglige kompetansen. Dette fordi en da får rett kompetanse innenfor hjemmesykepleien, som i dag preges av et underskudd på faglært personell. De fleste er “litt uenige med seg selv” i forhold til om det ene eller det andre anses som den beste løsningen:

Jeg har jobbet under begge måter..og kan se fordeler og ulemper med begge deler. Jeg tror det er en veldig fordel hvis en deler det opp, for da vet en at en har den rette faglige kunnskapen på den på den personlige pleien der det trengs, og da får en kvalitetssikret det. (...) Men så kan det nok oppleves som omsorg da, at noen kommer inn og gjør hele pakken (...) Det er mye god omsorg i husstell, matlaging og sånne typer ting.

Refleksjoner organisering. Respondentenes holdninger til hvordan en skal organisere hjemmetjenesten for at tjenestetilbudet skal bli best mulig, heller ikke i noen klar retning. Selv om mange mener at det å sette hjemmehjelpstjenesten ut på anbud kunne ført til at kommunens hjemmetjenester får ”riktige” ressurser til å utføre “de viktige oppgavene” i hjemmetjenesten, blir de fleste litt usikre på spørsmålet om hjemmetjenesten bør deles opp internt. Denne usikkerheten dreier seg om i hvilken grad brukeren blir godt nok fulgt opp av et oppdelt tjenestetilbud.

Kommunikasjon. Inntrykket fra respondentene er at kommunikasjon påvirker kvaliteten på tjenestetilbudet som brukeren mottar i betydelig grad. Mange mener at dårlig kommunikasjon fører til at kvaliteten på tilbudet blir dårligere enn det som er hensikten. Inntrykket er at ulike forventninger til hva som er en god utførelse av arbeidsoppgavene påvirker kvaliteten på tilbudet. Noen mener for eksempel at Flaten hjemmetjenester og bestillerkontoret i kommunen¹¹⁶ kommuniserer for dårlig:

”Jeg føler ikke at bestillerkontoret gir god nok informasjon. Brukerne virker ofte uforberedt på hvordan hjelpen de skal få blir utført. Før i tiden fantes det husmorvikarer. Vi blir noen ganger sammenlignet med dem. De kom til en bruker og var gjerne hos dem i flere timer. Slik er det ikke vi arbeider”.

Dersom brukeren har fått et annet inntrykk om hva hjelpen skal omfatte enn det som er forutsetningene i praksis, kan det være vanskelig for personellet å argumentere for at de ikke har muligheter til å gi brukeren mer hjelp enn det vedkommende har krav på. Det er derfor viktig for kvaliteten på det hjemmebaserte tilbudet at alle parter har det samme inntrykket av hva hjelpen skal omfatte i praksis. Flere påpeker at det i noen tilfeller kan være vanskelig å få videreformidlet endringer i hjelpebehov hjemme hos brukerne:

En klarer ikke alltid å nå fram, eller få formidlet for eksempel at det er noen som trenger mer hjelp enn det de har.

En respondent påpeker at rollen til bestillerkontoret oftest blir synlig etter at et behov er observert hos en bruker:

”Det er pårørende, brukerne selv eller sykehus som i første omgang oppdager et behov. Er de allerede i vårt system, så er det ofte vi som oppdager nye behov. Bestillerkontoret mottar deretter søknader med dokumentasjon for behovet. Det er vi i hjemmetjenesten som opprettholder vedtakene. Vi observerer også nye behov i samarbeid med eventuelt pårørende eller andre helseinstanser f. eks legen. Problemet kan bli at det er vanskelig å følge opp hver bruker like grundig som vi skulle ønske. Det gjelder å observere fortløpende endringer hos bruker, og følge opp gamle vedtak”.

Respondenten mener å se vanskeligheter med å følge opp det ansvaret som personellet blir gitt. Sitatet fokuserer på samarbeid og dokumentasjon av brukernes tilstand som svært viktige elementer for at det skal være mulig å følge opp det ansvaret de blir gitt. I denne sammenhengen er inntrykket at dårlig informasjon fra ledelsen påvirker kvaliteten på arbeidet i førstelinjen:

¹¹⁶ En svakhet ved dette datamaterialet er at bestillerkontoret ikke har fått muligheten til å uttale seg. Begrunnelsen er at det ble for omfattende og tidkrevende og samle inn mer datamateriale.

”Vi må se at våre rapporteringer og observasjoner blir raskt fulgt opp. Sykepleier og fagansvarlig må være tilgjengelig for muntlig samhandling, og datamaskiner må være tilgjengelig for skriftlig rapport”.

Dokumentasjon oppleves som viktig av de fleste respondentene. Mer informasjon om brukerne fører til at personellet er i stand til å gi det som oppleves som god kvalitet for den spesifikke brukeren det gjelder:

”Kommunikasjon er et viktig arbeidsverktøy i forhold til tverrfaglig samarbeid og brukere”.

At personellet har muligheten til å kommunisere videre spesifikke forhold om brukerne, enten muntlig eller via dokumentering på dataen, er et forhold som flere av respondentene ser på som avgjørende for om kvaliteten på tjenesten er god eller ikke. En annen respondent påpeker at uten dokumentasjon, så har ikke hjemmetjenesten noen “beviser” for at personellet faktisk har vært til stede hos brukerne:

Vi er pålagt at vi skal dokumentere. (...) Hvis det går veldig mange dager mellom hver gang vi dokumenterer noe på en pasient, har vi ingen beviser på at vi har vært hos den pasienten. For da finnes det ingen dokumentasjon. (...) Hvis pårørende synes brukeren har fått dårlig pleie og går i sømmene på det, så har vi ingenting vi skulle sagt, fordi vi ikke kan si at vi har vært der.

Refleksjoner kommunikasjon. Inntrykket er at respondentene er misfornøyde med muligheten for å få videreført tilstrekkelig med informasjon om brukernes tilstand. På et generelt grunnlag er respondentene misfornøyde med kommunikasjonen ved Flatens hjemmetjenester. Dette gjelder spesielt at respondentene opplever mangel på tid til å dokumentere brukernes tilstand. Dokumentasjon brukes også som et middel for å bevise at personellet har gjort en jobb hos brukeren.

Evnen til samarbeid. Et generelt inntrykk er at god kvalitet innebærer et godt samarbeid mellom både bruker, pårørende, bestillerkontoret, sykehuset og hjemmetjenesten. Personellet ser det slik at ulike personer og forvaltningsnivåer samhandler for dårlig med hverandre. Mange hevder også at liten kunnskap om hvilke oppgaver hjemmetjenestens personell er til stede for å utføre, kan skape uenighet om hva som er kvalitet. Bedre samarbeid, oversikt og tilgjengelighet kan føre til bedre kvalitet. Hvis folk snakker skikkelig sammen så kan en unngå misforståelser. Som påpekt under punktet om kommunikasjon og punktet om organisering er inntrykket at kvalitet grunnleggende sett handler om å definere hvilke oppgaver som hjemmetjenesten skal ha ansvaret for. En respondent påpeker eksempelvis viktigheten av at brukeren er i et system som fanger opp behovene. Hun mener at kvalitet

innebærer at de ulike etatene som finnes innad i kommunen er flinke nok til å definere ansvar og oppgaver gjennom samarbeid:

Rusomsorg har jo delvis ansvaret for å ordne med pasientene våre, og vi har delvis ansvaret. Det må defineres mer hvem som har ansvaret. (...) At ikke pasientene faller mellom to stoler da. Det gjør de mye nå. Det er sykehuset og det er oss. Alle har noe de skulle ha sagt.”

En annen respondent hevder at det er viktig for kvaliteten på tjenestetilbudet at hjemmetjenesten ikke blir en “offentlig søppelkasse”, der en plasserer de oppgavene som ikke hører hjemme noe annet sted. Dette mener hun kan ses i sammenheng med sikkerhet rundt personalgruppen i deres møte med uforutsigbare brukere:

Samarbeid i det store og hele (er viktig for kvalitet). Med rusteamet, med miljøtjenesten, hjemmetjenesten, hvor hører de forskjellige oppgavene hjemme. Hvorfor går vi til rusmisbrukere? (...) Det er greit nok det at vi går på stell, men alt som har med tableter å gjøre burde jo de (rusteamet) tatt seg av.

Vedkommende mener at en bedre oppgavefordeling kunne ført til bedre tjenestekvalitet. Inntrykket er at for at tjenesten skal være av god kvalitet, så må hjemmetjenestens personell ha muligheten til å følge opp det ansvaret som de blir gitt. Flere påpeker at god kvalitet innebærer et godt samarbeid og en god kommunikasjon med bestillerkontoret om hva som er nok tid i forhold til brukernes behov. Noen nevner også at det er viktig at bestillerkontoret går på hjemmebesøk, i stedet for å ringe hjem til brukeren og spørre hvor mye hjelp han/hun trenger. En respondent ytrer et behov for bedre kontrollsystemer vedrørende brukernes stadig skiftende behov. For at tjenestetilbudet skal være av god kvalitet er det viktig med en kontinuerlig revurdering av hjelpebehovene til brukerne i tråd med den situasjonen de er i for øyeblikket. Det nevnes at en kontinuerlig revurdering innebærer at personellet går til ulike brukere med jevne mellomrom, slik at de ikke ”ser seg blind” på behovene til sine faste brukere.

Flere nevner også at det er viktig å få et større fokus på det arbeidet som hjemmetjenestens personell faktisk utfører i praksis. En respondent sier at hun opplever det som skuffende at hjemmetjenesten ikke prioriteres i større grad enn det som er tilfellet. Hun opplever det slik at hjemmetjenestens personell utfører svært viktige oppgaver, og at samfunnet sparer store summer ved at brukere bor hjemme i stedet for på institusjon. Hun påpeker at det er viktig at ledelsen samarbeider med de ansatte om hvordan en skal løse arbeidsoppgavene i hjemmetjenesten. Inntrykket er at når personellet ikke blir hørt av ledelsen, kan det føre til mindre engasjement rundt arbeidet. Hun mener at holdninger som “det hjelper ikke likevel” er et resultat av at personellet ikke føler at de blir hørt.

Refleksjoner samarbeid. Argumentasjonen peker på viktigheten av at hjemmetjenesten klarer å definere hvilke grunnleggende oppgaver de skal ha ansvaret for, gjennom samarbeid med ulike etater i kommunen. Det at respondentene vurderer det dit hen at samarbeidet per dags dato ikke er tilfredsstillende, betyr at de vurderer det slik at kommunenes tjenestetilbud ikke er organisert godt nok, i tråd med det som er hensikten med tjenestene. Inntrykket er at det systemet som har til hensikt å sikre brukernes rettigheter i form av målformuleringer (operasjonalisering av mål), gjengitt som arbeidsbeskrivelser som personellet følger, ikke fungerer etter intensjonen.

Arbeidsmiljø. Alle respondentene fremstiller arbeidsmiljø som svært viktig for at kvaliteten på tjenestetilbudet skal bli best mulig. Viktigheten av mangfold i arbeidsgruppen nevnes her som en faktor som påvirker kvaliteten. Det er derimot ulike meninger om hvorvidt arbeidsmiljøet ved Flaten hjemmetjenester virker positivt eller negativt inn på kvaliteten. Godt over halvparten av respondentene mener at personalgruppen er med på å opprettholde god kvalitet ved å støtte hverandre i forhold til de arbeidsoppgavene som skal utføres. Inntrykket er at tidspress og stress er noe som kompenseres for via et godt arbeidsmiljø:

Arbeidsmiljøet er vår styrke. Vi prøver å ivareta hverandre (...) Vi fungerer veldig greit tverrfaglig mellom gruppene. Vi respekterer hverandre (...).

Et par av respondentene mener at personalgruppen har et bra arbeidsmiljø, men at holdningsarbeid er et problem blant personalgruppen. Det oppfattes som viktig at ledelsen sprer god motivasjon i ord og handling. Inntrykket er at dårlige holdninger hos både ledelse og personell påvirker arbeidsmiljøet ved Flaten hjemmetjenester. Det påpekes at det er viktig å gjøre noe med holdningene til personellet for å bedre kvaliteten på arbeidet som gjøres i hjemmetjenesten:

Dårlig kommunikasjon har sammenheng med dårlige holdninger, og det tror jeg handler om holdningene til de ansatte her. Mye fordi at de har blitt pålagt mye arbeid uten å få lov til å være med å bestemme selv.(...) Det ser jeg jo selv i helgene når det er min jobb å delegere arbeid videre, at folk er veldig lite offensive. En må på en måte pålegge de å gjøre det. De gjør det ikke på eget initiativ. Og det er jo en fryktelig dårlig trend, og skaper dårlig arbeidsmiljø, og dårlig stemning og i det hele tatt. Men det er holdningsarbeid blant de ansatte, altså kulturen er dårlig da.

Den samme respondenten mener at når ledelsen ikke gir personellet beskjed om at det arbeidet de gjør er viktig, så vil heller ikke personellet føle at den rollen de fyller er viktig for hjemmetjenesten som helhet. Hun mener dette fører til en ond sirkel der dårlig med tilbakemeldinger fra ledelsen, sammen med lite holdningsarbeid gjør at personellet føler

mindre ansvar for de oppgavene som skal utføres for å gi brukerne et tjenestetilbud av god kvalitet:

Jeg tror at holdningene på en måte speiler seg gjennom hele avdelingen her (...) Men det er litt sånn fra ledernivå da, ikke avdelingslederen nødvendigvis, men fra øvre hold da. Det er ikke så nøye på en måte, kan en få en følelse av (...)

Refleksjoner arbeidsmiljø. Det er uenighet blant respondentene om hvilken effekt arbeidsmiljøet har på kvalitet. På den ene siden ser respondentene på kvalitet som et resultat av personellens gode egenskaper som ”et felleskap”. Noen mener også at arbeidsmiljøet svekker kvaliteten på arbeidet, fordi holdningene hos personalgruppen er dårlige. Dette settes i sammenheng med at (respondentene opplever at) hjemmetjenesten ikke fungerer slik den skal eller bør fungere etter intensjonene. Det kan her nevnes at EO opplevde informasjonsutveksling mellom ulike nivå som et mulig forbedringspotensial.

Det som respondentene mener at ikke fungerer, er samarbeid i det store og det hele. Begrunnelsen for dette hevdes å være at hjemmetjenesten ikke har klare nok ansvarsforhold i forhold til hvilke oppgaver personellet skal ta seg av, og ikke ta seg av. At de ikke føler seg sett og hørt i tilstrekkelig grad, er et forhold som også kan virke inn på den grunnleggende motivasjonen for å gjennomføre det arbeidet de har blitt pålagt.

5.3.4 Oppsummering av intervjuene av førstelinjepersonellet

Under avsnittene ovenfor har jeg presentert hvordan respondentene skildrer at flere forhold påvirker kvalitet. Både ressursmangel, tidspress, kunnskap, organisering, kommunikasjon, evnen til samarbeid og arbeidsmiljø er forhold som respondentene opplever at påvirker kvaliteten på tilbudet ved Flaten hjemmetjenester. Det samlede inntrykket fra intervjumaterialet er at flere av disse forholdene ”virker sammen”, og influerer det tjenestetilbudet som brukerne er mottakere av.

Den samlede vurderingen av spørreundersøkelsen og intervjuene viser at ressursmangel, tidspress og dårlig kommunikasjon er de faktorene som respondentene vurderer som mest kritiske. Selv om mange nevner at forhold som utdanning og erfaring er viktige, viser det samlede inntrykket at ressursmangel og tidspress oppleves som hovedproblemene. Det er ressursmangel som fører til tidspress, og det er tidspresset som påvirker arbeidsforholdene. Det er nettopp arbeidsforholdene i utetjenesten som respondentene mener påvirker i hvilken grad de får brukt den kunnskapen og erfaringen de sitter inne med.

Mens ressursmangelen anses som ”hovedproblemet”, pekes det i flere tilfeller på at kommunens valg av organisasjonsmodell påvirker både kommunikasjon, informasjon, dokumentasjon og evnen til samarbeid mellom ulike nivå. Det anses som et stort problem at det er dårlig kommunikasjon mellom de ulike leddene som den enkelte medarbeider må forholde seg til. Inntrykket er at når kommunikasjonen ikke fungerer på en tilfredsstillende måte, så påvirker det de ulike leddene sin evne til å samarbeide med hverandre.

5.4 Oppsummering av hele det undersøkende arbeidet

I det følgende vil jeg vurdere de kvalitative intervjuene i tråd med de to diskursene som ble presentert i teorikapittelet (kapittel 3). Først vurderer jeg ledelsens perspektiv på kvalitet. Deretter oppsummerer jeg funnene i spørreundersøkelsen, og vurderer de kvalitative intervjuene med førstelinjepersonellet i tråd med de to diskursene.

5.4.1 Vurderes kvalitet gjennom en omsorgsdiskurs eller en effektivitetsdiskurs?

Omsorgsdiskursen			Effektivitetsdiskursen		
Personellets erfaring og grad av kjennskap til brukerne	Faglig kunnskap	Fleksibilitet i tjenesteleveransen	Brukernes rettigheter	Operasjonalisering av mål	Avgrensning av tjenesteleveransen

Tabell 10; Indikatorer.

Tabellen viser de teoretiske begrepene (indikatorene) som ble utviklet på forhånd med basis i teori. Disse seks indikatorene ble introdusert i den beskrivende delen i kapittel 3.

5.4.2 Oppsummering - Hvordan vurderer ledelsen kvalitet?

Inntrykket fra EH er at personellet har mulighet til å gi brukerne et tjenestetilbud av god kvalitet innenfor de rammene de er underlagt. Unntaket er det praktiske tilbudet (rengjøring) som oppleves som et praktisk problem av alle parter (både ledelsen og førstelinjepersonellet). Det er viktig å understreke at EH sin vurdering av kvalitet, i dette tilfellet *ikke* tar utgangspunkt i personellets personlige, sosiale og faglige vurderinger av tjenestekvalitet (jamfør omsorgsdiskursen). Det uttales av EH at brukerne får det tilbudet som de har krav på med hjemmel i lovverket. Brukernes rettigheter er derfor en indikator som er svært synlig. Også EO er svært klar på at målformuleringene er viktige. Også bruken av BUM-modellen begrunnes med at rettssikkerheten til brukeren skal ivaretas. EO fokuserer også på kvalitet

gjennom å forbedre det sentrale lovverket. Han mener at en konkretisering av lovverket, gjennom visse minimumskrav til faglige kompetanse, kan bedre tjenestekvaliteten.

Ledelsen vurderer det slik at dokumentasjon om brukernes tilstand er grunnleggende for at tjenestetilbudet skal være av god kvalitet (jamfør AS). Med utgangspunkt i dokumentasjon skal det være mulig å avgrense tjenesteleveransen, men fortsatt gi brukernes det tilbud de har krav på med hjemmel i lovverket. Videre skal (skriftlig) dokumentasjon om brukernes tilstand sikre en kontinuerlig oppdatering av brukernes stadig skiftende behov. Begrunnelsen for å dokumentere er både at rettssikkerheten til brukeren skal ivaretas, fordi personellet skal ha oppdatert informasjon om brukerne, men også fordi hjemmetjenesten skal ha beviser for utført hjelp. Det siste kan knyttes til operasjonalisering av mål og avgrensning av tjenesteleveransen. Hjemmetjenesten skal kunne forsvare at de har utført den hjelpen som vedtaket sier at brukeren har krav på.

Ledelsens forklaring på om kvaliteten oppleves av brukeren som god eller ikke, knyttes i stor grad til personellens utførelse av tjenesten. Videre blir kvalitet vurdert ut i fra om målene er klare nok (slik at personellet gjør det de skal gjøre) og ut i fra om fagkunnskapen er god nok (slik at personellet vet hvordan de skal utføre arbeidsoppgavene på en god måte).

