



Styrer vi oss bort fra smittevern?

En studie om enhetsledernes utfordringer når nasjonale føringer vedrørende smittevern skal implementeres i sykehjem

Hilde Isaksen

Mastergradsoppgave i helsefag

Studieretning helse- og omsorgstjenester til eldre

Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

UiT Norges arktiske universitet

07.05.2014

Antall ord: 24675

Forord

Eldreomsorg har alltid vært det fagfeltet som har engasjert meg mest, og det er fra dette feltet jeg har all min yrkeserfaring som sykepleier. Jeg har i ulike roller fått anledning til å gi mitt bidrag til at *sannhetens øyeblikk* – møtet i det ytterste ledd – skal være gode møter og til det beste for pasienten. Dette har mange fasetter, og jeg har gang på gang sett hvordan *sannhetens øyeblikk* er en del av en større kjede som strekker seg fra pasientens seng til statsministerens bord og inkluderer alle leddene mellom.

Et mastergradsstudium er en gylden mulighet til å prøve å forstå sammenhenger som strekker seg ut over det som foregår ved pasientsengen. Denne studien bærer preg av dette; mikro- og makronivå løper sammen inn i analysene. Å håndtere et så bredt perspektiv som har vært utfordrende. Jeg vil derfor takke min veileder, Toril Agnete Larsen, for å hjelpe meg å holde tråden, og for gode og konstruktive innspill!

Jeg vil i særdeleshet takke enhetslederne som stilte til intervju, viste meg tillit, og spanderte av sin dyrebare tid.

Jeg retter en takk til ledelsen ved Avdeling for mikrobiologi og smittevern ved UNN HF for velvilje og for permisjon. Og jeg ønsker å si tusen takk til mine rause kollegaer ved Smittevernsenteret, som ikke bare har tålt at jeg har lagt ned arbeidet i lange perioder, men også heiet på meg hele veien. Det er godt å være flere i lag; så takk til mine medstudenter for inspirerende og hyggelige møter gjennom alle disse tre studieårene! Som alltid i slike prosesser er det familien som tar den største støytten. Takk til dere, for omtanke, tålmodighet, innspill og for at dere venter på meg!

Hilde Isaksen

07.05.2014

Sammendrag

Bakgrunn: I yrkesrollen som smittevernrådgiver for kommunehelsetjenesten har jeg erfart at en del av de nasjonale føringene for smittevern ikke er å gjenfinne i sykehjemmene, verken som en del av det skriftlige kvalitetssystemet eller i praksis.

Hensikt: Studien utforsker enhetsledernes oppfatning av muligheter og begrensninger når nasjonale føringer vedrørende smittevern skal implementeres i sykehjem, og ses i lys av vilkår i og utenfor sykehjemmet

Problemstilling: Hvordan forstå enhetsledernes utfordringer når nasjonale føringer vedrørende smittevern skal implementeres i sykehjem?

Teori: Michel Foucault maktbegreper anvendes for å forstå maktmekanismer som ikke er synlige. Foucault innlemmer diskursbegrepet i sine utlegninger, mens i denne studien brukes begreper fra Norman Fairclough diskursteori. Foucaults beskrivelser av maktmekanismer, samt begrepet diskurs brukes som analytiske redskaper, ikke som et helhetlig perspektiv der det tas høyde for alle implikasjoner ved disse teoretikernes tenking.

Metode: Studien har en kvalitativ forskningstilnærming basert på en hermeneutisk forståelsesmodell. Fem enhetsledere for sykehjem ble intervjuet, ved bruk av semistrukturerte intervju. Systematisk tekstkondensering er benyttet i analyse av tekst.

Funn: I sykehjemmene er det et mangfold av organisatoriske løsninger og enhetslederrollen varierer deretter. Mange og til dels motstridende verdier som råder i sykehjemmet. De nasjonale føringene som skal implementeres i sykehjemmet når ikke alltid fram til enhetslederne. Samhandlingsreformen har opptatt mye lederkapasitet, samtidig har økt press på sykehjemmene medført nye smittevernutfordringer. Skriftlige rutiner og praksis stemmer ikke alltid overens. Enhetsledernes rolle i implementeringsprosesser varierer, men store administrative oppgaver og økonomi går til tider på bekostning av faglig fokus, inkludert smittevern. Det peker seg ut et misforhold mellom nasjonale krav og kapasitet. Krav om leders ivaretagelse av smittevern står ikke i forhold til mengden administrative oppgaver som disse er pålagt.

Konklusjon: Vellykket implementering av nasjonale føringer vedrørende smittevern er ikke bare den enkelte enhetsleders utfordring, men en nasjonal utfordring som består i at ambisjoner ikke står i forhold til kommunenes/sykehjemmenes kapasitet og organisasjonsmodell.

Nøkkelord: Implementering, Retningslinjer, Smittevern, Kvalitet, Kunnskap, Sykehjem, Ledelse

Summary

Background: I have experienced, as an infection control supervisor for one of the Norwegian Municipal Health Service, that some of the national guidelines for infection control are not to be found in nursing homes, neither as a part of a written protocol nor as part of clinical practice.

Aim: This study explores clinical nurse managers (CNM) perceptions of the abilities and limitations to implementing national guidelines in infection control. Further, CNMs views are considered in regards to terms within the nursing home system.

Research question: How to understand CNMs challenges when implementing national guidelines concerning infection control in nursing homes?

Theory: Michel Foucaults power concept is utilized to understand power mechanisms that are not visible. Foucault incorporates the term discourse in his interpretations, though in this study, terms from Norman Fairclough discourse- theory is used. Foucaults description of power mechanisms, as well as the term discourse, are used as analytical tools. The theoretical thinking as a whole concept is not taken into consideration.

Method: This study has a qualitative research approach, based on a hermeneutical model to acquire understanding. Five nursing home CNMs were interviewed, using semi-structured interviews. *Systematic text condensation* was used in the analysis of the text.

Findings: The complexity of nursing homes is related to the various organizational structures and governance, and the role of the CNM varies accordingly. At the same time, there are several, often contradictory, value aspects in the nursing homes. Another finding, the national guidelines to be implemented are not received or mistakenly ignored by the CNM. Norwegian Governmental health reform, *Samhandlingsreformen 2012*, has also occupied management capacity, as well as increased the pressure of implementing infection control within nursing home. Written protocols and clinical practice does not always correlate. CNMs role in the processes of implementation varies, though administrative tasks and economy are at times at cost of evidence based practice, including infection control. There is a disparity between the national requirements and the capacity found in the nursing home system. The requirements

for managers' inclusion in infection control are not proportional with their daily administrative obligations.

Conclusion: Successful implementation of national guidelines concerning infection control is not only the individual CNMs challenge, but a national challenge based on an ambition that does not correlate to the capacity or organizational structure of the municipal and nursing home.

Key words: Implementation, Guidelines, Infection control, Quality improvement, Knowledge transfer, Nursing home, Leadership, Administrator, Leadership

Innhold

1.	INNLEDNING.....	1
1.1	Begrunnelse for valg av tema.....	2
1.2	Problemstilling.....	2
1.2.1	Ord, begreper og nasjonale dokumenter, relatert til problemstillingen	3
1.3	Avgrensninger.....	6
1.4	Oppgavens oppbygging	6
2.	TEORETISK FORANKRING	8
2.1	Tidligere forskning	8
2.2	Vitenskapsteoretisk forankring	9
2.3	Teoretisk perspektiv	11
2.3.1	Foucaults maktbegreper	12
2.3.3	Diskursbegrepet	13
3.	METODE	16
3.1	Datainnsamling, utvalg og rekruttering av informanter	16
3.2	Avklaring av egen rolle og refleksjoner rundt forforståelse.....	17
3.3	Etiske overveielser og validitet.....	18
3.4	Transkripsjon og tekstanalyse	20
4.	SYKEHJEMMET – MANGFOLD OG TVETYDIGHETER	24
4.1	Fem enhetsledere – fem verdener	24
4.1.1	Mangfoldet - håndterbart eller diskuterbart?.....	26
4.2	Verdikonflikter i sykehjemmet	29
4.2.1	Å balansere mellom verdier – et valg mellom helse og trivsel?.....	31
5.	STYRINGSSIGNALER I MØTE MED REALITETENE	35
5.1	Informasjonskanaler og informasjonsflyt.....	35
5.1.1	Brudd i informasjonsflyten - makt på avveie?.....	36
5.2	Samhandlingsreformen i forgrunnen	39
5.2.1	Samhandlingsreformen - forebygging for hvem?	43
6.	HÅNDTERING AV RAMMEVILKÅR - Å NAVIGERE I KOMPLEKSITETEN	47
6.1	Leders ansvar for kvalitetssystem og infeksjonskontrollprogram i sykehjem	47
6.1.1	Kvalitet i navnet eller kvalitet i gavnet?	50
6.2	Leders rolle i implementeringen av smittevernrutiner	55
6.2.1	Lederrolle, lederstil og implementering - leder eller lakei?	58

7. OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	63
7.1 Behov for videre forskning	66
7.2 En sluttkommentar om egen læring.....	67
REFERANSER	69
Vedlegg 1: Intervjuguide	73
Vedlegg 2: Forespørsel informantenes overordnede	75
Vedlegg 3: Forespørsel informanter/samtykkeerklæring	76
Vedlegg 4: Tilbakemelding fra NSD	78

1. INNLEDNING

I nesten hele min yrkeskarriere som sykepleier har jeg arbeidet innen fagområdet eldreomsorg og geriatri, først en kortere periode i sykehjem og hjemmetjeneste, senere i sykehus. De siste årene har jeg vært ansatt som smittevernrådgiver, med kommunehelsetjenesten som arbeidsområde.

Det er over 30 år siden jeg hadde mitt aller første møte med helsevesenet. Jeg var 17 år og hadde fått sommerjobb som assistent på et sykehjem. Inntrykkene var overveldende; den stramme lukten, de nakne veggene og linoleumsgulvene. Rommene med opptil fire gamle mennesker som ble stelt i sengene, uten at det ble satt opp skjermbrett mellom. Flere hadde amputerte ben på grunn av langtkommet diabetes og mange hadde spasmer og kontrakturer etter gjennomgått hjerneslag. Pasienter som vegret seg for å bli stelt og ble holdt fast og kjempet desperat mens jobben ble gjort. Et av de viktigste idealene var høyt tempo, og jeg fikk ros fordi jeg jobbet raskt og effektivt.

Når jeg får innblikk i dagens sykehjem, er det som om jeg puster lettet ut hver gang jeg har vært på et besøk. De viser meg stort sett nye bygg med koselige rom og stuer, minnerom, sansehager, badstuer og bar. De refererer til ulike satsingsområder slik som demens, ernæring, tvangsproblematikk, medikamentbruk og har som regel mye på gang. Dette til tross for at de samtidig beskriver travelhet og trang økonomi. Vel vitende om at det er overfladiske inntrykk jeg får, opplever jeg god atmosfære og har til gode å bevitne hendelser som jeg tolker som manglende respekt for pasientene.

Selv om agendaen for denne studien er å problematisere kvalitetsarbeidets vilkår i sykehjem, så er det vesentlig for meg å gi en anerkjennelse til alle de som har gjort sykehjemmene til det de er i dag. Slik jeg ser det må det ha foregått store kvalitetsforbedringer på mange fronter i løpet av de siste tiårene. Det ville være feilslått om denne studien blir forstått som en kritikk av sykehjemmene eller deres ledere.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Smittevern er en av grunnsteinene i sykepleien ettersom dette i stor grad handler om å ikke påføre sine pasienter unødig lidelse, og er i tråd med det Hippokratiske ikke-skade prinsipp (Hem, 2003). Infeksjoner kan få alvorlige konsekvenser for eldre i sykehjem både i form av funksjonssvekkelse og død. I en norsk studie fant man at lungebetennelse var den mest alvorlige infeksjonstypen med en dødelighet på 28%. Men det som overrasket forskerne var at også urinveisinfeksjon var assosiert med høy dødelighet på 14% (Koch, Eriksen, Elstrøm, Aavitsland, & Harthug, 2009). I tillegg til at smitteverntiltak dreier seg om å beskytte den enkelte pasient, omfatter det også tiltak for å beskytte personalet og det har også et samfunnsperspektiv gjennom tiltak for å beskytte befolkningen mot allmennfarlig sykdom (Forskrift om smittevern i helsetjenesten, 2005).

Vi som arbeider innen smittevern faget erfarer at retningslinjer og rutiner som er utarbeidet for å gi et bedre smittevern nødvendigvis ikke er implementert i helseinstitusjonene. (Fagernes, 2011). Vår oppfatning er at implementering er et lederansvar og dette understrekes også i *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedringer i sosial- og helsetjenesten 2005 – 2015*, der det heter: ”Kvaliteten på de tjenester som leveres, er et sentralt lederansvar. Det er også et ansvar for ledere å sikre gode kvalitetsutviklingsprosesser i organisasjonen” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 37).

Det er derfor av interesse å spørre: Hva er det som gjør at ledere ikke alltid innfrir forventningene om *gode kvalitetsutviklingsprosesser* med påfølgende resultater? Jeg motiveres av et ønske om å få bedre kjennskap til en verden jeg ikke helt forstår. Jeg er ansatt i spesialisthelsetjenesten, og har kommunehelsetjenesten som mitt primære arbeidsområde. Stillingen er en av mange som assosieres med en intensjon om samhandling mellom nivåene i helsetjenesten. Men jeg erfarer at god samhandling handler om mer enn god vilje, vi må også forstå terrenget.

1.2 Problemstilling

Med utgangspunkt i stikkordene ledelse, kvalitetsarbeid, smittevern, sykehjem og implementering ønsker jeg å belyse hvordan forventninger om gode

kvalitetsutviklingsprosesser fortøner seg for enhetsledere i sykehjem; Hvordan gjøres de kjent med nye retningslinjer og veiledere? Hvordan stiller de seg til disse? Hva er ledernes egne vurderinger i forhold til nytteverdi? Har ledere strategier for implementering? Hva anses som hindringer og dilemmaer? Og hva anses som suksesskriterier? Jeg skal arbeide ut fra følgende problemstilling:

Hvordan forstå enhetsledernes utfordringer når nasjonale føringer vedrørende smittevern skal implementeres i sykehjem?

Hensikten med studien er å belyse enhetsledernes muligheter og begrensninger i implementeringsarbeid som omhandler nasjonale føringer for smittevern i sykehjem. Smittevern kommer inn under paraplyen helsetjenestekvalitet, og sees i sammenheng med kvalitetsarbeid generelt. De utfordringene enhetslederne beskriver settes i sammenheng med nasjonal styring, organisasjonstrender og noen utvalgte nasjonale dokumenter omhandlende kvalitet i helsetjenesten.

1.2.1 Ord, begreper og nasjonale dokumenter, relatert til problemstillingen

Enhetsleder: Lederne som ble invitert til å delta i studien er øverste leder på sykehjemmet. Jeg benevner alle som enhetsledere, mens det i virkeligheten eksisterer mange ulike titler på disse stillingene, slik som virksomhetsleder, pleie- og omsorgsleder etc. Ledere som er underordnet enhetsleder, avdelingssykepleiernivået, har også mange ulike titler. I denne studien er alle benevnt avdelingssykepleier.

Sykehjem reguleres i *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie* (1989). Her listes det opp de ulike tilbudene som inkluderes. Fast plass betegnes som permanent opphold. Ut over det nevnes for eksempel attføring, avlastning, dagopphold og terminalpleie. Alle med opphold i sykehjem omtales i forskriften som beboer. I denne studien har jeg valgt å bruke pasient fremfor beboer.

Implementering: I denne studien forstås implementering enkelt sagt som *innføring* i den forstand at nasjonale føringer er å gjenfinne i praksisfeltet, nedfelt i skriftlige rutiner og i praktisk handling. En internasjonal definisjon som favner dette innholdet er:

...a planned process and systematic introduction of innovations and/or change of proven value; the aim being that these are given a structural place in professional practice, in the functioning of organizations or in health care structure. (ZON 1997 In: Richard Grol, Wensing, Eccles, & Davis, 2013)

Smittevern i sykehjem reguleres av flere lovverk. Viktigst er *Lov om vern mot smittsomme sykdommer* og *smittevernforskriften*.¹ (Forskrift om smittevern i helsetjenesten, 2005)

Smittevernforskriften påbyr sykehjemmene å ha et infeksjonskontrollprogram, som er en skriftlig prosedyresamling for alle infeksjonsforebyggende tiltak. Dette skal blant annet inneholde rutiner for grunnleggende smittevern, forebyggende tiltak mot enkeltsykdommer, håndtering av situasjoner med smitte, overvåking av infeksjoner, vaksinasjonstilbud, vern for ansatte, antibiotikabruk, samt rutiner for å hindre spredning av multiresistente bakterier² (ibid.). Helse- og omsorgsdepartementet er lovgivende instansen. Helsedirektoratet har overordnet strategi for smittevern i helsetjenesten. Tilsynsmyndigheten er Statens helsetilsyn og helsetilsynet i fylkene. Nasjonalt folkehelseinstitutt er et kontaktledd mellom disse tre instansene og helseinstitusjonene, og bidrar med samordning og veiledning. (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2006).

