



**Omstilling til resultatenhetsmodellen;
Avdelingsleders erfaring med endring i egen funksjon**

Grete S. Solvoll

Masteroppgave i helsefag

AVDELING FOR SYKEPLEIE OG HELSEFAG

INSTITUTT FOR KLINISK MEDISIN

DET MEDISINSKE FAKULTET

UNIVERSITETET I TROMSØ

2009

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en spennende reise. Det har vært utfordrende å utvide horisonten og oppdage nye mønstre og sammenhenger i et kjent arbeidsfelt.

Jeg vil takke mine informanter for det engasjementet de viste i intervjuene, og gjorde at arbeidet ble så lærerikt. Takk til min veileder Aud Obstfelder for støtte og oppmuntring, og for at du utfordret meg.

Takk til alle som har lest oppgaven og kommet med kommentarer og innspill. Jeg vil takke mine foreldre for at de har passet Cecilie og Odin når mamma har vært fordypet i studien.

Til sist vil jeg takke min mann for fantastisk støtte og forståelse for hvor viktig denne studien er for meg.

Narvik, mai 2009

Grete S. Solvoll

Sammendrag

Pleie- og omsorgssektoren i kommunene står overfor store utfordringer med hensyn til nye krav om effektivitet og kvalitet på tjenestene. Videre har den kommunale forvaltningen blitt kritisert for å ha vært regelstyrt ("byråkratiske") og sentralstyrt ("hierarkiske") med liten evne til å omstille seg med endrede krav og forventninger fra befolkningen. For å håndtere utfordringene har mange kommuner i Norge innført *resultatenhetsmodellen* som innebærer at oppmerksomhet rettes mot mål- og resultatstyring med intensjon om å bli mindre regelstyrte. Og videre å bedre kommunenes omstillingsevne ved at myndighet delegeres til enhetsnivå slik at de blir mindre sentralstyrte (Torsteinsen, 2008).

Hensikten med min masterstudie var å undersøke på hvilken måte avdelingsledere på sykehjem hadde erfart omstilling til resultatenhetsmodellen. Jeg har undersøkt hvordan de har blitt inkludert i omstillingsprosessen, og på hvilken måte de forstod at resultatenhetsmodellen har hatt betydning for deres egen funksjon.

I studien har jeg brukt kvalitativ metode, og jeg har intervjuet fire avdelingsledere ved fire ulike sykehjem i en mellomstor by i Norge. Tidligere helsefaglig forskning og teori om pleie og omsorg, og vilkår i pleiarbeidet, har vært sentral for analyse og diskusjon av data.

Undersøkelsen viste at avdelingslederne generelt sett, ikke skilte klart mellom omstilling til resultatenhetsmodellen og andre endringer i pleie- og omsorgssektoren. De erfarte en hverdag med, nye krav og forventninger. Ifølge avdelingslederne ble de ikke involvert i omstillingsprosessen, og derfor forberedte de ikke avdelingen på endringer. Omstillingen gjaldt hovedsakelig nivåene over avdelingsledernivået, og det hadde heller ikke vært viktig for avdelingslederne å bli involvert, da omstillingen ikke skulle omhandle dem. *Over tid* mente avdelingslederne at det hadde kommet endringer i deres funksjon etter implementering av resultatenhetsmodellen, men de var usikre på om disse endringene ville ha kommet uansett. Blant annet hadde stadig flere administrative arbeidsoppgaver blitt delegert til avdelingslederne. Dette innebar at de i mindre grad var en del av fellesskapet i avdelingen - de var mindre synlige. Arbeidet med budsjett hadde endret seg, ved at avdelingslederne kontinuerlig gjennom året arbeidet med å ha kontroll over de faste utgiftene. De uforutsette utgiftene kunne dermed skilles ut, og gjorde det også lettere å begrunne faglig budsjettoverskridelser. Avdelingslederne hadde fått større frihet til å gjøre beslutninger om endringer angående utøvelsen og organiseringen av arbeidet i avdelingen. Denne friheten ble imidlertid begrenset av de økonomiske rammene som ble bestemt utenfor virksomheten. Avdelingslederne rapporterte til resultatenhetsledere som satt rammene for hvor "harde" de

måtte være på kontroll med økonomi og resultat i avdelingen, og de ble fremhevet som viktige støttespillere og kulturbærere i den sammenheng. Det viktigste for avdelingslederne var at arbeidet i avdelinga ble utført på en god måte, og faglig forsvarlig. Utredninger, prosesser og beslutninger knyttet til omorganisering av pleie- og omsorgssektoren på et mer overordnet nivå var av mindre betydning for dem i deres daglige arbeid.

Nøkkelord: ”resultatenhetsmodellen”, avdelingsledelse, funksjon, omstilling, ”resultatenhet”, sykehjem, krysspress, myndighet.

Abstract

Healthcare sector in the communities are facing severe challenges when it comes to requirements of efficiency and quality. The communities have been criticized for the lack of ability to adapt to changing requirements and expectations. The mentality is that the communities traditionally have been management by rules (“bureaucratic”) and centralized controlled (“hierarchic”) organisations. To handle the challenge many communities in Norway have implemented a model called “resultatenhetsmodellen”. By decentralising the authorities to the unit level the mentality is that the community’s abilities to adopt will approve (Thorsteinsen, 2008).

The intention with my master study was to explore in what way the leaders in the nursing homes had experienced the change of model to “resultatenhetsmodellen”. I have investigated in what way the leaders have been included in the change process, and how they understand that the change has had meaning for their own role.

I have used qualitative method, and i have interviewed four leaders at four different nursing homes in a medium sized town in Norway. Earlier health subject studies and theories about healthcare and conditions in healthcare work have been central for analyzing and discussion of data.

The study showed that the leaders’ did not distinct clearly between the change to the “resultatenhetsmodellen” and other changes in the healthcare sector in general. They experienced a workday with new requirements and expectations. According to the leaders they were not involved in the change process, and therefore they did not prepare the unit for changes either. It was not important for them to be involved because the changes were not meant to involve the unit level. The change process was mainly about the levels above the unit, and it was not important for them to be involved since the change were not suppose to involve them.

Nevertheless and over time the nurse leaders meant that the change to “resultatenhetsmodellen” had led to certain change in their own role and this had affected the practical work in the unit. Among these were that administrative work had been delegated to them. This had led to them being less part of the team in the unit - they were less visible in the unit. The work with the budget had changed and they, the whole year, worked to have control with the overhead expenses.

The unforeseen expenses could with that easier be distinguished and therefore also easier be professional grounded. They had also gotten a larger freedom to resolve about changes

according to the work and organising of the work in the unit. This freedom was limited by the economic frame which was decided outside the unit. Their leaders set the frame for how “hard” they had to be on the economic control in the unit, and were emphasized as important support and culture bearer. The most important for the leaders were that the work in the unit was done in a good way and professional responsibility. Reports, processes and decisions connecting to reorganizations of the healthcare sector on a superior level were less important for their work.

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING OG PROBLEMSTILLING.....	10
<i>Innføring av resultatenhetsmodellen i kommunen</i>	<i>12</i>
<i>Sykehjemmet som ”resultatenhet”</i>	<i>13</i>
<i>Oppgavens oppbygging.....</i>	<i>14</i>
2. SÆRTREKK VED PLEIE – OG OMSORG	14
2.1. MODERNISERING AV OFFENTLIG SEKTOR	15
<i>Endret funksjon</i>	<i>16</i>
<i>Mindre myndighet</i>	<i>17</i>
<i>Grenseløst arbeid og grådige organisasjoner</i>	<i>20</i>
3. METODE.....	22
<i>Utvalg.....</i>	<i>23</i>
<i>Etiske overveielser</i>	<i>24</i>
<i>Innpass i forskningsfeltet</i>	<i>25</i>
<i>Beskrivelse av sykehjemmene</i>	<i>25</i>
<i>Beskrivelse av informantene</i>	<i>26</i>
<i>Gjennomføring av intervjuene</i>	<i>26</i>
<i>Analyse av data.....</i>	<i>28</i>
<i>Metodekritiske vurderinger.....</i>	<i>31</i>
4. PRESENTASJON AV FUNN	34
4.1. ENDRINGSFORVENTNINGER	34
<i>Omstillingen omhandlet ikke avdelingsledernivået</i>	<i>35</i>
<i>Vi har gått veien og blitt pålagt mer og mer.....</i>	<i>36</i>
4.2. UFORUTSIGBARE ARBEIDSDAGER	37
<i>Ansvarsoppgavene er blitt delegert nedover i systemet.....</i>	<i>38</i>
<i>Det er snart slik at man må være jurist, prest og det meste....</i>	<i>39</i>
4.3. ET GODT RESULTAT	40
<i>Fornøyde pasienter, pårørende og pleiere</i>	<i>41</i>
<i>Trygghet, trivsel og engasjement</i>	<i>42</i>
4.4. Å JOBBE MED NYE VERKTØY	44
<i>Å rapportere om økonomi</i>	<i>45</i>

<i>Å arbeide med budsjett</i>	46
4.5. MINDRE I AVDELINGEN	48
<i>Behov for å se og vurdere sammen</i>	49
<i>Mindre tid og rom for fagmøter</i>	50
4.6. RESSURSAVHENGIGHET	52
<i>For mye enhetstenkning</i>	53
<i>Erfarer støtte fra enhetsleder</i>	54
5. DRØFTING	56
5.1. OMSTILLINGEN	56
5.2. RESULTATENHETSMODELLEN	59
5.3. FLEKSIBILITET OG TILGJENGELIGHET I EN HEKTISK HVERDAG	61
5.4. DESENTRALISERING AV ADMINISTRATIVE FUNKSJONER	65
5.5. EN NY FORM FOR KONTROLL	66
5.6. UTILSTREKKELIGHET I PRESSET MELLOM FAG OG LEDELSE	69
6. AVSLUTNING	76
7. LITTERATURLISTE MED VEDLEGG	82
<i>Vedlegg 1: Søknad til kommunen</i>	88
<i>Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informanter</i>	90
<i>Vedlegg 3: Samtykkeerklæring</i>	92
<i>Vedlegg 4: Intervjuguide</i>	93
<i>Vedlegg 5: NSD – godkjenning</i>	94

1. Innledning og problemstilling

Pleie- og omsorgstjenestene på kommunale sykehjem utøves innenfor en styringsideologisk ramme, og undersøkelser viser at den kommunale forvaltningen er i endring. Kommunene innfører stadig nye målstyrings-, kvalitetssikrings- og resultatrapporteringstiltak, og 34 prosent¹ av dem har innført flat struktur² (Hovik & Stigen, 2004, 2008). Disse reformprosessene i offentlig sektor er inspirert av en global trend omkring ledelse og styring, kjent under samlebetegnelsen New Public Management (NPM) (Dahle & Thorsen, 2005). NPM-konseptet innebærer at virkemidler overføres fra privat sektor, og skaper dermed nye rammebetingelser i offentlig sektor. Forskere har pekt på at utfordringen er at det medfører at resultat- og målstyringsvirkemidler blir betraktet som nøytrale virkemiddel for å gjennomføre tiltak. Disse nye virkemidlene innebærer at effektivitet og kvalitet på tjenestene blir vurdert ut fra de resultatene de innbringer (Elstad & Hamran, 1995; Dahle & Thorsen, 2005; Vabø, 2007). Gjennom mitt arbeid som sykepleier og leder har jeg fått spesiell interesse for hvordan arbeidsvilkår i pleie- og omsorgssektoren blir påvirket av reformprosessene i offentlig sektor. Jeg er opptatt av hvordan den nye NPM-inspirerte ideologien påvirker og former hverdagen for avdelingsledere innenfor pleie- og omsorgssektoren.

Dette studiet omhandler hvordan avdelingsledere på sykehjem erfarer at arbeidshverdagen deres endres når resultatenhetsmodellen implementeres. Hvordan erfarer de å ha blitt inkludert i en omstilling, og hvordan har de tilpasset og endret sin funksjon? Hvordan erfarer avdelingsledere på sykehjem omstilling til resultatenhetsmodellen, fem år etter implementeringen?

Det finnes en rekke studier som har tatt for seg pleie- og omsorgsarbeidets forutsetninger og vilkår i dagens offentlige helsevesen i Norge og i utlandet (Hamran, 1992; Vike & Haukelien, 2007; Rasmussen, 2000; Forseth, 2002). I tidligere forskning vises det til begreper som ”grenseløst arbeid” (Vike & Haukelien, 2007; Rasmussen, 2000; Kvande, 2002), og ”grådige organisasjoner” (Kvande, 2002; Rasmussen, 2000) som betegnende for førstelinjetjenestens erfaring med omstillingene i helsesektoren.

¹ 34 % i 2008 (Hovik & Stigen, 2008), og 32 % i 2004 (Hovik & Stigen, 2004).

² Den vanligste definisjonen på flat struktur er ikke noen leder mellom enhetene og rådmannen (Torsteinsen, 2008).

Det er videre ikke gjort mye forskning på hvordan avdelingsledere som jobber på sykehjem erfarer en omstilling til resultatenhetsmodellen. Forskningen har i hovedsak vært rettet mot konsekvenser og erfaringer på enhetsledernivået (Torsteinsen, 2006; Opedal, Stigen, Laudal, & Tovsen, 2003). Imidlertid er det gjort forskning på avdelingslederens erfaring med innføring av koordinatorstillinger på sykehjem og i hjemmesykepleien. Sammenlignet med avdelingslederen har koordinatoren mindre myndighet (Kvande 2002; Rasmussen, 2000). Avdelingslederne på sykehjem står i en særegen situasjon, de har nær kontakt til pasientene og pleiegruppen på den ene siden, og er en del av ledelsen i kommunen på den andre. Jeg mener at denne særegne posisjonen er unik med tanke på å få til fruktbare diskusjoner om omstilling og endring i praksis. Avdelingslederne vil kunne komme med kloke innspill om møtet mellom nye og eksisterende former for utøvelse og organisering av praksisene.

Hensikten med min masteroppgave er å systematisere kunnskap om hvilke utfordringer avdelingslederne møter i arbeidet i avdelingen som følge av at kommunen har endret sin styringsmodell til resultatenhetsmodellen. Med dette ønsker jeg å bidra til forskningen på omstilling til resultatenhetsmodellen, og videre til debatten om modernisering av offentlige helsetjeneste, og hvilke konsekvenser dette har for pleie- og omsorgsarbeidet. Kunnskap om konsekvenser av modernisering av offentlig sektor kan tydeliggjøre hvordan pleie- og omsorgsarbeidet utfordres som følge av denne tankegangen. Min intensjon er å fremheve på hvilken måte en bestemt reform-ide er blitt operasjonalisert i klinisk arbeid. Med bakgrunn i dette tar jeg utgangspunkt i følgende problemstilling:

På hvilken måte erfarer avdelingsledere på sykehjem at omstilling til resultatenhetsmodellen har hatt betydning for deres egen funksjon?

Temaet omstilling til resultatenhetsmodellen har relevans for de som er ansatt i den offentlige helsetjenesten, for arbeidsgivere og for de som er ansatt innenfor høgskolesystemet og er opptatt av modernisering av pleie- og omsorgsarbeidet.

På grunn av rammene for masteroppgaven har jeg valgt å bare bruke én rapport som er offentliggjort i kommunen til å beskrive omstillingen og bruk i drøftingen. Jeg har måttet begrense søk på rapporter fra kommunen, men har lest to rapporter (TøK, 2001; TøK, 2006).

I tillegg har jeg lest to tidligere hovedfagsoppgaver, utført i undersøkelseskommunen (Fjeldstad, 2006; Røed, 2006).

I denne fremstillingen vil jeg bruke betegnelsene ”avdelingsleder” og ”hun” på lederne jeg har intervjuet. Sykehjemmet vil jeg omtale som ”resultatenhet”/”enhet”, og avdelingsledernes leder som ”resultatenhetsleder”/ ”enhetsleder”. De ansatte vil jeg omtale som ”pleierne” og kun skille mellom sykepleiere og helsefagarbeidere der det foreligger en spesiell sykepleierelatert diskusjon.

Det finnes ikke noe allment akseptert definisjon på ”resultatenhet” eller ”resultatenhetsmodell” som fanger begrepet som idealmodell og som faktisk eksisterende modell. Modellene er tilpasset og modifiserte i møte med praksis (Torsteinsen, 2008). Jeg vil kort beskrive prosjektet administrativ omstilling, og sykehjemmet som ”resultatenhet”.

Innføring av resultatenhetsmodellen i kommunen

I 1999 startet prosjektet ”administrativ omstilling” i kommunen, og den ble avsluttet 1. mars 2002 da resultatenhetsmodellen ble implementert. Som del av prosjektet ble det gjort en utredning, og på bakgrunn av utredningen ble det besluttet å endre styringsmodell. Den tidligere administrative modellen, sektormodellen, blir beskrevet i rapporten som hierarkisk oppbygget (TØK, 2001). Det innebar at det var mange ledd, og lang avstand mellom den øverste ledelsen og de utøvende tjenestene. Videre ble kommunen beskrevet som byråkratisk med høye kostnader knyttet til administrasjon. I rapporten blir det trekt frem at utfordringene var uklare ansvarsforhold, oppsplitting av de kommunale tjenestene, overlapping av arbeidsfunksjoner og stabs- og støttefunksjoner på de fleste nivåene som i enkelte tilfeller ble oppfattet som egne nivå (TØK, 2001). Den overordnede ideen for omstillingen var å erstatte kommunalt byråkrati. Dette innebar at det skulle spares 100 årsverk i administrasjonen, og mål- og kostnadseffektive virkemidler skulle brukes for å få en servicerettet organisasjon der pasientene stod i sentrum. Omstillingen skulle gjøre kommunen til en attraktiv arbeidsgiver, omstillingsdyktig, lærevillig og fleksibel, med motiverte og myndiggjorte medarbeidere og ledere (TØK, 2001).

Sykehjemmet som ”resultatenhet”

Kommunen ble inndelt i 81³ tjenesteytende resultatenheter. En resultatenhet ble i rapporten beskrevet til å kunne være et sykehjem, en skole eller et sosialkontor. Leder ved de ulike resultatenhetene fikk tittelen resultatenhetsleder og med rådmannen⁴ som sin øverste leder. Kommunen skulle dermed få en flatere struktur med bare to formelle myndighetsnivåer. Arbeidsoppgavene, og ansvar til tidligere pleie- og omsorgsleder (sektornivået), skulle bli overtatt av resultatenhetsleder for den enkelte resultatenhet eksempelvis sykehjem.

Lederne skulle bli synlige og tilgjengelige på begge myndighetsnivåer og i alle ledd. Innenfor et myndighetsområde beskrives det i rapporten at det kan det være flere ledernivåer som er gitt ansvar og oppgaver. Støttefunksjonene, eksempelvis fagstøtte som gir støtte, råd og veiledning til de ansatte og lederne, skulle bli sentralisert i den nye strukturen (TØK, 2001). Frihet beskrives mye i rapporten. Det beskrives som en operativ fristilling av resultatenhetene, men også som myndiggjorte ansatte og ledere med større frihet og ansvar i møte med pasientene og mulighet for å tilpasse tjenestene. Kontroll skulle bli gjort av resultater i forhold til måloppnåelse, og ikke kontroll av aktiviteter.

Resultatenhetene skulle gjennom den nye styringsmodellen innføre målstyring og ha ansvar for mål og strategier, definere resultatkrav og måle oppnådde resultater (TØK, 2001). Videre skulle det komme en ny budsjett- og regnskapsstyring, der resultatenhetene skulle få ansvar for kostnadskontroll og dokumentasjon av ressursbruken overfor rådmannsnivået. Den enkelte enhet skulle innføre rammebudsjettering med en fastsatt ramme, og frihet til å disponere personell, driftsmidler m.m. og egne inntekter i tråd med lokale behov og forutsetninger. Tildelt ramme knyttes opp mot krav til oppfyllelse av konkrete produksjonsmål, mål for kvalitet (minstestandard, brukertilfredshet) og dekningsgrader for de tjenestene som resultatenheten har ansvaret for. I denne fristillingen av sykehjemmet som selvstendige resultatenheter lå det at nærheten til ”brukerne”, og innsikt i deres behov, skulle vektlegges. Nye styringsverktøy, som serviceerklæringer, kvalitetsmålinger eksempelvis brukerundersøkelser, og informasjons- og kommunikasjonsteknologi skulle innføres.

³ Antallet enheter har endret seg, og da undersøkelsen ble gjort var antallet 81 (mot 113 i 2002, TØK, 2001)

⁴ Rådmannen har på undersøkelsestidspunktet fire kommunalsjefer knyttet til seg, og disse har fordelt ansvaret med å følge opp ulike enheter.

Oppgavens oppbygging

Denne oppgaven vil være delt i fem kapitler. I dette første kapitlet har jeg redegjort for tema, problemstilling og formål, og presentert omstillingsprosjektet og sykehjemmet som resultatenheter. I kapittel to vil jeg presentere relevant forskning og teori som skal brukes i analysen av intervjuene. I kapittel tre vil jeg presentere metodevalg og fremgangsmåte, hvordan jeg har analysert og tolket data, vil bli beskrevet. Kapittel fire vil omhandle presentasjon av data. Kapittel fem er inndelt i fem underkapittel, der jeg vil drøfte empirien i forhold til litteraturen. I kapittel seks vil jeg avslutte med å oppsummere de mest sentrale data.

2. Særtrekk ved pleie – og omsorg

Kommunen har som forvalter av sykehjemmene et systemansvar for å legge til rette for at standarder og retningslinjer bidrar til faglig forsvarlige rammer i praksis (Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene, 2003; Orvik, 2004; NSF, 2005). Faglig forsvarlig praksis omhandler at den enkelte pleier har den nødvendige kliniske kunnskap for å kunne hjelpe pasienten til få dekt sine grunnleggende behov, og til å bidra i den medisinske behandlingen (Brandvold, 2003). Forskning viser imidlertid at det er små ting som kan styrke eller svekke opplevelsen av kvaliteten på tjenestene for eldre på sykehjem. Det som er viktig for den enkelte pasient varierer. Kvalitet er vanskelig å måle, og forskningen konkluderer med at kvalitet på sykehjem i stor grad er avhengig av måten tjenestene blir utført på (Slagsvold, 1995, 1999).

Praksis kan defineres som en institusjonalisert, faglig og etisk begrunnet måte å handle på (Hamran, 1987, s. 56). Torunn Hamran sosiolog og sykepleier har på bakgrunn av en observasjonsstudie og intervju med pleiere på et sykehus lansert hun begrepet ”pleiekulturen” som viser til sammenhengen mellom verdiene og organiseringen av pleie- og omsorgsarbeidet (Hamran, 1992).

Den særegne funksjon som pleie og omsorgsarbeidet baseres på beskrives som det sammenhengende døgntkontinuerlige ansvaret. Dette ansvaret for den syke blir beskrevet som et organiserende prinsipp som døgnet, rapportene og observasjonene er organisert rundt. Det avgjørende i all omsorgsvirksomhet, og det som var utgangspunktet for arbeidet handlet om ansvaret (Elstad & Hamran, 1995). Det beskrives som et indre krav som er rettesnor i praksis,

og dette gir seg utslag i språket man bruker. Verdier i pleiearbeidet ble beskrevet eksempelvis: kontinuitet og samarbeid (Hamran, 1992). Disse verdiene gav seg utslag i arbeidsformer som tar hensyn til at sykdom er preget av usikkerhet. Verdier og arbeidsformer er i studien beskrevet som "sammenvevd".

I studiet omkring "pleiekulturen" beskrives hvordan arbeidsformene var innrettet på det usikre. Pleierne måtte foreta en kontinuerlig faglig vurdering av hvordan pasienten hadde det (Hamran, 1992). Arbeidsformene gjorde at det var mulig å ta ansvar for pasienten gjennom døgnet eksempelvis når deler av personalet blir syke, pasienter dør, får lungebetennelse eller har "vandret" hele natten (Elstad & Hamran, 1995; Hamran, 1992). Det beskrives som løsningsstrategier i forhold til utfordringer knyttet til høy kvalitet i arbeidet som gjaldt møtet mellom den enkelte pleier og pasient, god flyt i det totale arbeidet per vakt, og kontinuitet gjennom døgnet (Elstad & Hamran, 1995). I det daglige arbeidet måtte den enkelte pleier "tøye" reglene for å få arbeidet til å flyte på en god måte (Hamran, 1992). Hamran beskriver hva endring i avdelingen handlet om. Å få det bedre i avdelingen ble i studiet beskrevet at handlet om å gjenopprette og realisere de tradisjonelle verdiene innenfor pleie- og omsorg som: "oversikt over avdelingen", "kjennskap til den enkelte pasient", "ansvar" og "samarbeid" (Hamran, 1992, s.136). Begrepene kvalitet og effektivitet i pleiepraksis knyttes til verdier (Elstad og Hamran, 1995).

2.1. Modernisering av offentlig sektor

Den omstillingen vi har sett i offentlig sektor i Norge har kommet på grunn av en kritikk av at det offentlige i for liten grad tar hensyn til befolkningens behov, og et krav om bedre rettsikkerhet for mottakere av hjelp (Gullikstad & Rasmussen, 2004; Dahle & Thorsen, 2005). Dette har gitt seg utslag i krav om å 1) bruke ressursene bedre, og 2) tilpasse tjenestene bedre til pasientene (Dahle & Thorsen, 2005; Gullikstad & Rasmussen, 2004; St.meld. nr 25, (2005-2006); St.meld. nr 45, (2003-2004). Gullikstad & Rasmussen (2004) beskriver at omstillingene i offentlig sektor i Norge ikke har blitt karakterisert som en bevist NPM⁵-strategi fra myndighetenes side, som blant annet i Storbritannia, men har blitt kalt modernisering. Videre har overføring av NPM-konseptet til eldreomsorgen vært lite akseptert

⁵ Også kjent under andre navn som "Managerialism" (Torsteinsen 2006, Dahle & Thorsen 2005)

i Norge. Det er likevel blitt vanlig å si at endringene også innenfor denne sektoren er inspirert av NPM-bevegelsen (Dahle & Thorsen, 2005).