Ledelsen gir et sterkt inntrykk av at samhandling og samarbeid er svaret på kommunens kvalitetsarbeid. Dette er et svært synlig element fra ledelsesperspektivet. Gjennom kulturbygging og felles oppslutning om mål mener EH at kvaliteten på det kommunale tjenestetilbudet vil bedres. Både AS og EH er svært positive til samordningen av tjenestetilbudet. Enhetslederen for omsorgssenteret (EO) sier at forventningen til omorganiseringen er et bedre tjenestetilbud med utgangspunkt i faglig spesialisering og en bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser. Siktepunktet er at alle parter skal ha tilnærmet lik oppfatning av hva som er målsetningen med tjenesten. Bedre styring av kommunens ressurser kan knyttes til operasjonalisering av mål og avgrensning av tjenesteleveransen. Her er effektivitetsdiskursen svært synlig. Ledelsen forventer at en ny arbeidsdeling og en annerledes sammensetning av ulike nivå og enheter i organisasjonen skal forbedre tjenestetilbudet i kommunen.

5.4.3 Oppsummering - Hvordan vurderer førstelinjepersonellet kvalitet?

Som påpekt under oppsummeringen av spørreundersøkelsen, viser resultatene at både effektivisering og ressursmangel oppleves som særlig problematisk for førstelinjepersonellet. Inntrykket fra intervjuene er det samme. Dette er et element som kan knyttes direkte til den

rollen førstelinjepersonellet har som bakkebyråkrater (jmfør kapittel 2). Et typisk trekk ved arbeidsoppgavene til bakkebyråkrater i følge Lipsky (1980) at en konstant ressursmangel i forhold til behov og arbeidsoppgaver kan føre til arbeidspress, som igjen kan føre til at visse arbeidsoppgaver "blir fortrenget" til fordel for andre. På grunnlag av dette kan førstelinjepersonellet føle at de ikke får utført arbeidsoppgavene innenfor forsvarlige rammer. I tråd med Thorsen (2001) påpeker førstelinjepersonellet at den delen av arbeidsoppgavene som handler om omsorgsbehovene til brukerne, er de oppgavene som oftest blir nedprioritert:

Det er disse enkle, fundamentale tingene som blir vanskeligere og vanskeligere og opprettholde. Hygiene og tilrettelegging av måltid må skje fort. Observasjon, kommunikasjon, informasjon må også skje fort. (...) Det er viktig at brukeren føler seg hørt, respektert og forstått, uansett hvilken situasjon de er i (...). Det er det som er god omsorg.

De kvalitative intervjuene viser at førstelinjepersonellet hovedsaklig vurderer kvalitet med utgangspunkt i en omsorgstenkning. Det de ønsker aller mest er fleksibilitet i tjenesteleveransen. Begrunnelsen er at de skal ha muligheten til å utføre arbeidsoppgavene på en tilfredsstillende måte, uten at de opplever tidspress. Å utføre arbeidsoppgavene på en tilfredsstillende måte har for førstelinjepersonellet tilnærmet samme betydning som Wærness (1999) sin beskrivelse av omsorgsrasjonalitet (jmfør kapittel 3):

Omsorg er å ta vare på og se hele mennesket (...) Det er jo viktig å se at hvert enkelt menneske har egne ressurser. Så er det viktig å hjelpe folk til å hjelpe seg selv lengst mulig, men at de samtidig må få hjelp til det de ikke klarer selv."

Førstelinjepersonellet forstår kvalitet i størst grad gjennom personlig kjennskap til brukernes behov, og en viss innlevelse i den enkeltes situasjon. Erfaring og kjennskap til brukerne er derfor en svært synlig indikator. For at det skal være mulig å gi brukerne hjelp som tilsvarer beskrivelsen av disse verdiene, ser førstlinjepersonellet det som absolutt nødvendig at de får mer tid til hver enkelt bruker. Tidspress oppleves i de fleste tilfeller som negativt fordi arbeidet i hjemmetjenesten handler om mennesker. Personellet er konsekvente på at det er brukeren som er i fokus for deres arbeid. Inntrykket er at stadige innstramminger påvirker arbeidsforholdene, og dermed arbeidet med å sette brukeren i fokus. Det oppleves som vanskeligere og vanskeligere å utføre arbeidsoppgavene i hjemmetjenesten på en tilfredsstillende måte.

Videre mener førstelinjepersonellet at de administrative forholdene på arbeidsplassen er problematiske. Førstelinjepersonellets holdninger til effektivisering og ressursmangel kan knyttes til personellens negative opplevelse av de administrative og økonomiske forholdene ved Flaten hjemmetjenester. Personellet opplever at det er vanskelig å få videreført

tilstrekkelig med informasjon om brukerne. I henhold til respondentenes holdninger både i spørreundersøkelsen og i intervjuene, er det selve *systemet* og administrasjonen som er hovedsynderne, ved siden av de økonomiske begrensningene. Som Vabø (2002) sine funn påpeker, kan det virke som om førstelinjepersonellet har en litt annen oppfatning av hva som er kvalitet, enn hva som er tilfellet for ledelsen i hjemmetjenesten. Dette kan tyde på av at partene ”drar i hver sin retning”, fordi de vurderer kvalitet på grunnlag av ulike tenkemåter (diskurser).

Selv om indikatorene under effektivitetsdiskursen ikke var like synlige som indikatorene under omsorgsdiskursen, var de mer synlige enn jeg hadde forventet meg på forhånd (jamfør kapittel 3). Dokumentasjon på brukernes tilstand (operasjonelle mål på kvalitet) er den mest synlige indikatoren som peker i retning av at førstelinjepersonellet vurderer kvalitet i henhold til en effektivitetsdiskurs. Noen av respondentene henviste også til rettighetene til brukerne når det gjaldt tilbudet om praktisk bistand. Det ble argumentert for at brukerne ikke fikk det tjenestetilbudet de hadde rett på, som en konsekvens av at det praktiske tjenestetilbudet ble nedprioritert ved Flaten hjemmetjenester. En mindre del mente at det var viktig at personellet bare utførte eksplisitt de oppgavene som står i arbeidsbeskrivelsen (avgrensning av tjenesteleveransen). Begrunnelsen var at kommunen skulle få se avviket mellom det som sto i arbeidsbeskrivelsen og de praksisorienterte forutsetningene i utetjenesten.

Det ble også påpekt av førstelinjepersonellet at det vil være viktig for kvaliteten å definere hvilke oppgaver som hjemmetjenesten grunnleggende sett bør ha ansvaret for.

Det samlede inntrykket fra intervjuene er at de ansatte (førstelinjepersonellet) opplever å ikke ha mulighet til å levere god kvalitet innenfor de rammene som hjemmetjenesten er underlagt. Inntrykket er at ressursmangel, sammen med en effektivisering av tjenestetilbudet, fører til tidspress og stress i arbeidssituasjonen. Tidspresset hevdes å påvirke det tjenestetilbudet som brukeren er mottaker av. I tillegg oppleves kommunikasjon og dokumentasjon om brukernes tilstand å være særlig problematisk ved Flaten hjemmetjenester. Det gis uttrykk for at dårlig kommunikasjon er en av hovedkildene til hvorfor de opplever at hjemmetjenesten ikke fungerer etter intensjonene. Det tydelig at førstelinjepersonellet mener at effektivitetsdiskursen dominerer tankegangen hos ledelsen ved Flaten hjemmetjenester.

Omsorgsdiskursen dominerer førstelinjens vurdering av kvalitet. Indikatoren fleksibilitet i tjenesteleveransen er svært synlig, fordi tidspress er en faktor som alle respondentene hevder

”å føle på kroppen” i forbindelse med arbeidet som gjøres ute i felten. Det at førstelinjepersonellet uttrykker en såpass sterk misnøye i forhold til tidspress, både i spørreundersøkelsen og i intervjuene, kan tolkes her som at det ønsker seg aller mest, er større grad av fleksibilitet i tjenesteleveransen.

Nedenfor har jeg oppsummert indikatorer som jeg mener å ha identifisert hos de ulike aktørene.

Ledelsesperspektiv	Førstelinjepersonellets perspektiv
<u>Mest synlige indikatorer:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Operasjonalisering av mål - Brukernes rettigheter - Faglig kunnskap 	<u>Mest synlige indikatorer:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Fleksibilitet i tjenesteleveransen (situasjonsbestemt omsorg) - Faglig kunnskap - Erfaring og kjennskap til brukerne
<u>Mindre synlige indikatorer:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Erfaring og kjennskap til brukerne - Avgrensning av tjenesteleveransen 	<u>Mindre synlige indikatorer:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Brukernes rettigheter - Avgrensning av tjenesteleveransen
<u>Minst synlige indikator:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Fleksibilitet i tjenesteleveransen 	<u>Minst synlige indikator:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Operasjonalisering av mål

Tabell 11; Ledelsens perspektiv og førstlinjens perspektiv

Tabellen viser at begge parter fokuserer på faglig kunnskap som en av de viktigste indikatorene. Det var også delvis enighet om indikatorene avgrensning av tjenesteleveransen og brukernes rettigheter. Dette handler om at begge parter anser det som viktig å dokumentere, og å definere hjemmetjenestens grunnleggende arbeidsoppgaver. Begge parter er også enige i at det praktiske tilbudet i hjemmetjenesten ikke innfrir kravene.

Ledelsen sin hovedbegrunnelse for avgrensning av tjenesteleveransen er ressursmangel. Førstelinjens begrunnelse er hovedsakelig tidspress. At fleksibilitet i tjenesteleveransen ikke er en synlig indikator hos ledelsen, handler om at det ble fokusert lite på viktigheten av fleksibilitet, men ikke at de sa at de ikke ønsket fleksibilitet. AS nevnte imidlertid at det var viktig å gi tilbakemeldinger om at det var travelt på alvor, samtidig som at hun anerkjente at førstelinjepersonellet nok følte et tidspress, at og at kvalitet kan være vanskelig å måle.

Oppsummert kan en på generelt grunnlag si at mens førstelinjepersonellet hovedsakelig vurderer kvalitet på grunnlag av en omsorgsdiskurs, vurderer ledelsen kvalitet hovedsakelig på grunnlag av den effektivitetsdiskurs.

Kapittel 6 – Analyse og drøfting

I dette kapittelet skal jeg analysere de empiriske funnene med bakgrunn i den forklarende teorien i teorikapittelet (kapittel 3). Jeg vil her diskutere hvorvidt de tre perspektivene kan forklare de funnene (vurderingene av kvalitet) som ble presentert i empirikapittelet (kapittel 5). Bakkeberg kommune sin intensjon; å levere et hjemmebasert tjenestetilbud av god kvalitet, vil diskuteres opp mot personellens holdninger til, og vurderinger av kvalitet¹¹⁷. Utgangspunktet er det andre forskningsspørsmålet som ble presentert i innledningen (kapittel 1); *Er det mulig for personellet å levere det som forventes av kvalitet innenfor de rammenebetingelsene som en kommunal hjemmetjeneste er underlagt?*

Til slutt i dette kapittelet vil jeg gå inn i hvordan mine funn kan settes i sammenheng med tidligere studier som er presentert i kontekstkapittelet (kapittel 2).

6.1 Oppsummering av de viktigste funnene

I empirien fant jeg at ledelsen sin vurdering av kvalitet i størst grad var preget av en effektivitetsdiskurs, mens personellet sin vurdering av kvalitet i størst grad var preget av omsorgsdiskurs.

De viktigste funnene er følgende:

1. Førstelinjepersonellet er svært klare på at tidspress er et forhold som går ut over den brukeropplevde kvaliteten på tjenesten. Effektivisering anses som et forhold som helt klart går ut over mulighetene for å gi et godt nok tilbud til brukerne av tjenestene. 3 av 4 observerer nødvendige oppgaver hos brukere som de ikke er pålagt å utføre.
2. Førstelinjepersonellet er også svært tydelige på at det er viktig å dokumentere, men at overføring av dokumentasjon og informasjon ikke fungerer i tråd med intensjonene. Samarbeid, arbeidsdeling og kommunikasjon mellom ulike enheter anses som et særlig stort problem ved Flaten hjemmetjenester. Dette er nok en del av forklaringen på at ledelsen i hjemmetjenesten ønsker å samordne tjenestetilbudet, men det formål å bedre kvaliteten på tilbudet ytterligere.

¹¹⁷ Førstelinjepersonellens holdninger til kvalitet tar som nevnt utgangspunkt i de praksisorienterte forutsetningene som de selv mener er viktige for å gi brukerne et tjenestetilbud av god kvalitet. Ledelsens perspektiv tar utgangspunkt i de forholdene som de opplever at i størst grad kan forklare kvalitet.

3. Mangel på personell og mangel på faglig kompetanse anses som et problem av både ledelsen og førstelinjen. 3 av 4 i førstelinjen mener at faglig og menneskelig kompetanse er avgjørende for kvalitet. Økonomiske begrensninger og høyt sykefravær er ledelsens hovedbegrunnelser for dette. Økonomiske begrensninger og administrative og organisatoriske forhold er førstelinjens hovedbegrunnelser. Både ledelsen og førstelinjen mener at hjemmetjenesten hadde vært tjent med å sette rengjøring (praktisk arbeid) ut på anbud til private aktører.
4. Oppsummert er førstelinjepersonellet enige om at både samordning av tilbudet og spesialisering av tilbudet kan være med å bedre kvaliteten. Det de er uenige med ledelsen i, er mulighetene for å gi et godt nok tjenestetilbud til brukerne med utgangspunkt i de rammebetingelsene som foreligger ved Flaten hjemmetjenester.
5. Løsningen på hva som anses som viktigst for et bedre tjenestetilbud i Bakkeberg kommune, er splittet på tvers av ledelsen og førstelinjen. Noen mener at å bygge opp et bedre hjemmebasert tjenestetilbud grunnleggende sett handler om holdningsarbeid fra ledelsen og ned. Andre mener at løsningen hovedsakelig ligger i å strukturere konteksten for samhandling på en bedre måte. Førstelinjepersonellet er mindre tydelige på at egen oppgaveutførelse kan påvirke kvaliteten.

Ut i fra disse punktene kan vi problematisere følgende spørsmål:

Hvorfor opplever førstelinjetjenesten at Flaten hjemmetjenester ikke er i stand til å levere et tjenestetilbud av god nok kvalitet? Tidspress, manglende ressurser (bemanning), dårlig intern kommunikasjon og mangel på tilstrekkelig faglig kompetanse er hovedbegrunnelserne.

Hvorfor opplever ledelsen ved Flaten hjemmetjenester at det er krevende med kvalitetsarbeid i hjemmetjenesten? Ressurser, høyt sykefravær og fagkompetanse oppleves å påvirke kvaliteten. Ledelsen mener at samordning av fagkompetanse, riktig bruk av BUM-modellen, og personellens holdninger til oppgaveutførelsen kan påvirke kvaliteten i riktig retning.

6.2 Analysen av datamaterialet

Analysen av de kvalitative dataene i denne undersøkelsen tar utgangspunkt i en årsaksforklaring (Gilje og Grimen 1993:107). Det er dermed bakenforliggende hendelser som forventes å ha betydning for hvordan førstelinjepersonellet forstår, vurderer og forklarer kvalitet. De to kategoriene (effektivitetsdiskursen, omsorgsdiskursen) som frem til nå har blitt

brukt til å kategorisere respondentenes vurderinger av kvalitet, forventes å kunne plasseres under de ulike perspektivene. I det følgende skal jeg diskutere hva de empiriske funnene viser i henhold til de forventningene som teorien skisserer (kapittel 3).

6.2.1 Årsakssammenhenger mellom forskjellige perspektiver og diskurser

Instrumentelt perspektiv + effektivitetsdiskursen= sant? Det instrumentelle perspektivet forutsetter at organisasjonens verdier og mål blir videreført til personellet, gjennom at ledelsen styrer personellet, og fordeler arbeidsoppgavene på en mest mulig hensiktsmessig måte. Ledelsen ventes å styre hjemmetjenesten mest mulig rasjonelt, på bakgrunn av den kunnskapen som er tilgjengelig. Effektivitetsdiskursen vektlegger at operasjonalisering av mål, kontroll med resultatene og avgrensning av tjenesteleveransen er viktige forhold som bør prege vurderingen av kvalitet. I teorikapittelet (kapittel 3) vurderte jeg det slik at i de tilfellene personellet vurderte kvalitet i henhold til en effektivitetsdiskurs, så ville forklaringen på denne vurderingen være knyttet til struktur, altså det instrumentelle perspektivet.

Ut i fra intervjumaterialet fant jeg at den kombinasjonen som på forhånd var forventet, viser seg å være en tendens, men ikke så fremtredende som det på forhånd var forventet.

Strukturelle begrensninger og organiseringen av hjemmetjenesten ble i størst grad brukt som forklaring av førstelinjepersonellet, på hvorfor kvaliteten *ikke* var på det nivået den etter deres vurderinger burde være på. Det som ellers i størst grad preger førstelinjepersonellet, er at de vurderer kvalitet i tråd med en omsorgsdiskurs.

Kulturperspektivet + omsorgsdiskursen = sant? Det kulturelle perspektivet forutsetter at personellet handler på bakgrunn av de normene og verdiene som "sitter i veggene" i hjemmetjenesten. De forventes å handle på bakgrunn av uformelle normer og verdier som har utviklet seg internt i organisasjonen. Denne kulturen behøver nødvendigvis ikke å være i motstrid til det som ledelsen og myndighetene forventer, men kan være det. Dersom det finnes kulturelle konflikter i organisasjonen, forventes det å påvirke kvaliteten.

Omsorgsdiskursen vektlegger en situasjonsbestemt omsorg gjennom at personellens erfaring og personlige kjennskap til brukerne bør ha betydning for kvalitet, og ved å legge vekt på faglig kunnskap og fleksibilitet i tjenesteleveransen. Jeg forventet også at i de tilfellene hvor personellet vurderte kvalitet ut i fra en omsorgsdiskurs, så ville forklaringen på denne vurderingen være knyttet til kulturen i hjemmetjenesten, altså det kulturelle perspektivet.

Denne antakelsen viste seg også i noen grad som en tendens i mitt datamateriale. Men heller ikke denne forventingen er så tydelig som antatt. I de fleste tilfellene hvor kultur ble vurdert

som en mulig forklaring på god eller dårlig tjenestekvalitet, var det i størst grad ledelsen (sammen med et fåtall av respondentene) som sto for utsagnene. Det som ellers preget ledelsen sin vurdering av kvalitet, var hovedsakelig en effektivitetsdiskurs. Ut i fra at førstelinjepersonellet tydelig vurderer kvalitet ut i fra tanken om en mest mulig fleksibilitet i tjenesteleveransen, kan det likevel argumenteres for at profesjonsnormer, sammen med personlige og sosialt opparbeide normer, er styrende for det arbeidet førstelinjepersonellet foretar seg.

Omgivelsesperspektivet = effektivitetsdiskurs + omsorgsdiskurs? Omgivelsesperspektivet handler om de ytre påvirkingsfaktorene som er med på å prege hvordan Bakkeby kommune, og dermed Flaten hjemmetjenester har valgt å organisere tjenestetilbudet. Innenfor omgivelsesperspektivet var det forventet at effektivitetsdiskursen i størst grad bestemmer vurderingen av kvalitet ved Flaten hjemmetjenester (jamfør teori, kapittel 3).

Ut i fra mitt datamateriale er det ikke mulig å si så mye om omgivelsespress. Men ut i fra den organisasjonsmodellen som er valgt i kommunen (BUM-modellen) kan det argumenteres for at den løsningen som er valgt, er fundert på utbredte trender i organisasjonens omgivelser (jamfør konteksten, kapittel 2). Førstelinjepersonellet gir tydelig uttrykk for at kommunen vurderer kvalitet gjennom en effektivitetsdiskurs. På bakgrunn av dette kan det argumenteres for at denne forventningen stemmer overens med praksis ved Flaten hjemmetjenester.