Nasjonale føringer: Klemsdal (2013) bruker benevnelsen *føringer* om reguleringer i arbeidslivet. Nasjonale føringer er en egnet samlebetegnelse for lover, forskrifter, retningslinjer, stortingsmeldinger og anbefalinger utgitt av nasjonale instanser slik som Helsedepartementet, Sosial- og helse direktoratet eller Nasjonalt folkehelseinstitutt. Jeg bruker også ordet føringer dersom det er snakk om lokale bestemmelser/anbefalinger. Det er en vesensforskjell på et lovkrav og en faglig anbefaling, noe jeg skal synliggjøre der det har betydning. Alle føringer det er snakk om i denne studien er dagsaktuelle, gjeldende føringer.

Kvalitet i helsetjenesten og gjeldende nasjonale dokumenter: Smittevern inngår som en del av kvalitetsarbeidet i helsetjenesten, og må sees i lys av *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005-2015* (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). I denne studien benevnes den som *nasjonal kvalitetsstrategi*.

¹ Forskriften har ikke en offisiell korttittel, men i omtales i fagmiljøet som *smittevernforskriften*.

² Bakterier som har utviklet motstandsmekanismer mot de vanligst brukte antibiotika. F.eks multiresistente gule stafylokokker (MRSA = Meticillinresisten Staphylococcus aureus), og multiresistente tarmbakterier; ESBL-produserende tarmbakterier (ESBL er forkortelsen for enzym som bryter ned antibiotika) Kilde: www.fhi.no

Kvalitet i helsetjenesten defineres som: ”at tjenestene skal være virkningsfulle, trygge og sikre, involvere brukere og gi dem innflytelse, samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte og være tilgjengelige og rettferdig fordelt” (ibid s. 12).

Til *Nasjonal kvalitetsstrategi* er det utviklet et oppfølgingshefte med anbefalinger (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). I denne studien er dette referert til som *kvalitetsstrategiens oppfølgingshefte*.

Disse to dokumentene må sees i sammenheng med stortingsmeldingen *God kvalitet – Trygge tjenester* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012), i denne studien som benevnt *stortingsmeldingen om helsetjenestekvalitet*. Denne slutter seg til den nasjonale kvalitetsstrategiens definisjon av kvalitet. Samtidig påpekes det i stortingsmeldingen om helsetjenestekvalitet at nasjonal kvalitetsstrategi er mer en veileder i kvalitetsarbeid enn et strategisk dokument for helsetjenesten. Det er altså stortingsmeldingen om helsetjenestekvalitet som gis gyldighet som en samlet strategi - en helhetlig politikk for kvalitet og pasientsikkerhet som inkluderer hele helse- og omsorgstjenesten.

Organisasjonstrender og New Public Management (NPM) er ikke et gjennomgående tema, men NPM gjøres relevant i begge drøftingsdelene i kapittel 6. Av praktiske grunner følger forklaringen her. NPM er en reformbevegelse der styringsmodeller fra bedriftsøkonomisk virksomhet gis innpass i offentlig sektor, med et mål om effektivisering (Orvik, 2004). Christensen et al. (2010) beskriver NPM som en handlekurv bestående av ulike prinsipper mer enn en helhetlig filosofi. Ingrediensene er profesjonalisering av ledelse, desentralisering styring, mål- og resultatstyring, brukermedvirkning og konkurransefremming (ibid.; Dalby, 2005; Orvik, 2004; Schaug, 2010). Bestiller-utfører modellen, benchmarking (målestokkanalyse), samt tonivåmodellen assosieres med NPM (ibid.). I tonivåmodellen er sykehjemmet definert som resultatenheter og er et av to styringsnivå, det andre er rådmannsnivået. Det tidligere mellomnivået med sektorleder er fjernet eller erstattet med rådgiver/kommunalsjef i rådmannens stab (Orvik, 2004). Tonivåmodellen innebærer at resultatenhetslederne gis større myndighet, politikernes rolle blir mindre framtrædende og kontrollmekanismene går fra å være instruksjoner til å styre etter mål (Brox, 2010).

1.3 Avgrensninger

Jeg ville bruke denne studien som døråpner til en verden jeg ikke helt forstår, og har valgt en noe resonnerende og essayistisk skrivestil, der jeg beveger meg mellom mikro og makronivå. I dette ligger noen utfordringer i å gjøre logiske og eksplisitte avgrensninger. Noen avgrensninger gjøres underveis i drøftingene. Her skal jeg på peke på noen viktige områder som det ikke er gitt plass til i denne oppgaven.

Jeg berører organisatoriske anliggender uten å relatere til systemteori eller andre organisasjonsteorier. Jeg kommer til å trekke inn effekter av reformbevegelsen New Public Management, men berører bare de elementene som umiddelbart lar seg relatere til materialet, ikke alle dens implikasjoner. Jeg relaterer empirien til noen utvalgte nasjonale dokumenter som omhandler helsetjenestekvalitet, men det fins svært mange flere dokumenter og også systemer for å rapportering og sammenligning av resultater, som ikke tas med her. Jeg kommer inn på samhandlingsreformen, der jeg har trukket ut noen essenser og forholder meg til den opprinnelige stortingsmeldingen om samhandlingsreformen, ikke til følgedokumenter i etterkant. Implementeringskunnskap er et stort felt i seg selv, og her er det mange teorier og forskningsresultater som *kunne* vært vist til, men jeg har prøvd å holde meg ganske strengt til kunnskap som jeg mener er relevant i drøftingsdelene.

1.4 Oppgavens oppbygging

Videre i denne oppgaven skal jeg kapittel 2 beskrive hvordan mitt tema og min innfallsvinkel relateres til eksisterende forskning om implementering i helsetjenesten. Deretter redegjør jeg for studiens vitenskapsteoretiske forankring og det teoretiske perspektivet som jeg skal drøfte empirien i lys av.

I kapittel 3 beskrives metodevalg og fremgangsmåte for innhenting av data og analyse, samt refleksjoner rundt egen rolle og etiske utfordringer.

Jeg har valgt å la presentasjon av funn og drøfting henge sammen. Det som viste seg krevende ved dette var å få framstillingen til å bli leservennlig. Jeg har løst dette på følgende måte:

Funn og drøfting er fordelt i tre hovedkapitler, kap. 4,5 og 6. Hvert hovedkapitel omhandler to temaer, fordelt i hvert sitt underkapitel. De til sammen 6 seks underkapitlene er bygd opp ved at funn/empiri fremstilles først, innledet med et sitat fra en av informantene. Det gjøres en kort oppsummering før påfølgende drøfting. Drøftingsdelene har fått sin egen avsnittsoverskrift.

I drøftingsdelene vil utdyping av de teoretiske perspektivene, forskningsresultater og innhold i offentlige dokumenter bli trukket inn i drøftingen der det er aktuelt, uten å konsekvent ha vært presentert i teorikapitlet. Jeg har i drøftingsdelene også spilt inn egne erfaringer fra yrkesrollen, men dette er gjort eksplisitt, slik at det ikke skal kunne forveksles med empiri fra studien.

Avslutningsvis gjør jeg en oppsummering, konkluderer og peker på behov for videre forskning. Jeg har også formidlet noen refleksjoner om hvordan jeg kan nyttegjøre resultatene i eget arbeid.

2. TEORETISK FORANKRING

2.1 Tidligere forskning

Det har vært vanskelig å finne studier som kombinerer alle temaene i min problemstilling; ledelse, sykehjem, smittevern, implementering, og samtidig vinkler dette fra leders ståsted. Jeg har derfor orientert meg ut fra forskning som ligger nært opp til problemstillingen i min studie, og jeg har valgt å la implementering av kunnskap i helsetjenesten være den røde tråden når jeg har søkt etter forskningslitteratur.