NPM innebærer en "ny offentlig ledelse" (Orvik, 2004). Dette er en ny måte å lede på innenfor offentlig sektor som innebærer vektlegging og profesjonalisering av ledelse, bruk av organisasjons- og ledelsesverktøy fra privat sektor, brukerfokus og markedsorientering (Gullikstad & Rasmussen, 2004). Det finnes ulike beskrivelser av NPM- konseptet, og større vekt på resultat- og målstyring er et kjennetegn (Dahle & Thorsen, 2005; Gullikstad & Rasmussen, 2004; Klausen, 2003). Begrepet resultat- og målstyring kan beskrives i en smal og en bred definisjon: 1) en styringsfilosofi som skal vri forvaltningskulturen bort fra regler og over mot resultat, og 2) en økonomisk og kvantifisert styringsteknikk som er særlig utbredt innenfor budsjettssystemet (Klausen, 2003). Resultatenhetene som forvaltningen i kommunene deles inn i ved oppretting av resultatenhetsmodellen i er et eksempel på resultat- og målstyring (Klausen, 2003).

Endret funksjon

Hamran (1987, 1992, 1995) har problematisert omkring hvordan de NPM-inspirerte endringer i helsevesenet i Storbritannia har ført til et administrativt språk, som var fylt med verdier, ble overført til helsesektoren. NPM eller "managerialism" medførte at instrumentelt / teknisk arbeid fra andre sektorer ble brukt som rettesnor for arbeidet innenfor offentlig sektor. Det betydde at tekniske handlingsregler med objektive standarder ble brukt for å vurdere konsekvenser og resultat. Dette gjorde igjen at selve arbeidet og arbeidsformene i mindre grad ble vektlagt når arbeidet ble vurdert etter konsekvenser og resultat (Elstad & Hamran, 1995). De nye krav, til pris og kvalitet på mål- og resultatrapportering, førte til en ny form for kontroll med arbeidet. Utfordringen med styring basert på mål og resultat var at det er et system som krevde stor grad av kontroll sentralt i organisasjonen (Elstad & Hamran 1995). Skjønnets funksjon som en viktig kvalitet i helseprofesjonenes møte med pasienten ble ekskludert i forhold til en mer instrumentell tilnærming (Elstad & Hamran, 1995).

Lian (2003) har også vist til erfaringer med NPM fra Storbritannia der nye begreper og modeller har ført til at fagledere har blitt erstattet med profesjonelle ledere med fokus på mål og resultatkrav, desentralisering, konkurranse og å gjøre mer med mindre. Dette er en vektlegging av profesjonell ledelse, som tradisjonelt ikke har vært vanlig innenfor offentlig

sektor. Det innebærer at lederes funksjon har blitt spesialisert, og budsjetter, kvalitetssikringssystemer og standarder har blitt nye verktøy for lederne. Dette er en ny ledelseskultur, ”ny managerialism” (målstyring) (Lian, 2003).

Vabø (2005, 2007) har videre i studiene sine beskrevet hvordan moderniseringsspråket fjerner særtrekk ved velferdstjenestene. Vabø (2007) har basert dette på to studier fra hjemmetjenesten i 1994/95 og i 1999/2000, gjennomført før og etter reformer inspirert av NPM. Casestudiene pekte i retning av at det var skapt en spenning i omsorgstjenesten som trakk organisasjonen i ulike retninger. På det administrative nivået ble det stadig tatt initiativ for å gjøre tjenesten gjennomiktig og styrbar. Det var en endring fra den tidligere organisasjonsformen, der ledere og pleiere hadde ansvar for å vurdere behov og tildele hjelp. Vabø (2007) bruker begrepet ”bakkebyråkrati”, og mente det var dette som tidligere la til rette for en situasjonstilpasset omsorg.

Forskningen basert på intervju med pleierne fra hjemmetjenesten tydet på at nye arbeidsrutiner med forankring i NPM ikke ble tatt opp i praksis p.g.a. utfordringer med å håndtere hverdagen. Det skapte en ”tospråklig” hverdag hvor den overordnede styringsideologien ikke fikk ”rotfeste” i omsorgen overfor pasientene. Styringstiltakene ble stadig myket opp for å kunne fungere i en omsorghverdag som krevde fleksibilitet. Dette skjedde ved at pleierne strakk seg langt for å kompensere for manglende fleksibilitet i systemet. For å gjøre jobben måtte de endre de nye rutineene for å være reaksjonsdyktig overfor pasientenes skiftende behov.

Mindre myndighet

Pleie- og omsorgspraksis har tradisjonelt hatt en administrativ leder (avdelingsleder), og en faglig leder (sykepleier) (Pfeiffer, 2002; Martinsen & Wærnes 1979). Begrepet institusjonelt lederskap blitt brukt om ledere med fagutdanning, og det innebærer at de er opptatt av å formulere, forme og forsvare organisasjonens verdigrunnlag (Jacobsen og Thorsvik, 2007; Selznick, 1997).

Avdelingene har vært styrt av egne etiske standarder, hatt stor grad av autonomi og pleieprofesjonen har hatt stor frihet i de faglige vurderingene sine (Olsvold, 2003). De nye styringsmodellene har ført til en flatere struktur i kommunene der det har blitt innført, noe

som medfører færre ledere og to-nivå-ledelse (Hovik & Stigen, 2004, 2008). Det som studier har vist er at rapportering i kommunen endres ved at enhetsledere rapporterer direkte til rådmann, og ansvar endres ved at hver leder får mer ansvar. Det som videre vises er store variasjoner i hvordan kommunen har gjennomført dette med ulike løsninger med to og tre nivåer i forvaltningen (Torsteinsen, 2006; Opedal, Stigen, Laudal & Tovsen, 2003; Hovik & Stigen, 2004, 2008).

Når man ser på studier omkring hvordan dette økte ansvaret og færre nivå har påvirket førstelinjetjenesten viser intervju med pleiere at denne utflatingen av organisasjonen ikke har ført til at myndighet til å ta beslutninger følger oppgavene innenfor pleie- og omsorg. På bakgrunn av intervju med pleiere har man sett at de har fått ansvaret for å lede seg selv, men styrer i liten grad over rammene. Det innebærer dermed ikke en reell myndighet. Reformene i offentlig sektor blir av den grunn beskrevet som motsetningsfylte, med både sentralisering og desentralisering. Økt delegering av ansvar nedover i hierarkiet, som ligger i tanken om å desentralisere, er vanskelig å forene med økt kontroll med økonomien som ligger i sentraliseringstankegangen (Vike, Bakken, Brinchmann, Haukelien & Kroken, 2002; Vike & Haukelien 2007).

I studiene jeg viser til blir det beskrevet at pleierne oppfattet en oppvurdering av arbeidet med mer verdifulle oppgaver, mer ansvar og flere muligheter. Det hadde ført til det de oppfattet som en bedre arbeidssituasjon. På tross av desentralisering og myndiggjøring av ledere og ansatte i omsorgstjenesten, hadde pleiernes muligheter for å ta beslutninger blitt mindre fordi avgjørelsene ble sentralisert med myndigheten på det øverste administrative nivået (Vike, Bakken, Brinchmann, Haukelien & Kroken, 2002; Vike & Haukelien 2007). Dette hadde ført til at avstanden mellom toppadministrasjonen og de utøvende tjenestene hadde økt. De ansatte erfarte et dilemma, når de ikke hadde fått tilført myndighet og tilstrekkelige ressurser for å kunne ivareta ansvaret for de økende oppgavene, og erfarte det som vanskelig i en situasjon hvor behovene for omsorgstjenester stadig økte (Vike et al. 2002; Vike & Haukelien 2007).

En annen studie i hjemmesykepleien viste hvilken betydning omorganisering innenfor pleie- og omsorgssektoren hadde på arbeidssituasjonen til mellomledere (Kvande, 2002).

Nye organisasjonsformer ble innført ved at sykehjem ble erstattet med hjemmebasert omsorg, og det ble innført nye ledelsesstruktur og målstyring. Den tradisjonelle avdelingslederjobben

ble endret til en koordinatorfunksjon, med mindre lønn og status og mer ansvar, men uten den makt og innflytelse som avdelingslederen tidligere hadde. Før omorganiseringen hadde avdelingslederen både et faglig og et økonomisk ansvar, men etter omorganiseringen hadde dette ansvaret for pleie og omsorg ført til at de skulle delta 50 % i pleien (Kvande, 2002). Studien viste at omorganiseringen bidro til en kombinasjon av desentralisering av ansvar og sentralisering av makt, noe som hadde økt presset på lederne. Arbeidsoppgavene hadde blitt delegert nedover i systemet som sørget for at de ansatte hadde ansvaret for kvaliteten i møte med pasientene. Dette hadde imidlertid ikke ført til økt faglig kontroll og autonomi i avdelingene (Kvande, 2002).

Krysspress

Avdelingslederens rolle kan sees i forhold til forventninger knyttet til egen funksjon (Orvik 2004). Forventninger til funksjonen som avdelingsleder skapes av ulike kontekster; pasient, pleier og produksjon. Disse kontekstene kan bestå av motstridende forventninger som bidrar til krysspress. Krysspresset oppstår fordi forventningene begrenser en atferd som vedkommende selv ønsker, eller øver press i en retning som han ikke ønsker (Orvik, 2004).

Ulike verdisett er en faktor Stanley (2006) i sin artikkel trekker frem på bakgrunn av egen undersøkelse i helsevesenet i Storbritannia, og sammendrag av tidligere forskning. Undersøkelsen viste at ledere som hadde en kombinert stilling med lederskap og administrasjon ofte erfarte et krysspress mellom ulike verdisett. På bakgrunn av dette konkluderer han med at det er lite hensiktsmessig å samle alle lederfunksjonene under samme person slik det gjøres i de nye organisasjonsstrukturene i helsevesenet. Dette fordi det er forskjell mellom administrasjon og lederskap ved at man jobber ut fra forskjellige prinsipper. Lederskap kjennetegnes ved visjon og endring, og administrasjon som kjennetegnes ved stabilitet. Det er motstridende mål for disse, og det fører til krysspress (Stanley, 2006). Stanley trekker frem i sin artikkel at dagens arbeidsliv, med raske endringer som krever omstillingsdyktighet, fordrer at man deler lederfunksjonene i administrasjon og lederskap på grunn av at det er grunnleggende forskjell og ulike verdier.

Vike & Haukelien (2007) har videre i en ny undersøkelse ved intervju av pleiere og avdelingsledere systematisert krysspresset i dilemmaer som ansatte i pleie- og

omsorgstjenestene erfarte. Undersøkelsen viste at pleierne hadde for mye å gjøre, og at kvaliteten ble dermed ikke ble prioritert. Dilemmaene ble ikke beskrevet som forårsaket av lokale forhold på sykehjemmet eller i kommunen. Det ble i forskningen trukket frem at det var liten kontroll med betingelsene for kvalitetshåndtering i arbeidet i pleiesektoren og at en systematisk kvalitet ville påføre store kostnader. Forfatterne viste til at velferdsstaten har et kapasitetsproblem, og at det ikke eksisterte mekanismer som sikret at pasienters behov for kvalitativt gode tjenester ble innfridd dersom kommunene hadde knapt med penger og personell. Ved en "normal" markedstilpasning hevdet forfatterne at det ville blitt etablert køer av pasienter som ikke fikk noe tilbud fordi organisasjonen ikke hadde kapasitet. De trakk videre frem at omsorgsarbeidet ikke var modernisert i form av at de ikke hadde tilpasset seg målrasjonelle idealer i arbeidet. Spesielt interessant er at forskerne trekker frem at det er disse faktorene som gjør at man kan unngå en krise innenfor pleiesektoren fordi pleierne strakk seg stadig lengre (Vike & Haukelien 2007).

Grenseløst arbeid og grådige organisasjoner

Hva dette krysspresset innebærer når det gjelder arbeidsvilkår innenfor pleie- og omsorg har forskere beskrevet ut fra begrepene "grenseløst arbeid" og "grådige organisasjoner". På bakgrunn av kvalitative intervju med pleiere har det kommet frem at de erfarte at oppgaver og ansvar ble delegert nedover i organisasjonen, og skapte en hverdag preget av krysspress. Det som spesielt ble trukket frem var at pasienten ble satt i sentrum ved omstilling slik at pleierne kompenserte for det økte ansvaret ved å yte enda mer fordi pasientens behov ble satt først (Vike, Bakken, Brinchmann, Haukelien & Kroken, 2002).

I flere artikler, bøker og avhandlinger blir det trukket frem hvilke konsekvenser den kontinuerlige reformprosessen har på den offentlige helsetjeneste. I forskningen basert på intervju med pleiere blir det beskrevet av forskerne hvordan de tilgjengelige ressursene innenfor helsevesenet ikke står i forhold til kravene som stilles om å omstille seg. Pleiearbeidet beskrives å ha en grenseløs karakter med ustandardiserte og fleksible tjenester. Det grenseløse arbeidet blir trukket frem som en forutsetning for å yte den veksten som har vært i velferdsoppgaver. Det har skapt en tøff arbeidsdag innenfor pleie- og omsorgssektoren (Rasmussen, 2000; Kvande, 2002; Vike, Bakken, Brinchmann, Haukelien & Kroken, 2002; Vike & Haukelien, 2007; Vabø 2007).

Rasmussen (2000) har blant annet på bakgrunn av intervju av pleiere i eldreomsorgen beskrevet hvordan pleierne skal gjøre stadig mer med de samme midlene. Studien viste at pleierne så på kravene som grenseløse, og arbeidsoppgavene økte ut over det som var mulig å få til med de gitte ressursene (Rasmussen, 2000). Pleierne beskrev at det ikke var mulig å trekke seg tilbake og sette grenser, fordi det gikk utover pasientene. Selv om pleierne fikk ansvar i organisasjonen, var det vanskelig å yte mindre fordi dette igjen fikk konsekvenser for pasientene. I sin studie konkluderte Rasmussen (2000) med at pleierne hadde meningsfulle jobber og interessante oppgaver. De beskrev autonomi og ansvar. Det var det som skapte en grådig organisasjon med umettelige krav til de ansatte. Interessant her er at ”Grådige organisasjoner” som tradisjonelt har blitt forbundet med det private næringsliv blir brukt om en omsorgspraksis innenfor offentlig sektor. Forskeren viser til at de ansatte innenfor privat sektor har jobbet eksempelvis overtid for å møte umettelige krav hos overordnede (Rasmussen, 2000).

En annen studie gjort av Forseth (2001) viste utfordringene frontlinjearbeidere møter, og det er i doktoravhandlingen gjort sammenligninger på bakgrunn av intervju med førstelinjeansatte i bank, kjøpesenter og kommunale pleie- og omsorgstjenester. Det er interessant at det i studien ble vist likheter ved yrkene innenfor privat næringsliv og pleie- og omsorgssektoren. De ansatte representerte hele virksomheten i møte med kunder og pasienter, og følte ansvar for forhold langt utover eget ansvarsområde. De ansatte beskrev at de ble motivert av innholdet i arbeidet og ønsket om å gjøre en god jobb.

Forskeren bruker begrepet ”det moderne tjenerskap” på bakgrunn av studien, om disse yrkene ved at det ble forventet at den enkelte ansatte, for å bidra til fornøyde kunder og pasienter, skulle personliggjøre servicen i møtet. Arbeidsdagen innebar nye jobbkrav om å være en tilpasningsdyktig arbeidstaker og beskrev det som: fleksibel, kundeorientert, endringsvillig, og som viste innlevelse og var villig til å yte det lille ekstra. Begrepet ”Emosjonelt arbeid” ble brukt om arbeidet ved at de ansatte måtte bruke følelser som arbeidsredskap for å skape en stemning hos pasientene. Tjenesteyternes kunnskaper, ferdigheter og personlighet var en integrert del av tjenesten. Pleiearbeidet skilte seg ut i studien ved at pleierne beskrev i mindre grad at de var emosjonelt utmattet, og forskeren antok at arbeidets meningsfulle karakter hadde en forebyggende virkning (Forseth, 2002).

3. Metode

Denne studiens hensikt var å få vitenskapelig kunnskap om hvordan avdelingslederne på sykehjem erfarte at deres funksjon i avdelingen har endret seg som følge av omstilling til resultatenhetsmodellen i kommunen.

Ved valg av metode har jeg gjort refleksjoner omkring alternative vitenskapelige metoder som kunne belyse problemstillingen. For å få svar på min problemstilling måtte jeg gå i dybden på fenomenene og få en helhetlig forståelse, og derfor valgte jeg kvalitativ metode. Jeg ønsket å få frem informantenes historier, beskrivelser, opplevelser og erfaringer. Derfor ble kvalitative forskningsintervju mitt metodevalg. Det kvalitative forskningsintervju gir mulighet til å få fyldig informasjon om den verden informantene lever i (Malterud, 2003; Kvale, 1997). Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning av mening i menneskelige uttrykk (hermeneutikk). Dette kan hjelpe oss til å få frem informantenes egen versjon av sin historie (Malterud, 2003).

Kvalitative metoder krever fokus på den mellommenneskelige dynamikken med tanke på sensitivitet eller følsomhet for å åpne for historier som endrer seg underveis i intervjuet og samtidig gjøre vurderinger i forhold til det som blir sagt (Kvale, 1999). "Intervjuet er en kunnskapsproduserende situasjon, hvor kunnskapen skapes mellom synspunktene til de to samtaledeltakerne" (Kvale, 1999, s. 215). Her er det viktig at forsker aktivt bidrar til å skape et klima preget av trygghet og fortrolighet der informantenes egne ord blir det viktigste. Man må lede samtalen mot en hensikt, og der er problemstillingen operasjonalisert i en intervjuguide en rettesnor. Dette krever en ballanse mellom fleksibilitet og styring. Min forforståelse og det teoretiske rammeverket er del av forskningsprosessen, den er tydeliggjort i oppgaven og jeg har hatt som mål å ha et reflektert forhold til dette (Malterud, 2003).

For å få innsikt i avdelingslederens opplevelse av sin situasjon i sykehjemsavdelingene var det viktig for meg å være åpen for den konteksten de stod i. Jeg forsøkte å være åpen for den informasjon de ønsket å formidle og la fenomenene få fremstå slik de "var". Jeg som forsker har ikke en nøytral posisjon, men min forforståelse, samt mine faglige interesser, motiver og personlige erfaringer påvirker alle deler av prosessen. Hvordan forskeren påvirker avhenger av hvorvidt man er bevisst sitt utgangspunkt i alle deler av prosessen. Derfor måtte jeg i

studiet tydeliggjøre min egen forforståelse. Det var et mål at materialet skulle reflektere informantenes meninger og erfaringer slik de fremkom i intervjuene (Malterud, 2003).

Min forforståelse omkring avdelingslederens praksis var påvirket av min erfaring som avdelingsleder på sykehjem og som sykepleier på sykehjem, sykehus og i hjemmesykepleien. Jeg har jobbet i helsevesenet i mange år, og jeg har gjennom min utdanning som sykepleier med en administrativ videreutdanning en forståelse ved å være del av et felles fagfelt. Gjennom ti års yrkespraksis har jeg videre fått kjennskap til helsevesenet på sykehus og sykehjem, hvor jeg har erfart ulike omstillinger; eksempelvis innføring av plan og rapport⁶. Jeg har imidlertid ikke jobbet under resultatenhetsmodellen, og kan derfor ikke si noe om denne situasjonen. Min forforståelse var skapt gjennom en kombinasjon av arbeidserfaring og interesse for arbeidsvilkår, organisering og ledelse.

I samtale med informantene, og analyse av intervjuene i etterkant fikk jeg ny kunnskap som endret min forståelse. Gjennom intervjuene har jeg fått beskrivelser som gjør at jeg har fått en ny forståelse for hvordan avdelingslederne erfarer at en ny styringsmodell kan påvirke deres funksjon og arbeidet i sykehjemsavdelingen. Dette har gitt meg en ny forståelse av hvordan effektiviseringstiltakene gir nye vilkår og krav som ser ut til å kunne utfordre fagfokuset i avdelingen.

Utvalg

For å besvare problemstillingen gjorde jeg et strategisk utvalg av informanter for å få informasjon om problemstillingen (Malterud, 2003). Jeg gjorde elektroniske søk på tidligere forskning og fant en kommune som hadde gjort omstilling til resultatenhetsmodellen. resultatenhetsmodellen ble valgt foran andre styringsmodeller, da det var endring i retning av "New Public Management" jeg ønsket å undersøke. Utvalget ble fire informanter ved fire forskjellige sykehjem. De kriteriene jeg hadde for utvalget i dette studiet var at informantene var avdelingsledere, samt at de hadde vært ansatt i kommunen lenge nok til å si noe om hvordan resultatenhetsmodellen hadde innvirket på deres arbeid i avdelingen. Det var

⁶ Elektronisk pasientjournal

ønskelig at de hadde jobbet mer enn fem år i kommunen da jeg ønsket at de hadde sammenhengende erfaring.

Etter å ha forespurt kommunen fikk jeg et utvalg som bestod av fem informanter som alle hadde vært ansatt i mer enn fem år. Tre var ansatt før implementeringen av resultatenhetsmodellen, en i løpet av prosessen og en rett etter implementeringen. En av informantene var bortreist i tidsrommet intervjuene ble gjennomført og jeg valgte å gå videre med utvalget på fire. Jeg ønsket å studere en kommune som hadde gått over til resultatenhetsmodellen for en tid siden. Dette på bakgrunn av tidligere forskning omkring omstilling. Torsteinsen (2006) beskriver at iverksettingsprosessen kan ta lang tid da resultatenhetsmodellen blir justert, modifisert og tilpasset den konkrete kommunen i lang tid etter implementeringsdatoen, som i dette tilfellet var 1. mars 2002.

Spesielle egenskaper ved avdelingsleder eller sykehjem anses ikke som kriterier i undersøkelsen. Det var ønskelig å gjøre intervju med avdelingsledere ved ulike sykehjem, da dette ville representere en større bredde i forståelsen av problemstillingen. Det var videre et krav at de også hadde lyst til å delta i studien.

Etiske overveielser

Forskningsetiske hensyn omhandler flere faktorer, og innebærer en varhet og ydmykhet i alle deler av prosessen. Malterud (2003) viser til flere former for belastning informantene kan utsettes for gjennom en kvalitativ studie: psykisk uro, misbruk, fordreining og gjenkjenning. Som forsker har jeg et ansvar for at forskningen utføres på en etisk forsvarlig måte.

Jeg har forsøkt å ivareta dette gjennom de ulike stadier i forskningsprosessen. I forbindelse med selve intervjuene forsøkte jeg å ivareta informantenes behov for informasjon om prosjektet, og videre informere dem om de rettigheter de har når det gjelder å kunne trekke seg fra studien. Jeg fikk alles skriftlige samtykke til at de ønsket å delta på studien. Dette gjør forskningsprosessen sårbar, og det er viktig med mye informasjon omkring alle deler av prosessen for å skape tillit (Malterud, 2003). Prosjektet ble meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, der jeg fikk godkjent å gå videre med studien.

Videre har jeg ansvar for å gjøre innsamlet data anonyme, slik at intervjupersonene ikke kan gjenkjennes. Det vil si at jeg har hatt all informasjon om informantene nedlåst. Videre har jeg ved presentasjon av dataene hatt spesielt fokus på om noen kunne gjenkjennes gjennom sitater. Siden det er åpent i hvilken kommune studien er gjort, har jeg ikke identifisert hvert sitat med informantnummer. Dette er et ledd i å beskytte identiteten til informantene slik at det ikke kan spores. Dermed kan man ikke sette informasjonssitat sammen, og på den måten identifisere informantene. Ved prosjektets slutt vil alt materiale bli slettet.

Innpass i forskningsfeltet

Søknad med forespørsel om tillatelse til å gjennomføre studien ble sendt til rådmannen i kommunen. I søknaden var det vedlagt informasjon om studien, informert samtykke, den valgte metoden, og en forespørsel om å bruke inntil en og en halv time av ledernes arbeidstid. I søknaden ba jeg om å få kontakte enhetsledere for å få hjelp til å finne 4 avdelingsledere som ønsket å delta i studien.

Det ble godkjent fra rådmannsnivået at jeg gikk videre med forespørselen, og jeg tok derfor kontakt med enhetsledere som formidlet kontakt med 5 avdelingsledere som ønsket å delta i studien. Jeg informerte hver enhetsleder om formålet med studien, og at avdelingsledere som ønsket å delta i studien var mitt ønskede utvalg. Avdelingsledere fikk søknad, informasjon og samtykkeerklæring (vedlegg) skriftlig oversendt på e-post. Jeg tok kontakt med avdelingsleder på jobb, etter å ha fått fra enhetsleder ulike telefonnummer på de som hadde lyst til å delta. I telefonsamtalen svarte jeg på spørsmål og informerte om studien, og avtalte tidspunkt for intervju.

Beskrivelse av sykehjemmene

Kommunen hadde på tidspunktet for undersøkelsen 360 institusjonsplasser fordelt på flere sykehjem, og en god dekning av sykehjemsplasser. Jeg intervjuet fire avdelingsledere fra fire kommunalt drevne sykehjem. Avdelingene der informantene jobbet er spredt geografisk og bygningene har ulik alder, utforming og størrelse. På de sykehjemmene jeg undersøkte hadde

man avdelingsledere ved hver avdeling. Det var i gjennomsnitt 20 beboere ved de ulike avdelingene, og ingen hadde ansatt administrativt personale.

Sykehjemmene i utvalget dekte mange funksjoner og oppgaver slik som langtids-bofunksjon for eldre med komplekse behov, der man også hadde et mer skjermet tilbud til eldre med diagnosen demens. I tillegg inngikk korttidsfunksjon for rehabilitering, avlastning, observasjon og diagnostisering.

Beskrivelse av informantene

Informantene hadde jobbet som avdelingsleder i nåværende stilling fra 5-9 år. Det var 4 kvinnelige og mannlige avdelingsledere. To var ansatt gjennom prosessen, en ble ansatt midt i prosessen og en rett etter implementeringen. En var spesialsykepleier, to innenfor ledelse, og en holdt på med en videreutdanning. De hadde vært ansatt i kommunen i fra 5 til 20 år.

Gjennomføring av intervjuene

Jeg lagde en semistrukturert intervjuguide som var bygd opp rundt temaer som jeg vurderte dit hen at ville besvare problemstillingen (Malterud, 2003). I forkant jobbet jeg også mye med å formulere åpne spørsmål rundt de valgte temaene, dette mente jeg at kunne være med på å skape en god situasjon under intervjuene. Slik hadde jeg trygghet for at de temaene som jeg ut i fra litteratur, og mine egne erfaringer anså som relevante, ville bli besvart, og ikke minst at det kunne fremkomme ny kunnskap gjennom samtalen. Det var viktig å forme enkle spørsmål ved åpne spørreord som informantene kunne ”gripe fatt i” og følge opp i forhold til å utdype dem på sin måte (Kvale, 1999).