Når man studerer utvalgte styringsdokumenter (kvalitetsforskriften), ser man tydelig at både omsorgsdiskursen og effektivitetsdiskursen er forsøkt ivaretatt samtidig. Det kan tolkes som at samfunnets forventninger til hjemmetjenesten er at de skal klare begge deler innenfor de rammebetingelsene politikerne har gitt den kommunale hjemmetjenesten. Imidlertid er det grunn til å hevde at verken ledelsen eller førstlinjepersonellet mener rammebetingelsene er gode nok til at begge diskursene kan bli ivaretatt etter intensjonen.

På neste side har jeg forsøkt å gi en foreløpig oppsummering på perspektiver veresus forventinger, så langt.

Instrumentelt perspektiv	Kulturelt perspektiv	Omgivelsesperspektivet
Ledelsen fokuserer på operasjonalisering av mål (effektivitetsdiskursen). Førstelinjepersonellet fokuserer på dårlig kommunikasjon mellom ulike personer, enheter og nivå som de samhandler med.	Ledelsen fokuserer på personellens utdanning og grad av engasjement for yrket Førstelinjepersonellet fokuserer i størst grad på fleksibilitet i tjenesteleveransen (omsorgsdiskursen)	Ledelsen fokuserer mye på samhandling, faglig spesialisering og bedre ressursutnyttelse for å nå målene de skal nå. Førstelinjepersonellet strever med å tilpasse seg den utviklingen som krever en mer rasjonell utnyttelse av tilgjengelige ressurser.

Tabell 12; Ulike aktører og deres forståelser av kvalitet. Tabellen sorterer ulike forståelser av kvalitet på bakgrunn av et instrumentelt perspektiv, et kulturelt perspektiv og et omgivelsesperspektiv.

Veien videre. Jeg vil i det følgende gå nærmere inn på hvilke forhold ved de tre perspektivene som kan forklare at personellet ser klare begrensninger for sin evne til å levere den kvaliteten de ønsker å gi til brukerne. Jeg skal prøve å gi en forklaring på de funnene som ble presentert i empirikapittelet. De teoretiske forventningene¹¹⁸ vil her bli vurdert opp mot de empiriske funnene i det undersøkende arbeidet (presentert i empirien, kapittel 5).

6.2.2 Hvilke forhold ved personellens kvalitetsvurdering kan forklares ut i fra et instrumentelt perspektiv?

Påvirker organisasjonens mål og verdier personellens vurdering av kvalitet? I henhold til det instrumentelle perspektivet er formalisering det som inkluderer og utelukker hvilke tjenester brukerne har krav på og ikke. Hjemmetjenestens overordnede mål er å gi brukerne god kvalitet på bakgrunn av de lover og regler som gjelder for hjemmetjenesten (jamfør kvalitetsforskriften, sitert i kapittel 1). Lovene og reglene utformes med det formål at det skal være mulig å avgrense tjenesteleveransen slik at alle brukerne skal få et tilnærmet likt tjenestetilbud (jamfør effektivitetsdiskursen). Innenfor rammen av organisasjons overordnede regler forventes personellet å handle på bakgrunn av disse lovene og reglene. Dette fordi dette anses av ledelsen som organisasjonens beste hvis den skal nå sine mål. Den parlamentariske styringskjeden forutsetter også at hjemmetjenesten lojalt følger opp de politiske vedtakene som treffes av styrende myndigheter (Østerud mfl 2003).

¹¹⁸ De tre perspektivene som er presentert i tabellen i teorikapittelet (kapittel 3) på side 40.

Fra lederens ståsted er det instrumentelle perspektivet veldig synlig. AS er veldig nøye på at selv om man hele tiden skal fokusere på kvalitet i selve utførelsen av tjenesten, er det effektivitetsfokuset som grunnleggende sett ligger bak. Det betyr at førstelinjepersonellet forventes å arbeide i tråd med vedtaket, slik at man sikrer at målene nås, garanterer at brukeren får ivare tatt sine rettigheter, og samtidig sikrer at brukerne får tilnærmet lik hjelp i tråd med like behov. Den positive innstillingen til samordningen av hjemmetjenesten viser også et tydelig fokus på bedre ressursutnyttelse for å nå mål. Faglig spesialisering og felles oppslutning om mål er forventningen til samordningen av tjenestetilbudet.

Påvirker spesialisering av oppgaver vurderingen av kvalitet? Et institusjonelt perspektiv forventer at den rollen førstelinjepersonellet har i hierarkiet (bakkebyråkrater) vil ha betydning for forståelsen av kvalitet. Fordi de er en del av et hierarki forventes de å følge organisasjonens overordnede mål, med utgangspunkt i spesialisering av arbeidsoppgaver. Det vil si at det forventes at personellet gjør det som står i arbeidsbeskrivelsen.

Som påpekt under oppsummeringen av funnene, vurderer førstelinjepersonellet hovedsakelig kvalitet på bakgrunn av en mer fleksibel tjenesteleveranse (en situasjonstilpasset omsorg). Det kan derfor argumenteres for at førstelinjepersonellet ikke vurderer kvalitet på bakgrunn av organisasjonens overordnede mål og verdier. Denne påstanden støttes blant annet av resultatene fra spørreundersøkelsen, som viser at 76 % av de som svarte opplever effektivisering som en trussel mot kvalitet.

Kvalitet ble også vurdert ut i fra om tjenesten utføres av personell som har en faglig bakgrunn. Dette er det punktet som i størst grad samsvarer med ledelsen sin vurdering av kvalitet. Det må likevel understrekes at det i størst grad er de som selv har faglig bakgrunn som argumenterer hardt for at hjemmetjenesten få mer fokus på det faglige.

Oppsummert kan det derfor argumenteres for at de overordnede målene og verdiene som ledelsen mener skal legges til grunn for tjenesteleveransen, etter respondentens betraktninger, ikke er de viktigste. Det kan derfor hvedes at forventningen om at ledelse og styring påvirker personellets kvalitetsforståelse, er en svak konklusjon.

Førstelinjepersonellet ser klare begrensinger både med måten hjemmetjenesten styres på, men også med ledelsens grunnleggende prinsipper for hvordan en bør drive en kommunal hjemmetjeneste (effektivitetsdiskursen). Førstelinjepersonellet mener at hjemmetjenesten ikke er utformet på en måte som gjør at tilbudet er tilpasset målsetningene, teknologien og miljøet.

Det siste punktet handler om i hvilken grad organisasjonens innsatsfaktorer påvirker personellet forståelse av kvalitet. Både medarbeidernes dyktighet, kvaliteten på digitale og fysiske ressurser og organisasjonskulturen er forhold som både ledelsen og førstelinjepersonellet mener påvirker kvaliteten på tjenesten. For å låne AS sine ord, ønsker personellet (både ledelsen og førstelinjen) grunnleggende sett at hjemmetjenesten skal fungere effektivt, men ikke så effektivt at det går ut over kvaliteten på tjenesten.

Påvirker arbeidsdelingen vurderingen av kvalitet? Førstelinjepersonellet er veldig kritiske til i hvilken grad organisasjonen har oversiktlige rutiner og klare ansvarsforhold. Det hevdes at Bakkeby kommune ikke har utarbeidet klare ansvarsforhold mellom ulike nivå og enheter, og at Flaten hjemmetjenester heller ikke har oversiktlige rutiner internt. Videre vurderes kommunenes økonomiske situasjon som kritisk av flere respondenter. Noen opplever også at personellet kompetanse og utdanning ikke er tilfredsstillende. Det er gjennomgående, både i spørreundersøkelsen og i intervjumaterialet, at førstelinjepersonellet (samlet sett) er misfornøyd med hvordan hjemmetjenesten fungerer. Begrunnelsen for hvorfor det er slik, knyttes først og fremst til strukturelle og økonomiske forhold i hjemmetjenesten.

Spørreundersøkelsen viser en utpreget negativ holdning til indikatorene ressursmangel og kostnadseffektive tiltak. Det er disse indikatorene som i hovedsak brukes som begrunnelse (også i intervjuene) for at personellet ikke ser det som mulig å ivareta brukernes hjelpebehov i tilstrekkelig grad.

Det må her legges til at Flaten hjemmetjenester skulle omorganiseres da studien ble gjennomført. Det ble likevel presisert at i spørreskjemaet at svarene skulle baseres på opplevelse tre måneder tilbake i tid. Dette tyder på at det også har vært misnøye med de strukturelle forholdene i en tid før studien ble gjennomført. I henhold til dette ”problemet” argumenterer ledelsen sterkt for at omorganiseringen av hjemmetjenesten skal føre til et bedre organisert tjenestetilbud. De positive sidene med omorganisering knyttes først og fremst til faglig kompetanse, og et ønske om felles oppslutning rundt felles mål.

Oppsummering. Problemer med kommunikasjon, informasjon og administrasjon av tjenestene er strukturelle forhold som preger førstelinjepersonellets vurdering av kvalitet. Kvalitet ble av førstelinjepersonellet hovedsakelig vurdert med utgangspunkt i omsorgsdiskursen, men forklart på basis av strukturelle forhold i hjemmetjenesten. De opplever at organisasjonen setter begrensninger for det arbeidet de ønsker å gjøre hjemme hos brukerne. At personellet opplever at systemet ikke fungerer i tråd med intensjonene kan

knyttet til den rollen de har som bakkebyråkrater (Lipsky 1980). Bakgrunnen for personellens handlinger er knyttet til den plassen de har i hierarkiet.

Ledelsen ser i større grad en sammenheng mellom kvalitet og det instrumentelle perspektivet. De fremhever at det må være en ”styringslinje” fra toppen av organisasjonen, og ut til førstelinjen, og at samfunnets forventninger til hjemmetjenesten må gjenspeiles i denne styringskjeden. Det fremheves at alle ledd i styringskjeden må ta ansvar for sine arbeidsoppgaver.

6.2.3 Hvilke forhold ved personellens kvalitetsvurdering kan forklares ut i fra et kulturelt perspektiv?

Påvirker uformelle normer og verdier personellens vurdering av kvalitet? Innenfor det kulturelle perspektivet ble det forventet at uformelle mål skulle påvirke hvordan personellet velger å handle ute i felten. Det vil si at hvordan hvert enkelt individ som jobber i hjemmetjenesten har blitt sosialisert, forventes å påvirke vurderingen av kvalitet. Videre forstås de uformelle normene gjennom fenomenet organisasjonskultur; ”noe som sitter i veggene” og som de ansatte blir en del av etter en viss tid i institusjonen. Det kulturelle perspektivet legger altså spesielt stor vekt på hvordan hvert enkelt individ har blitt sosialisert innenfor rammen av hjemmetjenesten.

Ledelsen i hjemmetjenesten legger spesielt stor vekt på at uformelle normer og verdier kan påvirke vurderingen av kvalitet ute i førstelinjen. Særlig enhetslederen for hjemmetjenesten (EH) knytter kvalitet direkte til personellet. Hun mener at holdningene til de menneskene som har lang erfaring med arbeid i hjemmetjenesten, har stor betydning for hvordan arbeidsoppgavene utføres. Også avdelingssykepleieren (AS) nevner at holdningsarbeid oppleves som utfordrende ved Flaten hjemmetjenester. Hun knytter vurderingen av kvalitet til personellens arbeid med brukerne i førstelinjen, ved å si at vurderingen av kvalitet kan variere, avhengig av hvilke personer som utfører arbeidet. Personellet har i henhold til EH blitt sosialisert inn i en spesifikk tankegang om hvordan innholdet i hjemmetjenesten bør se ut. En ”passende logikk” (jamfør teorien, kapittel 3) i forhold til hva som vurderes som kvalitet, ses som et resultat av at personellet utvikler ulike kriterier for å vurdere hva som er kvalitet (jamfør AS).

Identiteten til personellet er i følge ledelsen påvirket av i hvilken grad de har fagutdannelse eller ikke. Vurderingen av arbeidsoppgavene vil dermed påvirkes av om den enkelte har faglig bakgrunn. En kan ikke forvente at ufaglærte er like engasjerte og motiverte for arbeidet

som de som har den faglige utdannelsen i bunn (EH). Det er igjen viktig å påpeke at det hjemmebaserte tjenestetilbudet i Bakkeberg kommune fungerer integrert. Det vil si at personalgruppen består av både sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, og assistenter/hjemmehjelpere. Dette er et forhold som i stor grad påvirker sammensetningen av personalgruppen ved Flaten hjemmetjenester.

Både AS, EH og et mindretall i førstelinjen påpekte at holdningsarbeid kan være utfordrende i en kommunal hjemmetjeneste. Dette kan tyde på at organisasjonskulturen i hjemmetjenesten er sterk, i den betydning at det er en sterk indre kultur. Den ”passende logikken” som er utviklet i hjemmetjenesten over tid, oppleves av de samme som styrende for handlingene til personellet. Holdninger tolkes derfor som et resultat av kultur.

Profesjonsbyråkratiet. Et kulturelt perspektiv forventer at hjemmetjenesten står ovenfor samarbeids- og styringsproblemer på bakgrunn av at profesjonsbyråkratiet (Mintzberg 1983) er desentralisert. Selv om desentralisering skal sikre et godt faglig samarbeid og rask problemløsning, kan en slik organisering av tjenesten også føre til konflikter og rivalisering mellom ulike faggrupper. Det ble derfor forventet at profesjonsbyråkratiets heterogene miljø og sterke indre kultur kunne påvirke tjenesteinnholdet. Videre er det typisk for profesjonsbyråkratiet at profesjonsutøvernes vurdering av mål og midler ikke samsvarer med ledelsens vurderinger (konflikt mellom myndighet og kyndighet).

Økonomistyring kan oppleves som vanskelig for personellet. Det ble forventet at førstelinjepersonellet setter faglige prioriteringer foran økonomiske begrensninger. På grunnlag av dette, ble det i tråd med teorien om bakkebyråkratene (Lipsky 1980), forventet at personellens normer står i konflikt med den praktiske tjenesteytingen.

Ut i fra de resultatene som både spørreundersøkelsen og intervjuematerialet viser, er det veldig mye som tyder på at førstelinjepersonellens tolkning av mål, står i konflikt med ledelsen sin tolkning av mål. Førstelinjepersonellet forklarer at de må utvikle det jeg i teorien karakteriserer som egne mestringsstrategier (Lipsky 1980) for å møte både organisasjonens målsetninger, og brukernes forventinger til kvalitet. Kulturperspektivet er synlig fordi respondentene mener at brukerne ikke får den hjelpen de har krav på ut i fra et faglig perspektiv. Videre er det også noen av respondentene som mener at det er viktig at personellet får en større forståelse for arbeidsoppgavene i hjemmetjenesten:

”Det bør absolutt fokuseres på at personellet får en større forståelse av hva de jobber med, og hvorfor de gjør ting. Styrke hele hjemmetjenesten. Da gir vi bedre pleie, og personellet blir mer interesserte av å kunne tror jeg.” (Respondent fra førstelinjen).

Respondenten setter forståelsen av personellets tolkning av arbeidsoppgavene i sammenheng med organisasjonskultur, ved å hevde at hele hjemmetjenesten bør styrkes. Hun mener det er viktig å motivere, slik at personellet blir mer interesserte i å tilegne seg kunnskap. Dette kan knyttes til EH sine uttalelser. EH mener at det er viktig at en ikke overser hva som driver de som jobber i hjemmetjenesten. Her mener hun i likhet med en mindre del av førstelinjepersonellet, at engasjementet for yrket kan forklare mye. Hun mener at de som jobber ofte (høy stillingsprosent) helt klart vil ha en større tilknytning til arbeidsplassen enn de som jobber mindre (lavere stillingsprosent).

Oppsummering. Det kan virke som at førstelinjepersonellet har blitt sosialisert inn i en felles forståelse av kvalitetsbegrepet, og at den sosialt aksepterte normen er at det settes likhetstegn mellom kvalitet og omsorg. Førstelinjepersonellet setter i stor grad likhetstegn mellom omsorg og tilstedeværelse hos brukeren (jamfør empiri, kapittel 5).

Ledelsen (og enkelte i førstelinjen) legger tydelig vekt på at organisasjonskulturen er viktig for å utvikle rette holdninger til det arbeidet som skal utføres. Det mener ledelsen i stor grad vil påvirke kvaliteten.

6.2.4 Hvilke forhold ved personellets kvalitetsvurdering kan forklares ut i fra et omgivelsesperspektiv

Innenfor omgivelsesperspektivet er forventningene til vurderingen av kvalitet knyttet til omgivelsenes krav til tjenestekvalitet. Kvalitetsvurderingen forventes å være et resultat av de forventningene som samfunnet har til god tjenestekvalitet. Tjenestekvalitet er resultatet av dominerende trender og syn på hva som oppleves som viktigst for at brukerne skal få den kvaliteten som de har krav på. Det er personellet som møter disse forventningene i praksis i førstelinjen.

Dominerende trender i omgivelsene. Rettighetstenkning og effektivitetstenkning i forhold til hvordan pleie- og omsorgstjenestene bør organiseres (jamfør kontekst og teori, kapittel 2 og 3), har de siste årene vært dominerende trender i samfunnet. Wærness (2001) nevner kvalitetssikring som et særlig fokus innenfor pleie- og omsorgstjenester de siste årene. Også Vabø (2007) er klar på at NPM-inspirerte reformer har påvirket arbeidsforholdene i kommunale hjemmetjenester.

Ut i fra funnene som ble presentert i empirien (kapittel 5) er det tydelig at personellet motsetter seg den effektiviseringen av hjemmetjenesten som i den senere tid har preget utviklingen i norske kommuner (jamfør kontekst, kapittel 2). De hevder å oppleve det som Vike (2004) karakteriserer som et kapasitetsproblem i praksis. I likhet med Vike (2004) påpeker de at effektiviseringen av Flaten hjemmetjenester har ført til at de forventes å gjøre mer på kortere tid, og at de også forventes å utføre arbeidsoppgavene mer rasjonelt enn før. Det er nettopp denne rasjonaliseringen av oppgaveutførelsen som respondentene i denne undersøkelsen motsetter seg i praksis. Respondentene opplever det *ikke* slik at omsorgsverdier er komplementære med effektivitetsverdier. Gjeldende rutiner oppleves som uforenlige med å gi god nok omsorg.

Her ser vi nok en gang at de ansatte i førstelinjen identifiserer seg mest med omsorgsdiskursen, og at de distanserer fra samfunnets krav til mer effektivitet. Kvalitetsforskriften forutsetter som sagt at begge disse verdiene er til stede i tjenesteutførelsen. Man ser tydelig at mange av de verdiene som vektlegges i kvalitetsforskriften, også vurderes som viktige for personellet.

At respondentene opplever forholdene på den måten de gjør kan ses som et resultat av den effektivitetstrenden som har bredt om seg i norske kommuner de siste årene (Rønning 2004). Som påpekt i kapittel 2 har kommunenes tilgjengelige ressurser preget politikernes prioriteringer. Tilgjengelige ressurser har i følge Rønning (2004) påvirket i hvilken grad hjemmetjenesten er i stand til å levere et tjenestetilbud av god kvalitet.

Dette forholdet viser seg gjennom at respondentene mener at den økonomiske situasjonen har gått ut over det faglige tilbudet ved Flaten hjemmetjenester. Veldig mange knytter mangel på faglig kunnskap til ressursmangel (trekk ved omgivelsene innad i kommunen). Denne indikatoren er synlig fra både ledelsesperspektiv, og fra førstelinjen. EO peker på viktigheten av en viss, faglig tetthet per bruker. I denne sammenheng påpekes det at lovverket burde gitt klarere føringer for hvordan kommunene skal organisere tjenestetilbudet. EH nevner at det er viktig at det følger midler med når store reformer som eksempelvis samhandlingsreformen lanseres. AS er tydelig på at Flaten hjemmetjenester ”gjør så godt de kan, med utgangspunkt i de ressursene de har”.