Det foreligger relativt mange publikasjoner av nyere dato som omhandler implementering av kunnskapsbasert praksis i helsetjenesten. En god oversikt over temaet fremkommer i en nyere bok skrevet av et internasjonalt ekspertteam (Richard Grol et al., 2013). I denne beskrives 16 ulike implementeringsteorier assosiert med ulike metoder og strategier, noe som indikerer at temaet er stort og innfallsvinklene mange. Til tross for mange mulige strategier er det flere oversiktsartikler som konkluderer med at man ikke kan utpeke noen universelle strategier, enten man fokuserer på organisering, organisasjonskultur eller metoder Franke (Francke, Smit, de Veer, & Mistiaen, 2008; Parmelli et al., 2011; Wensing, Wollersheim, & Grol, 2006) Stetlers (2003) konklusjon om sammenheng mellom organisering og implementering er beskrivende: "There are no magic bullets" (ibid., s.102).

I publikasjoner om implementering, er ledelse og ledelsesforankring ofte utpekt som viktige faktorer for å lykkes. (Cummings et al., 2010; Francke et al., 2008; Gifford, Davies, Edwards, Griffin, & Lybanon, 2007; Scott-Cawiezell & Vogelsmeier, 2006). Lederrolle, lederstil og leders involvering gis betydning. En studie relaterer ledelse direkte til smittevern og konkluderer med at leder spiller en viktig rolle i smittevernarbeidet (Sanjay Saint et al., 2010). Studier som omhandler pasientsikkerhetskultur har ofte hatt sykehus som utgangspunkt, men de siste årene har slike studier også vært gjort med utgangspunkt i sykehjem (Bonner, Castle, Perera, & Handler, 2008). Her påpekes betydningen av å ta høyde for de forholdene som gjelder for sykehjemmene spesielt. Studier gjort i sykehjem og/ eller geriatrisk fagfelt bekrefter at det er kan være problematisk å overføre kunnskap til praksis (Bostrom, Slaughter, Chojecki, & Estabrooks, 2012). To norske studier relaterer samme tendensen til norske sykehjem (Ødegård, Botten, Gjevon, & Romøren, 2010; Ødegård, Botten, & Romøren, 2008).

Det foreligger etter hvert mange studier som beskriver at kompleksitet virker inn på implementering (Cammer et al., 2013; Cramm, Strating, Bal, & Nieboer, 2013; McCormack et al., 2002; Rycroft-Malone, 2008). Ledelse og organisering identifiseres som en av flere faktorer som har innvirkning. Men da bare med et fokus på interne organisatoriske forhold; man ser innover, ikke utover. Jeg finner ikke mange studier som har sett på implementering av føringer om smittevern/kvalitet sett fra leders eget ståsted, med unntak av de to nevnte norske studiene (Ødegård et al., 2010; Ødegård et al., 2008).

Tidligere studier har pekt på sammenhengen mellom implementeringsforøk og barrierer, og pekt på ledelse i den forbindelse. Men samtidig som man peker ut leder som en ansvarlig part og en avgjørende faktor, så gjenstår det å si noe mer om hvordan sykehjemmets øverste leder ser på implementering som omhandler smittevernrutiner og om de rammer og vilkår som omslutter dette ledernivået..

Jeg har søkt etter artikler, både systematiske oversiktsartikler og enkeltstudier, i følgende databaser: *British Nursing Index*, *CINAHL*, *Cochrane Library*, *DARE*, *PDQ-Evidence*, *PubMed* og *SveMed+*. Jeg har brukt følgende søkerord i ulike kombinasjoner: Implementation, Guidelines, Quality Improvement, Knowledge translation, Infection control, Infection prevention, Long-term care, Nursing home, Leadership, Administrator, Management.

2.2 Vitenskapsteoretisk forankring

I vitenskapsteori er begrepene ontologi og epistemologi sentrale, det vil si læren om væren, også kalt erkjennelsesteori (Thornquist, 2003). Det er særlig epistemologien som er vitenskapsteoriens anliggende; det å reflektere over de metodene som tas i bruk for å skaffe kunnskap om verden. Det betyr at forskningsspørsmålet og planlagt bruk av teori impliserer et epistemologisk ståsted, som i sin tur influerer på metodevalg (ibid.).

En måte å redegjøre for dette på er å ta utgangspunkt i kontrastering mellom to kunnskapsparadigmer. Et paradigme er en anskuelse, et tankesett, et perspektiv med der tilhørende spilleregler som man orienterer seg i verden ut fra (Polit & Beck, 2012). I det positivistiske paradigmet er naturvitenskapen og medisinsk kunnskapsutvikling forankret. I dette paradigmet er de kvantitative metodene egnet. Jeg orienterer meg i forhold til det

konstruktivistiske paradigmet som rommer forståelsesmodeller for erfaringen og det levde liv (ibid.). Kvalitativ forskningstilnærming assosieres med dette paradigmet, og er egnet når man vil forske på fenomeners meningsinnhold, beskaffenhet og menneskelig samhandling, rolleutøvelse og symbolbruk (Fossaskåret, 1997). I motsetning til positivismens deduktive metoder, er metodene i kvalitativ forskningstilnærming induktive, det vil si at man primært tar utgangspunkt i empiri for å si noe om verden, eventuelt utlede teori (Polit & Beck, 2012). Teorien er med andre ord mer en støtte enn en styring.

Den kvalitative forskningstilnærminga inkluderer ulike filosofiske retninger der fenomenologi og hermeneutikk står sentralt. Ofte benyttes disse i kombinasjon. I min studie er det den hermeneutiske tradisjonen jeg primært er inspirert av, og skal avgrense meg fra videre forklaringer om fenomenologien, bare konstatere at det kan være vanskelig å dra skarpe skillelinjene mellom disse to retningene. Dette fordi teoretikere som er sentrale i den hermeneutiske tradisjonen ofte er influert av Edmund Husserls fenomenologi (Thornquist, 2003).

Hermeneutikk er fortolkningslære med utgangspunkt i fortolkning av tekst. Retningen har de siste par århundrene utviklet seg til å bli en selvstendig disiplin som omhandler fortolkning og forståelse i videre forstand (Gulddal & Møller, 1999). Filosofene Friedrich Schleiermacher og Wilhelm Dilthey regnes som grunnleggere av den tradisjonelle hermeneutikken. Førstnevnte assosieres med introduksjon av den hermeneutiske sirkelen som beskriver fortolkning som en prosess der delene må sees i lys av den helheten de inngår i, og helheten må sees i lys av delene (Gulddal & Møller, 1999). Den filosofiske hermeneutikken assosieres særlig med de tyske filosofene Martin Heidegger og Hans-Gerorg Gadamer. Hermeneutikken gis gyldighet som en menneskelig grunnstruktur; mennesket blir ansett som forstående og fortolkende vesener (Thornquist, 2003). I dette ligger refleksiviteten som i kvalitativ forskningstradisjon betyr at forskeren anses som en aktiv deltaker i kunnskapsutviklingen (Davies, 2008). En epistemologisk konsekvens er at funn må sees på som et produkt av interaksjonen mellom forskeren og informantene (Polit & Beck, 2012). Virkeligheten er ikke noe forskeren har direkte tilgang til, men den må sees på som en subjektiv og mangfoldig virkelighet slik den fremstår for de som skaper den og deltar i den, inkludert forskeren selv (ibid.). Malterud (2011) supplerer dette bildet ved å føye til at dreier seg om ”en kunnskapsutvikling som aldri kan bli fullstendig, men som handler mer om nye spørsmål enn om universelle sannheter” (ibid., s. 26).

Gadamer understreker at det er en naturlig forutsetning for mennesker å møte verden med en forutinntatthet, og forforståelse eller fordommer kan både være produktive og hemmende (Gulddal & Møller, 1999). Han bruker begrepet *horisont* om menneskets gitte ståsted - dannet av historie og tradisjoner. I møtet med andre horisonter blir man seg bevisst sin forforståelse og det gir mulighet til å revidere egen forståelse (ibid.). Gadamer ga et nytt meningsinnhold til den hermeneutiske sirkelen; det dialektiske forholdet mellom forforståelse og forståelse – i en uendelig prosess.