Bruk av et ”retrospektiv” som jeg hadde da jeg møtte informanten er ikke så vanlig i kvalitativ forskning, men det kan brukes for å få et bredere perspektiv på et fenomen. Det er et studiedesign som tar utgangspunkt i faktor i nåtiden, avdelingslederfunksjon, og søker etter faktor i fortiden, omstillingen til resultatenhetsmodellen (Polit & Beck, 2004). Det første intervjuet inneholdt fyldige beskrivelser av den nye hverdagen informanten erfarte. Informanten hadde ikke vært deltagende i omstillingen, og intervjuene ble derfor i liten grad å omhandle det. Ut i fra beskrivelsene antok jeg at det ville vise seg tilsvarende i resten av

intervjuene. Intervjuguiden ble justert etter første intervju ved at tema som gikk på endring av avdelingslederens funksjon i praksis ble bygd ut. Intervjuene kom derfor til å omhandle funksjon under resultatenhetsmodellen, omstillingen var således bare en av mange faktorer som hadde påvirket deres funksjon. Videre var omstillingen av sekundær betydning i deres beskrivelser av egen funksjon. Resultatenhetsmodellen er de derimot en del av gjennom sin praksis som avdelingsledere på de ulike resultatene. En slik justering er forenlig med fremgangsmåte innenfor kvalitative studier (Malterud, 2003; Kvale, 1999):

”Man blir ikke fortrolig med en undersøkelses innhold alene gjennom litteratur og teoretiske studier. Ved å oppholde seg i det miljø, hvor intervjuene skal foretas, kommer man inn i det lokale språk, de lokale hverdagsrutiner og maktstrukturer og får dermed en fornemmelse av hva de intervjuede vil snakke om”.

(Kvale, 1999, s. 103)

Jeg brukte intervjuguiden som støtte i intervjusituasjonen, og følte at dette gav meg en trygghet som gjorde at jeg kunne bevege meg bort fra guiden og følge opp de ”trådene” informantene hadde som jeg anså relevante. Underspørsmålene ble tilpasset den enkelte informant, men de var nødvendig for å holde den røde tråden for meg selv. Denne fleksibiliteten i forhold til intervjuguiden er del av det kvalitative forskningsopplegg der justeringer gjøres etter hvert som ny kunnskap fremkommer (Malterud, 2003; Kvale, 1999).

Selve intervjurollen erfarte jeg som uvant, og jeg følte meg usikker. Dette var jeg klar over at jeg kom til å erfare. Derfor hadde jeg forberedt intervjuene godt, og vektla å være uthvilt. Jeg gjorde derfor kun ett intervju hver dag med noen dagers mellomrom. Informantene, derimot, virket rolige og trygge i intervjusituasjonen, og de var jo også på sine ”hjemmebaner”. De virket åpne, trygge og villige til å fortelle om sine erfaringer, og jeg følte meg forberedt til intervjuene. Det gjorde at jeg fikk en positiv opplevelse av intervjuene.

Etter at hvert intervju var utført, gjorde jeg transkripsjon, og fikk totalt ca. 80 sider. Dette gav meg et godt utgangspunkt for å få oversikt før jeg gikk til neste intervju. Analyse og tolkning av materialet var en del av denne prosessen (Malterud, 2003). Dette hjalp meg til å se at justeringer måtte gjøres underveis.

Jeg startet møtene med å informere om studiet, deres rettigheter og mine forpliktelser. Videre åpnet jeg for spørsmål. Jeg forsøkte å skape en atmosfære som gjorde at de hadde tillit til

meg, og at de kunne svare etter sine egne meninger og erfaringer (Kvale, 1999). Intervjuene ble gjort i informantenes arbeidstid, til et avtalt tidspunkt som passet for dem; på et møterom utenfor avdelingen, eller på lederens kontor. Det var til sammen tre avbrytelser i løpet av intervjuene. Det var satt av en og en halv time til hvert av intervjuene. En time til selve intervjuet, og en halv time til eventuelle spørsmål i etterkant. Det kom opp spørsmål til selve studien, disse er del av refleksjonsgrunnlaget. Ingen hadde ønske om å trekke seg som informant.

Jeg fikk sett meg rundt i tre av avdelingene. Det var viktig for å knytte intervjuene ytterligere til konteksten. En avdelingsleder hadde ikke tid til å vise meg rundt. Intervjuene ble gjort i en periode da informantene hadde det hektisk. Jeg utsatte et av intervjuene p.g.a. det, for å gjøre det på et tidspunkt da informanten hadde bedre tid. Dette er en metodesvakhet som er relatert til ressurser man har tilgjengelig for å gjøre en masterstudie. Konsekvensene av dette er at jeg har et tydeligere bilde av tre av avdelingene. I ettertid ser jeg at dette ikke har påvirket studien da jeg i liten grad diskuterer eller hadde tenkt å diskutere organisasjonsform i avdelingen som for eksempel bruk av primærsykepleie etc.

Analyse av data

I analyse av materialet brukte jeg Giorgis systematiske tekstkondensering slik Malterud (2003) har tolket det som dekontekstualisering og rekontekstualisering i fire faser. Dette er en mellomting mellom datastyrt og teoristyrt analyse (Malterud, 2003). Hensikten med studien, de teoretiske betraktningene og forforståelsen, påvirker arbeidet med å tolke materialet og finne mønstre (Malterud, 2003). Analysemetoden er en systematisk prosedyre med hovedvekt på beskrivelser der man inntar et reflektert forhold til hvordan forforståelse og teoretisk ramme kan påvirke fremdriften av prosessen (Malterud, 2003).

Analyseprosessen foregikk i forskjellige faser, og i hver analysebolke fulgte jeg fasene slik Malterud (2003) har beskrevet. Forskningsprosessen består i å lese mening inn i de fenomener som vi omgir oss med gjennom systematiske prosedyrer. På bakgrunn av denne analysen som er en tolkning, presenteres funn i forhold til formålet med studien (Malterud, 2003).

I den første fasen leste jeg gjennom materialet for å få en intuitiv forståelse for hva informantene forsøkte å fortelle. Prosessen med å analysere materialet vedrørende hvordan resultatenhetsmodellen har påvirket avdelingslederens funksjon, startet allerede under intervjuene. Dette ”førsteintrykket”, samt feltdagboken, hadde jeg med meg når jeg skulle skape et helhetsinntrykk over materialet. Etter intervjuene fremsto informantene med mange fellestrekk, men materialet var stort, og det var rike beskrivelser som gjorde at det hele fremstod som kaotisk. Jeg hørte gjennom hvert intervju flere ganger, og leste gjennom hele det transkriberte materialet flere ganger. Mens jeg leste noterte jeg i margin og streket under det som intuitivt berørte meg og fremstod som viktig (Malterud, 2003). Jeg forsøkte å skape et inntrykk der helheten var viktigere enn detaljene (Malterud, 2003). Ved gjennomlesning av transkripsjonen ble følelser, stemninger, stillhet, sukk, tretthet, energi, humør etc. tatt hensyn til for å forstå materialet. Etter hvert ble teksten gjort mer tilgjengelig for analyse, ved at den ble gjort mer flytende. Dialektord og lyder ble etter hvert tatt bort fra materialet, men de var en viktig del av arbeidet med å forstå. Jeg forsøkte å forstå dilemma i materialet slik den fremsto i situasjonene. Dette arbeidet brukte jeg lang tid på, og jeg erfarte det som en god prosess. I denne fasen syntes jeg at intervjuene hadde gitt meg et godt utgangspunkt for analysen. På bakgrunn av denne lesningen fremkom åtte koder som fremtredende: ”å gjøre alt”, ”å bli fortalt”, ”trygghet”, ”kontinuerlig utvikling”, ”vi gjør så godt vi kan”, ”mindre synlig i avdelingen”, ”redegjøre for valg”, ”handlingsrom”. Disse syntes jeg var ”rommelige” nok til å fange hele materialet i første omgang, samtidig som jeg syntes de fanget motsetninger i materialet.

I den andre fasen leste jeg mer systematisk gjennom materialet. Jeg delte opp materialet og sorterte det ved hjelp av fargekoding. Jeg merket de meningsbærende enhetene i det transkriberte materialet ved å skille dem fra hverandre på data med ulike farger på bakgrunn av det som fremsto som viktig. Fargekodene viste hva som var de meningsbærende enheter i teksten med utgangspunkt i kodene fra forrige fase. På den måten fikk jeg også tatt bort det som fremstod som mindre viktig i forhold til problemstillingen (Malterud, 2003). Jeg erfarte også denne fasen som god, jeg syntes det var spennende å dele inn materialet og syntes at jeg klarte å la empirien styre. For å få oversikt over materialet, og til hjelp i kodingen hadde jeg i denne fasen tema jeg hadde med meg fra teorien som et ”bakteppe”. Dette var de som jeg hadde brukt i intervjuguiden: Kvalitet, effektivitet, funksjon, økonomi, faglig forsvarlighet, ansvar, myndighet, samarbeid, verdier, resultat, god praksis, forventninger og krysspress. Jeg

erfarte at materialet tydeliggjorde noe annet enn min forforståelse, og dette ville jeg få beskrevet. For å få oversikt over materialet delte jeg kodene inn i et skjema. Graneheim og Lundman (2004) har beskrevet et skjema for hvordan man kan sette opp meningsbærende enheter, kondenserte meningsenheter, og kode dem med stikkord. Jeg lagde et tilsvarende skjema over hele materialet mitt. For eksempel ble meningsenheten: ”*vi gjør alt*” kondensert til: ”*uklare rammer*”, og kode eller tema ble ”*grenseløst arbeid*”. Ved å jobbe meg systematisk gjennom materialet, og hver meningsenhet, på den måten, kom jeg frem til koder som jeg så at materialet omhandlet. Jeg valgte å gå videre med koder som var felles for alle informantene. Det gjorde at jeg under hver kode samtidig kunne se de store trekk og få frem ulikheter hos informantene. Dette arbeidet førte frem til syv koder: ”grenseløst arbeid”, ”topp – down ledelse”, ”relasjonsorientert”, ”kontinuerlig utvikling”, ”situasjonsorientert”, ”avhengig av enhetsleder”, ”delegering”, ”bevisstgjøring”. Under hvert av disse temaene plasserte jeg meningsenheter som passet til koden/temaet.

I den tredje fasen abstraherte jeg betydningen i de ulike kodene ved å sammenfatte den med meningen i de enkelte kodene (Malterud, 2003). Her møtte jeg på problemer da jeg skulle skrive ned materialet med egne ord, og på den måten sammenfatte det i ”kunstige sitat”. Ved lesning av sitater fremstod de som enkeltord som ble til stadig flere begreper. Jeg fortsatte å dekontekstualisere istedenfor å rekontekstualisere materialet. Jeg forsøkte meg på en mer systematisk lesning av hele koden og en meningsenhet, og ved gjentatt skriving klarte jeg etter hvert å skrive ned materialet som kondenserte ”kunstige sitat”. I begynnelsen av denne fasen så det ut som om hele materialet kunne behandles i tre hovedkoder: ”kontinuerlig endring”, ”grenseløst arbeid” og ”avhengig av enhetsleder”. Dette var noe som alle informantene snakket om. Koden: ”Kontinuerlig endring” gav meg imidlertid utfordringer i denne fasen. Den fremsto som et fremmedelement, og jeg gikk derfor bort fra å behandle materialet under disse tre hovedkodene. Jeg måtte på nytt se på kodene, og her hjalp min teoretiske referanseramme og min forforståelse meg til å se at ”kontinuerlig endring” handlet om ”endrede krav og forventninger”, og den nye koden ble da ”endringsforventninger”. Jeg vurderte det slik at min forforståelse kan ha ”blindet” meg.

Det var mange dilemma i materialet og jeg trengte tid på å forstå disse. Et eksempel er hvorfor både ”handlingsrom” og ”avhengig av enhetsleder” er så sterkt i materialet? Disse kodene fremsto i første omgang som motsetninger i materialet. Etter hvert som jeg skrev ned

kunstige sitat forstod jeg at handlingsrommet handlet om forventninger om at avdelingslederne skulle gjøre alt i avdelingen. ”Avhengig av enhetsleder” handlet om at avdelingslederne var avhengig av enhetsleders beslutninger vedrørende avgjørelser når det gjaldt ressurser. Jeg erfarte i denne fasen at jeg var i ”sirkeltenkning”, og at det var vanskelig å avgrense kodene fra hverandre. Alt henger sammen, og etter hvert som jeg gikk inn i materialet erfarte jeg at jeg så nye sammenhenger. Dette mener jeg viser seg gjennom presentasjon av oppgaven også.

I den fjerde fase rekontekstualiserte jeg funn i forhold til den sammenheng hvor beskrivelsen var hentet fra (Malterud, 2003). Jeg lagde innholdsfortegnelse på basis av kodene/temaene fra forrige fase, og brukte de ”kunstige sitatene”, og de utvalgte informantsitatene i den skriftlige fremstillingen. Dette førte frem til seks overskrifter som jeg på basis av de kunstige sitatene fant ut at koden handlet om: ”endringsforventninger”, ”uforutsigbare arbeidsdager”, ”et godt resultat”, ”nye verktøy”, ”mindre i avdelingen” og ”ressursavhengighet”. Og under disse var det underoverskrifter på bakgrunn av subkoder. I denne fasen inngikk også å se materialet i forhold til teori og tidligere forskning (Malterud, 2003). Dette er gjort i diskusjonskapittelet der også implikasjoner er tatt med i drøftingen.

Metodekritiske vurderinger

Vitenskapelighet handler ikke om en konkret handling, og kan ikke sjekkes gjennom prosedyrer. Det handler om en holdning til systematisk og ærlig håndtering av kunnskap. Dette innebærer at jeg som forsker må vise hvilke betingelser kunnskapen er utviklet under (Malterud, 2003). Gjennom beskrivelser i metodekapittelet har jeg forsøkt å vise sammenhengen mine funn har fremkommet i, og å beskrive fremgangsmåten. Kvale (1999) viser til at verifisering omhandler alle deler av intervjustadiene: tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysering, verifisering og rapportering. Grunnlagsbetingelser for vitenskapelig kunnskap vil jeg i det følgende utdype i tre punkter: relevans, gyldighet og refleksivitet (Malterud, 2003).

Relevans handler om hva kunnskapen kan brukes til (Malterud, 2003). Relevansen av studiet må sees i forhold til den sammenheng og konteksten respondentene er i der og da. Intervjuene ble gjort november 2007.

I dette arbeidet må relevans også sees i forhold til at jeg gjennom prosessen har lært en forskningsmetode, det vil si at jeg har hatt fokus på å lære prosessen med å forske samtidig som jeg skaper vitenskapelig kunnskap. Relevansen av dataene må sees i forhold til beskrivelsen av prosessen og presentasjonen i denne oppgaven. Intensjonen var ikke å fremstille universelle sannheter, det handlet mer om å stille nye spørsmål (Malterud, 2003). I en kvalitativ studie har ikke antallet informanter samme betydning som i en kvantitativ studie, og selv om 4 informanter er lite, mener jeg det er tilstrekkelig i forhold til mitt mål om å få frem dybden i fenomenet (Malterud, 2003). Informantene har sykepleierutdanning og to typer videreutdanning, mens én er under utdanning. Det mener jeg er representativt for feltet.

Tiden da jeg utførte intervjuene var spesielt hektisk for informantene, noe som gjorde at to av informantene ikke kunne delta. Jeg stod dermed igjen med fire informanter hvorav en ble ansatt rett etter implementeringen av resultatenhetsmodellen. Jeg valgte å gjennomføre undersøkelsen med dette utvalget, ut fra at de tre av informantene som hadde vært ansatt i prosessen ikke hadde vært involvert. På den måten hadde alle informantene et felles trekk med informanten som var ansatt rett etter implementeringen og heller ikke ble involvert i prosessen som hadde vært, eller pågikk i kommunen. Involvering trekkes frem i tidligere forskning som betydningsfull i en omstilling (Hilsen, Steinum, & Gjerberg, 2004: Sollund, Trygstad, & Johansen, 2004). Antallet informanter ble begrenset til fire p.g.a. av størrelsen på oppgaven, og tiden jeg kunne bruke relatert til at det var en masterstudie. Den kvalitative analysen baseres på fire intervju, og dette er ikke representativt i metodisk forstand (Malterud, 2003). Informantenes beskrivelser av spesielle forhold ved seg selv, sine avdelinger, sykehjemmet eller kommunen, er en del av selve datamaterialet.

Gyldighet handler om hva forskeren egentlig har funnet ut noe om (Malterud, 2003). Det innebærer en kritisk holdning til det perspektivet på emnet som er valgt, og de tolkninger man har gjort. Litteratursøket på tidligere forskning bidro til at jeg fikk systematisert tidligere kunnskap omkring betydning nye styringsmodeller har på pleie og omsorg. Dette mener jeg har vært en berikelse i studiet og jeg føler at jeg kunne yte mine informanter og kommunen mer rettferdighet gjennom prosessen. Den kritikken forfatterne hadde av at moderniseringstrendene utfordrer pleiekulturen hadde jeg ikke forutsetning for å ha. Mitt teoretiske utgangspunkt var basert på den betydning jeg så i å bevare de tradisjonelle

arbeidsformene i pleiearbeidet. Jeg hadde erfart verdien av arbeidsformene i praksis og tryggheten samarbeidet i avdelingene gav.

Jeg har gjennom hele prosessen vært reflektert i forhold til min egen tolkning av informantenes beskrivelser, og jeg har ikke erfart at jeg satt inne med noen sannhet omkring temaet i utgangspunktet. Jeg har lært mye gjennom å reflektere sammen med informantene, og i dialogen med dem erfarer jeg utvikling av ny kunnskap og ny erkjennelse. Jeg erfarte at litteraturstudiet gav meg kjennskap til motstridende elementer i moderniseringstrenden, og at dette gjorde det lettere å fange opp motstridende beskrivelser hos informantene og spørre dem ut om disse, der og da. Gjennom min studie har jeg blitt mer kritisk til effektiviseringen i offentlig sektor. Jeg startet med et spørrende utgangspunkt: ”Kunne det være noe å hente i nye effektiviseringsideer i et helsevesen, som jeg gjennom mine egne erfaringer har erfart som grenseløst arbeid”? Jeg har sluttet med at effektiviseringstankegangen innebærer at rammene endres og dermed endres funksjon.

Intervjusituasjonen, min forforståelse, og utarbeiding av intervjuguiden, kan påvirke innsamlingen av data og dermed materialet, slik at reliabiliteten og validiteten påvirkes gjennom dette. Ved gjennomføring av studien mener jeg at egen erfaring var en fordel for å se feltet, men også en utfordring. Jeg hadde erfart det grenseløse arbeidet, og var hele tiden klar over at dette kunne påvirke min tolkning. Min kunnskap og erfaring med omstilling i helsevesenet ga meg til en viss grad en felles plattform med informantene. Måten man transkriberer intervjuet på har også betydning for reliabiliteten (Malterud, 2003). Kvaliteten på opptakene av intervjuene var bra. Jeg kunne gjøre direkte avskrift uten å måtte tolke hva informantene sa. Avskriften ble i etterkant lyttet til sammen med opptaket for å sikre korrekt transkripsjon.

Refleksivitet beskrives av Malterud (2003) som å reflektere rundt hvordan forskningsprosessen har påvirket kunnskapen som har fremkommet i materialet. Det er viktig at man i prosess og produkt viser vilje og evne til å sette spørsmålsteget ved framgangsmåte og konklusjoner. Det som jeg her vil trekke frem er at Malterud (2003) fremstiller framgangsmåten i forhold til fire faser. I praksis har hun beskrevet at fasene går over i hverandre, og det erfarte jeg gjennom min studie.

Jeg var på forhånd klar over at jeg er opptatt av faget sykepleie, og at jeg ønsker at det skal bli ledet på en god måte. Her har jeg vært åpen for ulike syn for å bidra til dette. Jeg hadde lest om effektivisering av offentlig sektor i ulike studier, men jeg var mer undrende enn skeptisk. Jeg erfarer å ha vært åpen og lest mye, og det er nok denne åpenheten som i første omgang har gjort at jeg måtte bruke lengre tid på masteroppgaven. Videre handler det om at jeg fant sammenhenger som jeg ikke hadde forutsetninger for å se, og som jeg måtte bruke tid på å ”fordøye”. Min teoretiske referanseramme har hjulpet meg til å se mønstre i materialet som ellers ikke ville blitt tydelig for meg. Noe er sammenfallende med tidligere forskning, men min forskning viser også detaljer som er nye.

4. Presentasjon av funn

4.1. *Endringsforventninger*

Informantene snakket mye om at en overordnet styringsmodell ikke endret kommunens forpliktelser overfor pasientene. Resultatenhetsmodellen så de ikke skapte direkte endringer i forhold til pleiernes mulighet til å ivareta sykehjemspasienten:

”Om det er en resultatenhetsmodell eller en annen styringsmodell i kommunen så ville det jo være den samme situasjon i forhold til pasienten.”

Deres viktigste oppgave anså informantene var å følge opp pleierne, slik at disse kunne ivareta sykehjemspasienten. Forholdene for sykehjemspasienten var i endring, og dette skapte endringsforventninger, men informantene relaterte det til mange faktorer. Situasjonen rundt sykehjemspasienten har endret seg over årene ved at de har fått et mer komplekst og sammensatt sykdomsbilde. Det var nye behandlingsopplegg i avdelingene, og mer teknisk utstyr rundt pasientene, dette gjorde arbeidsdagen mer krevende. Et eksempel var kreftpasienter med behov for intravenøst via sentralt venekateter, og smertebehandling via epidural smertepumpe. Dette har økt pleietyngden uten at det var tilført flere pleiere, og det var blitt et økt behov for kompetanse i avdelingene relatert til endrede sykdomsforløp hos pasientene. Dette så avdelingslederne i forhold til at pasientene skrives tidligere ut fra sykehus

og kommer til sykehjem der de som avdelingsledere måtte sørge for kompetanse relatert til et mer kompleks behov for pleie, omsorg og behandling:

”Jeg ser jo pleietyngden. Det samme antallet på dag skal klare like mye som for ti år siden når damene satt og strikket og mannfolk bautet garn på sykehjem. Slik er ikke hverdagen mer, pasientene er mer krevende og dårligere med mer teknisk utstyr.”

Avdelingslederne viste også til at samfunnsendringer generelt har hatt en betydning for den nye situasjonen de erfarer rundt pasientene, spesielt når de forsøkte å forklare de endrede forventningene fra pasientene og pårørende:

”Samfunnsholdninger og mediebildet om eldreomsorgen gjør at det skapes noen forventninger. Både pårørende og pasienter har mye mer tydelige forventninger til den tjenesten vi utfører og vi kan oppleve at de er ganske utålmodige hvis de forventningene ikke innfris”.

Avdelingslederne erfarte at de stod i et forventningspress fra pasienter, pårørende, pleiere og enhetsledere om at de skulle klare å endre arbeidet i avdelingen. De skilte ikke klart mellom hva som var generelle trekk ved eget arbeid, og hva som var konsekvenser av omstillingen til resultatenhetsmodellen. De gjorde imidlertid forsøk på å forklare nye krav og forventninger, og å sette dem inn i en større sammenheng, som resultatenhetsmodellen. De reflekterte over dette og sa hvilke konsekvenser det hadde for dem i deres egen jobb, ved at krav og forventninger har endret deres funksjon.

Omstillingen omhandlet ikke avdelingsledernivået

Avdelingslederne forstod at omstilling til resultatenhetsmodellen var en administrativ endring, som i liten grad omhandlet, eller skulle omhandle, endring av praksis i avdelingene. Den skjedde uten at avdelingene eller avdelingslederne som var ansatt under prosessen ble involvert, og dermed involvertes heller ikke avdelingen. Avdelingslederne beskrev at det i forbindelse med endringen ble forandret til enhetlig ledelse, og sykehjemmet fikk ny leder. Denne fikk en ny funksjon, nytt ansvar og ansvar for færre ansatte:

”Det ble ikke noen endringer i avdelingen. Avdelingene gikk som de gikk, og jeg fortsatte som avdelingsleder”.

Omstilling uten involvering var ikke noen ny erfaring for de som hadde vært ansatt en stund i kommunen. Om dette sier en informant: *”det er mest vanlig at vi blir fortalt om store organisasjonsendringer”*. Avdelingslederne som var ansatt under og før omstillingen ser den i relasjon til at kommunen i årene før omstillingen hadde gjennomgått flere omorganiseringer, der avdelingsnivået var lite involvert, og der nye endringer i liten grad fikk gå seg til før man igjen endret. I tiden før implementeringen av resultatenhetsmodellen ble det forsøkt flere andre styringsmodeller i kommunen og avdelingslederne begynte å bli lei:

”Hele nittitallet var en eneste stor omstilling synes jeg”.

De som var ansatt under omstillingsprosessen til resultatenhetsmodellen, beskrev at det hadde etablert seg en forståelse i avdelingene om at områdeorganiseringen som var før resultatenhetsmodellen ikke fungerte. Sykehjemsbestyrerne hadde blitt fjernet i 1998 ved innføring av områdeorganiseringen innenfor pleie- og omsorg, da sykehjem og hjemmetjenesten ble samkjørt i et stort område, og fikk felles leder. Erfaringen var at lederen over dem hadde ansvar for altfor mange ansatte, og ikke hadde mulighet å følge opp avdelingene: *”Det var ikke en sånn nærhet til nærmeste leder”*. De som var ansatt under den tidligere organiseringen erfarte at krav og forventninger om endring har tatt en ny form ved at man gjorde justeringer/endringer innenfor den samme modellen.

Vi har gått veien og blitt pålagt mer og mer

Informantene klarte ikke å gripe fatt i hvilke faktorer som hadde ført til endringer i deres arbeidsdag. De merket at det hadde skjedd endringer, men de hadde vansker med å sette fingeren på hva det skyldtes. Avdelingslederne var ikke sikre på om det skyldtes omstillingen eller ikke. Endringer skjedde kontinuerlig og fortløpende, og informantene måtte derfor justere arbeidet og sin funksjon kontinuerlig og fortløpende. Resultatenhetsmodellen bestod i endringer for leder over og nye styringssystemer. Fordi omstillingen til ny modell ”bare skjedde”, måtte de ”gå veien selv”. Det innebar at de måtte forholde seg til de gradvise endringene i hverdagen, og etter hvert så de at noen av endringene kunne skyldes omstillingen til resultatenhetsmodellen. Avdelingsleder måtte tilpasse og justere seg gradvis som en del av hverdagen, og innimellom fikk de øye på og forståelse for hvorfor endringene skjedde:

”Vi har gått veien og bare blitt pålagt mer og mer. Det gikk lang tid før jeg skjønnte at det er et resultat av tonivå modellen. Før lyset gikk opp for meg hva det var vi egentlig drev på med. Det har vært veldig svevende.”