Også førstelinjepersonellet mener i likhet med EO at det bør opprettes flere (faglige) stillinger til arbeid ute i felten; ergo mer penger til drift av hjemmetjenesten. Flere respondenter hevder at problemet ikke er at man ikke har mennesker som ønsker å jobbe i hjemmetjenesten, men at

ressursene ikke tillater at kommunen ansetter flere. Noen av respondentene vurderer det slik at arbeidsoppgavene ved Flaten hjemmetjenester utføres på et ”lavterskelnivå”, og at de må legge seg på dette nivået på grunn av ressursmangel og tidspress.

Et annet aspekt som kan knyttes til omgivelsesperspektivet er at førstelinjepersonellet opplever at tjenestene som gis til brukerne ikke har en klar nok forbindelse med de praksisrelaterte forutsetningene for å levere god kvalitet. Noen mener her at dette bunner i kommunikasjonsproblemer med bestillerkontoret, og at hjemmetjenestens personell blir sammenlignet med ”husmorvikarer” (jamfør empiri, kapittel 5), som tidligere var hos brukere en hel dag. Det ytres av flere respondenter at det er viktig at hjemmetjenestens personell ikke blir forvekslet med å være ”selskapsdamer”.

Oppsummering. Som nevnt under 6.2.1 kan funnet som viser at 76 % av respondentene ser på effektivisering av arbeidsrutiner som en trussel mot kvalitet, tolkes som at førstelinjepersonellet opplever å ha negative erfaringer med endringer som har effektivisering som mål. Selv om det kanskje oppleves som nødvendig fra kommunens side å effektivisere hjemmetjenesten, oppleves det ikke på samme måte fra førstelinjepersonellets side. Her ser vi et eksempel på forskjellig virkerlighetsforståelse mellom to sentrale aktører styringskjeden.

Man kan se klare forbindelseslinjer til NPM i forhold til ledelsen sin vurdering av effektivitet og kvalitet. Det må ses i sammenheng med at både statlige og kommunale etater har blitt underlagt NPM-inspirert mål- og resultatstyring de siste tiårene (Røvik 1998). Det er ingen tegn som tyder på at det vil avta.

6.3 Diskusjon – Hvilken diskurs er den mest fremtredende og hvilket perspektiv forklarer i størst grad personellet kvalitetsforståelse?

Hvilken diskurs er mest fremtredende? Førstelinjepersonellet er tydelig misfornøyd med at tilbudet til brukerne ikke er fleksibelt nok. Dette blir satt i sammenheng med en omsorgsdiskurs. Konflikten ved Flaten hjemmetjenester tar utgangspunkt i at personellet ikke opplever at de tidsrammene de er underlagt legger godt nok til rette for at de kan gi brukerne god nok kvalitet på hjelpen. At førstelinjepersonellet mener dette, har blant annet sammenheng med at de ikke er fornøyd med mulighetene for å kommunisere videre viktig informasjon om brukerne. I tillegg viser resultatene fra spørreundersøkelsen at de fleste opplever effektiviseringen av arbeidsoppgavene som problematisk. Ledelsen vurderer kvalitet på bakgrunn av en annen tenkemåte, nemlig effektivitetsdiskursen. Det oppleves som vanskelig å innfri kravene til kvalitet i tråd med en omsorgsvurdering.

Personnellets arbeid i førstelinjen styres både av hjemmetjenestens overordnede mål (ledelsenes perspektiv), hvilke muligheter og begrensninger som ligger i den lokale konteksten (muligheten for å være fleksibel), og hvilken grunnleggende forståelse personellet selv har i forhold til å levere det som for dem tilsvare best mulig kvalitet på tjenestene (personlige normer). Samlet sett er både ledelsen og førstlinjen enige om at begge diskursene bør være representert. Det er vanskelig å si hvilken av dem personellet mener er mest toneangivende.

Hvilket perspektiv forklarer i størst grad personellet kvalitetsforståelse? På bakgrunn av de funnene som her er gjort kan det argumenteres for at flere av perspektivene i noen grad er med på å forklare personellens samlede forståelse av kvalitet. Det kan likevel argumenteres for at noen av perspektivene forklarer mer enn andre.

På basis av de funnene som er diskutert ovenfor vil jeg argumentere for at det kulturelle perspektivet i størst grad forklarer personellens forståelse av kvalitet. Begrunnelsen er den sterke tilknytningen personellet viser til det de opplever som en situasjonstilpasset omsorg (en fleksibel tjenesteleveranse). Førstelinjepersonellet er i tydelig opposisjon til verdier som fronter en effektivisering av det hjemmebaserte tjenestetilbudet.

Videre kan omgivelsesperspektivet være med på å forklare at økonomiske begrensninger oppleves som hovedbegrunnelsen på hvorfor hjemmetjenesten ikke har muligheter til å levere et tjenestetilbud som er av god nok kvalitet, på bakgrunn av de statlige rammebetingelene. Knapphet på faglig personell (omsorgsytere) kan forklares på bakgrunn av den samfunnsutviklingen vi har hatt de siste årene med et økt antall brukere (jamfør kapittel 1).

Avslutningsvis kan vi si at det instrumentelle perspektivet har minst forklaringskraft. Organisasjonens overordnede målsetninger kan i mindre grad sies å være utslagsgivende for hvordan førstelinjepersonellet forstår kvalitet i praksis. Ledelsens forsøk på operasjonalisering av mål (effektivisering), møter tydelig motstand fra førstelinjen.

6.4 Hvordan kan studien knyttes til tidligere funn?

Dagens utviklingstrekk kan forklare mange av de funnene en her ser. Flere brukere, sammen med økonomiske innstramninger, kan forklare et skifte fra en kvalitetsforståelse som relateres til en omsorgstankegang (eller omsorgsdiskurs), til en kvalitetsforståelse som legger til grunn en mer fornuftig fordeling av de ressursene man har til rådighet (en effektivitetsdiskurs).

Dette innebærer at også førstelinjepersonellet må “sosialiseres” inn i denne nye tankegangen. Førstelinjepersonellet forventes å innrette praksis etter den virkeligheten de er en del av. Funnene mine viser at dette er vanskelig i praksis.

Aasbrenn (2010) påpeker at de praksisrelaterte forutsetningene for *hvordan* personellet vurderer god kvalitet, ideelt sett skal samsvare med brukernes, samfunnets og politikernes krav og forventninger til god kvalitet i de kommunale hjemmetjenestene. Det viser mine funn at de ikke gjør. Dette tilfellet viser at ledelsen og førstelinjepersonellet ikke har samme oppfatning av hva som skal til (veien til målet) for at tjenestetilbudet skal være av god kvalitet.

Aasbrenn (2010:116) peker på at innføringen av nye styringsideer, inspirert av NPM, har påvirket avgrensningen av kvalitetsforståelsen i offentlige organisasjoner. Aasbrenn (2010) mener at det er et problem at nye reformer bygges inn i offentlige virksomheter uten at de overordnede målsetningene for tjenestene endres. Problemer med avgrensningen av kvalitet kan i følge Aasbrenn (2010) forsterke spenningen og rollekonflikten som er knyttet til hvilke målsetninger som anses som viktige å dekke innenfor offentlige tjenester. At man forsøker å endre de indre grunnrammene i hjemmetjenesten uten å endre på innholdet i tjenesteleveransen, anses derfor som problematisk av Aasbrenn (2010). Offentlige tjenester er, uavhengig av nye styringsideer, fortsatt til for å løse konkrete oppgaver for konkrete brukere og for å beskytte og regulere samfunnet som fellesskap.

6.5 Oppsummering av analysen

Jeg vil her prøve å svare på det innledende spørsmålet til analysen; *Er det mulig for personellet å levere det som forventes av kvalitet innenfor de rammenebetingelsene som en kommunal hjemmetjeneste er underlagt?*

Funnene viser klart at de ansatte i førstelinjen ser vanskeligheter med å levere den ønskede kvalitet innenfor de rammene som dagens hjemmetjeneste er underlagt.

Inntrykket som gis med grunnlag i mine funn er følgende: Bakkberg kommune forutsetter at personellet skal gi brukerne den hjelpen de har vedtak på ut i fra både en omsorgstankegang og en effektivitetstankegang. Kommunens modell legger faglig kvalitet, primærgrupperordninger og et tilpasset og fleksibelt tjenestetilbud til grunn (jamfør kvalitetsforskriften). Samtidig har Bakkeberg kommune organisert tjenesteproduksjonen etter

en effektivitetsmodell. Det forutsettes at tjenestene skal gis effektivt, innenfor tidsrammen, og at brukernes rettigheter skal ivaretas på en god måte.

Førstelinjeansatte som arbeider ved Flaten tjenester har en klar oppfatning om at verdiene omsorg og effektivitet ikke er komplementære verdier. Inntrykket er at mindre ressurser til kommunal tjenesteproduksjon i siste instans går ut over den som mottar tjenesten; nemlig brukeren. Førstelinjepersonellet mener at effektiviseringen av arbeidsrutinene går ut over de praksisrelaterte mulighetene for å levere et tjenestetilbud som ivaretar god, helhetlig omsorg og pleie. Problemet er ikke at brukeren ikke får de rettighetene som han/hun har krav på, men heller at de praksisrelaterte forholdene ikke innfrir personellens forventninger til hvilken standard de ønsker å gi. Personellet gir tydelig uttrykk for, også i spørreundersøkelsen, at effektivisering av det kommunale, hjemmebaserte tjenestetilbudet har hatt en negativ betydning for dem.

Det er også viktig å få med hvordan ledelsen i hjemmetjenesten vurderer kvalitet i denne sammenhengen. Ledelsen ser det ikke slik at det er selve organiseringen av tjenestetilbudet i kommunen som er hovedproblemet. Ledelsen opplever at det er en del andre forhold som også virker inn på i hvilken grad kommunen er i stand til å gi brukerne av tjenestene et tilbud av god kvalitet. Blant annet oppleves holdningsarbeid å være vanskelig innenfor hjemmetjenesten. Dette forholdet ses delvis som et resultat av den typen personell som velger å jobbe innenfor disse tjenestene.

Som forventet har ledelsen og førstelinjepersonellet litt ulike syn på hvilke forhold som forklarer i hvilken grad tjenestetilbudet er av god kvalitet eller ikke. Det er likevel noen elementer som nevnes av både ledelsen og personellet.

Det oppleves som vanskelig å overholde målsetningene i kvalitetsforskriftene innenfor de rammene som kommunale hjemmetjenester er en del av. Dette kommer spesielt klart frem ved at det praktiske tilbudet ikke oppleves som mulig å innfri i tilstrekkelig grad. Begrunnelsen er de utviklingstrekkene som dagens pleie- og omsorgstjenester står ovenfor. Det oppleves som viktig at det følger med midler hvis kommunene skal kunne gi det tjenestetilbudet som borgerne forventer i praksis.

Et viktig forbehold i denne studien er at når undersøkelsene ble gjennomført, så var den aktuelle hjemmetjenesten midt oppi en omorganiseringsprosess. Spørreundersøkelsen er basert på opplevelsen av arbeidsforholdene tre måneder tilbake i tid. Det er derfor

arbeidsforholdene slik de var før omorganiseringsprosessen som danner basisen for disse resultatene. Det vil derfor være viktig å evaluere det fremtidige, hjemmebaserte tjenestetilbudet i tråd med erfaringer fra de resultater som her kom frem.

Kapittel 7 – Oppsummering og avsluttende kommentarer

Denne studien har tatt utgangspunkt i den effektivitetstenkningen (inspirert av NPM) som i de senere år har vært førende for hvordan både stat og kommune har valgt å utforme sin tjenesteproduksjon (Aasbrenn 2010). Dette har også skapt nye forventninger til den lokale forvaltningen. Som påpekt innledningsvis, har effektivitetstenkningen fordret nye og mer effektive styringsmodeller i takt med den utviklingen man har sett innenfor pleie- og omsorgstjenester i norske kommuner. Noen har reist spørsmålet om dette har gått på bekostning av den omsorgen man forventer av norsk helsevesen.

7.1 Kommentarer til fremgangsmåten og resultatene

7.1.1 Hvordan har problemstillingen blitt besvart?

Undersøkende studier er tett knyttet til den teoretiske tolkningen av funnene. I tillegg til at denne studien har vært tett knyttet til den teoretiske tolkningen av datamaterialet, har den også vært tett knyttet til metoden som har blitt brukt som fremgangsmåte for å få svar på problemstillingen. Valget av metode er grunnleggende for hvilke svar undersøkelsen gir.

Sammen med styringsdokumenter som tematiserer kvalitet i pleie- og omsorgstjenester (sekundærkilder), er kildene som er brukt som informasjon i denne undersøkelsen respondenter som jobber innenfor en kommunal hjemmetjeneste (primærkilder).

Primærkildenes vurderinger av kvaliteten på tjenestetilbudet i den utvalgte kommunen er blitt sett i sammenheng med kontekstuelle forhold som har preget utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene i norske kommuner. Resultatene av denne undersøkelsen kan således knyttes til lignende miljøer eller caser. Det vil si at det vil være mulig for andre kommunale hjemmetjenester som er organisert på lignende måte å dra nytte av de svarene som her blir gitt.

Det vil være av avgjørende betydning at andre forskere arbeider videre med lignende forskningsspørsmål som jeg har prøvd å besvare. Da vil temaet bli bedre belyst, vi vil få flere perspektiver og forhåpentligvis noen ytterligere svar.

Jeg vil likevel våge den påstand at denne undersøkelsen også har vært viktig i en samfunnsmessig kontekst. Det undersøkende arbeidet har satt fokus på viktigheten av at ulike aktører i den parlamentariske styringskjeden har en tilnærmet lik oppfatning av hva som bør forstås ved begrepet ”kvalitet” innenfor hjemmebaserte tjenester.

7.1.2 Hvilke svar kom studien frem til?

Denne undersøkelsen har gitt svar på hvordan både førstelinjepersonellet og ledelsen i en kommunal hjemmetjeneste forstår ”kvalitet”. Videre har undersøkelsen gitt svart på om personellet opplever å ha rammebetingelser til å levere som forventet, på bakgrunn av den presiseringen av kvalitet som ble presentert i innledningen, kapittel 1 (jamfør kvalitetsforskriften).

Med basis i kvalitetsforskriften ser man at kommunene blant annet forventes å vektlegge at brukerne får de tjenestene de har behov for til rett tid, at tjenestetilbudet er helhetlig, samordnet og fleksibelt, samtidig som at tilbudet skal ivareta kontinuitet. Det blir forventet at personell som arbeider i kommunale hjemmetjenester både skal ha muligheter for å gi kvalitet med basis i en omsorgstankegang, men også med basis i en effektivitetstankegang.

Hvordan vurderer personellet ved Flaten hjemmetjenester kvalitet? I empirikapittelet (kapittel 5) fant jeg at mens førstelinjepersonellet primært vurderer kvalitet på bakgrunn av en omsorgsdiskurs, vurderer ledelsen i hjemmetjenesten primært kvalitet på bakgrunn av en effektivitetsdiskurs.

Det er viktig å presisere at både ledelsen og de ansatte i førstelinjen har tilnærmedesvis den samme forståelsen av kvalitet som den som er formulert i kvalitetsforskriften. Tidvis brukes de samme formuleringene for å beskrive god kvalitet i hjemmetjenesten. Forskjellen på ledelsen og de ansatte i førstelinjen, er at de har ulike forståelser av veien til målet (omsorg versus effektivitet).

Er det mulig for personellet å levere det som forventes av kvalitet innenfor de rammene som en kommunal hjemmetjeneste er underlagt? I analysekapittelet (kapittel 6) fant jeg at personellet, ut i fra en samlet vurdering, ikke opplever å ha muligheter til å levere det som forventes av kvalitet, innenfor de rammene som kommunale hjemmetjenester er underlagt.

7.1.3 Konklusjon

Resultatene av undersøkelsen viser en klar trend. Førstelinjepersonellet opplever at kravene til effektivitet i hjemmetjenesten gjør at det er de som må stå ansvarlig for å sortere ut legitim og ulegitim bruk av tid hos brukerne. De opplever det derfor som vanskelig å få gitt den omsorgen de med basis i egen vurdering betrakter som nødvendig for brukeren. Inntrykket er at forhold som administrasjon, kommunikasjon, planlegging og kontroll med viktig

informasjon, ikke fungerer etter intensjonen. Kritikken rettes derfor i stor grad mot ytre forhold. Ledelsen følger denne forklaringen delvis på vei. Ledelsen erkjenner at nye reformer kan legge begrensninger på mulighetene for å levere et tjenestetilbud som er av god nok kvalitet. Ledelsen, sammen med deler av førstelinjen, mener likevel at man ikke bare kan legge denne forklaringen til grunn. De påpeker at indre organisatoriske forhold i hjemmetjenesten (holdninger og oppgaveutførelse), er vel så viktige som de ytre faktorene.

7.2 Teoretiske implikasjoner av studiens resultater

At effektivisering av kommunale pleie- og omsorgstjenester oppleves som nødvendig fra ledelsens side, med basis i den utviklingen en har sett, er forventet. Det var også en forventning at de ansatte ikke nødvendigvis ville oppleve denne effektiviseringen som ønskelig. Med basis i de funn som er gjort, kan det være nyttig å tenke gjennom enkelte spørsmål.

Christiansen (2005) poengterer at det er svært viktig at vi ikke overser hvilke verdier som faktisk driver dem som jobber i helsesektoren. Ønsker den norske velferdssaten at helse- og omsorgstjenestene skal organiseres etter prinsipper om en effektivitetstenkning, eller ønsker velferdsstaten at helse- og omsorgstjenestene skal organiseres på bakgrunn av en omsorgstenkning? Eller går det an å finne en fornuftig middelvei hvor begge diskursene blir tatt i bruk?

Hva er i så fall alternativet til NPM og mål- og resultatstyring? Er det mer regelstyring som kanskje vil redusere handlingsrommet enda mer, eller er det verdistyring hvor man i større grad er selvstyrt og har større fleksibilitet? Svaret er ikke åpenbart. Et grunnleggende steg på veien om en felles forståelse av kvalitet, som ideelt sett følger hele styringskjeden, vil være å tenke gjennom hvilken vei som ikke bare er mest hensiktsmessig, men også ønskelig fra befolkningens side.

Jeg ønsker også å sitere Sir Winston Churchill. Han uttalte at helsen til befolkningen er like viktig som sikkerheten til folket. Derfor er det viktig å bygge et samfunnssystem der folk hjelper hverandre, basert på solidaritet og tillit.

7.2.1 Videre forskning

Mine funn tyder på at Flaten hjemmetjenester ikke har fått med seg de ansatte i den prosessen det er å skape oppslutning om kvalitetsmål, og at de ansatte i førstelinjen er skeptisk til

prosessene rundt kvalitetstenkningen i kommunen. Hvordan kvalitetsmålene fremmes, og hvordan de påvirker førstelinjepersonellet i praksis er dermed et viktig kontekstuel forhold som må tas hensyn til. Dette er et forhold som det fokuseres svært lite på i de offentlige dokumentene som tar for seg kvalitetsarbeid innenfor kommunale pleie- og omsorgstjenester.

I stortingsmelding nr. 16 (2010–11:21) nevnes det imidlertid at det er viktig med en styrking av en felles faglig og organisatorisk kultur, og at dette forutsetter samhandlingskompetanse.

Ut i fra de funnene som her er gjort kan det virke som særlig aktuelt å fokusere videre på hvordan ledelse og kultur i hjemmetjenesten påvirker tilbudet. St. meld. Nr 16 (2010–11:20) peker på at god ledelse vil være helt avgjørende for at kommune skal lykkes med å iverksette samhandlingsreformen. I likhet med mine funn settes det her fokus på viktigheten av å få personellet med seg i selve prosessen med å skape et tjenestetilbud av god kvalitet. For at målene med regjeringens helsepolitikk skal være mulige å nå, er det svært viktig å ha med seg førstelinjeansatte i denne prosessen.