Min problemstilling er innrettet på *hvordan forstå en annens erfaring*, der jeg ikke primært har som siktemål å forstå individet bak erfaringene, men er vel så opptatt av å forstå og mene noe om en situasjon og om vilkår. I så måte er det i kritisk hermeneutikk og kritisk teori assosiert med Jürgen Habermas gjenfinner jeg perspektiver som rommer fortolkning satt i sammenheng med samfunnsforhold og diskurs (Thornquist, 2003). Habermas etterlyser en kritisk dimensjon og fokus på maktforhold i den filosofiske hermeneutikken. Han er opptatt av at språkets ideologiske natur og språket som maktmiddel. Hermeneutikken kan bidra til å avsløre språklig maktbruk (ibid). Kritisk forskning har blitt beskrevet som *trippel hermeneutikk*, som betyr at man har gått veien om individets tolkning av seg og sin situasjon, så forskerens fortolkning av denne virkeligheten, før forskeren tolker samfunnsmessige påvirkninger inn i sammenhengen (Thagaard, 2013). Ofte er det snakk om en politisk agenda der man stiller spørsmål ved samfunnsforhold.

Vitenskapsteorien hjelper meg med å forstå hvordan jeg erverver forståelse. Men jeg trenger også et perspektiv å se verden ut fra. Jeg er opptatt av å se på hvordan strømninger, ideologier og styringssignaler som påvirker enhetslederne direkte eller indirekte, og er med på å sette betingelser for valg. Derfor lot jeg meg inspirere av Foucaults begreper makt og diskurs.

2.3 Teoretisk perspektiv

Spørsmålet mitt ble om koblingen mellom et hermeneutisk utgangspunkt og et Foucault inspirert perspektiv lot seg forene. Jeg støtter meg til Malterud (2011) som åpner for at man også kan ”bruke diskursanalyse som perspektiv uten nødvendigvis gjennomføre en fullstendig formell diskursanalyse” (ibid., s. 143) I diskursanalyser er det er språk og språkssystemer som er gjenstand for analyse (Neumann, 2001), og i min studie er språklige påvirkninger et

perspektiv. Jeg skal se empirien opp mot nasjonale dokumenter om kvalitet, samhandlingsreformen, organisatoriske trender, og sette det i et diskursivt perspektiv. Jeg skal benytte to analytiske perspektiver som innfallsvinkler i drøftingen; elementer av filosofen Michel Foucaults utlegninger makt og begrepet diskurs slik Foucaults etterfølgere har brukt begrepet. Disse teoretikernes tenking har implikasjoner jeg ikke tar høyde for ettersom intensjonen ikke er å anvende et helhetlig perspektiv ut fra deres filosofi. Perspektivene er tenkt som en hjelp til å forstå sammenhenger mellom mikro og makronivå.

2.3.1 Foucaults maktbegreper

Michel Foucaults utlegninger om makt strekker seg over en lengre tidsperiode hvor han over tid fremlegger hypoteser, forkaster noen av dem og revurderer tidligere synspunkter (Lundgren, Truls, Engebretsen, & Heggen, 2012). På grunn av dette snakkes det gjerne om *den tidlige* og *den sene* Foucault (Neumann, 2002). Jeg støtter jeg til sekundærlitteratur, primært Neumanns (2002) forord i Foucaults *Forelesninger om regjering og styringskunst*, Farsethås' (2009) artikkel om Foucaults maktanalyser, Flyvbjergs (1991) bok *Rationalitet og magt*, samt de fleste av kapitlene i boka *Makt på nye måter* (Engebretsen & Heggen, 2012), der analysene i stor grad er inspirert av Foucaults maktbegreper – og eksemplene er relatert til norsk offentlig sektor. Jeg legger meg tett opp til den anvendelsen som disse ulike forfatterne gjør, og i den grad det er mulig lener jeg meg på mer enn en kilde. I dette ligger det et forbehold at disse kilder anvender Foucaults begreper på en måte som lar seg forsvare.

Foucault undersøkte maktmekanismer i ulike samfunnsinstitusjoner i ulike tidsepoker, og endte opp med ulike begreper. I eksempler fra 1600-1700 tallets Europa var makthaver synlig, en keiser eller konge, og maktmidlene var avstraffelser og tortur. Denne maktformen er i følge Foucault *suverenitetsmakt*³ (Lundgren et al., 2012).

Med utgangspunkt i eksempler fra rundt 1800-tallet viser Foucault til at man ved hjelp av kunnskaper om individene og statistikker kunne kategorisere befolkningen og styre på bakgrunn av denne kunnskapen, eller slik Neumann (2002) uttrykker det; ”forvalte befolkningen” (ibid., s. 14). Dette er *disiplineringsmakt* der et av Foucaults viktigste poenger reises; det er en tett sammenheng mellom kunnskap og makt; staten kan bruke kunnskapene

³ Oversettelsen av Foucaults begreper er som i Lundgren et al (2012)

og statistikken til å få mest mulig nytte av befolkningen ved å legge til rette for produktivitet (Farsethås, 2009; Neumann, 2002). Foucault stiller spørsmål ved hvilke ordninger staten skal ha for de som ikke er produktive; ”Skal de drepes? ... Anonymiseres? ... Institusjonaliseres ...?” (Neumann, 2002, s. 18).

Etter at Foucault analyserte maktmekanismene med utgangspunkt i moderne, liberale demokratier ble disse maktformene supplert med en form for makt som han kalte *gouvernementalité*, eller *styringsmentalitet* (Lundgren et al., 2012). Styringsmentalitet er en indirekte form for makt som skal bidra til å forstå hva makt er når *hodet hugges av kongen*, et uttrykk som Foucault ofte siteres på (Farsethås, 2009).

Liberale styresett avføder indirekte og diskret styring. Det opprinnelige begrepet *gouvernementalité* henspeiler på de styrende og de styrtes mentalitet, og skal forstås som at makten ligger i relasjoner, ikke som noe som kan eies, men noe som *er* (Farsethås, 2009). Foucault poengterte at makt i denne betydningen ikke er enveis eller negativ. Den skal heller forstås som, produktiv og nøytral (ibid.). Men makt i liberale demokratier må også være diskret for å tolereres (Flyvbjerg, 1991). En viktig maktmekanisme blir derfor *styring av styringen*. En av måtene Foucault skal ha uttrykt dette på er: ”styringen av individet ved hjelp av deres egen sannhet” (Neumann, 2002, s. 14). Med andre ord; styring tar mer og mer form av at individene får frihet, samtidig som styringsmekanismene innbyr til at de skal kontrollere seg selv, noe som i dag viser seg gjennom for eksempel internkontrollsystemer i arbeidslivet (ibid.).

En av de maktmekanismene som Foucault beskriver er å regne for en metafor; *Panoptikon* er en konstruksjon i et tårn i fengselet, der fangevokteren ikke er synlig for fangene. Dermed kan de ikke vite om de er under observasjon eller ikke. Dette skal være et bilde på at når vi tror vi kan bli sett, så opptrer vi som om vi blir det (Lundgren et al., 2012).

2.3.3 Diskursbegrepet

I tillegg til at Foucault har spilt en sentral rolle i å utvikle forståelsen av makt, skrives diskursbegrepet ofte tilbake til Foucault, og det er en nær sammenheng mellom makt og

diskurs. Når det er sagt; jeg skal legge an en litt annen forståelse av diskurs enn den Foucault ga.

En enkel definisjon på diskurs er: ”en bestemt måte at tale om og forstå verden (eller udsnit af verden) på.” (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 9). Diskurs er altså tett knyttet opp mot språk og tekst. Men for å fange opp hvordan diskurs kan forstås som en innvirken på praksis og sosialt liv er trolig denne definisjonen mer presis:

En diskurs er et system for frembringelse av et sett utsagn og praksiser som, ved å innskrive seg i institusjoner og fremstå som mer eller mindre normale, er virkelighetskonstituerende for sine bærere og har en viss grad av regularitet i et sett av sosiale relasjoner (Neumann, 2001, s. 18).

Jeg skal ikke gjøre diskursanalyse, og dermed ikke gå analytisk til verks for å avgrense gitte diskurser. Jeg forholder meg heller ikke til den type tekst og den mengde tekst som en ren diskursanalyse fordrer. Det er begrepet diskurs som perspektiv som interesserer meg, fordi jeg mener det er anvendelig for å kaste lys over praksiserfaringer. Lindseth og Nordberg (2004) begrunner hvorfor vi bør være opptatt av diskurser:

We call such a meaning that manifest itself historically, a discourse (8). We may engage in discourses with enthusiasm, we may suffer under our participation in them; we may work against them or step out of them. Frequently it is not our power as individuals to change them. Nevertheless, discourses, such as the discourse of healthcare, are continuously changing and we also take part in this process of change. For these reasons reflection on lived meaning and its essential traits is important. Without such reflection on lived meaning it is difficult to become aware of unfortunate practices we are part of (ibid., s. 148).