Avdelingslederne beskrev at de over tid hadde erfart gradvis endring i egen rolle, noe som hadde hatt betydning for det praktiske arbeidet i avdelingen. Den gradvise endringen gjorde at endringene ble mer håndterbare, og dermed var det mulighet for å opprettholde sin funksjon i avdelingen. Men når endringen kom som enkeltendringer, erfartes det også som belastende, siden det var vanskelig å få oversikt og se sammenhenger, og dermed forberede avdelingene på hva resultatet av endringene ble. Stadige krav om endringer og omstillinger gjorde at det krevdes ekstra innsats, i tillegg til den funksjonen avdelingslederne erfarte de hadde med å drive avdelingene. De var opptatt av å drive en avdeling og i forhold til det arbeidet, mente de at det hadde mindre betydning hvilken overordnet styringsmodell en hadde.

4.2. Uforutsigbare arbeidsdager

Avdelingslederne erfarte arbeidsdagene under resultatenhetsmodellen som uforutsigbare. De så at dette kunne ha å gjøre med endringsforventninger generelt i samfunnet, eller endring til resultatenhetsmodellen spesielt. De hadde ikke fokus på modellen.

Det var marginalt bemannet i avdelingene, og dette krevde at de var fleksible. På grunn av alle situasjonene som oppstod i avdelingen, både med pleierne og pasientene, erfarte de at deres funksjon handlet om å ta de situasjonene som krevde dem mest.

Informantene gikk inn i avdelingen på morgenen for å delta på rapporten sammen med pleierne for å: (I) få oversikt, (II) se om vaktene var fullt opp, (III) informere og (IV) eventuelt veilede. En av informantene deltok ikke på alle rapportene.

Resten av dagene var det en del faste administrative oppgaver og møter, men det oppstod oftest uforutsette ting som de måtte ta hand om:

”Jeg går inn på morgenen, og ser om det er fulltallig på jobb, og om det er noe som må ordnes. Så er det inn og lese e- poster og det blir mye administrativt, men dagene er rimelig uforutsigbare og det er vanskelig å planlegge. Hele tiden dukker det opp nye ting som må gripes fatt i som i dag måtte plutselig en på sykehus som ø – hjelp”.

Alle informantene trakk frem at i avdelingen var det organisering av pleien rundt pasienten som var det vesentligste. Den overordnede styringsmodellen, utredninger, prosesser og

beslutninger i den forbindelse, hadde mindre betydning når pasientene var dårlige, eller når det manglet pleiere. De fokuserte nedover i organisasjonen og prioriterte pasientens behov:

”Når man har mange oppgaver må man prioritere. Det viktigste blir jo den pasienten som er syk, kvalm og holder på å dø der og da. Man kan ikke si at nu tar jeg et møte og så blir jeg borte en time, men man må bare gå inn i den situasjonen som er der.”

Ansvarsoppgavene er blitt delegert nedover i systemet

Avdelingslederne erfarte at de i løpet av de siste årene hadde fått delegert flere administrative oppgaver, samt ansvaret med å drive avdelingene. De hadde blitt tillagt oppgaver som tidligere områdeleder hadde:

”Det som har skjedd med modellen er at ansvarsoppgavene blir delegert nedover i systemet, og avdelingsledere har fått tilført en del arbeidsoppgaver. Det forventes mer av en avdelingsleder i dag enn for noen år siden.”

Informantene erfarte at de etter hvert hadde fått ansvaret for alt i avdelingen. Etter hvert hadde stadig flere oppgaver blitt deres ansvar. Avdelingslederne forstod at deres ledere hadde fått økt ansvar for økonomi, noe som igjen hadde gjort at arbeidsoppgaver hadde måttet delegeres til avdelingsnivået for at enhetslederne skulle få en håndterbar arbeidsdag:

”Det er blitt slik at vi gjør alt. Det er jo avdelingsledere som driver, har oversikt, organiserer og får det til å gå rundt”.

Avdelingslederne hadde fått mer ansvar for å drive avdelingene i forhold til økonomistyring, og for å gjøre endringer innenfor de rammene de hadde. Når det gjelder administrative oppgaver viste de til økt ansvar for rapportering om økonomi og forvaltningsoppgaver, som permisjonssøknader, ansettelsesprosesser og nye dataverktøy relatert til disse oppgavene. Eksempel på dette var resultatrapportering, brukerundersøkelser, arbeidsmiljøundersøkelser, internkontroll-systemer, serviceerklæringer.

Informantene erfarte at arbeidsoppgavene de hadde fått delegert var lite definerte. To av informantene savnet en konkretisering av arbeidsoppgavene i en arbeidsbeskrivelse. Det var laget et årshjul som viste hvilke arbeidsoppgaver som var fordelt på de ulike månedene i året.

Dette var en hjelp, for da visste avdelingslederne at det eksempelvis om høsten og våren var flere arbeidsoppgaver enn resten av året. Dette hadde med planlegging av høytidsturnuser å gjøre:

”Generell beskrivelse av hva som er mitt arbeidsområde er ikke klart for meg, for det står ingen plass.”

Det er snart slik at man må være jurist, prest og det meste...

Informantene beskrev at arbeidet gav en følelse av at de skulle ha en fot med overalt og være spesialist på det meste. Erfaringene var at det var blitt en mer krevende funksjon å være avdelingsleder, der de så at de måtte ha kompetanse innenfor stadig flere arbeidsområder:

”Jeg har en følelse av at man ikke bare skal være sykepleier og ha videreutdanning innenfor det området. Det er snart slik at man må være jurist, prest og det meste. Det kreves mye og vi blir brukt til alt.”

De erfarte at nye oppgaver og økt ansvar gav en frihet som gjorde jobben spennende, men utfordringen var at tiden ikke strakk til. Videre var det ikke midler til å knytte til seg personer med kompetanse innenfor for eksempel IT. Dette gjorde at avdelingslederne måtte håndtere mange kompetansefelt. De erfarte at de hadde en viktig jobb og trivdes med å organisere hverdagen og nærheten til det praktiske arbeidet rundt pasientene. Jobben følte givende. Likevel førte dette til at de hadde for mange oppgaver i forhold til de timene de hadde til rådighet. De uttrykker at de trivdes med å jobbe nær avdelingen og med å administrere den. Nye utfordringer gjorde arbeidsdagen hektisk, men spennende. De ønsket og så at de skulle ha vært mer i avdelingen, men dette gikk ikke på grunn av alle arbeidsoppgavene. De følte at arbeidet deres i stor grad handlet om å følge opp personalet, slik at disse kunne ivareta situasjonen rundt pasienten. Støtte og oppmuntring ble beskrevet som viktig for at personalet skulle bli trygg i sitt arbeid i den direkte pasientkontakten, og de ønsket å prioritere det. P.g.a. arbeidsmengden og alle oppgavene de var pålagt klarte de ikke å følge opp dette idealet. Det gjorde at de erfarte å ikke strekke til i forhold til arbeidsoppgavene:

”Jeg lærte meg etter hvert at, når jeg går fra jobben prøver jeg å la arbeidet bli igjen. Jeg kan ikke ta dette med meg hjem. Jeg prater litt av erfaring for jeg gikk på en smell og ”møtte veggen”. Det er mye å gjøre og jeg føler at jeg ikke strekker til og rekker å gjøre alt, og da blir det til at jeg jobber hjemme. Idealene er jo der, og de bærer jeg jo med meg.”

4.3. Et godt resultat

Informantene erfarte ikke at fokuset på økonomiske resultat som ligger i styringsmodellen angikk pleien i avdelingen. Likevel beskrev avdelingslederne at det hadde kommet et økt krav om å rapportere resultat i forhold til driften. Rapportering om økonomi var blitt mer fremtredende enn andre forhold i avdelingen, eksempelvis trivsel, etc. Avdelingslederne var mer opptatt av at avdelingene skal drives på en god måte, og at pasientene skulle få et godt helhetlig tilbud. På spørsmål om hva informantene la i et godt resultat, skilte informantene mellom hva som var et godt resultat i avdelingen, og hva som var det i forhold til styringsmodellen i kommunen. Hva som var et godt resultat for avdelingslederne varierer og var mer mangfoldig enn hva som vistes i de økonomiske resultatrapporteringssystemene i kommunen:

”Man kunne like godt ha kalt det for enhetsmodellen. Det blir nesten bare et ord, men de som brukte det ordet hadde nok en mening og tanke med at man skulle vurderes i forhold til sine resultat.”

Informantene beskrev at de kunne bli sammenlignet med avdelingsledere på andre avdelinger i forhold til økonomiske resultat. De var klare på at det de siste årene hadde kommet økt fokus på hva de brukte penger på, og om resultatet i forhold til det var ”godt nok”. Informantene mente at de hadde fokus på det praktiske arbeidet i avdelingen og relasjonene, og at dette skulle gjøres på en god måte. I avdelingen handlet et godt resultat om fornøyde pasienter, pårørende og pleiere:

”I avdelingen handler det (et godt resultat) om fornøyde pasienter, pårørende og ansatte, men i forhold til organiseringen i kommunen er det et større fokus på økonomi og budsjett.”

Informantene beskrev at pasienter og pårørende på sykehjem er forskjellige og stiller like mangfoldige krav som innenfor andre sektorer. Videre erfarte de at pasienter og pårørende kunne komme med mer tydelige forventninger til dem. Generelt så de at det hadde kommet flere krav og forventninger fra pasienter og pårørende, og at dette hadde blitt tydeliggjort gjennom brukerundersøkelser. Når det gjelder personalet, hadde deres forventninger blitt tydeliggjort gjennom arbeidsmiljøundersøkelser. Disse ble gjort regelmessig, og det ble beskrevet at de ble gjennomgått i avdelingen i etterkant. Dette ble eksempelvis gjort på avdelingsmøter, for å se om noe kunne gjøres for å forbedre resultatene i avdelingene. Her

fikk de tilbakemeldinger som det ble forventet at skulle følge opp. Dette ble erfart som krevende.

I det daglige arbeidet erfarte avdelingslederne at det handlet om å drive avdelingene på en god måte. De nye krav og forventninger om å endre egen funksjon, oppgaver og ansvar måtte tilpasses arbeidet i avdelingen. Informantene beskrev at de hadde fokus på et helhetlig tilbud til pasientene. Når kravene og forventningene økte, ble det slik at pleierne og de selv jobbet mer og integrerte de nye kravene i arbeidet.

Fornøye pasienter, pårørende og pleiere

Fornøye pasienter, pårørende og pleiere ble vektlagt av avdelingslederne, men i forhold til overordnede føringer var det mer fokus på økonomi. Et godt resultat varierte i forhold til pasientens behov, og oftest ville gode resultater kunne bestå i at pasientene var fornøye. Dette innebar at avdelingslederne kunne tilby pasientene noe utover de faste gjøremål, som pleie, servere og mate, og gi medisiner, som å lage det hyggelig og skape en hjemlig atmosfære rundt pasientene. Avdelingslederne beskrev at de ønsket å tilby et helhetlig tilbud til pasientene. Informantene var opptatt av at pasientene skulle trives, og da var det mange forhold de måtte ta hensyn til. Det gikk ut på å skape det trivelig rundt pasientene og legge til rette for nærhet mellom pasient og pleierne, og ikke minst å følge opp pårørende:

”For oss er det slik at beboeren er i fokus. Et nært og godt samarbeid med pårørende gjør at beboerne får det aller best fordi det er de som kjenner dem best og som kan fortelle ting til oss hvordan de ønsker å ha det og som vi da kan jobbe med.”

Avdelingslederne erfarte at omsorg, pleie og behandling var faglig forsvarlig. Når de viste til det faglige forsvarlige, viste de til hva som kunne forventes av medisinsk og pleiemessig oppfølging og behandling. Avdelingslederne gav uttrykk for at det var pasientens ve og vel som var det viktigste. Informantene var opptatt av å tilby pasienten mer enn bare det faglig forsvarlige, og å skape en hjemlig atmosfære:

”Det er ikke mye minimalisme med lange kalde korridorer, og det er veldig viktig at pasienter opplever nærhet til pleierne og folk kommer fort. Det er ikke slik at pasientene sitter helt alene på rommet og ikke ser pleierne på aldri så lenge. Man er i det samme felles miljøet med pasientene, og pleiere ser ting som er i utvikling.”

Når kravene og utfordringene ble store, ble det slik at avdelingslederne måtte ”gjøre så godt de kan.” Det gjorde at de erfarte at de selv, men spesielt pleierne hadde en tøff hverdag. De siste årene erfartes pasientene å ha blitt dårligere, men de mente at tjenesten til pasientene i liten grad var endret. De selv og pleierne kompenserte for de økte kravene ved å jobbe mer:

”Vi har litt reminisens⁷, bruker det ”spa – badet” og lager det litt hyggelig. Utfordringen er det å ta tid til å ta noen inn der og ikke bare duppe dem inn der og opp igjen. Før jul har pleierne de siste årene bakt og da kommer dem på fritida si. Vi prøve å lage påskefrokost. Vi gjør så godt vi kan.”

I forbindelse med innføring av resultatenhetsmodellen ble det laget serviceerklæringer som sa noe om det tilbudet pasienter og pårørende kunne forvente ved sykehjemmet. Informantene var ikke med på utarbeidelsen av disse. I avdelingene hadde de laget egne ”velkommen til sykehjemmet”-brosjyrer, der det var konkretisert hva pasienter og pårørende kunne forvente når de kom til sykehjemmet i forhold til rutiner, pleie, omsorg og behandling. Dette gav igjen forpliktelser i avdelingen i forhold til eksempelvis innkomstsamtale med pårørende, pasienter etc. Det var kommet flere og tydeligere krav i forhold til å levere kvalitet, og her viste de til at også kvalitetskravet var mer tydelig i lovverket. De følte at de måtte levere denne kvaliteten i avdelingene.

Trygghet, trivsel og engasjement

Informantenes mulighet for å følge opp den direkte pasientpleien hadde blitt begrenset på grunn av nye arbeidsoppgaver, og deres kontakt med avdelingen bestod mer i fokus på personalet. Alle informantene beskrev at fokus på personalet var viktig, fordi det var det som gav resultater i forhold til pasientene. Dette arbeidet omhandlet mange forhold, men avdelingslederne trakk spesielt frem: 1) ”å skape trygghet ved forutsigbare arbeidsdager”, 2) ”å skape trivsel” og 3) ”å skape engasjement” i omsorgen til pasientene, og at alle disse hang sammen. Informantene forsøkte å støtte personalet slik at de kunne ta seg av pasientene på en god måte. Her lå også utfordringen, fordi de så at det var et gap i forhold til det de ønsket å gjøre, og det som var praktisk mulig i forhold til tiden. Å skape gode prosesser rundt trivsel, trygghet og engasjement så de som viktig for pleiernes muligheter for å utøve god omsorg:

⁷ Terapeutisk samtale om fortid.

”Ved å fokusere på at det er tilfredsstillende å gi noe til et annet menneske, og få respons på at du gjør en god nok jobb. Å synliggjøre dette i større grad er kjempeviktig.”

Alle informantene brukte og vektla prosessbegreper når de beskrev sin funksjon, og det handlet om å: 1) ”skape rom”, 2) ”jobbe inn”, 3) ”forberede”, 4) ”øve”, 5) ”bli trygg” og 6) ”gjøre ting skrittvis”. Dette beskrev de når det gjaldt den nye hverdagen med mange endringer som involverer ny teknologi, eksempelvis smertepumpe, hvor det å trykke og bli trygg er viktig. Avdelingslederne hadde en hektisk hverdag og tiden er knapp, noe som gjorde at de også tenkte effektivitet i sitt arbeid. For eksempel viste de til at det å gjøre dagen forutsigbar ved at de selv og pleierne kan forberede seg, gav trygghet for pleierne og resultater overfor pasientene. Eller; når en informant beskrev trivsel som det å trives med å gi omsorg til andre, og å trives med det arbeidet man gjør. De selv måtte trives og det ville kunne smitte over på de ansatte, og noe som igjen vil vise seg i kvaliteten på det arbeidet de utfører:

”De(pleierne) skal ha det bra og føle lyst til å komme på arbeid. Man prøver å skape en forutsigbar arbeidsdag slik at de føler seg trygg når de kommer hit. Jeg opplever at ut fra min erfaring er det arbeidet som gir resultater overfor pasientene.”

Avdelingslederne så at den hektiske dagen kunne gjøre at rutiner var rigide med lite rom for å skape trygghet, trivsel og engasjement hos personalet. Det kunne skorte på tid og rom til å skape det engasjementet de ønsket. Avdelingslederne var opptatt av at engasjementet skulle komme fra personalgruppa, og ikke fra dem selv. Det var viktig å la de som hadde lyst og ideer få drive frem ting i avdelingen. For å drive frem ting i avdelingen måtte man støtte det engasjementet som var, enten det gjaldt ideer om å lage påskefrokost eller endring av rutiner på en rapport. Informantene var opptatt av å tilrettelegge slik at de ansatte fikk prate sammen og diskutere for å selv å få eierskap til prosessene:

”En god leder klarer å gjøre det sånn at de ansatte trodde det var dem som har ideen. Det er da jeg får de beste resultatene, og oppnår målene. Det er ikke bestandig så enkelt, men hvis man klarer det, så tror jeg at man er langt på vei med å lykkes, og da tror jeg at man kan lykkes med det meste.”

Alle endringene som avdelingsleder måtte ta stilling til og burde informere de ansatte om, betydde mindre når det var ekstra belastning i avdelinga. Likevel, det å få for liten tid til personalet, gav en opplevelse av at de ikke gjorde en god jobb som avdelingsledere, at de ikke

fikk nok tid til å ta tak i personalpolitikk, opplæring i nye systemer og informasjonsprosedyre etc.:

”Kommunen kjører undersøkelser som går på meg og min ledelse, der mine ansatte svarer. De kaller det temperaturmålinger eller arbeidsmiljøprofil. Der er det spørsmål om informasjon, motivasjon, stress, skulderplager, nakke- og rygglidelser. Her får jeg tilbakemelding på at jeg må være mer i avdelingen og mer synlig.”

4.4. Å jobbe med nye verktøy

De siste årene hadde teknisk/instrumentelt arbeid blitt en større del av hverdagen ved at de hadde fått et økt ansvar i forhold til å bruke nye dataverktøy: profil, plan og rapport og notus. Notus er et turnusverktøy der det registreres alt som har med lønn, fravær, forskyving av vakter etc. Tidligere ble dette fylt ut manuelt av den enkelte arbeidstaker og sendt sentralt for behandling. Mye av det som tidligere ble gjort manuelt var nå blitt elektronisk slik at alle timelister, notus, journalføring og bestillinger kom på data. Mye av dette påhvilte avdelingsleder.

Dette så informantene kunne ha å gjøre med resultatenhetsmodellen, eller den generelle utviklingen i samfunnet der mange sektorer hadde fått nye verktøy. Avdelingslederne hadde over tid fått et økt krav om resultatrapportering. For å utføre rapporteringen brukte de dataprogrammer som hjalp dem med å registrere driften i avdelingen, og fra disse programmene kunne de igjen ta ut skriftlige rapporter.

Informantene hadde som en konsekvens av endret arbeid og ansvarsoppgaver fjernet seg fra det fysiske pleiarbeidet i avdelingen i større grad. Dette medførte videre at de ble påvirket til å standardisere arbeidet sitt ved Notus og arbeidet i avdelingen ved plan og rapport. Dette arbeidet gjorde at oversikten i avdelingen hadde fått en ny karakter, ved at informantene brukte tid på å administrere og forvalte budsjett, rapporter om matbudsjett, arbeidsmiljøundersøkelser og brukerundersøkelser gjennom data. I avdelingen var alle i ferd med, eller hadde innført plan og rapport – elektronisk pasientjournal. Avdelingslederne beskrev at dette hadde endret selve dokumenteringen ved at denne nå skjedde ved datamaskinen og at dette krevde ekstra av dem ved at personalet må læres opp og at det måtte kjøpes inn maskiner:

”Det ble jo en del arbeidsoppgaver som ble lagt til avdelingsledernivå som ikke var lagt til avdelingsledernivå tidligere. Det er jo spesielt da bruk av data som verktøy. Det var store diskusjoner om å ta i bruk dataverktøy, profil eller notus registreringene. Hvorfor skal vi ta ansvar for det, vi skal jo drive en avdeling? Hvorfor skal vi rapportere så mye til enhver tid?”

Å rapportere om økonomi

Informantene så at resultatenhetsmodellen innebar å effektivisere driften ved at man fjernet et ledelsesnivå og dermed sparte penger på de stillingene. I kommunen hadde det etter hvert kommet et økt fokus på å rapportere i forhold til økonomi. Dette mente informantene kunne skyldes organiseringen, men også forhold i samfunnet generelt. Den enkelte avdelingsleder måtte ta ansvar for økonomien, og følge med på at den overholdtes. Dette muliggjorde at den enkelte ble mer ansvarlig for de resultatene man leverte og at man måtte forklare avvik i sterkere grad enn tidligere. Avdelingslederens jobb innebar nå mye mer administrativt arbeid med å rapportere hvordan driften gikk i avdelingen f.eks. i forhold til avvik i matbudsjett, lønnsbudsjett etc. Dette ble registrert i dataprogrammer som ble kjørt ut som rapporter og på bakgrunn av disse rapportene sammenlignet man tall på tvers av avdelinger:

”Uansett hva vi diskuterer i forhold til økonomi så ligger det til grunn en eller annen rapport; for eksempel en lønnsrapport. Vi har et matbudsjett vi skal forholde oss til i forhold til drift eksempelvis medisiner og medisinske forbruksvarer som vi diskuterer og sammenligner, og det blir også brukt mot oss.”

Avdelingsleder fikk oversikt i form av tabeller og rapporter på eksempelvis lønn og mat som var handlet inn. Da kunne de få spørsmål om: *”Hva er det brukt 2-3000 mer på denne måneden? Hvor mange er man på jobb? Hva er behovet? Er det behov for så mange på om natten?”*

Det hadde blitt et økende krav om at avdelingslederne skulle rapportere hvorvidt de var innenfor budsjett, og eventuelt si hvorfor de hadde brukt for mye penger. De fikk spørsmål om hvorfor de brukte over budsjett. Kravene til å forklare seg var der kontinuerlig. Som en informant sa: *”Hvorfor er det så høye lønnsutbetalinger? Hvorfor er matbudsjettet så stort?”*

”Vi er flere avdelinger sånn at vi kan bli sammenlignet. De bruker så mye mindre enn dere gjør, hva kommer det av? Hvis man ikke har en forklaring så har man et

problem. Eller ikke et problem i den forstand det er aldri sånn at noen blir tatt, men det er noe med at i hvert fall kunne si noe om hvorfor ting er sånn.”

Å arbeide med budsjett

Avdelingslederne hadde jobbet lenge i kommunen og stramme budsjett hadde alltid vært et tema. Hver høst var det nye pålegg om å spare i kommunebudsjettet og urealistiske krav om innsparing. Det samme skjedde år etter år, og til slutt hadde avdelingslederne mistet tilliten til de som lagde budsjettene, og var derfor ikke så skjerpet/disiplinerte i å overholde budsjettet:

”Politikerne har lagt føringer som gjør at de som jobber rundt omkring på de ulike plassene har vært litt skeptisk til budsjettene som har kommet. Man har ikke vært så skjerpet i forhold til å ha disiplin i forhold til budsjettet i og med at man har oppfattet det som urealistisk.”

Her har det blitt en endring. Økonomistyringen i resultatenhetsmodellen bidro til at avdelingslederne ble trukket inn og ansvarliggjort på en ny måte. De hadde fått ansvar for eget budsjett. Etter hvert hadde de også fått tildelt penger per seng i avdelingen. Dette hadde ført til at den enkelte måtte dokumentere overforbruk, i forhold til årsak, for å få mer penger. Et overforbruk ble nå registrert som et avvik som enhetsleder måtte stå til ansvar for. Informantene mente at dette var mer rettferdig i forhold til de som stod på for å holde budsjettet. Samtidig så de betydningen av at det måtte være rom for avvik som kunne dokumenteres i forhold til ekstra utgifter, eksempelvis ved medisiner til kreftpasienter. Dette opplevdes positivt fordi det gjorde at informantene hadde kontroll med den daglige økonomien, og på den måten kunne uforutsette utgifter som det alltid var innenfor pleie og omsorg, også håndteres bedre. Dette beskrev avdelingslederne ved at disse utgiftene kunne skilles fra andre utgifter, og gjorde det lettere å få gehør for at informantene trengte ekstra penger. Spesielt gjaldt dette når informantene hadde en faglig begrunnelse eksempelvis kreftpasienter som trengte ekstra medisiner eller kostnader ved utbrudd av virus. Men det erfartes også belastende, fordi økonomiarbeidet tok mye av den tiden informantene følte at de skulle ha brukt på personalet og tilstedeværelsen i avdelingen. Erfaringen var likevel at de satt faglige vurderinger først:

”Faget det er først og fremst. Jeg tror ikke at jeg kunne ha jobbet så lenge som avdelingsleder hvis jeg hadde følt at jeg ikke kunne forsvare faglig det jeg gjør da blir man sliten og så blir man lei også vil man ikke mer.”

Likevel var det nye bevisstgjøring, hos dem selv og de ansatte, i forhold til bruk av penger og ressurser. Dette handlet også om at informantene alltid vurderte ressursbruk/ innsparing i forhold til kvalitet i pleien, og organisering av arbeidet:

”Det er viktig å bevisstgjøre de (pleierne) så jeg har faste økonomi - tema på personalmøter slik at de faktisk får se oversikten over budsjettet og overforbruket. Man kan jo ikke forvente at de skal tenke økonomi hvis de ikke har et forhold til det.”