Det hadde også vært interessant å spesifikt studere kulturen blant de ansatte i hjemmetjenestens førstelinje. Det kunne vært spennende å finne ut hvilken virkelighetsforståelse som ligger bak de kulturelle uttrykkene som de ansatte gir til kjenne. At hjemmetjenesten er et kvinnedominert yrke, som i tillegg preges av den eldre yrkesgenerasjonen som har opplevd hjemmetjenesten over et stort tidsspenn, kunne vært et interessant element å ta opp innenfor et kulturelt perspektiv.

Inntrykket av den siste stortingsmeldingen som fokuserer på den fremtidige nasjonale helse- og omsorgsplanen, er at god omsorg, sammen med effektiv drift av pleie- og omsorgstjenester, anses som komplementære verdier (St. meld. Nr. 16 2010–11). Dette er et forhold som delvis tilbakevises med basis i mine funn, og er noe som det kunne vært interessant og sett nærmere på.

Økt fokus på hvordan en skal opprettholde en god kvalitet i de kommunale hjemmetjenestene, til tross for de kapasitetsutfordringer mange kommuner står ovenfor, viser seg blant annet igjen i at helse- og omsorgsministeren den senere tid har tatt initiativ til å utvikle mer konkrete krav til kvalitet og pasientsikkerhet innenfor pleie og omsorgstjenestene¹¹⁹. Regjeringen har besluttet å lage Norges første stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet. Denne vil det bli viktig å se nærmere på.

¹¹⁹ Se: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2011/skal-sikre-kvaliteten-i-eldreomsorgen.html?id=636886>

St. meld. nr. 25 (2005–06) peker på at det er viktig med en kontinuerlig evaluering av de konsekvensene ulike reformer og utviklingstrekk har på helse- og omsorgstjenestenes innhold og virkemåte. Dette betyr at flere bør se på hvordan kvalitet forstås av det utøvende leddet innenfor pleie- og omsorgstjenester. Dette gjelder både forskere, politikere, helsebyråkrater, ledelse og fagfolk.

Referanser

Faglitteratur

- Aasbrenn, Kristian (2010). *Tjenester som treffer. Betyr brukerorientering og kvalitet noe annet i offentlig sektor?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Adcock, Robert og David Collier (2001). "Measurement Validity: A Shared Standard for Qualitative and Quantitative Research" i *The American Political Science Review*, Vol. 95, Sept., No. 3. pp. 529-546.
- Andersen, Svein S (2008). *Case-studier og generalisering*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bakken, Runar, Arne Brinchmann, Heidi Haukelien, Randi Kroken og Halvard Vike (2002). *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bolman, Lee G og Terrence E Deal (2009). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse. Struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. Oversatt av Kari Marie Thorbjørnsen. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christensen, Tom, Per Læg Reid, Paul G Roness, og Kjell Arne Røvik (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Crosby, Philip B (1979). *Quality is free. The art of making quality certain*. New York: McGraw-Hill.
- Djupvik, Alf Roger og Magne Eikås (2010). *Organisert velferd. Organisasjonskunnskap for helse- og sosialarbeidarar*. Oslo: Det norske Samlaget.
- Eckhoff, Torstein (1967). *Vitenskaper, profesjoner, klienter*, i Kompendium Aorg – 103, Forvaltning og politikk (Kopisamling 2006). Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap: Universitetet i Bergen. Nordisk Forum, s. 304–315.
- Elster, Ellen og Turid Hegerstrøm (1995). *Kommunale hjemmetjenester. Mangfold og muligheter*. Oslo: TANO AS.
- Forseth, Ulla (2002). "Maktspill i moderne servicearbeid" i Ellingsæter, Anne Lise og Jorun Solheim (red.) *Den Usynlige hånd? Kjønnsmakt og moderne arbeidsliv*. Makt- og demokratiutredningen 1998–2003. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gilje, Nils og Harald Grimen (1993) *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Grønmo, Sigmund (2007). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.

Grønmø, Sigmund (1985). "Datakombinasjoner og analysetrategier" (s 113- 146) i *Metode på tvers : samfunnsvitenskapelige forskningsstrategier som kombinerer metoder og analysenivåer*. Dale, Britt, Michael Jones og Willy Martinussen. Trondheim: Tapir.

Halvorsen, Knut (2003). *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 4. utgave, 2. opplag. Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Halvorsen, Knut (2008). *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utgave. Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Haraldsen, Gustav (1999). *Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Heggen, Kåre (2010). *Kvalifisering for profesjonsutøving. Sjukepleiar – lærar – sosialarbeidar*. Oslo: Abstrakt forlag.

Hellevik, Ottar (1999). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Heløe, Leif Arne. (2010). *Velferd på avveier? Utviklingslinjer og dilemmaer i helse- og sosialpolitikken*. Oslo: Abstrakt forlag.

Hill, Michael og Peter Hupe (2009). *Implementing public policy. An introduction to the study of Operational Governance*. Sage Publications: London.

Hood, Christopher (1995). "The New Public Management in the 1980s: Variations on a theme" i *Accounting, Organizations and Society*. Vol 20, No 2/3, s. 93-109.

Jacobsen, Dag Ingvar og Jan Thorsvik (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.

King, Gary, Robert O. Keohane og Sidney Verba (1994). *Designing Social Inquiry. Scientific Inference in qualitative research*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

Kvale, Steinar og Svend Brinkmann (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Layder, Derek (2005). *Sociological practice. Linking theory and social research*. London: Sage Publications.

Lipsky, Michael (1980). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.

March, James G. og Johan P. Olsen (1984). "The new institutionalism: Organizational factors in political life" i *American Political Science Review*. Washington, D.C.

March, James G. og Johan P. Olsen (1989). *Rediscovering institutions. The organizational basis of politics*. New York: Free Press.

- Meyers, Marcia K. og Susan Vorsanger (2003). "Street-Level Bureaucrats and the Implementation of Public Policy" i B. G. P. Peters og J Pierre. *Handbook of Public Administration*. s. 245-255 London: Sage Publications.
- Midtbø, Tor (2007). *Regresjonsanalyse for samfunnsvitere. Med eksempler i SPSS*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mintzberg, Henry (1979). "The structuring of organizations. A synthesis of the research" i *The Theory of management policy series*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.
- Mintzberg, Henry (1983). *Structure in fives. Designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.
- Roness, Paul G (1997). *Organisasjonsendringar. Teoriar og strategiar for studiar av endringsprosessar*. LOS-senteret. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rønning, Rolf (2004). *Omsorg som vare? Kampen om omsorgens sjel i norske kommuner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Røvik, Kjell Arne (1998). *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, Kjell Arne (1992). *Den "syke" stat. Myter og moter i omstillingsarbeidet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Simon, Herbert (1997). *Administrative behavior. A study of decision-making processes in administrative organizations*. New York: The free press.
- Slagsvold, Britt. (1999) "Kvalitet og kontekst" i Kirsten Thorsen og Kari Wærnes (red.). *Blir omsorgen Borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Strand, Torodd (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thorsen, Kirsten og Kari Wærnes (1999). *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Thorsen, Kirsten (2003). "Kjønn, makt og avmakt i omsorgstjenestene. Med perspektiv på brukerne" i Isaksen, Lise Widding (red.). *Omsorgens pris. Kjønn, makt og marked i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vike, Halvard (2004). *Velferd uten grenser. Den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Oslo: Akribe.
- Weber, Max (1971). *Makt og byråkrati. Essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier (1864–1920)*, Oversatt av Egil Fivelsdal og Dag Østerberg. Oslo: Gyldendal.

Wærness, Kari (1999). "Omsorg, omsorgsarbeid og omsorgsrasjonalitet – Refleksjoner over en sosialpolitisk diskurs" i Thorsen, Kirsten og Kari Wærnes (1999). *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Wærness, Kari (1984). *Omsorg i nærmiljøet. Ingen løsning på dagens krise i det sosiale hjelpeapparat?* København: Munksgaard.

Yin, Robert K. (1989). *Case study research. Design and methods*. Volume 5. London: Sage Publications

Øgård, Morten (2005). "New public management - fornyelse eller fortapelse av den kommunale egenart?" (s.25-49). I Baldersheim, Harald, og Lawrence Rose (2005). *Det Kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk*. Bergen: Fagbokforlaget.

Østerud, Øyvind, Fredrik Engelstad, Per Selle (2003). *Makten og demokratiet. En sluttbok fra Makt- og demokratiutredningen*. Oslo; Gyldendal Akademisk.

Proposisjon, Stortingsmeldinger og offentlige veiledere

Prop. 1 S. (2010-11). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*. Helse- og Omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/14271452/-PDFS/PRP201020110001HODDDDPDFS.pdf> (Hentet 28. april 2011).

St.meld. nr. 28 (1999 – 00). *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene. Omsorg 2000*. Sosial og helsedepartementet.

St. meld. nr. 45 (2002–03). *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene*. Sosialdepartementet.

St. meld. nr. 25 (2005–06). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Helse- og omsorgsdepartementet.

St. meld. nr. 47 (2008–09). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og Omsorgsdepartementet.

St.meld. nr. 16 (2010–11). *Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 – 2015*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Veileder 15–1162 (2005). "...og bedre skal det bli! - Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial og helsetjenesten (2005-2015)". (Online) Oslo: Avdeling for retningslinjer, prioritering og kvalitet: Sosial- og helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-1162_4390a.pdf (hentet 22. april 2011).

Veileder 15–1201. (2004). *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven*. (Online) Oslo: Avdeling for kommunale velferdstjenester: Sosial- og

helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-1201_1170a.pdf (Hentet 22. april 2011).

Lover

Lovdata (2011). *Lov om helsetjenesten i kommunene [kommunehelsetjenesteloven]*
Tilgjengelig fra: http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19821119-066.html&emne=kommunehelsetjenestelov*& (Hentet 22. april 2011).

Lovdata (2011). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Kvalitetsforskriften).* Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/to-20030627-0792-0.html#1> (Hentet 28. april 2011).

Rapporter

Christiansen, Bjørg, Bente Abrahamsen, Berit Karseth og Karen Jensen (2005). *Utredning om motivasjon, yrkesutøvelse og kompetanse i pleie- og omsorgssektoren.* Pedagogisk forskningsinstitutt, Universitetet i Oslo: Sosialdepartementet. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/red/2005/0064/ddd/pdfv/240989-rapport_pedagogisk_institutt.pdf (hentet 22. april 2011).

Christensen, Karen (2005). *Omsorgsorienteringer.* Sor (Samordningsrådet for arbeid for mennesker med psykisk utviklingshemning) rapport nr. 2. (s. 28 – 41). Tilgjengelig fra: http://www.samordningsradet.no/sitefiles/4055/Arkiv_Rapport/Fullversjoner/2005/Fullversjon_Rapport_2_05.pdf (Hentet 24. april 2011).

Gautun, Heidi og Åsmund Hermansen (2011). *Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre.* (Online) Forskningsstiftelsen Fafo. Tilgjengelig fra: <http://fafo.no/pub/rapp/20203/20203.pdf> (hentet 22. april 2011).

Gullikstad, Berit og Bente Rasmussen (2004). *Likestilling eller omstilling? Kjønnsperspektiver på modernisering av offentlig sektor.* SINTEF rapport (Institutt for industriell miljøforskning). Trondheim: SINTEF.

Haukelien, Heidi, Halvard Vike, Aina Landsverk Hagen, Gudrun Rudningen (2011). *Frihet til likeverd. Likhetsverdier, lokal tilpasning og ansvarsfordeling.* Telemarksforskning. Rapport nr. 274. (Online) Tilgjengelig fra: <http://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/filer/1824.pdf> (Hentet 31. mai 2011).

Huseby, Beate M og Bård Paulsen (2009). *Eldreomsorgen i Norge. Helt utilstrekkelig – eller best i verden?* [Online] Trondheim: SINTEF Helsetjenesteforskning. Tilgjengelig fra: http://www.sintef.no/upload/Helse/ØKT/Pdf-filer/Rapport_A11528_-_Eldreomsorgen_i_Norge_KORTVERSJON.pdf (Hentet 23. april 2011).

- Høringsnotat (2010) Organisering av hjemmebaserte tjenester. (Online). Tilgjengelig fra: <http://www.Bakkeby.kommune.no/getfile.php/Filer/PDF%20filer%20-%20LOS-struktur/Helse/høringsnotat%20hjemmebaserte%20tjenester.pdf> (Hentet 31. mai 2011).
- Høst, Håkon. (2004). *Kontinuitet og endring i pleie- og omsorgsutdanningene. En studie av utviklingen innenfor utdanningene til hjelpepleier og omsorgsarbeider*. Rapport nr.4. Bergen: Rokkansenteret. Tilgjengelig fra: <http://www.nifustep.no/Norway/Publications/-2005/Rapport%2004-04%20Host.pdf> (hentet 22. april 2011).
- Moland, Leif E (1999). *Suksess og nederlag i pleie- og omsorgstjenestene. Kvalitet, effektivitet og miljø*. (Online) Forskningsstiftelsen Fafo. Tilgjengelig fra: <http://www.fafo.no/pub/rapp/269/269.pdf> (hentet 22. april 2011).
- Nesheim, Torstein og Kjell Vathne (2000). *Konkurransetsetting og bestiller-utfører organisering i norske kommuner*. (Online). SNF rapport nr. 59: Erfaringer med konkurranseutsetting og bestiller-utførermodeller i norske kommuner. Bergen: Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning. Tilgjengelig fra: http://bora.nhh.no:8080/bitstream/2330/1079/1/R59_00.pdf (Hentet 23. april 2011).
- Thorsen, Kirsten, Rannveig Dahle, og Mia Vabø (2001). *Makt og avmakt i helse- og omsorgstjenesten*. Rapport 18. Oslo: NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst velferd og aldring). Tilgjengelig fra: http://www.nova.no/asset/2751/1/2751_1.pdf (hentet 22. april 2011).
- Thorsen, Kirsten (2001). "Et kjønnsperspektiv på makt og avmakt hos tjenestemottakerne" i Thorsen, Kirsten, Rannveig Dahle, og Mia Vabø. *Makt og avmakt i helse- og omsorgstjenesten*. Rapport 18. Oslo: NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst velferd og aldring). Tilgjengelig fra: http://www.nova.no/asset/2751/1/2751_1.pdf (hentet 22. april 2011).
- Vabø, Mia (2002). *Kvalitetsstyring og kvalitetskrav. Nye styringsambisjoner i hjemmetjenesten*. (Online) Rapport nr 18. Oslo: NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring). Tilgjengelig fra: http://www.nova.no/asset/2751/1/2751_1.pdf (hentet 22. april 2011).
- Slagvold, Britt (1995). *Mål eller mening. Om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner*. Rapport nr 1 Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Wærness, Kari (2001). *Social research, political theory and the ethics of care*. Research Review. NS 17.1 5-16. Tilgjengelig fra: http://culturesofcare.uib.no/downloads-/17_1/waerness_171.pdf (Hentet 24. april 2011).

Avhandlinger

Bungum, Brita (1994). *Effektivisering av omsorg. Kjønnsperspektiv på omstilling av offentlig omsorgsarbeid*. Hovedoppgave i sosiologi. Trondheim: Universitetet i Trondheim.

Kirchhoff, Jörg (2001). *Brukermedvirkning. Medvirkningsformer og brukerinnflytelse. En studie av ulike former for brukermedvirkning i en organisasjon*. Oslo: Hovedoppgave i sosiologi - Universitetet i Oslo.

Solvoll, Grethe (2009). *Omstilling til resultatenhetsmodellen. Avdelingsleders erfaring med endring i egen funksjon*. Masteroppgave i Helsefag. Avdeling for sykepleie og helsefag. Institutt for klinisk medisin. Det medisinske fakultet: Universitetet i Tromsø. Tilgjengelig fra: <http://www.ub.uit.no/munin/bitstream/handle/10037/2027/thesis.pdf?sequence=2> (Hentet 26. april 2011).

Ursin, Gøril (2005). *Bestiller-utfører organisering og brukermedvirkning. En evalueringsstudie av Bødø kommunes organisering av kommunale hjemmetjenester. Masteroppgave i helsefag*. Studieretning for helsefremmende arbeid og helsepsykologi. Universitetet i Bergen. Det psykologiske og det samfunnsvitenskaplige fakultet. Institutt for utdanning og helse. Tilgjengelig fra: https://bora.uib.no/bitstream/1956/1119/1/masteroppgave_pdf1.pdf

Vabø, Mia (2007). *Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*. Doktoravhandling. Oslo: Det samfunnsvitenskaplige fakultet. Universitetet i Oslo.

Internettkilder

Moldenæs, Turid, og Hanne Cathrin Gabrielsen. (2002). *Kvalitetssikring og etisk regnskap. Et nyinstitusjonelt perspektiv*. Idunn.no Nr. 1, 2002. Tilgjengelig fra: (Hentet 24. April 2011) http://www.idunn.no/ts/beta/2002/01/kvalitetssikring_og_etisk_regnskap_et_nyinstitutionelt_perspektiv

Statistisk Sentralbyrå (SSB) (2011). *Kvalitetsindikatorer i Kostra*. Publisert i 2008 (Online) Oslo: Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: <http://ssb.no/kostra/> (Hentet 23. april 2011).

Wong, Wilson (2007). "Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services by Michael Lipsky" i *Politics of Policy Making and Implementation*. Publisert 16. Oktober 2007. (Online). Tilgjengelig fra: <http://userwww.sfsu.edu/~wwong21/documents/PA715-Book%20Report-Street%20Level%20Bureaucracy.pdf> (Hentet 24. april 2011).

IPLOS - Bedre kunnskap om utviklingen i pleie- og omsorgssektoren. Helsedirektoratet. Publisert: 06.05.2005 http://www.helsedirektoratet.no/iplos/om_iplos_17710 (Hentet 24.april 2011).

Om Kostra. Kommunal og regionaldepartementet.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/krd/tema/kommuneokonomi/kostra/om-kostra.html?id=412867> (Hentet 24. april 2011).

Steinar må dusje på 15 minutter. TV2 Nyhetene. Publisert 29.11.2010

<http://tv2.no/nyhetene/innenriks/helse/steinar-86-maa-dusje-paa-15-minutter-3353603.html>

Skal sikre kvaliteten i eldreomsorgen. Publisert 28.03.2011.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2011/skal-sikre-kvaliteten-i-eldreomsorgen.html?id=636886>

Spørreskjema – ansattes egen opplevelse av praksis i hjemmetjenesten

Dette spørreskjemaet skal brukes for å få en oversikt over hvordan de ansatte ved Flaten hjemmetjenester selv ser på arbeidsoppgavene og egen opplevelse av praksis. Undersøkelsen ventes å ta ca. 10–15 min. Ta utgangspunkt i de to siste månedene du har jobbet når du svarer på spørsmålene.

1.0 Arbeidsoppgaver – opplevelse av praksis.

Sett en ring rundt det svaralternativet som passer:

- 1.1 Hvis du tenker på din egen oppfatning av hva som er god omsorg i utføringen av hjemmebaserte tjenester, hvor godt passer denne beskrivelsen sammen med tilretteleggelsen for god omsorg i praksis på din arbeidsplass?

1= Jeg opplever at forholdene på min arbeidsplass ikke er med på å fremme god omsorg

5= Jeg opplever at forholdene på arbeidsplassen min er med på å tilrettelegge for at vi kan levere det som for meg tilsvarer god omsorg i praksis

1.....2.....3.....4.....5

- 1.2 Hvor fornøyd er du med arbeidsrutinene på din arbeidsplass slik de er utformet i dag?

1= Lite fornøyd, rutinene fungerer ikke i det hele tatt

3= Delvis fornøyd, men rutinene har forbedringspotensial

5= Veldig fornøyd, det meste fungerer slik det skal

1.....2.....3.....4.....5

- 1.3 Tror du at de ansatte (deg selv inkludert) på din arbeidsplass er positive eller negative til planlagt endring av nåværende arbeidsrutiner?