Det er et slektskap mellom makt og diskurs som understrekes i dette utsagnet: ”Diskurs – det som kan tenkes og snakkes om i et samfunn – er en form for internalisert makt som styrer vår atferd og våre tilbøyeligheter.” (Otterlei, Engebretsen, & Heggen, 2012, s. 141). Språk er sentralt i all forståelse av diskurs, og når jeg beveger meg mellom informantenes utsagn, stortingsmeldinger og andre dokumenter, kan jeg i enkelte sammenhenger øyne den kraften språklig påvirkning har. Gjersøe, Engebretsen & Heggen (2012) formulerer dette poenget slik:

Ved at stortingsmeldinger stadig siteres og kommenteres, skapes og reproduseres tekstens autoritet og makt.... Teksten reproduserer og forsterker sin makt ved å

sirkulere i samfunnet, ved å gjøres til gjenstand for stadig kommentering og sitering. (ibid. s. 49)

Det har utviklet seg flere teoretiske retninger med ulik tilnærming til diskursbegrepet og diskursanalyse (Jørgensen & Phillips, 1999). Jeg avgrensner meg fra å redegjøre for disse nyansene, men når jeg ikke følger Foucaults forståelse, så er det fordi han oppfattet diskursene som store, enerådende og overgripende tematikker i en tidsepoke (ibid.). Jeg har i tråd med andre forståelser av begrepet brukt diskursen om mindre områder, og ser på diskurser som til dels adskilte, til dels overlappende og til dels motstridende samfunnsområder (ibid.). Da tillates avgrensninger som for eksempel ”akkrediteringsdiskurs” (Eilertsen, Engebretsen, & Heggen, 2012, s. 75).

Det er et av begrepene innenfor diskursteoriene, som jeg finner anvendelig og som ikke bare bidrar til å forklare befesting av diskurser, men forklarer også forandring. Opphavet er lingvisten Norman Fairclough som assosieres med en retning kalt kritisk diskursanalyse (Jørgensen & Phillips, 1999). Et viktig trekk ved denne retningen er antagelsen om diskursene avspeiler sosiale strukturer – i tillegg til å skape dem (ibid.), altså et dialektisk forhold. Fairclough definerer et gitt felt som *diskursorden*, for eksempel kan en institusjon være en diskursorden. Diskursorden beskriver en arena der mange diskurser gjør seg gjeldende samtidig, og kan stå i et konkurrerende forhold til hverandre. I følge Fairclough er det slik at en diskursorden som preges av motstridende diskurser tenderer til å være ustabil og ser dette i sammenheng med et potensial for forandring, mens en diskursorden der diskursene er mer parallelle tenderer til å være stabil (ibid.). I denne studien er sykehjemmet pr definisjon en diskursorden.

Jeg støtter meg til teoretikere innenfor hermeneutikken som var opptatt av å innlemme samfunn og politikk i fortolkningen, og kobler dette til et teoretisk perspektiv som forklarer maktmekanismer og diskurs. Med det oppnår jeg en verktøykasse som er til hjelp når jeg ønsker å koble beretninger, fortolkning og samfunnsperspektiv – det vil si den triple hermeneutikken (Thornquist, 2003).

3. METODE

Jeg skal i dette kapitlet beskrive metodisk fremgangsmåte for veien fra problemstilling til analyse. Hermeneutikken fremstår som forståelsesmodell til hjelp i analysen, der dialektikken mellom helhet og del, forforståelse og forståelse gjør seg gjeldende straks man begynner å snakke med folk eller lese tekst. Jeg støtter meg til Coffey og Atkinson (1996) som fremholder viktigheten av at analyseprosessen ikke skal være et siste steg, men skal være en refleksiv prosess gjennom hele forskningsforløpet.

3.1 Datainnsamling, utvalg og rekruttering av informanter

I datainnsamlingen valgte jeg å gjøre bruk av kvalitative intervjuer ettersom jeg anså det som den beste tilgangen til å få mer utfyllende bilde av leders vilkår. Både observasjonsstudier og også kvantitative metoder, slik som for eksempel spørreundersøkelse, ville kunne vært nyttige supplementer, men med den tiden jeg hadde til rådighet var det intervjuer som framsto som det beste alternativet. Av geografiske hensyn la jeg opp til individuelle intervjuer, men har tro på at fokusgruppeintervju kunne vært fruktbart dersom det hadde ligget til rette for det. Jeg utarbeidet en intervjuguide av typen semi-strukturert intervju (Olsen, 2003), men innså at strukturen jeg hadde lagt opp til var vel stram. Jeg løste det ved å frigjøre meg fra intervjuguiden i intervjusituasjonene, og lot den fungerer som en sjekklister til slutt. (Vedlegg 1)

En forskningsenhet kan være et sted, et geografisk område, en organisasjon eller lignende (Fossåskaret, 1997). Kommunehelsetjenesten i et gitt geografisk område er mitt arbeidsområde, og samtidig som jeg søkte kunnskap som kan komme til anvendelse i flere settinger, var jeg motivert for å frembringe kunnskap som har gyldighet i det geografiske området der jeg også en yrkesrolle. Jeg ønsket derfor å ta utgangspunkt i lokalsykehusområdet for eget sykehus når jeg rekrutterte informanter. Dette utgjør 30 kommuner med om lag 50 sykehjem.

For å få svar på problemstillingen ble kriteriet for rekruttering av informanter at de hadde erfaring med det fenomenet jeg ville studere, med andre ord et strategisk utvalg (Olsen, 2003).

Jeg ønsket å snakke med sykehjemmets øverste leder, ofte titulert som enhetsleder. Jeg ville få tak i deres refleksjoner, deres egne beskrivelser av sin rolle og av rammene rundt, slik de ser det.

I kvalitativ forskningstilnærming er det ikke krav til at utvalget skal være tilfeldig eller representativt. I mitt tilfelle måtte jeg likevel vokte meg for å ikke bli styrt av at jeg hadde et visst kjennskap til mange av enhetslederne fra før. Jeg ville heller ikke la geografien være styrende i den forstand at jeg ville favorisere områder med kort reisetid. Jeg la opp til at kommunestørrelse skulle få være bestemmende for rekrutteringen, dette for å få bredde i kunnskapstilfanget. Jeg antok at dette kunne ha betydning for leders situasjon.

Kommunene i lokalsykehusområdet varierer fra under 1000 innbyggere til omlag 70 000. Jeg planla å intervju 5 enhetsledere; To fra bykommuner (Fra 10000 innbyggere), en fra stor kommune (3500- 9999 innbyggere), en fra mellomstor kommune (2000 – 3499 innbyggere) og en fra liten kommune (under 2000 innbyggere). Inndelingen i størrelseskategorier er ikke gjort ut fra offisielle kriterier, men ut fra egen skjønsmessig vurdering. Utvelgelsen foregikk ved trekking, og ble utført av en utpekt person som ikke er involvert i studien. Når trekkingen var utført viste det seg at jeg satt med enhetsledere som jeg ikke hadde hatt tett kontakt med i yrkesrollen. De var spredt over et stort geografisk område.

Jeg innhentet samtykke fra rådmann eller ansvarlig på rådmannsnivå. Disse ble forespurt i en e-post vedlagt det samme skrivet om studien som enhetslederne i neste omgang mottok (vedlegg 2). Dernest fikk de aktuelle informantene tilsendt informasjonsskriv med samtykkeerklæring (Vedlegg 3). Samtlige sa seg villige til å delta i studien. Alle ble oppringt for nærmere avtale og jeg reiste ut til deres tjenestested.

3.2 Avklaring av egen rolle og refleksjoner rundt forforståelse

Jeg måtte reflektere nøye over egen rolle ettersom jeg ville rekruttere informanter i et område der jeg også har en rådgiverrolle. I yrkesutøvelsen går jeg inn for å bli oppfattet som samarbeidspartner og ikke som kontrollør, men jeg har selvsagt ikke oversikt over hvordan dette oppfattes. I rollen som student vil det også være en viss risiko for at informantene føler at de blir ”kikkert i kortene”, ikke minst ettersom jeg skulle spørre om ting som jeg ofte erfarer

ikke fungerer etter intensjonen. Jeg løste dette ved å presentere de ulike rollene mine i informasjonsskrivet som ble sendt ut på forhånd. Jeg innledet også intervjuene med å si noe om dette. Og ikke minst var det viktig å få presisert at jeg ikke var ute etter å drive feilsøking, men heller prøve å forstå hvordan ting forholder seg sett fra deres ståsted.