Avdelingslederne beskrev at det hadde vært overskridelser av budsjettet i alle år, og at full kontroll med budsjettet ville være vanskelig på grunn av utfordringene innen pleie- og omsorgssektoren. Dette kan være f. eks. dårligere pasienter, nye kvalitetskrav, endrede lønnskav, sykemeldinger etc. Informantene viste at penger er et knapt gode og derfor hadde de lært seg å være skjerpet i forhold til økonomibruk. De hadde delegert oppgaver i avdelingen, der ulike pleiere hadde ansvaret for økonomirelaterte oppgaver:

”Det er viktig å holde budsjetttrammen, men vi snakker ikke om å spare hele tiden. Det er et system, og jeg tror at personalet liker å ha litt kontroll på ting. Når det er brukt mye penger går jeg tilbake til avdelingen og hører med dem: hva er det som skjer? Det blir jo ringvirkning for jeg har noen som er ansvarlig for å bestille mat, medisinske forbruksvarer, medisiner, bleier etc.”

Men selv om de sa at de var mer skjerpet i forhold til økonomi og å holde budsjett gav de også uttrykk for at sparing/effektivitet ikke skulle gå utover kvaliteten på pleien. For eksempel når det gjaldt vurderinger av hvorvidt de skulle leie inn vikarer eller ikke, var det viktigere å se på konsekvensene for resten av personalet og pasientene:

”Man vurderer hvem som er på jobb og situasjonen, og det er mange hensyn man skal ta. Det økonomiske er kanskje det minste jeg tar hensyn til.”

De erfarte at de kunne vurdere innleie og andre ting som drar med seg kostnader, men de var usikker på om det hadde med enheten man var en del av eller modellen. De følte presset om å ta mange hensyn:

”Det er mennesker vi driver med, og vi har ikke fått tilført noe mer ressurser selv om de som kommer inn på sykehjem er dårligere. Vi kan ikke drive på for vi slit jo ut de som omentrent aldri er syk så jeg leier inn fra første sykedag. Det er jo et tungt yrke.”

4.5. Mindre i avdelingen

Avdelingslederne var opptatt av utfordringen med økte oppgaver. Alle avdelingslederne beskrev at de som en følge av flere administrative oppgaver var mindre i avdelingen. Det at de var mindre i avdelingen, og hadde fått flere administrative oppgaver, gjorde at det over tid var blitt et økt behov for å delegerer oppgaver. Delegering av sykepleieoppgaver til personale i avdelingen var nødvendig for at avdelingslederne skulle kunne utføre sin funksjon på en god måte og imøtekomme krav og hensyn både oppover og nedover. Delegering var en måte å håndtere krysspresset på. Informantene delegerte i varierende grad arbeidet i avdelingen, men alle uttrykte at *"dette er utfordrende"*.

Informantene ønsket selv å være mer i avdelingen, og det å ikke være til stede fikk konsekvenser i den forstand at avdelingslederne mistet den oversikt i avdelingen som nærheten og den direkte kjennskapen gav. Avdelingslederne beskrev at de var i ferd med å forlate en lederrolle som tidligere innebar en nærere relasjon til pasientene og en kontinuerlig nærhet til pleierne. Tidligere var avdelingsleder mye mer en fagperson i avdelingen, som fulgte opp det daglige arbeidet rundt pasienter, medisiner og ansvarsvakter. Men, også da hadde hun et ansvar for personalmessig oppfølging: gjennom samtaler, medarbeidersamtaler, og å kjøre personalmøter. Funksjonen hennes var mye mer pasientrettet, og mer direkte involvert i det arbeidet som hadde med pasienter og selve avdelingen å gjøre.

Avdelingslederne hadde nå det overordnede faglige ansvaret i avdelingen. Sykepleierne ble omtalt som *"bindeleddet"* til avdelingen, og avdelingsleder fikk rapport om hva som foregikk ute i avdelingen. Når det gjaldt oversikt i avdelingen var avdelingsleder avhengig av å kunne stole på sykepleiernes vurderinger. Sykepleierne gikk ansvarsvakter etter vaktsystem, og ved mangel på sykepleiere kunne hjelpepleiere/ omsorgsarbeidere få denne funksjonen i avdelingen. Avdelingslederne hadde mindre kontroll med behovet for personell i avdelingen, og måtte stole på pleiernes vurderinger. De forsøkte å bruke personalmøter til å etablere en felles enighet om ulike forhold i avdelingen. Det var ulikt hvor mye avdelingsleder var i avdelingen. Dette hang sammen med dekning av sykepleierstillinger og ulike utfordringer i forhold til å organisere virksomheten, for eksempel å ha ansvaret for ukjente avdelinger når andre avdelingsledere var syke. En av informantene hadde ikke hatt sykepleiemangel i perioden, mens to hadde erfart sykepleiemangel, og en erfarte det for tiden. Når det i perioden

hadde vært sykepleiermangel hadde de måttet ta ansvarsvakter⁸, gjerne også for andres avdelinger:

”Jeg må stole på at de som har den daglige pasientkontakten, og som kjenner til pasientene vet hva som er det mest fornuftige.”

Avdelingslederne forsøkte fortsatt å få oversikt ved direkte kontakt med avdelingene og de ønsket å være mer i avdelingen. De syntes det var vanskelig å delegere oppgaver for de mistet oversikt. Oversikt syntes de er viktig på grunn av ansvaret de følte for at avdelingene var både faglig og økonomisk forsvarlige:

”Jeg er ikke så flink til å delegere for jeg vil ha kontroll, men jeg prøver å gjøre det for jeg har en hektisk dag. Jeg er ute i avdelingen men ikke så mye sammen med dem så de skjønner ikke at jeg vet alt. Jeg bruker å si at jeg har ”øya i nakken” og ”øra på stilk” og får med meg alt.”

Informantene beskrev at det at de ikke var i avdelingen også gav tid til andre ting. Enkelte oppgaver var det mest hensiktsmessig at andre tok seg av eksempelvis, innleie av vikarer og registrering i Notus. Personalet kunne følges bedre opp ved at man delegerte en del rutineoppgaver. Avdelingslederne så at det var en rekke oppgaver som kunne delegeres, og som man ikke trengte å være sykepleier eller ha videreutdanning for å løse. Erfaringene var at det ofte er sløsing med avdelingslederens kompetanse. Men det hadde blitt en forbedring ved at arbeidsoppgaver som kunne bli delegert ble overtatt av pleierne. Dette var en fordel fordi avdelingslederne hadde mer tid til å snakke med personalet når de kom på kontoret:

”Før var jeg i avdelingen, og hadde den hele og fulle oversikt, men det har jeg ikke nå. Jeg har ikke sjanse hvis jeg enda skal ha det. Nå må dem (sykepleierne) ta mye mer ansvar. De har ikke noe valg.”

Behov for å se og vurdere sammen

Alle forsøkte å delegere oppgaver og ansvar til pleierne. Imidlertid gav det å være mindre i avdelingen store utfordringer. Det kunne være vanskelig fordi man ikke hadde tilgjengelig i avdelingen den nødvendige kompetansen som kunne gjøre vurderingene. Avdelingsleder beskrev at utfordringene i avdelingene var blitt større i forhold til at pasientene var blitt

⁸ Ansvarsvakter medfører ansvar for det sykepleiefaglige, også at det er ansvarlig bemanning.

sykere. Det var derfor behov for høy kompetanse i avdelingene. Denne hadde de ikke alltid, informantene måtte ta den biten selv, og vurdere og observere sammen med personalet:

”Vi jobber med veldig mange ufaglærte i eldreomsorgen, og det er ikke bare å stå der som ufaglært med en døende pasient da skal du ha litt erfaring.”

Man var avhengig av å ha den riktige kompetansen ute i avdelingen. Dersom bemanningen var på plass, og det var fagkompetanse i avdelingen, kunne sykepleierne ta den faglige biten, og avdelingslederne fikk dermed mer rom til andre oppgaver. Informantene beskrev at pasientene hadde komplekse lidelser som gjorde at det var behov for å vurdere pasientens tilstand sammen med sykepleierne. Det kunne også mangle sykepleiere til å drøfte og vurdere sammen med i avdelingen. Når det bare var én sykepleier på jobb ble det avdelingsleder som fikk den rollen:

”Man må følge opp at dem blir sett i sitt arbeid slik at de føler at de ikke står alene. I og med at vi har så få sykepleiere så blir ofte den følelsen at du er litt alene ute i avdelingen. Det er masse ansvar og de gamle har jo så komplekse lidelser som gjør at jo flere øyer som ser så har du flere vurderinger.”

”Jeg er lite ute i avdelingen som sykepleier, men det hender hvis noen har behov for at jeg skal se på noe eller hvis det er beboere som blir dårlig og andre sykepleiere trenger og ha en med seg for å se, da er jeg med.”

Mindre tid og rom for fagmøter

Avdelingslederne hadde fått mindre tid til å være i avdelingen og til å arrangere og delta på fagmøter. Dette var en ekstra utfordring siden også pleierne hadde fått mer å gjøre og mindre tid til fagmøtene. Kravene og utfordringene med å drive avdelingene med syke eldre kunne være utfordrende nok i seg selv. Det var ikke nok tid til å reflektere rundt alle utfordringene der nye behandlingsmetoder fikk bli en del av en reflektert praksis. Arbeidet i avdelingen var så komplekst at behovene for opplæring var forskjellige. Avdelingslederne erfarte at det var en del kursing som gikk på generell sykepleie; lindrende behandling og demens eksempelvis. Men når det gjaldt spesielle forhold som kontinuerlig dukket opp, var det for lite tid og rom. Eksempel på dette var smertepumpe, respirator og cvk⁹, og de utfordringer det gav i

⁹ Sentralt venekateter

avdelingen, og som pleierne hadde behov for faglig refleksjon omkring. Avdelingslederne brukte av interne ressurser på enheten og i kommunen: lege, kreftsykepleier, fysioterapeut etc. Sykehuset hadde også fått det mer travelt og mindre tid til dem. Pasienten ble satt først, hverdagen ble oppfattet som selvgående og det ble vanskelig å sette av tid til å få gjort planlagte endringer og fagmøter: *”Vi har jo personalmøter, men det blir jo mye informasjon og ikke så mye fag”*. Informantene var avhengige av fellesskapet i avdelingen for å få endringene til å bli en del av tjenesten og ”henge sammen”, men siden tiden til å tenke nytt bare sporadisk var der ble det utfordrende å finne nye måter å gjøre arbeidet på. Løsningene ble dermed ofte at pleierne og informantene selv måtte jobbe fortere, de måtte ”strekke” seg og gjøre mer. De forsøkte å skåne pasientene for endringene ved at situasjoner som oppstod rundt pasienten var det som fikk være hovedfokus i avdelingen:

”Man kan planlegge, prøve ut og gjøre justeringer, men det har vært ganske travelt og jeg tror sykepleierne har følt at de nesten har drevet brannslukking. Vi har manglet stillinger og vi har hatt ubesatte stillinger. I perioder har det vært sånn at de faste har vært ”tordenskjoldssoldater” i forhold til ekstra.”

Faglige møter i avdelingen var avhengig av at pleierne drev det frem. Det faglige ansvaret i avdelingene var endret. Avdelingsleder hadde over tid fått flere administrative oppgaver som gjorde at sykepleierne måtte ta mer av det faglige ansvaret i avdelingen:

”Det er veldig travelt hver dag, så det er nok en grunn til at fagmøtene har falt ut.”

Informantene erfarte at det var vanskelig å få til faglig refleksjon i avdelingen når det ikke var personer som drev dette frem. Resultatet var at de tok den oppgaven også. Ressursene i form av tid ble trukket inn som en faktor som vanskeliggjorde den faglige refleksjon som krevde at man kunne trekke seg litt tilbake fra arbeidet. Kurs, derimot, erfarte informantene at var en del av internopplæringen. Det var for enhetene felles opplæring som kunne brukes i avdelingen, i tillegg til at de selv kunne ta direkte initiativ for å få ressurspersoner i egen organisasjon til å undervise. De ansatte kunne søke på kurs, og informantene kunne velge kurs for dem:

”Jeg prøver så godt jeg kan å bidra når det gjelder fag, men det ligger jo på dem det også. Jeg prøver å ha et tema på personalmøtene, og det er jeg står der og prater. Jeg skulle gjerne ønske at det kunne vært fordelt litt, og at det ikke var bare jeg. Så jeg sitter nå og lager disse foredragene og koser meg litt hjemme på fritida for jeg har jo ikke tid her.”

Informantene beskrev at fagarbeidet hadde endret seg, ved at det ble krevd at avdelingslederne skulle kvalitetssikre praksis og innføre kvalitetsrutiner i permer. Dette arbeidet tok det tid å implementere, og informantene erfarte at tiden ikke strakk til. Fagarbeid og refleksjon i praksis erfarte avdelingslederne som viktig fordi man stod mye alene med stort ansvar i avdelingene. Det var eksempelvis ikke noen lege man kunne hente til å observere sammen med en. Det kunne også mangle andre fagpersoner å vurdere sammen med. Avdelingslederne så at når det ikke blir tid å reflektere, ble kunnskapen hos den enkelte, og ikke del av en felles kunnskap. De mente at personalet hadde behov for flere faglige møter der man fikk reflektert og diskutert. Dette ble det jobbet med å få mer tid til.

4.6. Ressursavhengighet

Avdelingslederne erfarte at arbeidsmengden ikke stod i forhold de ressursene de hadde tilgjengelig. Når det ikke var pleiere til å ivareta alle oppgavene, kom informantene ikke langt med det nye handlingsrommet de hadde fått ved at de hadde ansvaret for alt. Dette var slik hverdagen deres hadde blitt, og de kunne, vanskelig også i denne sammenheng, si om det hadde med resultatenhetsmodellen å gjøre.

Informantene så at arbeidsoppgaver over tid hadde blitt delegert nedover i systemet uten at det hadde ført til at de hadde fått mer ressurser. Det hadde ikke slik de opplevde det fulgt midler med endringene, og de erfarte at det var et stort behov for ressurser for å få oppgavene gjort. Avdelingslederne rådde ikke over disse ressursene/midlene slik at de på bakgrunn av vurderinger kunne flytte midler dit de så at det er nødvendig:

”Når pårørende klager til meg på noe som er retningslinjer til kommunens eldre politikk så er jeg ganske bevisst på å sende dem videre opp i systemet. Det er det med tonivå modellen ofte blir det snudd og kommer tilbake til oss igjen uten at noen har sett på det.”

Rammene, i form av ressurser som tid, penger og personell, var strukket så langt at det var begrenset frihet til å utføre omfordeling innenfor dem. Hvis avdelingslederne skulle opprette en stilling som skulle gjøre de arbeidsoppgavene som de så behov for, måtte det tas av grunnbemanningen, noe som er problematisk da det førte til at en allerede presset avdeling fikk enda færre pleiere. Dette har blitt gjort ved at avdelingslederne ikke lenger deltok i den direkte pleien.

Tidligere ble ansettelsesprosesser gjort sentralt i kommunen. En informant beskrev at det tidligere var mer ressurser knyttet til denne prosessen ved at ledere dro til utlandet for å rekruttere, og de kunne tilby nyansatte rekrutteringstilskudd. Disse midlene rådde ikke avdelingslederne over:

”Det er bra at vi fikk intervju, men det krever utrolig mye og medfører mye arbeid. Vi har fått mer frihet, og mer oppgaver uten at det er tilført noe ekstra ressurser.”

Det var i tillegg en policy i kommunen at man ikke skulle ha postsekretær. Siden det ikke var tilført ressurser når oppgavene ble delegert nedover i systemet, var det slik at hvis man skulle lære opp flere til å gjøre kontorarbeid, trakk man ut ressurser fra avdelingen. Dette gikk igjen utover pasienten, og det var ikke i den retningen informantene ønsket å gå. De ønsket at pasientene skulle få det bedre, og at utviklingen på den måten skal gå fremover:

”Jeg kranglet sikkert i to år før jeg fikk en halv stilling ekstra, men etter hvert fikk jeg godkjent å leie inn ekstra fra enhetsleder, for han så at vi holdt på å jobbe oss i hjel.”

Det at man tok i bruk nye verktøy innebar bruk av mer tid, og systemet ble mer sårbart, da det kanskje bare var én som satt med kompetansen til å bruke verktøyet. Hvis ikke avdelingsleder får opplært flere i avdelingen, ble en avhengig av én person til enhver tid. Hvis man lærte opp flere i avdelingen trakk man ressurser bort fra pasienten.

”Vi har hatt problemstillinger i forhold til å spleise på en som skal hjelpe oss med IT spørsmål. Jeg går imot at man skal ha et sånt spleiselag mellom enhetene, fordi det er snakk om å ta midler fra grunnbemanningen. Man får jo ikke tilført midler til å lage den arbeidsoppgaven.”

For mye enhetstenkning

Avdelingsleder hadde følt seg alene i jobben og hatt lite informasjon om hva de andre gjorde i kommunen. De hadde hatt sin tilhørighet til enheten, men hadde savnet tilhørigheten til hele organisasjonen. Inndeling av kommunen i enheter førte til mindre informasjon og samarbeid på tvers i organisasjonen. *”Det er en lite effektiv måte å gjøre det på”*. Det var på bakgrunn av praktiske utfordringer informantene uttrykte et behov for mer samarbeid, utveksling av informasjon og kompetanse med andre enheter. Samarbeidet var viktig for å utveksle kompetanse og erfaringer.

”Jeg føler at vi har sittet på vår lille øy og ikke vist helt hva de andre gjør. Nå er det laget et forum (helse- og sosialledersamlinger) der man diskuterer hva andre avdelinger gjør.”

Avdelingslederne så seg selv som del av et hele, og hadde savnet å utveksle erfaringer med andre enhetsledere og avdelingsledere, og å få mer oversikt over hele systemet. Det ble opp til enhetsleder hvordan de samarbeidet, og det ble en utfordring å utnytte kompetanse som var i organisasjonen. Kunnskapen som var i en enhet ble ikke formidlet til andre enheter. Dette så ut å være i endring, ved at informantene hadde fått ledersamlinger som fungerte som et diskusjonsforum. Alle avdelingsledere og resultatenhetsledere innenfor helse-, omsorg- og sosial- tjenesten i kommunen hadde fått felles møter, disse var ment som erfaringsutveksling. Det var viktig å kunne møte andre avdelingsledere og høre hva de slet med og hvordan de løste ting:

”Utfordringene vil jo være å bruke den kompetansen som er internt i kommunen. Man har fokuset på enhet og vi gjør veldig mye bra på hver enhet. Det er likevel noe med å vite hva de andre gjør og bruke den kompetansen som er.”

Erfarer støtte fra enhetsleder

Avdelingslederne følte at de var nærere beslutningstaker som var resultatenhetsleder. Den nye organiseringen førte til at de fikk lederne nærmere fordi enhetslederen fikk færre å forholde seg til. Informantene erfarte at de fikk støtte for sine synspunkter og på den måten fikk være med på beslutninger.

Omstillingen var imidlertid utydelig, og usikkerheten til enhetslederne gjorde at de slet med å finne sine roller, noe som igjen fikk konsekvenser for avdelingslederne. De nye arbeidsoppgavene og det nye ansvaret gjorde at informantene så at det var deres leder som har hatt det tøffest gjennom omstillingen. Alle informantene uttrykker stor forståelse for den nye situasjonen enhetslederen hadde kommet i, med kravene til å levere, i forhold til økonomiske resultat på enheten, og driftstenkningen.

Denne nærheten til nærmeste leder gjorde at man bedre kan møte hverdagen med stadig endring, informantene så at man kunne bli mer endringsdyktige med denne nye styringen,

men det avhenger av enhetsleder. Alle informantene uttrykker at den største utfordringen med modellen var hvis man hadde en enhetsleder som ikke fungerte, i forhold til at vedkommende ikke klarte å få gjennomslag for beslutninger. Her viste de til at dette hadde noe å gjøre med både vilje, engasjement, kunnskap og vågemot hos enhetslederen.

”Hvis du har en enhetsleder som fungerer dårlig, og som kanskje ikke tørr å ta alle de avgjørelsene som er delegert til enhetsleder er det nesten håpløst. Enhetslederen er jo bindeleddet.”

Informantene var opptatt av hvilken praksis deres leder hadde og hvilke prioriteringer hun gjorde, og at enhetsledere var kulturbærere. Informantene erfarte at de hadde et godt samarbeid med sine ledere, og det gjorde at informantene i liten grad uttrykte at de følte et press som ikke var håndterbart. Det hadde imidlertid ikke alltid vært slik. Avdelingsleder erfarte å ha lite makt, og var avhengig av enhetsleder fordi saksgangen gikk via denne.

”Hvis enhetsleder hadde hatt en restriktiv praksis og ”hengte meg ut”. Hvis han sa: Hvorfor har dere leid inn her? Hvorfor gjør dere det? Så ville jeg hatt problemer i forhold til det. Jeg er jo selvfølgelig til en viss grad mellom barken og veden, men jeg opplever det ikke som noe trykk i fra verken den ene eller den andre siden. Det er verre når du får mye krav fra personalet og ikke får noen støtte fra enhetsleder så er det du som skal sitte der og si nei, nei, nei det går ikke.”

Derfor var de avhengige av en enhetsleder som tør å ta avgjørelser og si ifra.

Avdelingslederne sa at de til en viss grad var mellom barken og veden, men støtten fra nærmeste leder var det som gjorde det håndterbart. Ved ønske om endringer måtte man gå via enhetsleder, fordi som avdelingsleder hadde man ikke noe økonomisk hovedansvar, på den måten hadde informantene liten makt. De var avhengige av støtte fra sin leder for at de ikke skulle trenge å utøve kontrollen i avdelingen for hardt og være ”sersjant og overkikador”.

”Jeg har et nært samarbeid til min nærmeste leder for hvis jeg ikke har det så er det helt håpløst tenker jeg. Hvis du ikke har en leder du kan stole på og vet vil støtte deg.”

5. Drøfting

5.1. *Omstillingen*

Denne studiens hensikt var å få kunnskap om hvordan avdelingsledere erfarte sin funksjon relatert til en omstilling. Involvering vises i tidligere forskning som betydningsfull i en omstillingsprosess (Hilsen, Steinum, & Gjerberg, 2004; Sollund, Trygstad, & Johansen, 2004). Materialet viste at det i et tidsperspektiv på fem år, som var tiden siden omstillingen, erfarte avdelingslederne ikke å ha blitt involvert ved å ha blitt informert eller på annen måte hatt innflytelse. Informantene som var ansatt før, under og etter prosessen beskrev det samme med hensyn til involvering. Det lange tidsperspektivet kan ha gjort at informantene ikke husket hvordan de erfarte omstillingen, men informantene beskrev imidlertid ikke dette som en utfordring. Det var ikke det konkrete hendelsesforløpet jeg studerte og spurte om i intervjuet, men erfaring og opplevelse av å ha blitt involvert slik de reflekterte over det i nåtid. Tidsfaktoren var en viktig del av studiet for å få klarhet i om avdelingsleders praksis var endret. Avhandlingen til Torsteinsen (2006) omkring resultatenhetsmodellen trakk spesielt frem at modellen justeres og tilpasses i mange år etter implementeringen.

På spørsmålene om avdelingslederfunksjon, omstilling og resultatenhetsmodellen beskrev informantene at de erfarte at avdelingslederfunksjonen var formet og påvirket av mange forhold. På spørsmål om prosessen med omstilling til ny modell beskrev informantene at den måtte sees i sammenheng med den kontinuerlige endringen i kommunen. Informantene beskrev stadig nye rammer å forholde seg til.

De hadde ikke blitt involvert, og hadde dermed heller ikke operasjonalisert tiltak i avdelingen som dermed endret praksis i avdelingen direkte. Forskere har beskrevet betydningen av involvering ved at man får et eierskap til omstillingsprosessen og kjennskap til mål og hensikt. De idealene som fremstilles i omstillingsprogrammet som i dette tilfellet er resultatenhetsmodellen, og realitetene omkring det som faktisk skjer av endring i praksis relateres av forskere til hvordan omstillingen blir gjort (Dixon, 2003; Tingvoll, 2007; Hilsen, Steinum, & Gjerberg, 2004; Sollund, Trygstad, & Johansen, 2004). Det ble i forbindelse med at man skulle endre styringsmodell ikke utdypet hvilke dypere endringer av praksis modellendringen skulle innebære. Det at man ikke gjorde et slikt skille forstår jeg handler om at man gjorde det administrative språket og tekniske handlinger til grunnmodell for rasjonelle

handlinger generelt (Skjervheim, 1996). Dette vil jeg utdype og hvilke konsekvenser jeg forstår at det får for mine informanter.

Funksjonen til avdelingslederne ble ikke erfart å ha blitt endret av det jeg forstår var en teknisk /administrativ omstilling til en resultatenhetsmodell. Informantene relaterte dette til at omstilling til ny administrativ modell ikke endret verdiene i arbeidet, skapt rundt et ansvar for den pasienten:

”Samarbeidet er vokst ut av arbeidet - det er en indre sammenheng mellom arbeidet som utføres overfor den syke og organiseringen av det. Organiseringen er ikke bare teknisk eller administrativ eller preget av ytre krav. Samarbeidet er ikke en teknisk administrasjon ført inn i sykehuset ved hjelp av en administrasjonsmodell, men en organisasjonsform som står i en nærmest organisk sammenheng med selve omsorgsarbeidet, ”å hjelpe” og ”å passe på”. Samarbeidet er en del av arbeidet”.
(Hamran, 1992, s. 61)

Omstillingen ble beskrevet av informantene som at den handlet om nivået over dem - resultatenhetslederne. På de fem år som var gått siden implementeringen, erfarte de ikke at resultatenhetsmodellen skulle innebære en planlagt endring for avdelingslederfunksjonen eller avdelingene. Når det gjaldt målsettingen for omstillingen omhandlet den omorganisering, med endring av organisasjonsstruktur og organisasjonsutvikling, der man ønsket å bedre effektivitet, kvalitet og brukerfokus, samt ansvarliggjøre de ansatte og gjøre organisasjonen mer omstillingsdyktig (TØK, 2001). I ”teorien” ble det på den måten lagt opp til at man skulle bedre effektivitet og kvalitet.

Dette kan forsterke det Vabø (2005) beskriver, at moderniseringsspråket gjør at kommunen fremstår med en tospråklig verden. I det administrative språket forstår jeg at særtrekk ved velferdstjenester ikke inkluderes i planleggingen av resultatenhetsmodellen og utad får det dem til å fremstå som servicebedrifter med serviceerklæringer og resultatenheter. Det er helt klart at informantene skal forholde seg til og forene to vidt forskjellige måter å rasjonalisere på (”systemlogikk”). Det vil si pleiernes ansvar for pasienten og omstillingen som innebærer at enhetsleder får økt fokus på økonomi. Avdelingslederne står dermed overfor krav fra pleiekulturen med fokus på nærhetsideologi, og samtidig et krav fra en økonomisk virkelighet.