1= Negative til endring

5= Positive til endring

1.....2.....3.....4.....5

1.4 Synes du det er et høyt tidspres på din arbeidsplass per i dag?

1= Lite eller ingen form for tidspres

5= Veldig høyt tidspres

1.....2.....3.....4.....5

Sett et kryss i den ruten du tror passer best:

1.5 Hvor høyt tidspres tror du dere har på din arbeidsplass sammenlignet med andre hjemmetjenester både innad i din egen kommune og på landsbasis?

Høyere tidspres

Omtrent det samme

Lavere tidspres

Vet ikke

1.6 Hender det at du ser nødvendige arbeidsoppgaver (her= ut i fra din egen vurdering av brukerens hjelpebehov) hjemme hos en bruker som du ikke er pålagt å utføre ut i fra arbeidsbeskrivelsen/vedtaket til den enkelte bruker?

Ja, ofte (en eller flere ganger i uken)

Sjelden (en eller flere ganger i mnd)

Nei (har aldri skjedd)

1.7 Synes du at du har for dårlig tid til å utføre oppgavene på arbeidslisten din?

Ja

Nei

2.0 Kvalitet i den kommunale hjemmetjenesten

2.1 På et generelt grunnlag, tror du effektivisering av arbeidsrutiner i kommunale hjemmetjenester er en trussel mot kvaliteten? Ta utgangspunkt i holdninger til både brukere og ansatte på din egen arbeidsplass.

Ja

Nei

2.2 Det er min oppfatning at høyt tidspress går ut over kvaliteten på hjemmebaserte tjenester.

Ja Nei

2.3 Hjemmebaserte tjenester bør bli mer tilpasset hver enkelt bruker

Ja Nei

2.4 Observerer du noen ganger brukere som har hjelpebehov som din arbeidsplass ikke har ressurser (bemanning, budsjett osv) til å ivareta?

Ja Nei

2.5 Jeg skal i det følgende nevne noen påstander om *hva eller hvilke faktorer som kan være med på å påvirke kvaliteten i den kommunale hjemmetjenesten*. Kan du for hver av disse påstandene si om du er enig eller uenig. Sett et kryss i boksen som passer.

Vedtakene som brukerne får innvilget av bestillerkontoret i din kommune stemmer overens med brukernes reelle hjelpebehov.

a)

1	2	3
Enig	Både og, det spør	Uenig

Observerer du noen ganger brukere som har hjelpebehov som din arbeidsplass ikke har ressurser (bemanning, budsjett osv.) til å ivareta?

b)

1	2	3
Enig	Både og, det spør	Uenig

Flaten hjemmetjenester har *gode rutiner* (her= programmer for opplæring og utvikling av personalets egen kunnskap og kompetanse i takt med utviklingen - for eksempel IKT systemer, nødvendig utstyr og tilrettelegging hos brukerne, muligheten til å reflektere over arbeidsforholdene og muligheten til å analysere feil som er begått slik at dette kan forbedres i fremtiden) for å sikre en god kvalitet i kommunens hjemmebaserte tjenester.

c)

1	2	3
Enig	Både og, det spørs	Uenig

Det er min oppfatning at brukerne ved Flaten hjemmetjenester er fornøyde med de tjenestene som utføres av de ansatte.

d)

1	2	3
Enig	Både og, det spørs	Uenig

Det er viktig at kommunale hjemmetjenester (generelt) organiseres best mulig etter de lokale forholdene.

e)

1	2	3
Enig	Både og, det spørs	Uenig

Det er viktig at ansatte i kommunale hjemmetjenester (generelt) er i besittelse av den faglige og menneskelige kompetansen (her= faglig relatert utdanning) som er nødvendig for å utføre oppgavene.

f)

1	2	3
Enig	Både og, det spørs	Uenig

Hjemmetjenesten er en presset omsorgstjeneste der de ansatte må strekke seg til sitt ytterste som en konsekvens av tiltak for å gjøre tjenestene mer kostnadseffektive.

g)

1	2	3
Enig	Både og, det spørs	Uenig

2.6 Hvor stor innvirkning tror du at følgende forhold har på Flaten hjemmetjenester sin evne til å levere god kvalitet?

1= Ingen innvirkning på kvaliteten

5= Stor innvirkning på kvaliteten

a) Utdannelsen til de ansatte:

1.....2.....3.....4.....5

b) Tjenestetid innenfor helse- og omsorgstjenester:

1.....2.....3.....4.....5

c) Sosial bakgrunn, her i betydningen alder og kjønn:

1.....2.....3.....4.....5

d) Arbeidsmiljø, her i betydningen trivsel blant de ansatte på arbeidsplassen:

1.....2.....3.....4.....5

e) Kommunens valg av organisasjons- eller oppgaveløsning for hjemmetjenesten:

1.....2.....3.....4.....5

f) Økonomiske forhold, for eksempel dårlig kommuneøkonomi:

1.....2.....3.....4.....5

g) Sykefravær:

1.....2.....3.....4.....5

3.0 Trivsel på jobben

3.1 Hvor godt trives du med å jobbe i hjemmetjenesten?

1= Jeg trives ikke i det hele tatt

5= Jeg trives kjempegodt

1.....2.....3.....4.....5

3.2 DERSOM du selv synes at du ikke trives så godt på jobben, har dette noe med følgende faktorer å gjøre:

Høyt sykefravær fører til høyere arbeidspress på de som er på jobb.

a)

1	2	3
Enig	Både og, det spørs	Uenig

Dårlig trivsel følger av at vi generelt har for lange arbeidslister og for høyt arbeidspress.

b)

1	2	3
Enig	Både og, det spørs	Uenig

3.3 Er det noen spesielle forhold på din arbeidsplass som du synes fortjener spesiell oppmerksomhet når det gjelder de ansattes forhold til den nåværende organiseringen av hjemmetjenesten Flaten?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.0 Generelle bakgrunnsopplysninger:

4.1 Kryss av for kjønn:

Mann Kvinne

4.2 Alder:

Yngre enn 30 år Fra 30-39 år Fra 40-50 år Eldre enn 50 år

4.3 Hvilken yrkesbakgrunn har du? Spesifiser: (hjemmehjelp, sykepleier, omsorgsarbeider, hjelpepleier, ufaglært, eller annen bakgrunn)

.....

4.4 Hvor lenge har du jobbet innenfor helse- og/eller sosialtjenesten (spesifiser hvilke(n) tjeneste(r) som er aktuelle for deg)? (antall år, eventuelt ca antall måneder)? (eksempel → utdannet sykepleier, arbeidet 10 år i helsetjenesten)

.....

4.5 Hvor stor fast stillingsprosent har du? (kryss av for det alternativet som passer best)

Heltid Deltid (over 50% stilling) Deltid (under 50% stilling)

Har ikke fast stilling (trenger ikke svare på spørsmål 4.6)

4.6 Hvor lenge har du vært **fast ansatt** ved Flaten hjemmetjenester (antall år, eventuelt ca antall måneder)?

.....

4.7 Har du jobbet i en annen kommunal hjemmetjeneste tidligere?

Ja Nei

**Tusen takk for at du ville delta i denne
spørreundersøkelsen 😊**

Data fra spørreskjema

Tabeller som ikke ble tatt med i fremstillingen

Spørsmål 1.1 Tilrettelegger Flaten hjemmetjenester for at respondentene kan gi det som for dem
tilsvarende god omsorg i praksis?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Arbeidsplassen tilrettelegger ikke for god omsorg	2	8,0	8,0	8,0
Arbeidsplassen tilrettelegger delvis for god omsorg	8	32,0	32,0	40,0
Både og, det spørres	12	48,0	48,0	88,0
Arbeidsplassen tilrettelegger ganske bra for god omsorg	2	8,0	8,0	96,0
Arbeidsplassen tilrettelegger bra for at en kan gi god omsorg i praksis	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Spørsmål 1.2 Hvor fornøyd er respondentene med arbeidsrutinene slik de er utformet ved Flaten
hjemmetjenester?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Lite fornøyd, rutinene fungerer ikke i det hele tatt	1	4,0	4,0	4,0
Mindre fornøyd	9	36,0	36,0	40,0
Delvis fornøyd, men rutinene har forbedringspotensial	14	56,0	56,0	96,0
Tålig fornøyd	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Spørsmål 1.3 Respondentenes holdninger til planlagt endring av arbeidsrutiner ved Flaten hjemmetjenester

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Negative til endring	1	4,0	4,0	4,0
Delvis negativ til endring	3	12,0	12,0	16,0
Både og, det spørs	8	32,0	32,0	48,0
Delvis positiv til endring	6	24,0	24,0	72,0
Positiv til endring	7	28,0	28,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Spørsmål 1.4 Blir fremstilt i kapittel 5.

Spørsmål 1.5 Respondentenes holdninger til tidspress ved Flaten hjemmetjenester, sammenlignet med holdninger til tidspress i andre hjemmetjenester innad i kommunen og på landsbasis

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Vet ikke	2	8,0	8,0	8,0
Omtrent samme tidspress	9	36,0	36,0	44,0
Høyere tidspress	14	56,0	56,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Spørsmål 2.1 Synes respondentene at effektivisering av arbeidsrutiner i kommunale hjemmetjenester er en trussel mot kvaliteten?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nei	6	24,0	24,0	24,0
Ja	19	76,0	76,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Spørsmål 2.2 Synes respondentene at høyt tidspress går ut over kvaliteten på hjemmebaserte tjenester?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ja	25	100,0	100,0	100,0

Spørsmål 2.3 og 2.4 blir fremstilt i kapittel 5.

Spørsmål 2.5 a) Brukerne ved Flaten hjemmetjenester er fornøyde med tjenestene som utføres av de ansatte

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Enig	2	8,0	8,0	8,0
	Både og, det spørs	23	92,0	92,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Spørsmål 2.5 b) Vedtakene som brukerne får innvilget av bestillerkontoret i Bakkeberg kommune stemmer overens med brukerens reelle hjelpebehov

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Enig	2	8,0	8,3	8,3
	Både og, det spørs	16	64,0	66,7	75,0
	Uenig	6	24,0	25,0	100,0
	Total	24	96,0	100,0	
Missing	System	1	4,0		
Total		25	100,0		

Spørsmål 2.5 c) Flaten hjemmetjenester har gode rutiner¹²⁰ for å sikre god kvalitet

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Enig	1	4,0	4,2	4,2
	Både og, det spørs	11	44,0	45,8	50,0
	Uenig	12	48,0	50,0	100,0
	Total	24	96,0	100,0	
Missing	System	1	4,0		
Total		25	100,0		

¹²⁰ **Gode rutiner** er spesifisert som programmer for opplæring og utvikling av personalets egen kunnskap og kompetanse i takt med utviklingen. Eksempler er IKT systemer, nødvendig utstyr, tilrettelegging hos brukerne, muligheten til å reflektere over arbeidsforholdene og muligheten til å reflektere over feil som er begått slik at dette kan forbedres i fremtiden.

Spørsmål 2.5 d) Kommunale hjemmetjenester bør, på et generelt grunnlag, organiseres etter de lokale forholdene

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Enig	21	84,0	87,5	87,5
	Både og, det spørs	2	8,0	8,3	95,8
	Uenig	1	4,0	4,2	100,0
	Total	24	96,0	100,0	
Missing	System	1	4,0		
Total		25	100,0		

Spørsmål 2.5 e) Det er viktig at personellet i kommunale hjemmetjenester generelt er i besittelse av den faglige og menneskelige kompetanse¹²¹ som er nødvendig for å utføre oppgavene

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Enig	18	72,0	75,0	75,0
	Både og, det spørs	5	20,0	20,8	95,8
	Uenig	1	4,0	4,2	100,0
	Total	24	96,0	100,0	
Missing	System	1	4,0		
Total		25	100,0		

Tabell 2.5 f) blir fremstilt i kapittel 5.

Spørsmål 2.6 a) Hvilken innvirkning har "faglig relatert utdanning" på Flaten sin evne til å levere hjemmetjenester av god kvalitet?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ingen innvirkning	1	4,0	4,2	4,2
	Både og, det spørs	4	16,0	16,7	20,8
	Ganske stor innvirkning	9	36,0	37,5	58,3
	Stor innvirkning	10	40,0	41,7	100,0
	Total	24	96,0	100,0	
Missing	System	1	4,0		
Total		25	100,0		

¹²¹ Faglig og menneskelig kompetanse er spesifisert som faglig relatert utdanning i selve spørreskjemaet (se vedlegg).

Spørsmål 2.6 b) Hvilken innvirkning har lang tjenestetid¹²² på Flaten hjemmetjenester sin evne til å levere god kvalitet?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ingen innvirkning	2	8,0	8,3	8,3
	Ganske liten innvirkning	4	16,0	16,7	25,0
	Både og, det spørs	5	20,0	20,8	45,8
	Ganske stor innvirkning	7	28,0	29,2	75,0
	Stor innvirkning	6	24,0	25,0	100,0
	Total	24	96,0	100,0	
Missing	System	1	4,0		
Total		25	100,0		

Spørsmål 2.6 c) Hvilken innvirkning har de ansattes alder på Flaten hjemmetjenester sin evne til å levere god kvalitet?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ingen innvirkning	3	12,0	13,6	13,6
	Liten innvirkning	4	16,0	18,2	31,8
	Både og, det spørs	12	48,0	54,5	86,4
	Ganske stor innvirkning	3	12,0	13,6	100,0
	Total	22	88,0	100,0	
Missing	System	3	12,0		
Total		25	100,0		

Spørsmål 2.6 d) Hvilken innvirkning har de ansattes kjønn på Flaten hjemmetjenester sin evne til å levere god kvalitet?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ingen innvirkning	8	32,0	36,4	36,4
	Liten innvirkning	5	20,0	22,7	59,1
	Både og, det spørs	6	24,0	27,3	86,4
	Ganske stor innvirkning	3	12,0	13,6	100,0
	Total	22	88,0	100,0	
Missing	System	3	12,0		
Total		25	100,0		

¹²² Lang tjenestetid er spesifisert som antall år i praksis innenfor helse- og omsorgstjenester.

Spørsmål 2.6 e) Hvilken innvirkning har arbeidsmiljø¹²³ på Flaten hjemmetjenester sin evne til å levere god kvalitet?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ingen innvirkning	1	4,0	4,0	4,0
	Både og, det spørs	1	4,0	4,0	8,0
	Ganske stor innvirkning	11	44,0	44,0	52,0
	Stor innvirkning	12	48,0	48,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Spørsmål 2.6 f) Hvilken innvirkning har Bakkeberg kommunes valg av organisasjons- eller oppgaveløsning på Flaten sin evne til å levere hjemmetjenester av god kvalitet?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ingen innvirkning	1	4,0	4,3	4,3
	Liten innvirkning	2	8,0	8,7	13,0
	Både og, det spørs	5	20,0	21,7	34,8
	Ganske stor innvirkning	5	20,0	21,7	56,5
	Stor innvirkning	10	40,0	43,5	100,0
	Total	23	92,0	100,0	
Missing	System	2	8,0		
	Total	25	100,0		

Spørsmål 2.6 g) Hvilken innvirkning har økonomiske forhold på Flaten sin evne til å levere hjemmetjenester av god kvalitet?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ingen innvirkning	1	4,0	4,3	4,3
	Liten innvirkning	3	12,0	13,0	17,4
	Både og, det spørs	1	4,0	4,3	21,7
	Ganske stor innvirkning	5	20,0	21,7	43,5
	Stor innvirkning	13	52,0	56,5	100,0
	Total	23	92,0	100,0	
Missing	System	2	8,0		
	Total	25	100,0		

¹²³ Arbeidsmiljø ble spesifisert som betydningen av trivsel blant de ansatte på arbeidsplassen.

Spørsmål 2.6 h) Hvilken innvirkning har sykefravær på hjemmetjenestens evne til å levere god kvalitet?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ingen innvirkning	1	4,0	4,8	4,8
	Liten innvirkning	1	4,0	4,8	9,5
	Både og, det spørs	4	16,0	19,0	28,6
	Ganske stor innvirkning	6	24,0	28,6	57,1
	Stor innvirkning	9	36,0	42,9	100,0
	Total	21	84,0	100,0	
Missing	System	4	16,0		
Total		25	100,0		

Spørsmål 3.1 er fremstilt i kapittel 5.

Spørsmål 3.2 a) Dårlig trivsel har sammenheng med høyt sykefravær som fører til høyt arbeidspress.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Enig	8	32,0	53,3	53,3
	Både og, det spørs	5	20,0	33,3	86,7
	Uenig	2	8,0	13,3	100,0
	Total	15	60,0	100,0	
Missing	System	10	40,0		
Total		25	100,0		

Spørsmål 3.2 b) Dårlig trivsel følger av for lange arbeidslister og for høyt arbeidspress

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Enig	16	64,0	76,2	76,2
	Både og, det spørs	5	20,0	23,8	100,0
	Total	21	84,0	100,0	
Missing	System	4	16,0		
Total		25	100,0		

Spørsmål 3.3 Andre forhold som respondentene mener fortjener spesiell oppmerksomhet

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20	80,0	80,0	80,0
Bedre rutiner, faste rammer, tid til rapport og faglig konsultasjon, overordnedes rolle viktig	1	4,0	4,0	84,0
Dårlig organisert avdeling, hierarkisk lederstil, lite faglig oppdatering, ansvarsfraskrivelse assistenter, nye vedtak fører ikke til justeringer	1	4,0	4,0	88,0
For travle lister, behov for flere ansatte for å miske antall sykemeldinger	1	4,0	4,0	92,0
Leders holdning til personal	1	4,0	4,0	96,0
Tidspress, underbemanning, lite faglig påfyll, små lokaler	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Spørsmål 4.1 Respondentenes kjønn

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kvinne	25	100,0	100,0	100,0

Spørsmål 4.2 Respondentenes alder

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Yngre enn 30 år	3	12,0	12,0	12,0
Fra 30-39 år	1	4,0	4,0	16,0
Fra 40-50 år	10	40,0	40,0	56,0
Eldre enn 50 år	11	44,0	44,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Spørsmål 4.3 Respondentenes yrkesbakgrunn

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sykepleier	6	24,0	25,0	25,0
	Hjelpepleier	5	20,0	20,8	45,8
	Omsorgsarbeider	7	28,0	29,2	75,0
	Hjemmehjelp / Assistent	6	24,0	25,0	100,0
	Total	24	96,0	100,0	
Missing	System	1	4,0		
Total		25	100,0		

Spørsmål 4.4 Respondentenes erfaring fra helse- og sosialtjenester, målt i antall år

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	4,0	4,3	4,3
	3	2	8,0	8,7	13,0
	5	2	8,0	8,7	21,7
	6	1	4,0	4,3	26,1
	7	2	8,0	8,7	34,8
	10	1	4,0	4,3	39,1
	12	2	8,0	8,7	47,8
	13	1	4,0	4,3	52,2
	14	1	4,0	4,3	56,5
	15	3	12,0	13,0	69,6
	19	2	8,0	8,7	78,3
	20	1	4,0	4,3	82,6
	25	1	4,0	4,3	87,0
	30	1	4,0	4,3	91,3
	33	1	4,0	4,3	95,7
	35	1	4,0	4,3	100,0
	Total		23	92,0	100,0
Missing	System	2	8,0		
Total		25	100,0		

Spørsmål 4.5 Respondentenes stillingsprosjenter

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Heltid	7	28,0	28,0	28,0
	Deltid over 50%	14	56,0	56,0	84,0
	Deltid under 50%	3	12,0	12,0	96,0
	Ikke fast stilling	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Spørsmål 4.6 Respondentenes erfaring ved Flaten hjemmetjenester, målt i antall år

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	8,0	8,3	8,3
	2	2	8,0	8,3	16,7
	3	3	12,0	12,5	29,2
	4	2	8,0	8,3	37,5
	5	1	4,0	4,2	41,7
	6	1	4,0	4,2	45,8
	7	6	24,0	25,0	70,8
	10	1	4,0	4,2	75,0
	12	1	4,0	4,2	79,2
	15	2	8,0	8,3	87,5
	19	2	8,0	8,3	95,8
	30	1	4,0	4,2	100,0
	Total	24	96,0	100,0	
Missing	System	1	4,0		
Total		25	100,0		

Spørsmål 4.7 Har respondentene erfaring fra andre kommunale hjemmetjenester?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nei	14	56,0	56,0	56,0
	Ja	11	44,0	44,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Intervjuguide; førstelinjepersonell

Tema: Hva eller hvilke faktorer påvirker kvalitet i den kommunale hjemmetjenesten i Bakkeberg kommune og ved Flaten hjemmetjenester?