Et annet moment ved egen rolle var at jeg har valgt tema og forskningsenhet som er så nært opp til yrkesrollen. Utfordringen med å erkjenne egen forforståelse er desto større, og det er forbundet med en fare for å ikke klare å oppnå ny forståelse. En mangelfull erkjennelsesprosess vil i sin tur forringe kunnskapsutvikling. For å forsere noe av eget filter og åpne for verden, hadde jeg skissert følgende resonnement: ”Jeg har erfart at mange enhetsledere ikke forholder seg til smittevernfeltet slik jeg forventer. Jeg velger å tro at det ikke handler om inkompetanse eller manglende vilje. Hva er da forklaringen?” Dette er beslektet med det som Malterud kaller kontrahypoteser (Malterud, 2011). Hun foreslår at man underveis formulerer hypoteser som er motsatt til de funnene vi har forventet å gjøre. Det var ikke helt det jeg hadde gjort, men hensikten er den samme; å åpne opp for ny forståelse.

3.3 Ethiske overveielser og validitet

Denne studien er meldt inn og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste (NSD) (Vedlegg 4). Jeg har fulgt de prosedyrene jeg anga om at alt materiale som informantene har bidratt til, både lydfiler og utskrifter fra transkripsjon har blitt oppbevart i låst arkivskap, og tekst er bare å finne på datamaskin der det kreves passord. Det er protokollført hvor lenge lydfiler og transkripsjoner kan oppbevares, og informantene er skriftlig orientert om dette. I oppgaveteksten aidentifiseres informantene slik de har blitt forespeilet, og av den grunn blir alle betegnet som ”hun”. Jeg har ikke gitt informantene et navn eller kjennetegn som knytter den enkelte til sine utsagn. De gangene jeg mener det er relevant for sammenhengen nevner jeg omstendigheter underveis, for eksempel kommunestørrelse, hvorvidt de er leder for flere tjenester eller lignende.

Ut over det har jeg forholdt meg til *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag* (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), 2009), samt kapitler omhandlende forskningsetikk i metodebøker, fortrinnsvis Malteruds bok om kvalitative metoder (Malterud, 2011).

Jeg skulle intervjuer voksne, velutdannede mennesker i høye stillinger, og så ikke behov for å sette meg inn i problematikk som omhandler hvordan man møter sårbare personer. Likevel kan en intervjusituasjon oppleves uventet. Jeg la derfor vekt på å avklare roller og etablere en avslappet stemning. Jeg nevnte at jeg selv hadde vært i lederposisjon, og når de tilkjennega at de kom til kort, kunne jeg til tider skyte inn at det de beskrev ikke er uvanlig å høre. Alle intervjuene bar preg av naturlig samtale. Når jeg lyttet til intervjuene i etterkant kunne jeg ikke spore noe som tydet på nervøsitet eller ubehag. Alle snakket fritt og utvunget. Under alle intervjuene var det steder underveis at det var det latter og humring. Noen av informantene kom med uttalelser som nærmest var litt for fortrolige, og jeg har lagt vekt på å utelate utsagn som jeg antar at de i etterkant ville finne uheldige.

Det er vanskelig å kontrollere om informantene har behov for å pynte på sannheten for å ikke fremstå i et dårlig lys, men jeg satt ikke med inntrykk av at dette var tilfelle under disse intervjuene. De fortalte lett om ting som ikke fungerte, og flere av dem kommenterte at de nå var ærlige.

Mine informanter beskrev alle at de hadde en travel arbeidshverdag, og alle hadde anstrengt seg for å sette av tid til intervjuene. En møtte på feriedagen, en annen når hun skulle hatt hjemmekontor. Og en av informantene kom fra det ene møtet og skulle direkte på et annet etter intervjuet. Jeg ble derfor påminnet om Malteruds (2011) poeng om at man ikke skal misbruke andres tid og tillit i studier som ikke fører fram til relevant kunnskap. Denne etiske forpliktelsen bidrar til å holde oppe et visst ambisjonsnivå.

Malterud (2011) bruker i sin metodebok begrepet validitet om gyldighet i forskningen. *Intern validitet* er et uttrykk for *hva* forskeren snakker sant om. *Ekstern validitet* dreier seg om overførbarhet og er et spørsmål om hvilke sammenhenger funnene er overførbare til (ibid.). I min oppgave vil eksempel på intern validitet være at jeg uttrykker at jeg skal gi et sant bilde av enhetsledernes opplevelse av sin rolle i implementeringsarbeid, mens jeg ikke kan påberope meg å si noe sant om ansattes opplevelse av leders rolle i så måte. Intern validitet fordrer at det er samsvar mellom problemstillinga, spørsmålene som stilles til informantene, hvordan spørsmålene oppfattes og hvilke svar som gis. Når det gjelder ekstern validitet, eller overførbarhet, kan dette til dels sikres gjennom at utvalget representerer et visst mangfold (ibid.). I min studie har jeg for eksempel prøvd å sikre variasjon i utvalget ved å sørge for at ulike kommunestørrelser er representert. Hadde alle informantene vært fra små kommuner,

kunne det resulterte i at resultatene ville fremstå som irrelevant, eller lite overførbare, til store kommuner. Ambisjonen er ikke bare å sikre overførbare til andre sammenhenger, men også beslektede problemstillinger. For eksempel må man ikke være spesielt interessert i smittevern for å fatte interesse for min studie. Det kan være at man har implementering generelt som interessefelt eller samhandling mellom helsetjenesteneivåene.

3.4 Transkripsjon og tekstanalyse

Intervjuene varte fra 50 minutter til halvannen time og ga til sammen ca. 70 sider transkribert tekst. Jeg foretok transkriberingen selv, og alle intervjuene ble gått gjennom en ekstra gang for å unngå at noe var misoppfattet eller sitert feil. Jeg markerte for latter, humring, nøling og pauser. Ut over det var det ingen følelsesuttrykk eller lignende som måtte noteres. Jeg valgte å skrive bokmål, og har også brukt bokmålsform på sitatene. Dette primært for å ivareta anonymisering, men mest sannsynlig kan det gjøre formidlingen enklere også. Malterud (2011) åpner for at det er bedre å justere på sitatene enn å være så tro mot originaltekst at budskapet fordunkles. Jeg har i liten grad måttet foreta slike justeringer, men har på noen av sitatene fjernet fyllord.

Den konkrete fremgangsmåten jeg har benyttet for kvalitativ innholdsanalyse er *systematisk tekstkondensering* beskrevet av Malterud (2011). Når valget falt på denne, så var det fordi jeg fant det fordelaktig å benytte en bok der tekstanalysen sees i sammenheng med alle de andre prosessene i et studieførløp. Malterud bygger på en metode utviklet med røtter i fenomenologien, inspirert av Giorgi (ibid.) Men jeg anser det som uproblematisk å bruke denne i en studie som er hermeneutisk orientert. Metoden har gitt en logisk og systematisk måte å håndtere teksten på.

Jeg måtte gjøre noen avveininger før jeg valgte analysemetode ettersom det mest nærliggende var å strukturere materialet etter temaene i intervjuguiden. Men med den nærheten jeg hadde til feltet, hadde jeg satt meg i en situasjon der jeg i høy grad risikerte å være låst opp i egen forforståelse, og en måte å åpne opp på var å lese egen tekst med et åpent blikk. Jeg var også motivert av læringen det er å følge en oppsatt metode for tekstanalyse. I tillegg til å se andre temaer enn de som var i intervjuguiden, ble jeg også veldig godt kjent med egen tekst på denne måten.

Tilgangen til metodebeskrivelsen for systematisk tekstkondensering er utelukkende hentet fra Malteruds bok om kvalitative metoder (Malterud, 2011), og når jeg i det følgende referer til henne så er det konsekvent fra denne kilden. Selv om jeg la meg tett opp til Malteruds metodebeskrivelsen gjorde jeg noen egne veivalg som jeg skal gjøre rede for på slutten av avsnittet. Jeg skal her beskrive min tilpasning til de fire analysetrinnene som metoden består av.