Det at avdelingslederne ikke ble involvert må også sees i forhold til et viktig trekk ved materialet: alle informantene sa at de ikke visste helt hva omstillingen kom til å bety. I prosjektet administrativ omstilling ble det beskrevet at målet var å effektivisere (TøK, 2001). Effektiviseringstankegangen kan vise til to ting – for det første en effektivitetsnorm innenfor pleien, og for det andre en effektivitetsnorm i et administrativt språk (Hamran, 1992). Effektivitetsbegrepet i pleiekulturen er en arbeidsnorm der verdier som: samarbeid, ressurshensyn, ansvaret for og hensynet til pasientens sikkerhet og kravet om god pleie er vevd sammen. Dette beskriver og handler om både arbeidsprosessen og organiseringen av arbeidet (Hamran, 1992). I Hamrans forskning (1992) beskrev hun at effektivitetsnormen innenfor pleieyrket kan være annerledes enn i det administrative språket, og viser til begrep som ”flyt i arbeidet”. Samarbeid er en avgjørende faktor for effektiviteten, og hun viser til at andre aktører som eksempelvis representanter for det administrative språket kan relatere effektivitet til en skarpere arbeidsdeling (Elstad & Hamran, 1995). Når omstillingen ikke ble avklart for mine informanter ble målet uklart eller som en av informantene omtalte det: ”svevende”.

Endring mot effektivitet var i denne omstillingen ubestemmelig og de berørte beskrev det som ”å gå veien” og at ”veien blir til mens de går”. Disse uttrykkene forstår jeg handler om to forhold. Det uttrykker på den ene siden at de faktisk ikke ble involvert. På den andre siden uttrykker det en arbeidsform der de vurderer, justerer og tilpasser seg etter hvert som utfordringene dukker opp, og involvering sees i den forbindelse på noe som skjer underveis i prosessen. I en hektisk hverdag er det ikke en enkelt omstilling som er viktig for dem. Informantene beskrev at de så på planlegging av endring som en del av det praktiske arbeidet i avdelingen. Det vil si at pasientarbeidet, for eksempel: måltider, skyllerommet, rengjøring, aktiviteter etc., ikke kan atskilles fra planlegging og organisering av arbeidet.

Avdelingslederne beskrev at planlegging skjedde kontinuerlig gjennom arbeidsdagen deres. Det at de ikke ble involvert derimot var forenlig med hva Hamran (1995) beskriver når hun omtaler det instrumentelle synet på arbeid. Hun beskriver at dette handler om at arbeidet vurderes ut fra rammer som gjelder for teknisk produksjonsarbeid. Det legger grunnlaget for en oppdeling i arbeidslivet som en forutsetning for å handle rasjonelt, der planlegging skjer atskilt fra arbeidet (Elstad & Hamran, 1995).

Omstillingen til resultatenhetsmodellen bidro til at avdelingslederne havnet mellom to vidt forskjellige systemlogikker; ”pleiekulturen” og ”management”. De ble ikke involvert, og det ble dermed vanskelig å se hvordan omstilling til bedre effektivitet og kvalitet kan påvirke deres funksjon. Mine informanter gjorde dermed ikke bevisste strategivalg for å iverksette tiltak relatert til nye styringssystemer, og de erfarte ikke at omstillingen til resultatenhetsmodellen angikk dem.

5.2. Resultatenhetsmodellen

Hvordan kan vi forstå informantenes syn på resultatenhetsmodellen? Tidligere forskning kunne tyde på at resultatenhetsmodellen ville endre avdelingslederfunksjonen i kommunen, enten ved at den ville bli fjernet, eller ved at den ville bli endret til koordinatorrolle med mindre makt og myndighet (Kvande, 2002). Dette skjedde ikke, avdelingslederne fikk beholde sin funksjon og tittel med resultatenhetsmodellen i 2002.

Avdelingslederne beholdt sin tittel, og avdelingene ”gikk som de gikk”. Det var utydelig for informantene hva resultatenhetsmodellen hadde bidratt med for egen funksjon. Informantene beskrev at de hadde begrenset informasjon, og dermed liten oversikt over hvilke prosesser som angikk dem. Inndelingen i resultatenheter hadde imidlertid ført til at avdelingslederne gjorde sin jobb uten å vite så mye om hva de andre i kommunen gjorde, og de erfarte derfor at de arbeidet på hver sin ”tue” eller ”øy” med sine utfordringer.

Den strukturelle endringen som kom i organisasjonen med en flatere struktur i kommunen innebar færre administrative ledelsesnivåer, og at mellomledernivåene ble fjernet som Helse-, omsorg- og sosialleder. Dette ledernivået ble beskrevet som en faglig ressurs som koordinerte mellom de ulike avdelinger. Dette var en effektivisering av driften som informantene ikke så at bidro til effektivisering totalt sett, da det ble mindre informasjon på tvers av organisasjonen, slik tidligere ledernivå bidro med. Dette gav igjen utfordringer med å skaffe informasjon som var nødvendig for deres funksjon, og videre begrenset det samarbeid i form av erfaringsutveksling. Selve inndelingen i resultatenheter og flat struktur innebar altså noen utfordringer.

I tidligere undersøkelser blir det beskrevet tilsvarende utfordringer på enhetsnivået, enhetsledere erfarte at resultatenhetsmodellen innebar en dårligere koordinering. Det var en utfordring å koordinere en flat organisasjon, og i undersøkelsene vises det til at utfordringen ligger på rådmannsnivået. En inndeling i mange resultatenheter innebar en utfordring med å koordinere informasjon til så mange resultatenhetsledere (Opedal, Stigen, Laudal & Tovsen, 2003; Torsteinsen, 2006).

Intensjonen med en oppdeling i resultatenheter er at lederne skal ha fullt ansvar, og ved hjelp av bedrifts- og ledelsesverktøy skal enhetene fungere fristilt (Tøk, 2001; Torsteinsen, 2006; Orvik, 2004). Denne tenkningen ved oppdeling i "bedrifter" påpeker Torsteinsen (2006) imidlertid ikke kan sammenlignes med en privat bedrift, fordi resultatenheterne i kommunen ikke er juridisk atskilte fra organisasjonen som helhet. Jeg forstår videre at utfordringen for informantene omhandlet det Dahle & Thorsen (2005) trekker frem, at resultatenheterne preges av fokuset var på ansvaret for pasientene og det begrenset mulighetene for resultat- og målstyring. Det handlet om at arbeidet hadde vekt på nærhetsideologi med fokus på verdier (Dahle & Thorsen, 2005).

Slik jeg forstår resultatenhetsmodellen var det et konkurranseelement som lå bak både inndelingen i resultatenheter og den operative friheten på den enkelte enhet (Torsteinsen, 2006). Jeg forstår at dette la føringer for konkurranse heller enn samarbeid innenfor organisasjonen, ettersom den enheten som hadde kompetanse og informasjon kunne vise til bedre resultater ved å holde informasjon "tett til brystet". Avdelingslederne ble jo sammenlignet på bakgrunn av en oppstyking av organisasjonen i ulike avdelinger. Når de beskrev at dette ikke bidro til effektivitet totalt sett, ser jeg dette i forhold til pleiekulturen, der samarbeidet rundt ansvaret for pasienten er det organiserende prinsipp som har betydning for effektivitet (Hamran, 1995).

Ønsket om mer informasjon forstår jeg av informantenes utsagn at handlet mest om at de ønsket erfaringsutveksling fra andre ledere som stod i den samme typen utfordringer som dem selv. De utfordringene de spesielt trakk frem var utfordringen med å ha høy kvalitet på pleien i avdelingen, samt utfordringen med at de skulle forholde seg til krav om å rapportere. Mine informanter beskrev hva denne mangelen på informasjon og samarbeid betydde for dem. De beskrev at de ønsket mindre fokus på resultat i den enkelte enhet, og mer samarbeid og

informasjon. De forklarte dette med erfaringsutveksling, og gav eksempler. Det nylig oppstartede arbeidet med nettverkssamlinger, der informantene møtte avdelingsledere fra andre enheter, så de på som et fremskritt. Der diskuterte de erfaringer med hvordan man løste ulike utfordringer.

Når informantene beskrev koordinerings- og informasjonsutfordringene, var de tydelige på at de ikke ønsket informasjon og innflytelse på alle prosesser i kommunen. Prosesser, beslutninger og omstillinger på overordnet nivå som i liten grad hadde betydning for dem i deres daglige arbeid, var det ikke viktig for dem å bli involvert i. Informantene hadde ikke fokus på modellen, men på å koordinere, informere, samarbeide og uveksle erfaringer med andre som hadde lignende utfordringer som dem. I den forbindelse var ikke modellens fokus på den enkelte enhet en fordel for dem. Slik jeg forstår materialet bidro resultatenhetsmodellen og inndelingen i resultatenheter til å forsterke inntrykket av atskilte kontekster som informantene måtte forholde seg til: pasient, profesjon og produksjon (Orvik, 2004). Jeg forstår at ved å beholde avdelingslederfunksjonen og avdelingene uendret, kunne avdelingslederne bidra til stabilitet og sammenheng når resultatenhetsmodellen innebar omfattende endringer på enhetsledernivået. Det kan gi et inntrykk av at den overordnede styringsmodell i kommunen var atskilt fra det praktiske arbeidet, og at avdelingene "levde sitt eget liv" frakoblet den økonomiske virkeligheten. Jeg vil i de neste avsnittene diskutere på hvilken måte jeg forstår at avdelingslederne ble "koblet" til den økonomiske virkeligheten.

5.3. *Fleksibilitet og tilgjengelighet i en hektisk hverdag*

Hva kan vi forvente av engasjement omkring en omstilling de ikke var involvert i? Informantene har avhjulpet et særdeles presset enhetsnivå, og beskrivelsene viste at de var fleksible og tilgjengelige ledere. Informantene måtte være fleksible i forhold til forskjellige arbeidsoppgaver, som å fikse kopimaskiner, vurdere syke pasienter og styre budsjett.

Tre av informantene beskrev at det blant avdelingslederne på sykehjem hadde etablert seg en forståelse, av at sektororganiseringen som fantes før resultatenhetsmodellen ikke fungerte. Slik sett forstår jeg at det hadde etablert seg en akseptert kriseforståelse, og dette kan ha betydning for at de har aksept for en endring til resultatenhetsmodellen fem år etter

implementeringen. Akseptert kriseforståelse er i seg selv en forutsetning for at en planlagt sosial endring skal skje (Hamran og Elstad, 1995).

Som en følge av flere arbeidsoppgaver måtte avdelingslederne tilpasse sin funksjon i avdelingen. Uforutsigbarheten og forventninger om endringer skapte en hektisk hverdag, og kommuneorganisasjonen fremstod på den måten med store krav til avdelingslederne. Det var vanskelig for avdelingslederne å sette grenser fordi det ikke var rammer for hva som ble forventet av dem ovenfra og nedenfra. Det var ikke uventet at avdelingslederne fremstod som fleksible og tilgjengelige. Denne fleksibilitet og tilgjengeligheten i arbeidet har også blitt beskrevet i tidligere forskning, der utviklingen i arbeidslivet med ”slanke” organisasjoner førte til færre ressurser og personell mens det var økte forventninger fra pasienter og ledelsen (Forseth, 2002).

Fleksibiliteten og tilgjengeligheten kan forstås i forhold til Hamran (1992) forskning og beskrivelser av arbeidsformer. Pleiefaget er komplekst og krever stor grad av fleksibilitet i bruk av ulik kunnskap i ulike situasjoner. Det som gjør det spesielt aktuelt å trekke inn sykepleieteori i denne sammenheng er at til tross for det sterke kravet om administrativt økonomifokus, beskrev alle informantene en ”ledestjerne”: *ansvaret for den syke*. Informantene viste til at ansvaret for den syke pasienten gjør at de måtte ta seg av de situasjonene som krevde dem mest. Videre beskrev de at møter omkring endringer og den overordnede styringen var mindre viktige når det var syke pasienter i avdelingen og det var ”krise” blant personalet. Jeg forstår at informantene ønsket å gjøre en god jobb, og at ansvaret for den syke var et organiserende prinsipp som de viste til i forhold til organiseringen av pleien rundt pasienten. Dette er så tydelig i materialet at jeg forstår det som et indre krav om å ivareta ansvaret for pasienten, og på den måten ønsket de å legge til rette for fleksible arbeidsformer (Hamran, 1992).

Jeg vil følge denne tankerekken videre, fordi jeg forstår at fleksibiliteten og tilgjengeligheten skapte noen utfordringer for informantene. Etter hvert erfarte avdelingslederne å ha fått ansvaret for alt i avdelingen. Informantene stod selv ansvarlige for å integrere arbeidsoppgavene. Flere har kritisert ny offentlig styring, fordi kravene om endring og omstillingsdyktigheten det vises til, ikke representerer en faglig omstillingsevne, men en instrumentell omstillingsevne som handler om økonomiske resultat (Hamran, 1992; Lian,

2003). Jeg deler denne bekymringen når det gjelder mine informanter. Informantenes beskrivelse av desentralisering av oppgaver uten involvering skapte et press om å endre arbeidet. Utviklingen med flere administrative oppgaver førte til at budsjett- og økonomifokuset satte premissene for avdelingslederens funksjon.

Hvorfor mener jeg at fleksibiliteten og tilgjengeligheten utfordret det faglige skjønnnet? Når informantene beskrev endringskrav som var kommet i forhold til resultat og budsjett, ser jeg det slik Orvik (2004) beskriver endring. Orvik (2004) skiller mellom en (I)tilpasningsevne/omstillingsevne, (II) pålagte endringer og (III) systematiske forbedringstiltak (s. 330). De to siste punktene kan sees i relasjon til en instrumentell forståelse av omstilling, der man har fokus på en teknisk overføring av et verktøy, og mindre på hvordan det passer med de sosiale strukturene i arbeidet. Dette viser til en instrumentell effektiviseringsnorm med fokus på økonomiske resultat (Hamran, 1992). Orvik (2004) beskriver endring i sykepleie som det første punktet: tilpasningsevne/omstillingsevne, og viser til Krogstad (2002). Dette handler om handlekraft, evne til å improvisere, fleksibilitet og dyktighet i forbindelse med de mange fokusskifter i en sykepleiers dag (Krogstad, 2002).

Krogstad (2002) beskriver at sykepleie handler om "å kunne snu seg" i praksis, og være omstillingsdyktig i forhold til de situasjonene som oppstår fortløpende. Slik jeg forstår informantene handlet det om en felleskapsform der arbeid og planlegging er en del av samme sak. Det viste til det Hamran (1995) beskriver om at samhandlingssituasjoner har en fysisk nærhet mellom personer, handlinger og situasjoner. Desentralisering av ansvar forstår jeg at gir utfordringer for informantene i forhold til å integrere de nye arbeidsoppgavene på en reflektert måte, for det er det ikke tid til. Det er mangel på ressurser som er utfordringen for informantene i forhold til å reflektere, og gjøre endringer slik som de ser at de burde gjøre. Det er på den bakgrunn grunn til å tro at deres arbeidsoppgaver blir styrt mer instrumentelt, og at de i mindre grad fikk muligheten til å ta avgjørelser basert på faglig skjønn (Hamran, 1992).

Det som skjedde var at ansvar ble delegert, og avdelingslederne var selv ansvarlige for å integrere arbeidsoppgavene samtidig som de hadde liten informasjon om, og innflytelse på rammebetingelsene, selv om de er ledere. Avdelingslederne mente at det var resultatene lederne som har hatt det tøffest gjennom omstillingen og årene etter. Slik jeg ser

det hadde desentralisering av ansvar bidratt til at avdelingslederne også hadde en krevende arbeidssituasjon. Informantene viste i aller høyeste grad fleksibilitet og tilgjengelighet, og en mentalitet som tydeliggjorde at de også var omstillingsdyktige i tråd med målsettingen for omstillingen (TØK, 2001).

To av informantene beskrev at de ikke hadde noen beskrivelse knyttet til deres stilling. Pfeiffer (2002) beskriver at dette er en utvikling som er kommet p.g.a. at stillingsbeskrivelsene var lite fleksible i forhold til de stadig skiftende kravene både fra myndighetene, pasientene og de pårørende. Det er mer vanlig å lage funksjonsbeskrivelser som angir funksjonsområder.

Informantene beskrev at arbeidet deres innbefattet å ta hensyn til og ha empati med pasientene, de pårørende, pleierne og enhetslederne, som alle var i en vanskelig situasjon. Avdelingslederne ønsket at det skulle være kvalitet på tjenestene og en forsvarlig økonomi. De viste en yrkes stolthet i likhet med hva tidligere forskning på feltet viser om: ansvarliggjorte medarbeidere som tar ansvar, er samvittighetsfulle og ønsker å utføre en god jobb (Kvande, 2002). Det at avdelingslederne viste yrkes stolthet ved at de ønsket å gjøre en god jobb, tolker jeg som en viktig del av forståelsen av hvorfor innføring av modellen i kommunen har fått det uttrykket det har slik tidligere forskning viser (Vike, Bakken, Brinchmann, Haukelien & Kroken, 2002). Det ble opp til pleierne å utføre og gjøre en god jobb, og jeg mener at yrkes stoltheten holder oppe moralen. Avdelingslederne i studiet hadde autonomi og ansvar i avdelingene, og de ønsket å gjøre en god jobb. Det ble stadig flere arbeidsoppgaver som førte til at avdelingslederne strakk seg, og var fleksible og tilgjengelige. Ved å desentralisere ansvaret for tjenestene til avdelingslederne, satt de med et økende ansvar uten ressurser til å dekke behovet. I likhet med Rasmussens (2000) studie gjør deres motivasjon for å gjøre en god jobb det problematisk å gjøre mindre. Dette gjør at jeg finner likheter med min studie og det er nettopp det meningsfulle, interessante med autonomi og ansvar som gjør at organisasjon fremstår med store krav til mine informanter (Rasmussen, 2000).

Den overordnede påvirkningen førte til at oppmerksomheten ble rettet mer mot økonomistyring, og mindre mot utvikling av tjenester og relasjoner. Dette førte til at avdelingslederne opplevde at de blir styrt gjennom en instrumentell hverdag d.v.s.

administrative arbeidsoppgaver, og det gikk på bekostning av autonomi og det å lede seg selv og sine oppgaver. I det praktiske arbeidet førte standardiseringen av arbeidet gjennom administrative rapporteringsoppgaver til at avdelingsledernes muligheter til det å lede seg selv ble mindre. Dette fordi de ble styrt og regulert etter standarder bestemt utenfor tjenesten i likhet med hva tidligere forskning viser (Vike, Bakken, Brinchmann, Haukelien & Kroken, 2002).

Informantene strevde med å være fleksible i forhold til nye krav om resultat. De beskrev videre at arbeidet i avdelingen fordret mange former for fleksibilitet, samarbeid og justeringer for at arbeidet i avdelingen skulle bli god og av høy kvalitet. Informantene hadde ikke oversikt over alle endringene, og deres fleksibilitet og tilgjengelighet i en hektisk hverdag gjør at fagfokuset i avdelingene blir utfordret.

5.4. Desentralisering av administrative funksjoner

Studiet mitt viste at informantene ikke så hvordan omstillingen, resultatenhetsmodellen og andre endringer hadde formet avdelingslederfunksjonen. Betydde det at praksis i avdelingene ble skånet for en endring av styringsmodell? Materialet viste at stadig flere oppgaver ble desentralisert nedover i organisasjonen, og dette hadde ført til flere administrative funksjoner. Etter hvert hadde avdelingslederne fått nye oppgaver fordi ledelsesstrukturen var endret, samt på grunn av nye styringssystem, brukerundersøkelser fra pasienter/pårørende, undersøkelser av de ansatte, nye budsjettoppgaver etc. Resultatet var at andre oppgaver blir nedprioritert. Jeg forstår at organisasjonen fungerte annerledes etter omstillingen, og at det var skapt nye forventninger til avdelingsledernes rolle og funksjon. Informantene beskrev at de gradvis hadde fått mer og mer ansvar for avdelingens drift, og for å holde et budsjett i tillegg til det tradisjonelle arbeidet med å sikre at avdelingene var faglig forsvarlige. Slik jeg tolker informantenes utsagn handlet det om det Thorsen (2005) beskriver, at Norge har vært nølende til NPM overført til eldreomsorgen, men at NPM kan være en inspirator i kommunene likevel (s.174). I de senere årene har det blitt vanlig å se endringer i helsevesenet i relasjon til NPM-prinsipper (Dahle & Thorsen, 2005; Lian, 2003). Dahle & Thorsen (2005) viser til at de nye styrings- og organiseringskonseptene, med vekt på effektivitet og resultater, ikke har skjedd som en pakke. Men den overordnede logikken fører til at det ene fører til det andre. Man innfører nye styringsmodeller med økt krav til økonomiske resultat, og som en følge av dette

fordres det at man etter hvert utvikler et system for å fange opp at man leverer i forhold til resultat. Dermed innføres budsjettstyringssystemer og krav til å rapportere i forhold til disse. Resultatenhetsmodellen ble beskrevet av informantene som at det handlet om at organisasjonen fungerte annerledes, og bidro til et tøffere resultatkrav for enhetslederne. Dette fikk ringvirkninger for avdelingslederne ved at administrative oppgaver ble delegert nedover, og medførte krav i forhold til å rapportere om drift med sterkt fokus på økonomiske resultat. De var usikre på om dette handlet om resultatenhetsmodellen, eller om endringene uansett ville ha kommet.

Informantene beskrev et sterkere krav til økonomisk styring, og at de hadde måttet lære å tilpasse seg de nye arbeidsoppgavene. De følte at det var blitt et økt behov for kompetanse spesielt i forhold til økonomi og de nye verktøyene. Den tidligere rollen som informantene beskrev at var mer deltagende i avdelingen, hadde på den måten blitt mer profesjonalisert og betydningen av flerferdighet, oversikt og innsikt hadde fått et nytt innhold (Hamran, 1992, s. 150). Avdelingslederne fikk i større grad oversikten og innsikten av de skriftlige rapportene, morgenrapporten, og ved at pleiere kom til kontoret. Arbeidet var blitt mer administrativt.

5.5. En ny form for kontroll¹⁰

Hva var det som ble desentralisert? Informantene måtte prioritere, og de pålagte administrative oppgavene måtte gjøres. Gjennom lokale og nasjonale føringer ble avdelingslederne pålagt rapporteringer. Det ble forventet at rapportering om økonomi, lønn, mat etc. skulle implementeres i avdelingslederens arbeid. Rollen som administrativ leder var forankret i en formell lederfunksjon og avdelingslederne var i kraft av sin stilling arbeidsgivers representant. Dette innebar at ansvaret for avdelingens drift ble sett i forhold til mål for organisasjonen (Orvik, 2004). Den administrative strukturen ble desentralisert, og resultatrapporteringen innebar en ny form for kontroll slik det tidligere er beskrevet av forskere innenfor pleie- og omsorg (Elstad og Hamran, 1995).

Informantene beskrev at skriftlige økonomiske rapporter gav en ny form for oversikt i avdelingene. Rapportene fra et dataverktøy innebar en endring i innholdet i oversikten. Videre beskrev avdelingslederne at all rapporteringen skapte en avstand til avdelingen, fordi

¹⁰ Overskriften er inspirert av kap. 2: Faglig autonomi eller nye former for kontroll? (Elstad og Hamran, 1995).

rapportene var et kontorarbeid som ble utført utenfor avdelingene. Det fjernet dem fra samarbeidet og fellesskapet i avdelingen, med de ulemper dette gav i forhold til direkte oversikt og kjennskap. Innføring av mange nye verktøy gjorde det vanskelig for dem selv å få oversikt basert på direkte innsikt og nærhet i avdelingen. Kjennskap og innsikt var den måten de tidligere hadde fått oversikt i avdelingene i likhet med hva som har blitt beskrevet i tidligere forskning (Hamran, 1992).

Etter hvert erfarte avdelingslederne at det ble en kontroll med økonomien gjennom ny budsjettstyring og budsjett disiplin, der avdelingslederne fikk ansvaret for å iverksette dette i praksis. Dette hadde gitt utslag ved at rapporter ble brukt som utgangspunkt for å vurdere avdelingen ved hjelp av tall. Disse tallene ble brukt som utgangspunkt for å vurdere avdelingens drift. På den måten kan man si at avdelingene ble styrt gjennom vurdering av økonomiske resultater i tråd med en bedriftsøkonomisk tankegang. Det at de ble styrt etter rapporter er i tråd med det Hamran (1995) har beskrevet som at avdelingene settes under en ny form for kontroll.

En desentralisering av den administrative strukturen, som min studie, og tidligere studier, viste (Rasmussen, 2000; Kvande, 2002) gir seg utslag som en ny form for kontroll med avdelingene. De nye styringsredskapene og kravene om å dokumentere pris og kvalitet grep inn i arbeidets strukturer, og spesielt avdelingslederens funksjon. På den måten var de satt under en ny form for administrasjon eller kontroll slik Hamran (1995) skriver. Min studie viste i likhet med tidligere studier den tosporede prosessen med desentralisering av ansvar og sentralisering av myndighet (Kvande, 2002). Et overforbruk på matbudsjettet ble oppdaget raskere, og de ansvarliggjorte pleierne i avdelingen var blitt bevisstgjorte på hva de brukte penger på. Tallene og merforbruket var blitt tydeliggjort. Informantene beskrev at denne vekten på kontroll med økonomien tok tid, men den var også hensiktsmessig fordi det bidro til forutsigbar økonomi.

Det var et nytt ansvar for å levere kvalitet og effektivitet til pasientene. Dette kom samtidig som resultatet ble kontrollert utenfra i forhold til nye indikatorer for kvalitet/målbare resultater som ble skapt utenfor tjenesten. Fokus på kvalitet som målbare resultater la til rette for en kulturendring, der effektivitet og økonomistyring ble elementer i avdelingslederfunksjonen.

Avdelingslederne var opptatt av kvalitet og effektivitet på arbeidet, og nye krav gjorde at også arbeidet ble vurdert og regulert annerledes. Dette handlet om et administrativt språk med nye krav til kvalitetssikring og mål- og resultatstyring som la nye føringer for standardisering av kvaliteten på arbeidet. Kravet om å dokumentere arbeidets resultater handler om kunnskapsbegrepet, og kvalitetsbegrepet medfører et instrumentelt kunnskapssyn der vurderingen er kontekstuavhengig (Elstad & Hamran, 1995). "Ved å være opptatt av tjenestene som varer og resultater, og vurdere gjennom kvalitetsstandarder og målemetoder, dreies oppmerksomheten bort fra konteksten" (Hamran, 1992 s.171). De nødvendige elementene i pleiarbeidet: vurderingene, justeringene og tilpasningene er vanskelig å dokumentere. En standardisering av pleiarbeidet i rapporter og statistikker bidrar til at det blir oppstykket i deler og helheten forsvinner (Elstad & Hamran 1995).