1. Hvilken bakgrunn har vedkommende?

- Ansatt hvor lenge? Fartstid i tjenesten – hvor lenge har vedkommende jobbet på Flaten versus andre hjemmetjenester, eller andre steder i helse og sosialtjenesten?
Arbeidserfaring (kurs osv).
- Stillingsprosent, deltid, heltid
- Utdanning? Yrkesbakgrunn (hjemmehjelp, sykepleier, omsorgsarbeider osv).
- Kjønn

2. Arbeidsforhold/opplevelse av arbeidsdagen

- Hvordan trives du med å jobbe i hjemmetjenesten? Hva setter du mest/minst pris på ved arbeidet ditt? Kom med eksempler! Eventuelle stressfaktorer? Gode/dårlige sider ved måten hjemmetjenesten er organisert på?
- Bra/dårlig arbeidsmiljø? Arbeidspress? Tidspress? Hva er din oppfatning?
- Når føler du at du har gjort en god jobb/ikke god jobb?
- Har du noen gang hatt følelsen av å ikke strekke til?
- Hvordan synes du at ordningen med primærkontakter fungerer hos dere?
- Har arbeidsdagen endret seg mye siden du begynte å jobbe her?
- Har endringer i organiseringen av arbeidsoppgaver påvirket i opplevelsen av arbeidsforholdene de siste årene?

3. Refleksjoner rundt arbeidsforholdene

- Hvordan vil du beskrive god kvalitet i den kommunale hjemmetjenesten?
- Synes du at det er en riktig påstand at hjemmetjenestene har for lite tid til å utføre oppgavene sine?
- Synes du det er del av hjemmetjenesten sin oppgave å gi omsorg til brukerne? I hvilken grad?
- Hva vil du si er god omsorg for deg personlig i møte med brukerne?
- Er det en viktig forutsetning med god tid til hver enkelt bruker?

- Har de ansatte nok tid til god omsorg for hver enkelt bruker slik hjemmetjenesten hos dere fungerer i dag?
- Hvor viktig er det med tilrettelegging for de ansatte i forhold til nødvendig utstyr osv.?
- Hvordan oppfatter du de ytre kravene til effektivitet og kvalitet som hjemmetjenesten stilles ovenfor? (Ytre press: press fra politikere og media om å opprettholde god kvalitet, press fra ledelsen i kommunen, tilbakemeldinger fra brukerne).
- I hvilken grad tror du at interne arbeidsforhold virker inn på kvaliteten i hjemmetjenesten? (arbeidsmiljø, trivsel, nødvendig utstyr, sammensetningen av ulike yrkesgrupper).
- Hvilken innvirkning tror du (yrkes)bakgrunnen til de ansatte i seg selv har på kvalitet i den kommunale hjemmetjenesten?
- Hvilken av følgende faktorer tror du har størst innvirkning på kvalitet i den kommunale hjemmetjenesten i Bakkeberg og på Flaten: Utdannelse, erfaring, alder, kjønn, arbeidsmiljø, kommunenes valg av organisasjonsmodell, kommuneøkonomi, sykefravær.
- Tror du at befolkningen generelt har for liten kunnskap om hjemmetjenesten og de oppgavene dere utfører?

4. Organisering av hjemmetjenesten

- Tror du at arbeidsoppgavene dine kunne vært organisert på en bedre måte for å oppnå bedre kvalitet på tjenestene?
- Hva tenker du om å dele opp tjenester i ulike enheter (praktisk hjemmehjelp og personlig hjemmesykepleie) slik som man har gjort i noen kommuner?
- Tror du at omorganiseringen og samordningen av hjemmetjenestene til en enhet vil ha positiv effekt/ forenkle oppgaveutføringen på din arbeidsplass?
- Hvilke eventuelle andre endringer tror du ville utgjøre en forskjell innenfor hjemmetjenesten? Forslag. Synes du det er bra/dårlig slik tilstanden er nå? Hva kunne eventuelt blitt gjort bedre ut i fra ditt eget synspunkt? Tror du det finnes en beste løsning på hvordan man bør organisere tjenestene på din arbeidsplass og også innenfor hjemmetjenesten generelt? Hva omfatter i tilfelle dette? Har du noen ideer, forslag til eventuelle tiltak til forbedring på generelt grunnlag?
- Tror du at det er viktig at hver kommune har frihet til å velge hvordan de ønsker å organisere hjemmetjenestene etter de lokale forholdene?

- Hva tror du om å sette rengjøring (praktisk arbeid) ut på anbud slik at private aktører kunne fått muligheten til å ta seg av den delen av arbeidet i hjemmetjenesten?
- Er det noe viktig som jeg har glemt å spørre deg om som du synes fortjener en plass i forhold til *hva eller hvilke faktorer som påvirker kvalitet i den kommunale hjemmetjenesten i Bakkeberg og på Flaten?*

Intervjuguide: Avdelingssykepleier

Tema: Hva eller hvilke faktorer påvirker kvalitet i den kommunale hjemmetjenesten i Bakkeberg og på Flaten?

Bakgrunn:

- Hvor lenge har du vært ansatt ved Flaten hjemmetjenester?
- Ansatt andre steder i helsetjenesten? Andre hjemmetjenester?
- Hvor lenge har du vært avdelingssykepleier?
- Hvilke oppgaver har du som avdelingssykepleier? Ansvarsområde?
- Hvor lenge har du jobbet under bestiller- utfører modellen?
- Hvordan organiserte dere hjemmetjenesten før denne ordningen kom i bruk?
- Har du noen kommentarer til eventuelle klare forskjeller mellom den gamle og den nye måten å organisere hjemmetjenesten på?
- Har du ellers noe å tilføye i forhold til organiseringen av dagens hjemmetjeneste?
- Hvis du fikk velge, hvordan ville du valgt å organisere hjemmetjenesten? Hva tror du er den optimale løsningen? Tror du det finnes en bedre løsning innenfor de samme økonomiske rammene som kommunen er underlagt i dag?
- Hvordan oppfatter du lover og forskrifter om kvalitet innenfor den offentlige omsorgen?
- Det er mye snakk om kvalitet og ulike kriterier for hvordan man skal kunne måle kvalitet i hjemmetjenesten. Har du en mening om kvalitetsmålinger innenfor omsorgstjenester? Har du erfaring med spesifikke kvalitetsmålinger her på Flaten?
- Hva er din oppfatning om hvordan hjemmetjenesten har utviklet seg så lenge du har jobbet her?
- Er din oppfatning at en av hjemmetjenestens primære oppgaver er å gi omsorg til brukerne?

Arbeidsforhold:

- Slik jeg har forstått det har dere hjemmehjelpen og hjemmesykepleien integrert. Hva synes du om å dele opp de ansatte og tjenestene etter formål? Tror du det ville sørget for at men sparte penger/ ble mer effektive i utføringen av tjenester dersom en slik løsning blir innført i Bakkeberg?
- Hvordan synes du din Flaten ligger an i forhold til følgende forhold:

- Nok tid og nødvendig utstyr til å utføre tjenestene
 - Faglig og menneskelig kompetanse
 - Godt arbeidsmiljø
 - Programmer for opplæring og utvikling av personalets kunnskap og kompetanse i takt med utviklingen (for eksempel ny teknologi, IKT systemer osv.)
- Har dere en ordning med primærkontakter for brukerne i din sone? Hva synes du om en slik ordning?
 - Synes du det er et viktig prinsipp at brukerne skal få den samme hjelperen?
 - Hvor mye tror du at kontinuitet i tjenestetilbudet har å si for kvaliteten?
 - Er det din oppfatning at de ansatte opplever tidspress? (med utgangspunkt i en vanlig arbeidsdag)
 - Hvor viktig tror du at fagkunnskaper er i et yrke som hjemmetjenesten?
 - Er det vanskelig å være leder for en så stor og kompleks yrkeskategori som hjemmetjenesten består av?
 - Hva tror du er de ansattes motivasjon for å jobbe innenfor hjemmetjenesten? Hva er din motivasjon for å jobbe innenfor hjemmetjenesten?
 - Tror du at grunnen til at så mange i helse- og omsorgstjenesten velger å jobbe deltid er fordi det er et yrke der man lett blir utbrent?
 - Tror du ønsket om å jobbe deltid er en virkning av at de ansatte ønsker å opprettholde kvaliteten i de tjenestene de leverer, men at de ikke føler at de klarer dette dersom de skal jobbe fullt?

Omsorg og kvalitet:

- Hvordan vil du beskrive innholdet i begreper som kvalitet og omsorg?
- Hvilke faktorer tror du er med på å påvirke kvaliteten ved Flaten hjemmetjenester?
- Hvordan oppfatter du at brukerne ser på kvaliteten i hjemmetjenesten? Er de fornøyde/misfornøyde?
- Synes du dere har et godt utgangspunkt for å levere god kvalitet i de kommunale, hjemmebaserte tjenestene i Bakkeberg kommune?
- Opplever du at din sone har de nødvendige ressursene dere trenger for å levere god kvalitet?
- Tror du at de ansattes bakgrunn har en innvirkning på kvalitet? (Yrkesbakgrunn, alder, kjønn, fartstid i tjenesten osv.)

- Høyt sykefravær? Mye ekstrapersonell/ ufaglærte?
- Hvordan synes du bestiller utfører modellen fungerer som utgangspunkt for organiseringen av den kommunale hjemmetjenesten i Bakkeberg?
- Tror du at en samordning av de kommunale hjemmetjenestene i Bakkeberg til en enhet vil føre til en bedre kvalitet i omsorgen?
- Hva er din oppfatning om de ansattes forhold til dagens organisering av hjemmetjenesten?
- Er det din oppfatning at de ansatte stilles i et krysspress mellom ledelsen og brukerne, og offentligheten (media, politikere osv.) når de skal tilfredsstille kravene om kvalitet? Man skal på den ene siden leve opp til forventingene om effektivitet og fleksibilitet (kommunens krav), mens på den andre siden skal man gjennom trygghet, forutsigbarhet og beskyttelse (omsorg) levere en kvalitet som står til myndighetenes målsetninger.
- Synes du at dere har nok tid til å tilfredsstille hver enkelt bruker i tilstrekkelig grad? Hva tror du er de ansattes oppfatning om dette?
- Hva er din personlige mening vedrørende følgende forhold:
 - Offentlige /private hjemmetjenester. Tror du det utgjør noen forskjell?
 - Hva synes du om ordningen fritt brukervalg? At hjemmetjenester settes ut på anbud? Om private hjemmetjenester? Tror du dette ville vært et bra alternativ i Bakkeberg kommune?
- Viktige momenter jeg har glemt å ta opp?

Spørsmål til enhetslederen for omsorgssenterert ved hjemmetjenesten Flaten

Del 1

Hvor lenge har dere jobbet under bestiller- utfører modellen ved Flaten hjemmetjenester? Når ble denne modellen innført i Bakkeberg kommune?

Hvordan organiserte kommunen hjemmetjenestene før denne ordningen kom i bruk?

Har du noen kommentarer til eventuelle klare forskjeller mellom den gamle (før bestiller- utfører modellen) måten å organisere hjemmetjenesten på i forhold til dagens organisering av hjemmetjenesten? (forstår at du har jobbet på Høyby tidligere, før innføringen av bestiller- utfører modellen).

Hvordan synes du bestiller-utfører modellen fungerer som utgangspunkt for organiseringen av den kommunale hjemmetjenesten i Bakkeberg?

Hva er din oppfatning om hvordan hjemmetjenesten har utviklet seg så lenge du har jobbet her på Flaten?

Har du ellers noe å tilføye i forhold til organiseringen av dagens hjemmetjeneste?

Del 2

Synes du at Bakkeberg kommune har et godt utgangspunkt for å levere god kvalitet i de kommunale hjemmebaserte tjenestene?

Opplever du at din sone (Flaten) har de nødvendige ressursene dere trenger for å levere god kvalitet?

Oppfatter du at du at Flaten holder seg innenfor de lover og forskrifter som omfatter kvalitet innenfor den offentlige omsorgen?

Opplever du at de lover og forskrifter som vedtas av Stortinget vedrørende helse- og omsorgstjenester er overkommelige å gjennomføre i praksis?

Hvilke faktorer mener du er med på å påvirke kvaliteten ved Flaten hjemmetjenester?

Hva er din oppfatning om de ansattes forhold til dagens organisering av hjemmetjenesten?

Synes du hjemmetjenesten Flaten har et stort forbedringspotensial i forhold til slik som tjenesten fungerer per i dag?

Tror du at en samordning av de kommunale hjemmetjenestene i Bakkeberg til en enhet, samt den omorganiseringen av tjenester som følger med dette vil føre til bedre kvalitet i den kommunale hjemmetjenesten i Bakkeberg?

Hvis du fikk velge, hvordan ville du valgt å organisere hjemmetjenesten? Hva tror du er den optimale løsningen? Tror du det finnes en bedre løsning innenfor de samme økonomiske rammene som kommunen er underlagt i dag?

Det er mye fokus på kvalitet i kommunale hjemmetjenester, og ulike kriterier for hvordan man skal kunne måle kvalitet. Har du en mening om kvalitetsmålinger innenfor omsorgstjenester? Har dere erfaringer med spesifikke kvalitetsmålinger her på Flaten?

Veiledende spørsmål til samtalen med enhetslederen for hjemmetjenesten.

Hvordan opplever du forventningene som stilles fra statlig hold i sammenheng med de lovpålagte ansvaret kommunene har for å sørge for gode helse. Og omsorgstjenester til befolkningen?

- Tilrettelegging innenfor kommunene for bedre samhandling i pasienttilbudet
- Om mulighetene for å tilfredsstille god kvalitet innenfor de økonomiske rammene

Hvilke forventinger har du til samordningen av tjenestetilbudet i Bakkeberg?

Er det din oppfatning at tjenesteproduksjonen i kommunen holder tritt med befolkningens forventninger? (innenfor pleie og omsorg/sosiale tjenester)

Hvordan vurderer du arbeidsvilkårene til personellet i hjemmetjenestene etter samordningen?

Er det ditt inntrykk at brukerne får det tilbudet de har behov for med dagens system?

Tror du at samordningen vil føre til en større bevissthet blant personellet om hva som er "målene for god kvalitet", at de i større grad vil få lik "oppfatning" om hva som er målet med arbeidet som gjøres? Oppfatter du at dere jobber i samsvar med de sentrale målsettingene (jamfør nasjonal strategi for kvalitetsforbedring innenfor helse og sosialtjenesten, som sier at god kvalitet vil si at tjenestene er samordnet og preget av kontinuitet?)

Er det din oppfatning at tjenestene er tilstrekkelig bemannet og at de er rett bemannet, med den faglige kunnskapen som behøves, per dags dato?

Er det din oppfatning at personellet opplever arbeidspress på grunn av underbemanning?

Har personellet og hjemmetjenestene muligheten for å levere det som forventes av dem?

Er det mulig for dem å levere det som befolkningen forstår ved god kvalitet, innenfor de rammene som en kommunal tjeneste er underlagt?

Hvordan oppfatter du forventningene til brukeren?

Informasjon om masteroppgave til de ansatte ved Flaten hjemmetjenester.

Dette skrivet inneholder noen detaljer rundt masterprosjektet mitt og hvordan jeg ønsker å gjennomføre det på deres arbeidsplass.

Dette skrivet er også en forespørsel eller en bekreftelse på at dere ønsker å delta i prosjektet mitt. Jeg har lagt ved et skjema under om informert samtykke som bekrefter at dere har blitt informert om formålet med min studie. Etter hvert som jeg kommer i gang med prosjektet kan de som ønsker å delta skrive under på et slikt skjema.

Foreløpig har jeg valgt å kalle prosjektet ”Omsorg i endring – en casestudie av hjemmetjenesten”. Prosjektet er fortsatt veldig åpent, så dette er noe som kan endre seg underveis i prosessen.

Først og fremst vil jeg påpeke at deltagelse i dette prosjektet er frivillig. Det er når som helst mulig å trekke seg dersom dette skulle være ønskelig for noen av de ansatte eller i ledelsen på arbeidsplassen.

Informasjon om meg selv:

Mitt navn er Helen Bergstøl Norvalls, og jeg er masterstudent ved Universitet i Bergen innenfor studieretningen administrasjon og organisasjonsvitenskap.

Hovedformål med undersøkelsen:

Jeg ønsker å si noe om hva dere som jobber innenfor hjemmetjenesten selv synes om organiseringen av tjenesten – både slik den er utformet i dag, og litt om hva dere tror om den

omorganiseringen som nå finner sted. I forhold til dette vil det være interessant for meg å se nærmere på endringer i arbeidsdagen, arbeidsoppgaver, samarbeid mellom ansatte og grupper av ansatte, forholdet til overordnede og innstilling til faglig orientering. Samtidig ønsker jeg også å ta opp temaer dere ser på som viktige på deres arbeidsplass.

Konteksten eller sammenhengen jeg vil beskrive temaet ut i fra tar utgangspunkt i hvordan hjemmetjenesten generelt har utviklet seg de siste tiårene, blant annet gjennom innføringen av ulike reformer, og hvilket preg dette har satt på hjemmetjenesten slik den er utformet i dag. En del av bakgrunnen blir dermed også hvilke løsninger Bakkeberg kommune har valgt med utgangspunkt i organiseringen av tjenestetilbudet.

Oppsummert ønsker jeg å se på den nåværende organiseringen av tjenesten ut i fra de ansattes opplevelse av praksis. Dette mener jeg vil gi en viktig pekepinn på utfordringer man står ovenfor innenfor dagens pleie og omsorgstjenester, og også på hvordan disse eventuelt kan håndteres på en bedre måte.

Start og sluttdato for prosjektet:

Prosjektet startet høsten 2010. Prosjektet avsluttes etter at jeg har fått fastsatt karakteren på oppgaven. Frist for innlevering av oppgaven er 1. juni 2011.

Hvordan undersøkelsen skal gjennomføres:

Jeg ønsker å bruke intervju og spørreskjema som grunnleggende metoder i mine undersøkelser. I tillegg kan det bli aktuelt med noen uformelle samtaler eller gruppeintervju dersom jeg ser bedre nytte i dette enn spørreskjema. Det er her spesielt interessant for meg å vite noe om hva dere mener om organiseringen av tjenesten og deres egen opplevelse av praksis på arbeidsplassen.

Intervju vil her bety samtaler mellom undertegnende og de personene som ønsker å delta i undersøkelsen. Det er ønskelig å intervju ledelsen, og også noen av de ansatte med ulik fagbakgrunn. Siden jeg supplerer med spørreundersøkelse vil jeg ikke trenge så mange intervju som hvis jeg ikke hadde hatt denne. Antall intervju er ikke fastsatt enda. Jeg vil se dette an etter hvor mange som eventuelt ønsker å la seg intervju.