Informantene i studiet mente at pleiarbeidet og organiseringen ikke var endret som en følge av budsjettfokus som var kommet med resultatenhetsmodellen. De beskrev at det fortsatt var behov for en fleksibel organisasjonsform, med rom for individualisering og improvisasjon for pleierne, i møtet med pasientene. Det var mer deres eget arbeid som endres. Slik jeg forstår deres beskrivelser strevde de med å beholde en situasjons og kontekstbetinget forståelse av kvalitet og effektivitet, slik Slagsvold (1999) beskriver i sin forskning. Utfordringen med denne kontrollen er at det er resultatene og ikke arbeidsprosessene som blir vektlagt. Dermed blir de små tingene som eldre vektlegger som kvalitet på pleie- og omsorgstjenestene slik Slagsvold har vist i sin studie (1999) ikke betydningsfulle i kontrollen av resultater.

Kontroll med økonomien bidro til en forutsigbar hverdag, men hadde endret deres funksjon. Det ser jeg i forhold til et hovedelement ved moderniseringstrenden som er fokus på profesjonell ledelse (Lian, 2003; Gullikstad & Rasmussen, 2004; Orvik, 2004). Dette la til rette for et behov for stadig mer profesjonell ledelse med fokus på helhetlig drift, noe som gikk på bekostning av fagutvikling. Profesjonalisering av ledelse handler om en disiplinering av arbeidsstyrken gjennom produktivitetskrav, og at ledere ansettes på kontrakt nært knyttet til resultatkrav (Orvik, 2004). De nye styringsmodellene innebærer at ledere ikke skal lede eget fag, men ta et helhetsansvar (Orvik, 2004). Mer vekt på ledelse betyr derfor samtidig en tydeliggjøring av arbeidsgiverrollen og styrking av administrativ ledelse. Orvik (2004) beskriver at konsekvensene av de nye styringsmodellene har blitt mer helhetlig drift og nye krav til ledelse og styring (Orvik, 2004). Nye krav om å levere resultat som er standardisert i

forhold til økonomisk målstyring og kvalitetssikring krever at ledere tar i bruk nye økonomi og budsjettstyringsverktøy for å ha kontroll med resultatene. Ledere på hvert myndighetsnivå skal i den nye styringen ha det fulle ansvaret og rapportere direkte til toppledelsen (Orvik, 2004).

En todeling av definisjonen på resultat- og målstyring (Klausen, 2003) er med på å forklare hvorfor NPM-trenden har fått slik grobunn; ”stor tanker” kombineres med konkrete løsninger. ”Harde” tall som ble vist i rapporter fikk fokus fremfor arbeidsformene i organisasjonen gjennom rammebudsjettering. Serviceerklæringer som definerer tilbudet innenfor en tjeneste ble brukt, og brukerundersøkelser med standardiserte svar som målte kvaliteten på tjenesten.

De nye ledelsesfunksjonene basert på målstyring og kvalitetskontroll forutsetter at det skjer standardiseringer som man kan kontrollere og styre etter. Til tross for at målet med en NPM-inspirert resultatenhetsmodell er mindre byråkrati og hierarki, bidro den til en ny form for kontroll for mine informanter. De var ikke opptatt av målsettingen med resultatenhetsmodellen eller mål med rapporteringen. Men avdelingslederne hadde fått en ny oversikt av avdelingen gjennom instrumentelt arbeid samtidig som de så på mål med sitt arbeide i relasjon til verdiene i arbeidet. Dette representerer en ny form for kontroll, og utfordret en praksis som de hadde hatt stor myndighet. Dette reduserte slik jeg ser det forutsetning for faglig skjønn, fordi fokuset i rapporteringen ikke rettes mot verdiene i arbeidsfellesskapet: samarbeid, kontinuitet etc. slik det er beskrevet av forskere (Elstad & Hamran, 1995; Lian, 2003).

5.6. *Utilstrekkelighet i presset mellom fag og ledelse*

Hvordan kan vi forstå informantenes funksjon under resultatenhetsmodellen? Det er helt klart at informantene er presset mellom ulike verdier og har et ambivalent forhold til de nye administrative oppgavene. De trekkes i ulike retninger i likhet med hva tidligere studier viser (Stanley, 2006; Vabø, 2007). Min studie viste at informantene erfarte at deres arbeid under resultatenhetsmodellen etter hvert har ført til et spenningsforhold mellom administrasjon og pleiernes behov for oppmerksomhet. Informantene så at det var behov for at de jobbet med

faglig utvikling av tjenestene; internundervisning, veiledning etc. Dette krevde tilstedeværelse.

Avdelingslederne beskrev at de strevde med å holde nærheten til et velferdsbehov som var stort i avdelingene med syke pasienter og store utfordringer for pleierne. Utfordringene i avdelingene var store, og det var vanskelig å få tid til møter for å arbeide med visjoner og tydeliggjøring av organisasjonens mål. Pleieansvaret måtte komme først; de ansatte hadde ikke tid til annet.

Behovet for å delegerer oppgaver økte for å håndtere arbeidspresset. Avdelingslederne var på den måten ikke i samme grad som før frontlinjearbeidere, ved at de fjernet seg fra den direkte kontakten med pasientene. Hva som var ledelse på avdelingsnivå ble mer utydelig, fordi stadig flere oppgaver ble desentralisert, og utfordringer måtte delegeres nedover i systemet. Avdelingslederne var i varierende grad i ferd med å forlate den direkte kjennskap og nærhet til avdelingene som kunne gjøre dem i stand til å ta faglige avgjørelser basert på kjennskap (Elstad & Hamran, 1995). De forsøkte desperat å legge til rette for at arbeidsformene skulle bestå, og budsjett disiplinen gikk på bekostning av tilstedeværelsen i avdelingen for de ansatte, samt av det de ønsket å bruke tiden på. På den måten var de mellom "barken og veden". Hvis de ikke fikk støtte fra sin leder var faren stor for at de måtte utøve strengere disiplin i forhold til budsjett i avdelingen, og være "overkikador" og "sersjant". Deres fokus på økonomistyringen og kontrollen med avdelingen vistes i en av informantenes utsagn: "jeg har ører på stilk og øyne i nakken". Utsagnet kom i forbindelse med at pleierne ikke overholdt plikten de hadde til å melde fra når behovet for en ekstravakt ikke lenger var tilstede. Informantene var mindre i avdelingen, og som ledere hadde de et ansvar for økonomiforvaltningen, og tredde inn som arbeidsgivers representant (Orvik, 2004).

Ansvar for avdelingene ble individualisert gjennom at den enkelte ble ansvarliggjort gjennom et nytt budsjettansvar og brukerundersøkelser. Struktur- og organisasjonsproblemer kan på den måten forstås i likhet med hva tidligere studier viser at de blir overlatt til det enkelte individ, og kommer til uttrykk som individuelle belastninger og dårlig samvittighet (Hamran, 1992; Vike, Bakken, Brinchmann, Haukelien & Kroken, 2002). Avdelingslederne erfarte at jobben var spennende med de nye oppgavene. Det var videre givende å jobbe som avdelingens nærmeste leder i forhold til at dette gav en nærhet til hensikten med institusjonen:

å ivareta pasientene. Men det var krevende og hadde gitt en erfaring av å ikke strekke til. Informantenes beskrivelser av sin arbeidssituasjon kan sees i relasjon til tidligere forskning, til grenseløst arbeid og en følelse av utilstrekkelighet (Vike, Bakken, Brinchmann, Haukelien & Kroken, 2002).

Informantene gav uttrykk for at de måtte håndtere ulike kontekster som pasienthensyn, hensyn til pleierne, og organisasjonens effektivitetskrav, på en reflektert måte. Dette ble erfart som svært krevende (Orvik, 2002). Det de beskrev forstår jeg handlet om at de måtte håndtere to vidt forskjellige ”systemlogikker”; pleiearbeidets omsorgsrasjonalitet og management-rasjonaliteten, der resultat og budsjett er viktig (Hamran, 1992). Avdelingslederne strevde med å forene dette doble krysspreset, og på en fleksibel måte integrerte de nye endringer og krav i eget arbeid. Dette krevde stor innsats og høyt nivå av bevissthet omkring egen funksjon som avdelingsleder, og gjorde at de var i et press mellom to måter å arbeide på; det indre kravet om ansvaret for den syke og enkeltkrav ovenfra. Verdierne i faget beskrevet i Hamrans forskning (1992) ble utfordret når enkeltkravene bidro til å endre deres samarbeid med avdelingen.

Avdelingslederne erfarte at de var ledere, men fortsatt koblet til det daglige ansvaret for pleie- og omsorgstjenestene. De så ikke på det som deres hovedoppgave å forvalte ressurser på en mest mulig effektiv måte. Faget ble prioritert samtidig som de sa at det var lite tid til faglige møter. Hvordan kan det henge sammen? Slik jeg oppfattet det handler det om to former for faglig utvikling: planlegging, og det som foregår i arbeidet: når man går to og to i stellet, på rapporten, i gangen, på skyllerommet etc. Hamran (1992) beskrev i sin studie at informantene sa at det var lite tid til fagsnakk, men hun observerte at faget var vevd inn i arbeidet. Det var en kontinuerlig utveksling av faglige diskusjoner i avdelingen. Likevel viste hennes studie, akkurat som mitt, at det er et savn å ikke få satt av mer tid faglige møter, både for dem selv og for de ansatte. Slik jeg forstår informantene var de opptatte av de tradisjonelle verdiene: *overblikk over avdelingen og kjennskap til den enkelte pasient.* De var opptatt av de sammenhengende strukturene, som det kontinuerlige ansvaret gjennom døgnet, og kravet om oversikt over hele avdelingen (Elstad & Hamran, 1995). Når informantene var mindre i avdelingen, fikk de ta mindre del i den kontinuerlige faglige debatten som var knyttet til ulike situasjoner slik tidligere forskning viste (Hamran, 1992).

Avdelingslederne og enhetsledere var fagutdannede, og representerte på den måten ikke en profesjonalisering av ledelse slik den NPM-inspirerte ideologien har utviklet seg i helsevesenet i Storbritannia (Exworthy & Halford, 1999; Kvande, 2002). Kvande (2002) trakk frem at i Storbritannia hadde det skjedd en profesjonalisering av lederens rolle, der den tidligere byråkraten, med bakgrunn fra pleieyrket hadde blitt erstattet med spesialister i økonomistyring. Avdelingslederne erfarte imidlertid et økt fokus på økonomistyring. De hadde fått delegert flere arbeidsoppgaver og var mindre i avdelingen og kan således være del av en profesjonalisering av ledelse, der fokuset var på økonomistyring.

Når avdelingslederne beskrev at de strevde med å holde ved like arbeidsformene i pleiearbeidet forstår jeg at det at de beskrev at det var lederne over dem som hadde det mest krevende var undervurdering av det krysspresset de stod i. Informantene viste at de ikke var blitt ”profesjonaliserte” ledere fra koblet den daglige driften i avdelingene. De var mindre nærværende og hadde fått et driftsfokus, men de strevde med å være til stede, og beskrev at de følte et stort ansvar for pasienter, pårørende og pleierne. Informantene var opptatt av pleiearbeidet; at det skulle flyte godt. De vektla at møtene mellom pasient og pleier skulle være av høy kvalitet. Dette handlet om at det kontinuerlig, gjennom døgnet, uken og året, skulle ytes pleie av god kvalitet til pasientene. Det daglige arbeidet måtte hele tiden justeres i forhold til sykemeldinger blant personalet og endringer i de enkelte pasientenes situasjon. Det var hardt arbeid for avdelingslederen å sørge for at arbeidet flyter lett, og at kontinuiteten i arbeidet bestod.

Avdelingslederne hadde ikke vært involvert i endringsprosessene som hadde skjedd i organisasjonen. Dermed var det grunn til å tro at den ideologiske kontinuiteten og faget kunne utfordres ved at det skjedde en ny form for kontroll, uten at avdelingslederne var informert om intensjonene. Deres rolle som ledere gjorde at de var forpliktet til å gjøre endringer. Det ble krevd flerferdighet hos dem som avdelingsledere. Faget og den ideologiske kontinuiteten var i endring. Jeg mener at om denne utviklingen fortsetter vil det kunne gis et inntrykk av profesjonelt lederskap på avdelingsnivå. Forskjellen mellom fagledere og management hvikes da ut, de er ”plastiske konstruksjoner” (Exworthy & Halford, 1999) som endres i den organisasjonsvirkelighet de er i. Fokus kan således bli mot administrasjon og økonomi, mens pleierne må klare seg selv.

I tidligere studier vises det til at nye måter å styre på har ført til at avdelingsleder i hjemmesykepleien og på sykehjem har blitt erstattet av koordinatorstillinger. Dette innebar at arbeidet består av 50 % pleieoppgaver og 50 % administrative oppgaver. Koordinatorne var organisatorisk ikke inkludert i ledelsen, og fikk dermed mindre beslutningsmyndighet (Kvande, 2002; Rasmussen, 2000). Stabilitet omkring faglige verdier kan stå sterkere i organisasjonen enn det ellers ville ha gjort om man hadde fjernet dette ledernivået. Det å kunne forsvare faglig det arbeidet de gjør, satt avdelingslederne høyt. Informantene hadde videre enhetsledere som hadde sykepleiefaglig kompetanse. Dette mente de at hadde betydning for å få gehør for deres faglige argumenter. Valget om å beholde avdelingslederfunksjonen kan ha gjort at de kan sette dagsorden i det daglige beslutnings og prioriteringsarbeidet i kommunen. Dette gav muligheter å knytte organisasjonen som helhet mer opp mot avdelingens praksis.

Selv om mine informanter har fått beholde sin avdelingsledertittel strevde de med utfordringer knyttet til autonomi, i likhet med hva tidligere forskning har vist (Vike, Bakken, Brinchmann, Haukelien & Kroken, 2002).

Informantene oppfattet seg selv som ledere, og erfarte frihet til å utøve lederskap innenfor sine rammer. Det var imidlertid begrenset av mulighetene til å gjøre reelle endringer av midler dit de så det var mest behov, og det reelle handlingsrommet for kreativitet ble erfart å være begrenset av de økonomiske rammebetingelsene. Den økonomiske styringen og kontrollen var sentralisert. Avdelingslederens handlingsrom ble begrenset av de rammer og ressurser som det overordnede nivå hadde satt i likhet med hva tidligere studier viste (Gullikstad & Rasmussen, 2004). Dette gjorde at avdelingslederne måtte utøve kontroll med at rammene ble overholdt. Det var blitt et tøffere krav om å holde disse rammene ved at det var satt et krav om budsjett disiplin. Avdelingslederne så kvalitet i forhold til fornøyde pasienter og pleiere, og dette var det vanskelig å måle og rapportere. Rapporteringene i forhold til modellen var derfor bare en liten del av det arbeidet informantene hadde, med kvaliteten i avdelingen, og arbeidet med å få en god avdeling og et godt arbeid. De hadde fått et nytt ansvar for budsjett disiplin og for å motivere de ansatte til å yte mer innenfor rammene.

Orvik (2004) beskrev at å bevare avdelingslederfunksjonen ville kunne styrke lederens maktgrunnlag. Dette tolket jeg dit hen at informantene erfarte når de uttrykte at de fikk gehør

for sine argumenter overfor ledelsen. På den andre siden viste også forhold i materialet at de hadde tilpasset seg ved at de brukte mye tid på økonomiarbeid og administrasjon, og at det gikk på bekostning av tilstedeværelsen i avdelingen. Dette var en utvikling av stillingen som informantene ikke ønsket, og det viste at de ikke hadde klart å hevde det synet de hadde på ledelse så godt som de mente de burde. På grunn av alle oppgavene avdelingslederne skulle forvalte var de mindre i avdelingen, og faglig arbeid i avdelingen ble det i mange situasjoner pleierne i avdelingen som måtte foreta. På den måten kan man si at de hadde tilpasset seg en ny organisasjonsvirkelighet, og faglig arbeid fikk mindre av deres tid. Det ble opp til pleierne i avdelingen å vurdere det faglige, fordi avdelingslederne var mindre tilstede.

Avdelingslederne var inkludert i ledelsen i kommunen og hadde delegert beslutningsmyndighet innenfor et avgrenset område. De hadde mulighet til å mobilisere autonomi på en annen måte enn koordinatorene i Kvandes studie (2002). Den formelle myndighet var imidlertid nå hos resultatenhetsleder, og informantene hadde dermed en begrenset mulighet til å overføre ressurser. Avdelingslederne var avhengige av resultatenhetslederne som hadde informasjon og myndighet. Dette ser jeg kan forsterke resultatenhetsledernes makt til å sette dagsorden for samarbeidet mellom dem. Materialet viste også at fokuset for samarbeidet deres hadde et sterkt fokus på helhetlig drift, og mindre på faglig arbeid.

En av intensjonene med de nye måtene å styre på i kommunene er at den leder som står nærmest pasienten skal få ansvar og myndighet. Det innebærer at lederen som håndterer utfordringer omkring kvalitet skal selv rå over midlene til å effektivisere på best mulig måte for pasientene (Opedal, Stigen, Laudal & Tovsen, 2003). Min studie viste det Orvik (2004) beskriver at konsekvensene av de nye styringsmodellene har blitt en hverdag preget av mer helhetlig drift, og mindre fagfokus. Studiet viste helt klart hvor avhengig mine informanter er av et enhetsledernivå som støttet dem, slik at de ikke måtte være "harde" på kontrollen. Avdelingsleder opplevde et krysspress mellom pleiernes behov for mer oppmerksomhet, og organisasjonens behov for driftsledelse og rapportering. Dette innebar mer arbeid med økonomi, og førte til at det administrative arbeidet tok en stor del av dagen. Det gikk på bekostning av andre oppgaver, og skapte andre forventninger enn det de hadde til egen funksjon, i forhold til å ivareta avdelingen. Mine informanter viste at de forsøkte å være "flinke" og gjøre en god jobb.

Stanley (2006) trekker frem i sin artikkel at en deling av lederfunksjonene i administrasjon og lederskap bidrar til mindre rollekonflikt på grunn av det er grunnleggende forskjellige karakteristikk ved disse ledertypene. Ledelse på laveste nivå handler om stabilitet, mens ledelse på nivå over handler om visjonstenkning. I mitt studie ble det beskrevet at enhetslederne ikke var i avdelingen, og dermed hadde avdelingslederne ansvar for både lederskap og administrasjon i avdelingen. Det ble beskrevet en ambivalens og et krysspress mellom krav ovenfra og nedenfra. Utfordringen var at det ikke var tid til lederskap i avdelingen og å være tilstede for pleierne. De administrative funksjonene tok for mye tid.

I tillegg viser Stanley (2006) til at de faktorene som gjelder i arbeidslivet med nye krav om omstilling gjør at man må skille ledelse i to mellom administrative ledere som fremmer stabilitet og innovative ledere. Det er funksjoner som krever ulik tilnærming. Informantene uttrykte betydningen av å administrere avdelingene på en stabil måte. Trygghet og trivsel ble vektlagt av alle informantene, og mulighetene det gav. Deres forståelse av trygghet og trivsel gikk på at man hadde rammer å jobbe under som gjør dagen håndterbar, og å administrere avdelingen på en forutsigbar måte. Gjennom å skape rom for dette kunne det vokse frem et engasjement for endring hos den enkelte pleier. Både lederskap og administrasjon var viktig for dem, men knapphet på tid gjorde at administrasjon kom foran lederskap, selv om deres rolle innebar begge deler.

De spor som de NPM- inspirerte omstillingene får i praksis peker i retning av mer fokus på instrumentelle funksjoner med vekt på resultat og målstyring. Samtidig med at de ekspressive funksjonene som informantene beskriver som trygghet, tillit og engasjement ser ut til i mindre grad å bli prioritert. Det skaper spenning for mine informanter, og krever mye av dem som ledere. Det skaper et krysspress der fleksible ledere strekker seg og forsøker å tilpasse krav ovenfra og nedenfra. Kravet om fleksibilitet gir utfordringer for avdelingslederne, men skaper også mulighet for dem å være ”moderator” og fylle handlingsrommet med verdier de verdsetter: trygghet, tillit og engasjement.

6. Avslutning

Den styringsideologiske ramme i kommunene er i endring, og inspirasjon fra New Public Management (NPM) setter sine spor. Arbeidshverdagen for ledere på sykehjem endres ved at verktøy som ”pakkes” inn og fremstår som nøytrale virkemidler gjør hverdagen stadig mer hektisk (Vabø, 2007). Gjennom min studie har jeg sett hvordan arbeidsvilkår for avdelingslederne i pleie- og omsorgssektoren blir påvirket, og at selve reformen legger noen verdimesige føringer. Virkemidlene er ikke i seg selv riktige eller gale, de må vurderes ut fra de avtrykk de setter i praksis og hvordan det på den måten påvirker hverdagen til eldre på sykehjem.

Avdelingslederne har forandret mitt syn på hvordan utfordringene de møter i arbeidet i avdelingen som følge av resultatenhetsmodellen kan forstås. Denne kunnskapen har jeg ønsket å få frem i denne studien gjennom teoretiske betraktninger. Konsekvenser av modernisering av offentlig sektor kan tydeliggjøre hvordan pleie- og omsorgsarbeidet utfordres som følge av moderniseringstankegangen.

Jeg har sett at en del av argumentasjonen som blir brukt av informantene bygger på NPM-inspirert retorikk. Det kan for eksempel gjelde at tidligere styring ikke fungerte fordi det ikke var kontroll med økonomien. Informantene oppfattet ikke at argumentene var inspirert av en ny styringsideologi, og det blir dermed en slik jeg oppfatter det en ”snikmodernisering”. Det er et problem, ikke fordi informantene skal la seg styre av NPM, men fordi de ikke har tid til å reflektere over hva som er grunnlaget for den nye styringen.

Orvik (2002) trekker frem i sin artikkel at det er en vanlig holdning at de nye tankene om effektivisering vil føre til bedre forhold for pasientene, og at dette ikke er en selvfølge, men krever en bevisst refleksjon over verdiene som de nye modellene innebærer. Det er behov for organisatorisk kompetanse der ledere også på laveste ledernivå innenfor helsetjenesten har et bevisst forhold til produksjonslogikken, for modernisering betyr ikke automatisk forbedring (Hamran, 1992). I målingene av økonomiske resultater vises ikke verdiene i pleiarbeidet slik Hamran (1992) beskriver. De nye reguleringene medfører at instrumentelt arbeid brukes som norm for å vurdere pleiarbeidet. Det som mine informanter ikke vurderer som problematisk er at styringsmodellene er fylt med verdier som bidrar til en kontroll- og reguleringsledelse

(Hamran, 1992). Idealer fra produksjonsarbeid settes på den måten over idealer fra pleiearbeidet. Betydningen av at avdelingsledere har en bred samfunns- og kulturforståelse som også omhandler flerkontekstuelle problemstillinger tydeliggjøres derfor.

Fokus på budsjettdisiplin og resultat- og målstyring sender signaler til de som skal lede og til pleiegruppen. Det betyr at det er nødvendig å ta et bevisst standpunkt i forhold til moderniseringstrenden i offentlig sektor. Organisatorisk kompetanse i form av kunnskap om motstridende verdier og forventninger er viktig. Innsikt i ulike kontekster tydeliggjør at pleiekulturens effektivitetsnorm bidrar til kvalitet og effektivitet. Avdelingslederne kjenner til hva kvalitet er på sykehjem i forhold til pasientene. Det er behov for informasjonsutveksling begge veier slik at helsedriften inngår i driftsmodellen. Det må være kobling mellom administrativ ledelse på avdelingsnivå og ”produksjonsledelse”.

Avdelingslederne kan bremse en kontroll med det faglige skjønnet som medfører at situasjonen hardner til for pleierne. De kan tydeliggjøre hvorfor de velger å utføre og tilpasse kontrollen på en empatisk og kontekstbetinget måte. De kan også tydeliggjøre betydningen deres forståelse har for kvalitetsutviklingen i avdelingene.

I studiet var problemstillingen hvordan, en NPM- inspirert, omstilling til resultatenhetsmodellen, over tid, erfares i forhold til funksjon for avdelingsledere på sykehjem. Avdelingslederne beskrivelser viste at de tok inn over seg den nye styringslogikken samtidig som de klart viste at de rasjonaliserte i forhold til ansvaret for den syke som det ”organiserende prinsipp”. De viste at de hadde tilpasset seg, men var likevel klare på at deres viktigste oppgave ikke var allokering av ressurser på en mest mulig effektiv måte. De beskrev ikke sin funksjon som underordnet en overordnet styringslogikk, men de er likevel koblet til ”management” og ”pleiekulturen”.

I likhet med tidligere forskning, vistes at også i denne kommunen erfarte avdelingslederne grenseløst arbeid. Kommunen fremstod på den måten som grådig med store krav til avdelingslederne. Det vistes videre, i likhet med tidligere studier at det ble skapt et krysspress (Vike, Bakken, Brinchmann, Haukelien & Kroken, 2002; Vike & Haukelien, 2007; Rasmussen, 2000; Kvande; 2002). Avdelingslederne hadde fått desentralisert flere oppgaver, og stod ansvarlig for å levere i forhold til nye krav om effektivitet og kvalitet. Min studie viste

likhetstrekk med tidligere studier, og inneholder nye detaljer om effekten av modernisering basert på effektivisering.

Informantene beskrev at praksis, basert på pasientpleien, var det som var betydningsfullt, og ideene i ny organisering var av underordnet betydning for deres hverdag. Likevel viste de at de var fleksible og tilgjengelige i forhold til nye krav om effektivitet. Avdelingslederne har ikke vært involvert i omstillingen og det var dermed vanskelig å se sammenhengen mellom innføring av en modell og endringene informantene erfarte i hverdagen.

Den økonomiske tankegangen gav seg utslag i at det var skapt en ny oversikt over avdelingene gjennom nye administrative oppgaver og budsjettoppgaver. Dette hadde ført til et krysspress av forventninger, mellom det å følge opp driftsoppgaver og avdelingens behov for at de var tilstede. Det ble forventet en ny form for kontroll med avdelingene. Dette skapte andre forventninger enn det de selv hadde til sitt arbeid. Likevel erfartes det å være håndterbart fordi avdelingslederne hadde støtte hos sin leder.

Ideen om flat struktur var justert ved innføring i organisasjonen ved at avdelingslederstillingene var bevart. Avdelingslederne fremstod som ”moderatorer” i forhold til harde krav om budsjettdisiplin i denne sammenheng.

De hadde myndighet innenfor sitt budsjett, men de økonomiske rammene erfartes å gi lite reelt handlingsrom, og friheten til å utøve lederskap var dermed begrenset. Denne erfaringen ble forsterket av at det laveste ledernivå erfarte å få stadig nye arbeidsoppgaver som gjorde at arbeidet deres ble stadig mer administrativt. Dette var en utvikling de ikke ønsket. Samtidig som de syntes at det nye ansvaret var spennende. Det skapte avstand til avdelingen og vanskelighet for dem å være en del av avdelingen og gjennom kjennskap ivareta de tradisjonelle verdiene. De ble avhengige av å kunne stole på pleierne i avdelingen, både i forhold til spørsmål om faglig forsvarlighet, og i forhold til økonomiske prioriteringer. Det var lederen over som la føringer for hvor streng budsjettdisiplin de måtte ha, og dermed var de til en viss grad ”mellom barken og veden”. De erfarte at enhetsleder støttet dem, og de kunne drive avdelingene slik de så at det var faglig forsvarlig ut i fra deres opplevelser av en god praksis.

Avdelingslederne viste likevel at de hadde tilpasset seg en ny organisasjonsvirkelighet. Det er viktig å være reflektert i forhold til den påvirkning de økonomiske modellene har på praksis. Organisasjonskompetanse trengs mer i dag enn tidligere, fordi resultatenhetsmodellen er fylt med verdier som kan endre kvaliteten på arbeidet. Resultatenhetsmodellens føringer om mål- og resultatfokus kan effektivisere bort justeringene og vurderingene som har vært en del av pleiekulturens tradisjon, og endre synet på kvalitet i arbeidet.

Avdelingslederne så at deres funksjon var blitt endret, men de var ikke så opptatt tankegangen som lå bak resultatenhetsmodellen. De slet med å få tid til fagmøter og tjenesteutvikling, det var ikke prioritert i denne omstillingen. Det er betenkelig med tanke på utviklingen av fagledelse og faglig kvalitet i avdelingene.

Kommunen har gjort et valg i de avdelingene der jeg gjorde undersøkelsen, og beholdt avdelingslederfunksjonen. Dette er etter min mening et valg som er viktig for å bevare de tradisjonelle verdiene i pleie og omsorg, ved at ledelsen ikke er koblet fra erfaringen med behovet i pleien. Lederne stilles likevel overfor store krav om flerkontekstuell kompetanse på grunn av nye krav om resultat- og målstyring. Det er dermed viktig å ta bevisste og reflekterte valg i forhold til de endringene som skjer, slik at ikke ledelsen blir frakoblet den direkte kontakten med avdelingen.

Min studie og andres studier viser noe av det presset som førstelinjetjenesten erfarer innenfor pleie og omsorg i kommunehelsetjenesten. Jeg er av den oppfatning at mer midler må kanaliseres direkte til tjenestene. Pengene bør følge pasienten. Hvor skal man hente pengene fra? Det innføres stadig mer kontroll og reguleringer til tross for at flere undersøkelser viser at arbeidsvilkår på sykehjem er kjempepresset (Vike, Bakken, Brinchmann, Haukelien & Kroken, 2002; Hofseth & Norvoll, 2003; Vike & Haukelien, 2007). Regulerings- og kontrollregimet innebærer ikke mindre byråkrati og hierarki, men det fremstår i en ny ramme. Når mine informanter beskrev at pasientene skrives tidligere ut fra sykehuset, så mener jeg det er et signal som også finnes i annen forskning (Lian, 2003). Avdelingslederne beskrev at pasientene er blitt sykere, men at det var det samme antallet pleiere på jobb. Det var en målsetting at avgjørelser skulle tas lokalt, men det reelle handlingsrommet var begrenset på grunn av en hektisk hverdag. Det var blitt en flatere struktur, men avdelingslederne erfarte ikke at de hadde fått mer ressurser. Dette er et viktig styringssignal. Kommunene har fått

overført så mange arbeidsoppgaver at det kjempepresset som vises i andre undersøkelser av pleiere i førstelinjen, kan møtes med politiske vedtak om omprioriteringer av midler. Når avdelingslederne ikke ser endringen til resultatenhetsmodellen som betydningsfull, har kanskje dette å gjøre med deres fokus, arbeidsmengde og involvering. Hvorvidt en styringsmodell, basert på mål- og resultatstyring har noe for seg som en overordnet og retningsgivende ramme for en sykehjemsavdeling er et relevant spørsmål i den forbindelse. Den overordnede modell har bidratt med budsjettdisiplin, og budsjettstyring er en viktig del av avdelingsledernes funksjon for å kunne yte best mulig tjeneste til pasientene. Informantene beskrev imidlertid at mål- og resultatstyringen var av sekundær betydning i forhold til deres fokus og funksjon. Men det er grunn til å stille spørsmål ved idealene, om budsjettkontroll får for stor plass, og om resultatenhetsmodellen gir et ønsket inntrykk av kommunen som tjenesteyter.

Ved at informantene er del av ledelsen og utøver stadig flere administrative oppgaver er det samtidig en fare for at de frakobles mulighetene til å følge opp personalet. Fokus på tjenesteutviklingen på sykehjem vil kunne sende viktige signaler til pasienter, pårørende og pleierne, om hva som settes øverst i ressursforvaltningen i kommunen. Det døgkontinuerlige ansvaret i sykehjemsavdelingene er utfordrende og krever ressurser til kursing, videreutdanning og faglig veiledning.

Resultatenhetsmodellen som ide får betydning gjennom den måten den blir realisert/operasjonalisert, både i de enkelte avdelingene og blant de ansatte som utøver det kliniske arbeidet. Det at det teoretiske grunnlaget for resultatenhetsmodellen modifiseres i møte med kommunen tydeliggjør mulighetene den enkelte kommune og avdelingsleder har til å tilpasse og bevisstgjøre omkring de nye ideene i praksis. Idealene som ligger bak omstillingsideen og hvilke praktiske konsekvenser dette kan ha for praksis, er i bevegelse. Dette igjen innebærer at refleksjon omkring tjenesteutviklingen er viktig. Interessant her er det at tradisjon med vekt på nærhetsideologi i pleie og omsorg, ser ut til å ha stor betydning for hva mine informanter legger i ”et godt resultat” og ”omstillingsevne”. Til tross for at de ikke har oversikt over alle endringene viste de imidlertid at de forsøkte å forene budsjett og økonomisk tankegang i det daglige arbeidet. De inkluderte økonomi i sin vurdering av hva kvalitet og det faglig forsvarlige var, og strakk seg langt for å imøtekomme krav både ovenfra og nedenfra.

Vike & Haukelien (2007) beskriver at misforholdet mellom krav og ressurser innenfor pleie- og omsorgstjenestene vil måtte presse frem et politisk verdivalg. Det er vanskelig å sette grenser for hva som er et godt arbeid, eller når det blir nok penger til å møte alle behov. De tradisjonelle verdiene har skapt fleksible arbeidsformer innenfor pleiekulturen. Resultat- og målstyringen bidrar til en ny form for kontroll, og et fokus der arbeidsprosessene i pleiarbeidet i liten grad vises i resultatrapporter. Dersom en slik resultattankegang blir del av verdiene i pleie- og omsorg i møtet med pasientene vil det kunne standardisere tjenestene og begrense de fleksible arbeidsformene.

Den ideologiske ramme kan være slik innrettet at det gis rom for fleksible arbeidsformer; samarbeid og refleksjon i fellesskapet (Hamran, 1992; Elstad & Hamran, 1995). Informantene var entydige på at den styringsideologiske ramme i kommunen bidro til budsjettkontroll, men var i liten grad retningsgivende for; ansvaret for pasienten. De former arbeidet på en fleksibel måte etter det ”organiserende prinsippet om ansvaret for den syke”. Avdelingslederne har på den måten en funksjon som modererer et økonomisk fokus, og mål- og resultatfokus i en NPM-inspirert omstilling.

7. Litteraturliste med vedlegg

- Aarseth, T., Berge D. M., Gjerde, D. M, Husby, S. & Rønhovde, L.(2003). *Flat struktur i en liten kommune. Evaluering av ny organiseringsstruktur i Eide kommune.* Arbeidsrapport M 0312. Møreforskning.
- Aarseth, T., Berge D.M., Gjerde, D.M., Husby, S. & Rønhovde, L.(2005). *Evaluering 5 år etter. Evaluering av ny organiseringsstruktur i Eide kommune.* Arbeidsrapport M 0312. Møreforskning.
- Aarsæther, N. & Vabo, S. (2002). *Fristilt og velstyrt. Fokus på kommune- Norge.* Oslo: Det Norske Samlaget.
- Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R. & Vike, H. (2002). *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten. Makt- og demokratiutredningen. 1998- 2003.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brandvold, E. B. (2003). *Ledelse og organisering: oversykepleier i en enhetlig ledelsesmodell. Muligheter og utfordringer. Sykepleien, 18.*
- Dahle, R. & Thorsen, D. (Red.). (2005). *Velferdstjenester i endring. Når politikk blir praksis.* Oslo:Fagbokforlaget
- Dixon, D. L. (2003). *Successfully Surviving Culture Change. Journal of Social Work in Long-Term Care, 2, s. 423-438*
- Elstad, I. & Hamran,T. (1995). *Et kvinnefag i moderniseringen. Sykehuspleien mellom fagtradisjon og målstyring.* Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Exworthy, M. & Halford, S. (1999). *Professionals and the new managerialism in the public sector.* Philadelphia, Pa.: Open University Press.

- Fjeldstad J.T.(2006). Administrativ omstilling Tromsø kommune. En organisasjonsteoretisk studie av innføringen av resultatenhetsmodellen i Tromsø kommune. Hovedfagsoppgave i statsvitenskap. Institutt for statsvitenskap. Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Universitetet i Tromsø.
- Forseth, U. (2001). *Boundless work- Emotional Labour and Emotional Exhaustion in Interactive Service Work*. Doktoravhandling, Institutt for sosiologi og statsvitenskap. Trondheim: Doktorgradsavhandling ved NTNU/ SINTEF.
- Forseth, U. (2002). Maktspill i moderne servicearbeid
I: Ellingsæter, A. L., & Solheim, J. (red.). (2002). *Den Usynlige hånd?: kjønnsrett og moderne arbeidsliv*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.
- Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene: Trådt i kraft 27. juni 2003
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research. *Nurs Education Today, 24, 105.112*.
- Gullikstad, R., & Rasmussen, B. (2004). *Likestilling eller omstilling? Kjønnsperspektiver på modernisering av offentlig sektor*. Trondheim: SINTEF.
- Hamran, T. (1987). *Den tause kunnskapen*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Hamran, T. (1992). *Pleiekulturen - en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hilsen, A.I., Steinum, T. & Gjerberg, E. (2004). *Utredning om omstilling*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet AS. Notat nr. 03
- Hofseth, C., & Norvoll, R. (2003). *Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien*. Trondheim: SINTEF

- Hovik, S. & Stigen, M.S. (2004). *Kommunal organisering 2004. Redegjørelse for kommunal- og regionaldepartementets database*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. NIBR - Rapport 2004:124
- Hovik, S. & Stigen, M.S. (2008). *Kommunal organisering 2008. Redegjørelse for kommunal- og regionaldepartementets database*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. NIBR - Rapport 2008:20
- Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J.(2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Klausen, J.E.(2003). Globalisering av offentlig styring og forvaltning. I: Johnstad, T., Klausen, J.E. & Mønnesland, J. (2003). *Globalisering, regionalisering og distriktspolitikk*. Oslo: Makt- og demokratiutredningens rapportserie. Rapport 76.
- Krogstad, U. & Foss, C.(2002). *Det handler om å kunne snu seg. Sykepleie – kompetanse – handlekraft*. Oslo: Ad Notam Gyldendal Forlag.
- Kvale, S.(1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal Forlag.
- Kvande, E. (2002). *Kvinnelige mellomledere i grådige organisasjoner*. I: Ellingsæter, A.L, Solheim, J. (red.)(2002). *Den Usynlige hånd?: kjønnsrett og moderne arbeidsliv*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag
- Lian, O. (2003). *Når helse blir en vare*. Oslo: Høyskoleforlaget.
- Malterud, K. (1993). Shared understanding of the qualitative Research process. Guidelines for the Medical Researher. *Family Practice*, 10,201-206
- Malterud, K.(2003). *Kvalitative metoder i medisinske forskning - en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget, 2. utgave.

Martinsen, K. & Wærness, K.(1979). *Pleie uten omsorg?*

Oslo: Pax Forlag.

NSF (2005). Sykepleier med lederansvar. God på fag og ledelse.

Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Olsvold, N. (2003). Profesjonsetikk i helsereformenes tid.

Sosiologi i dag, 33 (2)

Opedal, S., Stigen I.M., Laudal, T. & Tovsen, M. (red.). (2003). *Flat struktur – er det veien å gå?* NIBR- rapport. OSLO: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Orvik, A. (2002). Organisatorisk kompetanse motvirker realitetssjokket. *Sykepleien*, 8.

Orvik, A.(2004). *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid.*

Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Polit, D. & Beck, C. (2004). *Nursing Research. Principles and Methods.*

Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams og Wilkins. Seventh Edition.

Pfeiffer, R. (2002). *Sykepleier og leder. Den administrative og den faglige lederens funksjon.*

Bergen: Fagbokforlaget.

Rasmussen, B. (2000). Hjemmesykepleien som grådig organisasjon. Makt og ansvar i desentraliserte organisasjoner. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, nr.1, s. 38-57.

Røed, G.O.H. (2006). *Den fagbaserte leder i møte med resultatenhetsmodellen.*

Hovedfagsoppgave i statsvitenskap. Institutt for statsvitenskap. Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Universitetet i Tromsø.

Selznick, P. (1997). *Lederskap.*

Tano Aschehoug Forlag.

Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*.

Oslo: Aschehoug.

Slagsvold, B. (1995). *Mål eller mening. Om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner*.

Oslo: Norsk Gerontologisk institutt. Rapport nr.1.

Slagsvold, B.(1999). Kvalitet og kontekst.

I: Thorsen, K. Wærness, K. (red.) (1999). *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Oslo:Ad Notam Gyldendal Forlag.

Sollund, M.J., Trygstad, S.C. & Johansen, B.L. (2004). *Myndiggjorte medarbeidere i pleie- og omsorg- hvorfor og hvordan? Rapportering fra et utviklings- og dokumentasjonsprosjekt*. Bodø: Nordlandsforskning. Rapport nr.11

Stanley, D. (2006). Roleconflict: leaders and managers. *Nursing Management*, 13, 5.

St. meld. Nr. 45 (2002-2006). Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene.

Oslo: Sosialdepartementet.

St. meld. Nr. 25(2005- 2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas

omsorgsutfordringer. Omsorgsplan 2015. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Sæterstrand, T. & Tingvoll, W. (2007). Omstilling i eldreomsorgen, en krevende prosess.

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, 5(1).

Torsteinsen, H. (2006). *Resultatenhetsmodellen i kommunal tjenesteproduksjon. Instrument,*

symbol eller maktmiddel? Doktoravhandling institutt for statsvitenskap. Universitetet i Tromsø.

Torsteinsen, H. (2008) Resultatenhetsmodellen. Kommunetorget.no. Helsedirektoratet.

[Tilgjengelig per april 2009 på: http://www.kommunetorget.no/side.asp?sideid=202](http://www.kommunetorget.no/side.asp?sideid=202)

TøK, Tromsø kommune, (5. mars 2001). Administrativ omstilling - Styringsgruppas tilråding om valg av hovedstruktur.

Tilgjengelig per april 2009 på:

<http://www.tromso.kommune.no/index.gan?id=2747&subid=0>

TøK, Tromsø kommune, (1. mars 2006). Tromsø kommune. Særanalyse- Pleie og omsorg. Rapport fra RO. Tilgjengelig per april 2009 på:

http://web4.custompublish.com/tromso/tromso_mirror/asset/14078/1/14078_1.pdf

Vabø, M.(2005). Effektivitet og kvalitet i omsorgstjenesten - en drakamp mellom nye og gamle styringsidealer. I: Dahle, R. Thorsen, D. (Red.). (2005). *Velferdstjenester i endring. Når politikk blir praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

Vabø, M. (2007). *Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*. Avhandling, dr.philos. graden. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Det samfunnsvitenskaplige fakultet, Universitet i Oslo.

Vanebo, J. O. (2005). Omforming av offentlig sektor – kart og landskap i endring. I: Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K. K. & Vanebo, J. O. (red.). (2005). *Modernisering av offentlig sektor. Utfordringer, metoder og dilemmaer*. 2 utgave Oslo:Universitetsforlaget.

Vike, H., Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H. & Kroken, R. (2002). *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Makt- og demokratiutredningen 1998-2003. Oslo: Gyldendal akademiske forlag.

Vike, H. & Haukelien, H. (2007). *Velferdspolitik ved reises slutt*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Vedlegg 1: Søknad til kommunen



Grete S. Solvoll
Malmveien 168
8516 Narvik
Tlf: 411 61373

Rådmann
Tromsø kommune

Narvik, 09.10.07

Søknad om deltagelse av avdelingsledere i kommunen til en studie ved Master i Helsefag ved UIT

Jeg søker med dette om deltagelse av 4 avdelingsledere ved 4 ulike sykehjem i kommunen som informanter til en studie ved Master i Helsefag ved Universitetet i Tromsø.

Temaet for oppgaven er sykepleieledelse og omstilling. I den forbindelse ønsker jeg å få temaet belyst fra praksis, og henvender meg med dette for å søke tillatelse til å intervju sykepleieledere ved ulike sykehjem i kommunen.

Informasjon om oppgaven og intervju vil bli gitt muntlig til eventuelle deltakere og etter ønske. Jeg legger ved informert samtykke og informasjonsskriv til informantene.

Deltakelsen er frivillig. Ved offentliggjøring av oppgaven vil sykehjem, deltakere og alt datamateriale bli anonymisert.

Intervjuet vil vare ca. 1 time, og helst i perioden 22.10- 11.11.2007. Jeg søker om at intervjuene kan finne sted innenfor sykepleieledernes arbeidstid.

Jeg ønsker å intervju sykepleieledere på avdelingen, fordi jeg antar at de står i et krysspress. Det kunne vært ønskelig å intervju avdelingsledere som har vært ledere gjennom omstillingen til resultatenheter i kommunen, og det er ønskelig at begge kjønn er representert.

Dersom du tillater å gjennomføre undersøkelsen ønsker jeg å ta kontakt direkte med Enhetsledere for å få informanter og avtale tidspunkt for intervjuene. Nærmere informasjon vil gis individuelt i den enkelte intervjusituasjonen.

Dersom det er spørsmål vedrørende opplegget og gjennomføringen av studien kan jeg kontaktes på tlf. 411 61373, gretesolvang@yahoo.no

Med vennlig hilsen

Grete S. Solvoll
Student ved Det Medisinske Fakultet
Avdeling for Sykepleie og Helsefag

Min veileder er: Førsteamunensis Aud Obstfelder, Avdeling for Sykepleie og Helsefag, Det Medisinske Fakultet, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tlf.: 77 64 62 14,
Aud.obstfelder@fagmed.uit.no

Vedlegg: Informasjonsbrev
 Samtykkeerklæring

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informanter



Grete S. Solvoll
Malmveien 168
8516 Narvik

Avdelingsleder v/sykehjem

Deltagelse i forskningsintervju

Jeg er Masterstudent ved Universitetet i Tromsø Avdeling for Sykepleie og Helsefag, og jobber med et forskningsprosjekt om sykepleieledelse ved omstilling. I denne forbindelsen har vi fått tillatelse av leder x å kontakte deg for forespørsel om intervju.

Jeg ønsker gjennom min forskning å finne ut hvilke erfaringer sykepleieleder ved sykehjem har angående omstilling. Målet med dette prosjektet er å få en større forståelse for hvordan ledere i sykehjem erfarer det å lede gjennom endringsprosesser.

Det er mye oppmerksomhet omkring behovet for endring i eldreomsorgen, men det er ikke gjort undersøkelser som viser hvilke behov og ønsker lederen i sykehjemsavdelingen har for å stå i endringsprosessen.

Dersom det er mulig vil jeg gjerne gjennomføre intervjuene i uke 44 eller uke 45. For å gjøre nærmere avtale om tidspunkt for intervju, vil jeg kontakte deg mens du er på jobb.

Jeg ønsker å ta opp intervjuene på "lydbånd". Alle opptak vil bli lagret på prosjekt PC og vil kun være tilgjengelig for meg. Ingen enkeltpersoner vil kunne kjennes igjen i oppgaven.

Utskrifter av intervjuene blir oppbevart innlåst til prosjektets slutt.

Deltagelsen i undersøkelsen er frivillig og du kan når som helst trekke deg ut. Prosjektet vil bli meldt til Personvernombudet for forskning. Forskningsprosjektet starter opp høsten 2007. Senest 30. juni 2008 vil datamaterialet anonymiseres og lydopptakene slettes.

Dersom det er noe dere lurer på kan dere ringe meg på mobil 411 61373. Min e-mailadresse er: gretesolvang@yahoo.no

Med vennlig hilsen

Grete S. Solvoll
Student ved Det Medisinske Fakultet
Avdeling for Sykepleie og Helsefag

Min veileder er: Førsteamunensis Aud Obstfelder, Avdeling for Sykepleie og Helsefag, Det Medisinske Fakultet, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tlf: 776 46214,
Aud.obstfelder@fagmed.uit.no

Vedlegg 3: Samtykkeerklæring

Samtykke

Jeg er interessert i å få kontakt med leder på avdelingsnivå, og som har erfaring med omstilling i Tromsø kommune. Er du i denne gruppen og kan tenke deg å være med i dette forskningsprosjektet, fyller du ut samtykkeerklæringen. Skriv ned det telefonnummeret du er tilgjengelig på dagtid, så tar jeg kontakt med deg for nærmere avtale.

Hvis det er noe du lurer på eller ønsker mer informasjon angående forskningsprosjektet, ta gjerne kontakt med Grete S. Solvoll på tlf: 41 16 13 73

Med vennlig hilsen

Grete S. Solvoll
Student ved Det Medisinske Fakultet
Avdeling for Sykepleie og Helsefag

Samtykkeerklæringen

Jeg har lest gjennom informasjonen om forskningsprosjektet og samtykker ut fra denne i å delta i prosjektet

DATO.....

NAVN.....

ADRESSE.....

TELEFON.....

Vedlegg 4: Intervjuguide

Intervjuguide

Bli kjent

Hvor lenge har du jobbet i avdelingen? utdanning/ videreutdanning.

Kan du fortelle om din funksjon og arbeidsoppgaver på en vanlig dag? Hva gjør du når du kommer på morgenen?

Hvordan deltar du i arbeidet i avdelingen? Sykepleiedekningen?

God praksis

Hva er viktig for deg som leder for å få god praksis i avdelingen?

Hva er viktige verdier for deg som leder i ditt arbeid i avdelingen?

Godt resultat

Hvordan vil du beskrive et godt resultat i avdelingen? Har resultatenhetsmodellen endret ditt syn på: god praksis, kvalitet eller det faglig forsvarlige

Samarbeidet med pleierne

Hvordan opplever du ditt samarbeid med pleierne?

Hvordan fordeles arbeidet i avdelingen og hvordan har det endret seg de siste årene?

Samarbeidet med din leder

Hvordan opplever du samarbeidet med din leder?

Hvilken myndighet og ansvar har du i forhold til beslutninger?

Omstillingen

Kan du fortelle om hvordan du ble involvert i arbeidet med å omstille til resultatenhetsmodellen?

Hvordan opplever du at omstilling til resultatenhetsmodellen endret ditt arbeid i avdelingen?

Endring i avdelingslederfunksjon

Kan du fortelle om endring i din funksjon de siste årene?

Hvordan erfarer du arbeidsmengden i forhold til din funksjon har endret seg de siste årene?

Hvordan er arbeidet organisert, hvordan har det endret seg de siste årene?

Kan du beskrive om det er innført nye styringsverktøy i arbeidet ditt de siste årene?

Hvordan har det endret arbeidet ditt?

Har du eksempler på beslutninger fra de siste årene som endret ditt arbeid?

Krysspress

Opplever du et krysspress av forventninger?

Kan du fortelle om hvordan du erfarer forventninger til din funksjon, og hvordan det har endret seg de siste årene?

Hva er viktige forutsetninger for at du skal gjøre en god jobb? Hvordan erfarer du ressurser?

Er det noe du ser i ettertid kunne vært gjort annerledes med omstilling til resultatenhetsmodellen som ville få betydning for din funksjon?

Er det noe mer du vil fortelle?

Vedlegg 5: NSD – godkjenning

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Aud Obstfelder
Avdeling for sykepleie og helsefag
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Tromsø
Breivika
9037 TROMSØ

Vår dato: 10.10.2007

Vår ref.: 17462 / 2 / JE Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.09.2007. Meldingen gjelder prosjektet:

17462	<i>Hvordan avdelingsleder på sykehjem har erfart endringsprosessen ved omstilling i kommunen?</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Aud Obstfelder
Student	Grete Solvang Solvoll

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

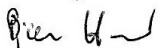
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

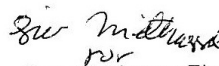
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/melding/pvo_endringsskjema.cfm. Det skal også gis melding etter 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/register/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2008, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Janne Sigbjørnsen Eie

Kontaktperson: Janne Sigbjørnsen Eie tlf: 55 58 31 52
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Grete Solvang Solvoll, Malmveien 168, 8516 NARVIK

Avdelingskontorer / District Offices.

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.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.uib.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

17462

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen kan hjemles i personopplysningsloven § 8 første ledd, samtykke.

Utvalget består av avdelingsledere på sykehjem. Disse gis skriftlig informasjon om prosjektet. Revidert informasjonsskriv per 8. oktober 2007 finnes tilfredsstillende.

Ved prosjektslutt 30. juni 2008 skal datamaterialet anonymiseres. Anonymisering innebærer at indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller omkodes og lydopptak slettes.