Jeg ønsker å ta opp samtale/intervjuene på lydbånd. Intervjuene forventes å ta ca. 1 time, men dette vil avhenge av hvor mye tid dere har å sette av til dette. Jeg ser for meg at intervjuene vil foregå i hjemmetjenestens egne lokaler da jeg ser på dette som mest passende for de ansattes vedkommende. Hvis noe annet skulle være ønskelig er jeg også åpen for andre forslag. Intervjuene vil være ganske åpne samtaler der jeg stiller noen spørsmål vedrørende temaet i oppgaven. Jeg har taushetsplikt, så det dere forteller i intervjuene vil ikke bli fortalt videre. Det som blir brukt av sitater i oppgaven vil bli anonymisert slik at det ikke er mulig for noen å finne ut hvem som har sagt hva. Dere har også rett på de opplysningene som blir registrert om dere mens studien pågår. Intervjuet vil bli slettet dersom noen skulle få lyst å trekke seg underveis.

Spørreskjema

Jeg ønsker å bruke spørreskjema som en del av metoden for disse undersøkelsene. Det er ønskelig å dele ut spørreskjema til alle de ansatte, med forbehold om at det kanskje er noen som ikke ønsker å svare på et slikt spørreskjema.

Anonymitet

Alle intervju vil bli anonymisert. Spørreskjemaet er anonymt i utgangspunktet (jeg vet ikke hvem som fyller ut hvilket skjema). Dere vil her blir spurt om å svare på noen spørsmål relatert til organiseringen av arbeidsoppgavene og opplevelsen av arbeidsoppgavene i praksis. Grad av åpenhet i forhold til hvilken sone i Bakkeberg jeg skriver om må her vurderes i samråd med ledelsen og de ansatte. Dette prosjektet vil meldes inn til personvernombudet i norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste som omhandler behandling av personlige opplysninger i forskningsprosessen. Personvernombudet vil da motta all informasjon om prosjektet mitt, og ut i fra informasjonen som gis må prosjektet godkjennes.

Skjema om informert samtykke

- Jeg er informert om undersøkelsens overordnede formål, og om hovedtrekkene i hvordan undersøkelsen skal gjennomføres
- Jeg deltar frivillig i denne undersøkelsen, og kan når som helst velge å trekke meg fra deltagelsen i prosjektet
- Det er kun undertegnede som vil ha tilgang på den informasjonen som gis gjennom å svare på spørreskjema eller intervju. Spørreskjemaet er anonymt i utgangspunktet.
- Jeg gir mitt samtykke til at opplysninger fra spørreskjema og/eller intervju kan brukes i denne masteroppgaven
- Undertegnede har taushetsplikt, noe som betyr at ingen identitet skal framgå av denne oppgaven. Lydbåndene etter intervjuene vil bli slettet så snart de er skrevet ut.
- Jeg er informert om at jeg ikke får noen godtgjørelse for å delta i dette prosjektet

.... Ja, jeg ønsker å delta i intervju

.... Ja, jeg ønsker å svare på spørreundersøkelse

Bakkeberg, dato, navn informant

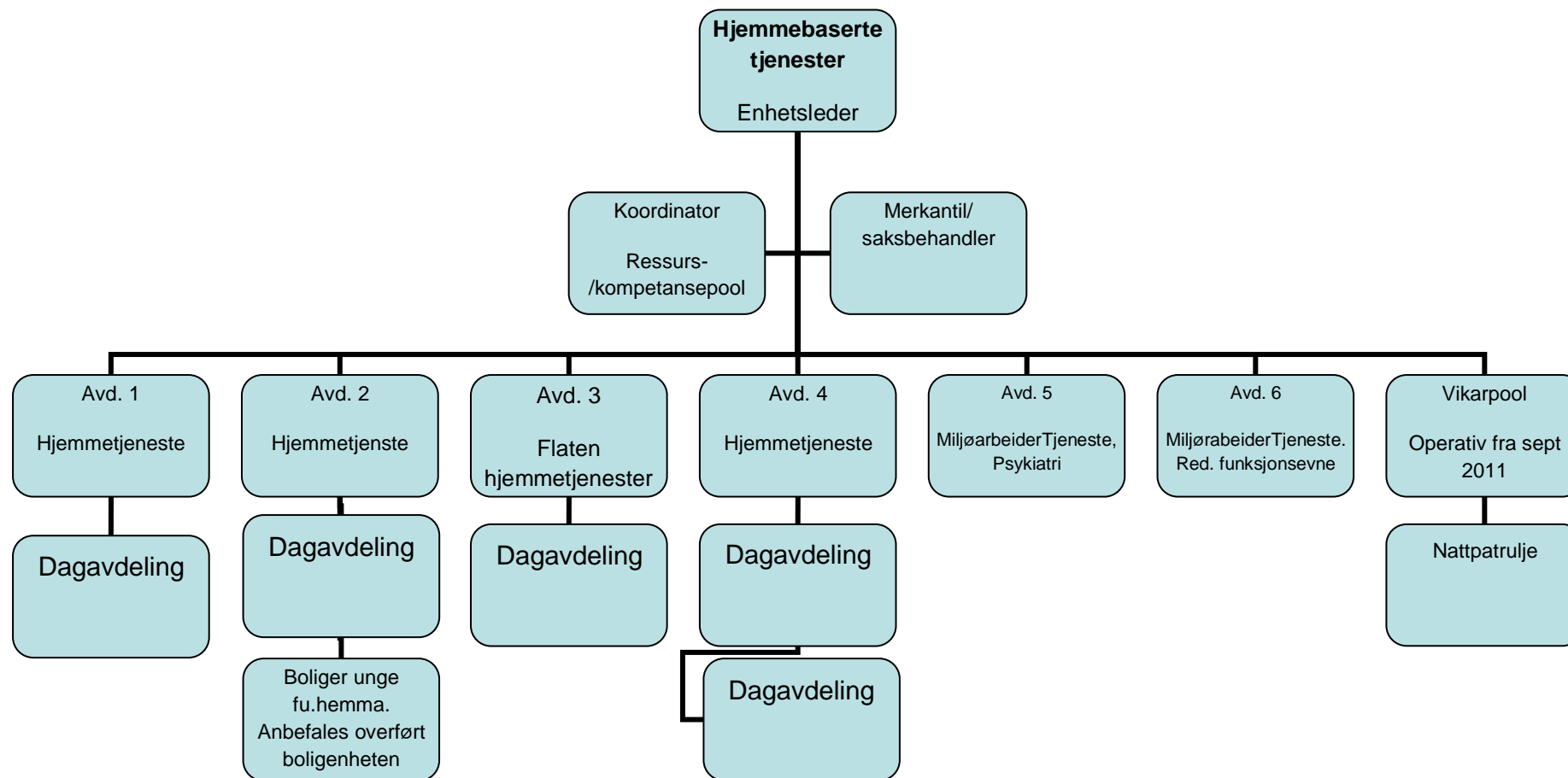
.....

Jeg forsikrer at det er bare jeg som får vite om informantenes identitet i denne undersøkelsen. Persondata blir endret slik at ingen vil gjenkjenne informantene. Lydbånd blir slettet så snart prosjektet er ferdig.

Bakkeberg, dato, Helen Bergstøl Norvalls

.....

ORGANISASJONSKART HJEMMEBASERTE TJENESTER BAKKEBERG KOMMUNE 2011



MELDESKJEMA

Meldeskjema for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)

1. Prosjekttittel		
Titel	Omsorg i endring - en casestudie av hjemmetjenesten	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Universitetet i Bergen	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom din institusjon ikke finnes på listen, ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Det samfunnsvitenskapelige fakultet	
Institutt	Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap	
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder)		
Fornavn	Paul G	Før opp navn på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. For studentprosjekt er daglig ansvarlig vanligvis veileder.
Etternavn	Roness	
Akademisk grad	Doktorgrad	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har eksterne veileder, kan biveileder eller fagansvarlig stå som daglig ansvarlig.
Stilling	Professor	
Arbeidssted	Universitetet i Bergen	Arbeidssted må være i tilknytning til behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.
Adresse (arb.sted)	Christiesgt. 17	
Postnr/sted (arb.sted)	5007 BERGEN	NB! All korrespondanse går via e-post. Det er derfor viktig at du oppgir korrekt e-postadresse. Det bør være en adresse som du bruker aktivt over tid. Husk å gi beskjed dersom den endres.
Telefon/mobil (arb.sted)	55589497 /	
E-post	Paul.Roness@aorg.uib.no	
4. Student		
Studentprosjekt	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	NB! All korrespondanse går via e-post. Det er derfor viktig at du oppgir en korrekt e-postadresse. Det bør videre være en adresse du bruker aktivt over tid. Husk å gi beskjed dersom den endres.
Fornavn	Helen Bergstøl	
Etternavn	Norvalls	
Akademisk grad	Lavere grad	
Privatadresse	Arendalsgata 12 B	
Postnr/sted (privatadresse)	0463 Oslo	
Telefon/mobil	95085572 /	
E-post	helenbnor@gmail.com	
5. Formålet med prosjektet		

<p>Prosjektets formål</p>	<p>Gjennom å ta utgangspunkt i en spesifikk lokalisert sone innenfor hjemmetjenesten i [redacted] kommune ønsker jeg å studere de ansatte i hjemmetjenesten sitt perspektiv på kvalitet innefor offentlige pleie og omsorgstjenester med utgangspunkt i en casestudie. Jeg har allerede fått positiv respons fra den aktuelle hjemmetjenesten.</p> <p>Utgangspunktet for denne oppgaven blir å studere hvordan de ansatte opplever tjenesten i praksis - sett i forhold til nasjonale kvalitetskrav(lover og forskrifter) og lokal organisatorisk tilpasning i den aktuelle kommunen.</p> <p>Problemstilling:</p> <p>Hva innebærer begrepet kvalitet for de ansatte i den kommunale hjemmetjenesten og hvordan samsvarer dette med de politiske styringsdokumentene for offentlig omsorg?</p> <p>Jeg vil beskrive og forklare problemstillingen ut i fra to sammenhenger:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Forholdet mellom nasjonale rammevilkår og lokal tilpasning (organisasjonsløsning) 2.Hvordan påvirker den lokale tilpasningen (organisasjonsløsningen) praksisen innenfor disse tjenestene? Praksis omfatter her oppgaveutføringen innenfor hjemmetjenesten. <p>Jeg ønsker å bruke intervju, observasjon og eventuelt spørreskjema som metodiske innfallvinkler til denne studien.</p> <p>Det er aktuelt å intervju ledelsen i kommunen og ledelsen i hjemmetjenesten. Observasjon og mer uformelle intervjuer er mer aktuelt for de ansattes vedkommende. Ønsker eventuelt å supplere med spørreskjema som leveres ut til alle de ansatte.</p>	<p>Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.</p> <p>Maks 1500 tegn.</p>
<p>6. Prosjektomfang</p>		
<p>Velg omfang</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Enkel institusjon ○ Nasjonal multisenterstudie ○ Internasjonal multisenterstudie 	<p>Med multisenterstudier forstås her forskningsprosjekter som gjennomføres ved flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor det utveksles/deles personopplysninger mellom deltakende institusjoner.</p> <p>Les mer om hva personopplysninger er</p>
<p>Oppgi øvrige institusjoner</p>		
<p>Hvordan foregår samarbeidet mellom institusjonene? Hvem har tilgang til personopplysninger og hvordan reguleres tilgangen?</p>		
<p>7. Utvalgsbeskrivelse</p>		
<p>Beskrivelse av utvalget</p>	<p>- Ansatte innenfor en utvalgt enhet innenfor hjemmetjenesten i [redacted]</p> <p>-Ledelsen i enheten.</p> <p>- Ledelsen i kommunen som er ansvarlig for organiseringen av hjemmetjenesten</p>	<p>Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F. eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, Innsatte.</p>
<p>Rekruttering og trekking</p>	<p>Det ble opprettet kontakt med den nye enhetslederen for alle sonene innenfor de hjemmebaserte tjenestene i [redacted]. Deretter fikk jeg tilgang til en av sonene som var positive til å delta i prosjektet mitt.</p>	<p>Beskriv hvordan utvalget trekkes/rekrutteres. Utvalget kan trekkes fra registre, f. eks. folkeregisteret, NAV, pasientregistre, eller rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk. Oppgi hvem som foretar trekkingen/rekrutteringen.</p>
<p>Førstegangskontakt</p>	<p>Jeg hadde selv førstegangskontakt med utvalget. Etter at jeg fikk tilgang til den aktuelle hjemmetjenesten har jeg vært i kontakt med avdelingssykepleier og fagansvarlig ved enheten. I tillegg har jeg vært og informert de ansatte på arbeidsplassen om prosjektet mitt.</p>	<p>Oppgi hvem som oppretter førstegangskontakt med utvalget og beskriv hvordan den opprettes.</p> <p>Les mer om førstegangskontakt</p>

Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	Ca. 60 personer (med forbehold om at noen kanskje ikke ønsker å delta).	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Redegjør for hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, beskriv		Les mer om inklusjon av myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som skal benyttes	<input checked="" type="checkbox"/> Spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input checked="" type="checkbox"/> Gruppeintervju <input checked="" type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte og/eller fra ulike journaler (NAV, PPT, sykehus, bofellesskap og lignende) eller eksisterende registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, Krefregisteret).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar til metode for innsamling av personopplysninger		
9. Datamaterialets innhold		
Gjør rede for hvilke opplysninger som sames inn	Opplysninger om de ansattes egen opplevelse av praksis innenfor hjemmetjenesten	Spørreskjema, intervjuguide/temaliste, m.m. legges ved meldeskjemaet til slutt.
Sames det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om hva personopplysninger er
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Navn <input type="checkbox"/> Fødselsdato <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Adresse og/eller e-postadresse og/eller telefonnummer	NB! Selv om resultatene i den endelige publikasjonen vil være anonymisert, må det krysses av her dersom direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger registreres i datamaterialet underveis i prosjektet.
spesifiser hvilke		
Sames det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke?		
Sames det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, oppgi hvilke	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Sames det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, famillemedlem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan blir tredjeperson informert om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig informasjon <input type="checkbox"/> Muntlig informasjon <input type="checkbox"/> Blir ikke informert	

Blir ikke informert, redegjør hvorfor		
10. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan informasjon til utvalget gis	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig informasjon <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig informasjon <input type="checkbox"/> Ingen informasjon	Som hovedregel skal det gis informasjon og innhentes samtykke fra den registrerte. Dersom informasjon gis skriftlig, legg ved kopi av informasjonsskriv.
Redegjør	Jeg har sendt informasjon om prosjektet mitt til de ansatte i hjemmetjenesten (se vedlegg). I tillegg har jeg vært og informert de ansatte muntlig.	Dersom det ikke skal gis informasjon, må dette redegjøres for. Les mer om hvilken informasjon som bør gis til utvalget
Oppgi hvordan samtykke innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig samtykke <input type="checkbox"/> Muntlig samtykke <input type="checkbox"/> Innhentes ikke samtykke	Dersom det benyttes skriftlig samtykke, anbefales det at dette følger i teksten etter informasjonen. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må dette redegjøres for.
Innhentes ikke samtykke, redegjør		Les mer om krav til gyldig samtykke
11. Informasjonssikkerhet		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Direkte personidentifiserende opplysninger bør ikke registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Hvordan lagres listen/koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?		
Direkte personidentifiserende opplysninger lagres sammen med det øvrige materialet	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvorfor er det nødvendig med oppbevaring av direkte identifikasjonsopplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		
Lagres direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
Spesifiser	Lydopptak av intervju vil lagres på egen pc med passord. Egne notater vil lagres hjemme hos meg når de ikke er i bruk. De vil låses ned i en skuff slik at ingen får tilgang til dem.	
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> PC i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> PC i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat PC <input checked="" type="checkbox"/> Privat PC tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Manuelt/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.
Annen registreringsmetode beskriv nærmere		
Behandles og/eller lagres lyd- og videoopptak og/eller fotografi på PC?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn i opplysningene?	Min personlige pc er sikret med passord. Mine notater er det bare jeg som har tilgang til da de blir lagret hjemme hos meg selv.	Er f.eks. PC-tilgangen beskyttet med brukernavn og passord, og står PC-en i et låsbart rom?

Dersom det benyttes mobil lagringsenhet (bærbar PC, minnepenn, minnekort, cd, eksternt harddisk), oppgi hvilken type, og redegjør for hvorfor det benyttes mobil lagringsenhet	Planlegger å bruke diktafonprogram på egen mobil for lydopptak. Så snart intervjuene er gjennomført vil lydopptakene lagres på egen pc med passord.	
Skal prosjektet ha medarbeidere som vil få tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?		
Innhentes eller overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, oppgi hvilke opplysninger		
Vil personopplysninger bli utført til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?		
Skal opplysningene samles inn/bearbejdes av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med databehandler menes en som samler inn og/eller behandler personopplysninger på vegne av den behandlingsansvarlige. Eksempler på ofte brukte databehandlere er Questback, Synovate MMI, Norfakta etc.
Hvis ja, hvilken?		Les mer om databehandleravtaler her
12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. For dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal det for alle typer forskning søkes
Kommentar		Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
Skal det innhentes godkjenning/tilatelse fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Det kan f. eks. være aktuelt å søke tilatelse fra registeret for tilgang til data, ledelsen for tilgang til forskning i fma, etc.
Hvis ja, hvilke?		
13. Prosjektperiode		
Prosjektperiode	Prosjektstart:15/08/2010 Prosjektstutt:01/08/2011	Prosjektstart Tidspunkt for når førstegangskontakt opprettes og/eller datainnsamlingen starter. Prosjektstutt Tidspunkt for når datamaterialet skal anonymiseres, slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier. Dette sammenfaller gjerne med publisering og ferdigstilling av oppgave, avhandling eller rapport.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektstutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet skal anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon	Med anonymisering menes at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner i datamaterialet. Les mer om anonymisering
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Det vil ikke brukes navn eller kjønn når personer eventuelt skal siteres fra intervjuene. Intervjuene vil anonymiseres slik at det ikke er mulig å vite hvem som har sagt det som siteres.	Hovedregel for lagring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.

Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		Årsaker til oppbevaring kan være konkrete oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet. Datamaterialet kan lagres ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet.
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		
14. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?	Egen finansiering. Har foreløpig ikke mottatt noen støtte.	
15. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		
16. Vedlegg		
Antal vedlegg	1	



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Paul Gerhard Roness
Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap
Universitetet i Bergen
Christiesgt. 17
5007 BERGEN

Vår dato: 01.12.2010

Vår ref: 25522 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.11.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

25522	<i>Omsorg i endring - en casestudie av hjemmesjenesen</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Paul Gerhard Roness
Student	Helen Bergstøl Norvalls

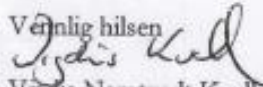
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vagdis Namtvedt Kvalheim


Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 25 83
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Helen Bergstøl Norvalls, Arendalsgata 12 B, 0463 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uia.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uil.no



Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 25522

Utvalget er ca. 60 ansatte og ledere i hjemmetjenesten. Førstegangskontakt med utvalget opprettes i samarbeid med enhetsleder for hjemmetjenesten. Det skal gis muntlig og skriftlig informasjon til utvalget, og det skal innhentes skriftlig samtykke.

Informasjonsskrivet tilfredsstillende etter personvernombudets skjønn vilkåret til informert samtykke.

Opplysningene skal innhentes gjennom intervjuer, spørreskjema og eventuelt observasjon. Det skal i henhold til prosjektmeldingen ikke registreres opplysninger om 3. personer (brukere), og det skal ikke registreres sensitive opplysninger jf. personopplysningsloven § 2. Personvernombudet ber om at endelig intervjuguide og spørreskjema ettersendes.

Det vil bli brukt lydopptak under intervjuene og opptakene skal behandles på privat pc.

Dersom det blir aktuelt å observere de ansatte hjemme hos brukeren legger ombudet til grunn at det innhentes samtykke fra brukeren i forkant.

Prosjektslutt er angitt til 1. juni 2011. I henhold til prosjektmeldingen skal datamaterialet anonymiseres innen prosjektslutt. Det innebærer at eventuelle direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller omskrives. Lydopptak skal slettes.