Det første trinnet i systematisk tekstkondensering er å lese intervjuet teksten åpent og minst mulig farget av forforståelse og teori. Målet er å finne fram til noen midlertidige overordnede temaer. I en avveining om hvor godt disse er egnet for å belyse problemstillinga vil de oftest reduseres. Malterud foreslår at man ender med 3- 6 temaer. Ifølge henne er det slik at dersom temaene ligger nært opp til intervjuguiden, kan det bety at man er låst av egen forforståelse. I så måte hadde jeg lyktes med å finne nye måter å se på materialet på, da ingen av de tre temaene jeg endte opp med var formulert i intervjuguiden. Disse tre temaene var:

Kompleksitet. Ytre påvirkning. Indre rammevilkår. Når jeg kom til drøftingen viste det seg riktignok at det ikke er helt stringente størrelser ettersom mikro og makronivå – ytre og indre vilkår – tenderer til å gå over i hverandre. Men hovedtemaene har likevel fungert som en måte å sortere materialet på. Jeg har holdt fast ved disse, og de er å gjenfinne i omformulert form som overskrifter på kapitlene 4, 5, og 6.

Det andre analysetrinnet består i å identifisere meningsbærende enheter i teksten. Tekst som ikke lar seg sortere inn under de valgte temaene eller har noe annen verdi forkastes. De meningsbærende enhetene skal kodes. Malterud betegner kodingen som en systematisk dekontekstualisering. Koder i mitt materiale var for eksempel *økonomi*, *samhandlingsreform*, *faglig agenda*. Jeg fant det hensiktsmessig å klippe alle meningsbærende enhetene i en tabell og gi dem hver sin farge, i tillegg til kode. I og med at jeg mangler erfaring med metoden var jeg svært forsiktig med å forkaste tekst på et tidlig tidspunkt, og det bidro til at jeg måtte forholde meg til mye tekst med potensiell verdi.

I tredje trinn i analyseprosessen tar man utgangspunkt i hver kodegruppe og sorterer ut subgrupper som da gjelder som analyseenhet. For eksempel omhandlet svært mange utsagn fra mine informanter samhandlingsreformen, hvorav noen pekte bakover på forberedelsen de hadde vært gjennom og noen pekte framover på det de nå skulle fokusere på. Disse nyansene ble sortert i hver sin subgruppe. Så starter en abstraheringsprosess gjennom å lage kondensater

av tekst i subgruppene; det vil si et kunstig sitat der man drar inn setninger fra flere informanter, slik at det fremstår som én ytring. Jeg erfarte at det å lage kondensat forenklet sorteringsprosessen ettersom det ble åpenbart om noe var sortert feil, og en del tekst ble flyttet på i denne prosessen. For å sammenfatte dette velger man ut et ”gullsitat” som illustrerer budskapet i teksten. Noen av ”gullsitatene” jeg valget ut er uthevet under overskriftene i de kapitlene der jeg presenterer funn/empiri.

Det fjerde og siste analysetrinnet består i å formulere en analytisk tekst for hver kodegruppe på bakgrunn av kondensatene, hvorpå denne gis en overskrift. De analytiske tekstene representerer resultatene. Subgruppene får gjennom en analytisk tekst hver sitt avsnitt i teksten. Funnene valideres ved at man nå går tilbake til original tekst og vurderer funnene ut fra den sammenheng de opprinnelig inngikk i. Jeg hadde et tegn for hver informant, slik at jeg lett kunne gå tilbake til originaltekst for å sjekke sammenhengen for ulike utsagn. Dette viste seg svært nyttig, og jeg så at det kunne være lett å feile ved å ta informantene til inntekt for noe annet enn det de egentlig hadde uttalt seg om, ved for eksempel å reletere det til en annen sammenheng enn det var sagt i.

I den grad jeg har avveket fra Malteruds modell, så er det kanskje mest på det siste punktet. Jeg formulerte riktignok analytiske tekster slik hun foreslår, og disse er stort sett å gjenfinne når jeg fremstiller empirien. Men hvis jeg forstår Malterud rett, så skal disse analytiske tekstene fremstilles mer eksplisitt og representere funn/resultat. Jeg har i større valgt i å bake analytisk tekst mer implisitt inn i teksten og latt denne gå hånd i hand med sitater, ettersom jeg mener informantenes uttalelser har stor verdi, og jeg ønsker å gi dem ordet direkte. Jeg gir en liten oppsummering på slutten av hvert avsnitt som fremstiller empiri.

Jeg satt igjen med noen subgrupper som var litt spinkle, men som likevel inneholdt noen gode eksempler eller ansporinger som gjorde at jeg valgte å beholde dem, selv om det ikke var mulig å trekke ut en god analytisk tekst. Disse har jeg dratt inn som eksempler eller ganske enkelt fremstilt de som enkeltuttalelser.

Uten at Malterud foreslår det, gikk jeg til slutt inn i analyseteksten og systematisk merket av hvilke utsagn og poenger jeg hadde nyttegjort meg av. Det gjorde det mulig å se om jeg hadde

lyktes med å ta inn de poengene jeg hadde merket meg, og også om jeg hadde ytt mine informanter rettferdighet. Det hadde jeg stort sett gjort, men det medførte noen justeringer.

4. SYKEHJEMMET – MANGFOLD OG TVETYDIGHETER

4.1 Fem enhetsledere – fem verdener

”Det er sånn at du går fra kommune til kommune, så er det akkurat som du går i forskjellige verdener i forhold til begreper.”

Dette utsagnet fra en av informantene er relatert til en refleksjon over at kommunene er ulikt organisert, og at stillinger gis forskjellig innhold og forskjellige titler. Enhetslederen som uttrykker dette sterkest har mer på hjertet: ”Men kommunene skal løse stort sett de samme oppgavene - de lovpålagte oppgavene. Kommunene er organisert veldig forskjellig og noen kommuner er veldig utydelig i forhold til hvordan ansvaret er plassert.”

De fem enhetslederne i utvalget har til sammen tre ulike titler, der bare de to fra bykommunene er ”rene” enhetsledere, to av de andre kombinerer med å ha avdelingssykepleieransvar, mens en siste kombinerer med en stilling i kommuneadministrasjonen. De sykehjemmene som de har ansvar for har noe forskjellig innhold. Antall plasser varierer fra om lag 20 til i overkant av 100, og det er noen forskjeller i fordelingen av disse; alle har avdelinger for permanente opphold, korttidsplasser/avlastningsplasser og skjermede plasser for personer med demens. Ut over det er det noen som har egne dagtilbud, plasser for palliasjon, samt avdelinger tilpasset mennesker med alvorlige kroniske sykdommer. Tre av enhetslederne i utvalget har ansvar både for sykehjem og en hjemmetjenestesone. Det er også slik at noen av enhetsledere har ansvar for vidt forskjellige fagområder i sin virksomhet; kjøkkendrift, renholdstjeneste og vaskeri. En av informantene fra en av de minste kommunene har ansvar for alle disse områdene, mens en annen fra en bykommune ikke har noen slike i tillegg. De oppgir å ha fra 20 til 150 årsverk under sin ledelse. Det som kan trekkes ut av dette er at ledernes ansvarsområde fortøner seg ulikt selv om de har lik tittel, eller de kan ha ulike titler med relativt likt stillingsinnhold.

Når jeg etterspør rapporteringsvei oppover, er alle underlagt rådmannen, men likheten stopper der. For en av dem er rådmannen en sentral leder som hun møter ukentlig, dette i eneste kommunen som ikke har stilling som kommunalsjef eller tilsvarende. En annen som rapporterer til rådmannen, beskriver kommunalsjefstillingen som perifer, mens neste oppgir

kommunalsjefen som det viktigste kontaktpunktet oppover i systemet og rådmannen som perifer. Det er ikke lett å få klarhet i rapporteringsveier, noe som følgende ordveksling illustrerer:

Jeg spør: Du rapporterer til rådmann?

Informant: Ja

Jeg: Men hvordan er linja til kommunalsjefen?

Informant: Nei, vi står vel i utgangspunktet på samme linje.

Jeg: OK. Så hun bestemmer ikke over deg?

Informant: Neeeei, ikke i utgangspunktet, men det er litt sånn diffuse linjer der, for hun har også økonomiansvar. Så hun har også kanskje litt uavklarte roller der.

Jeg: Hvem er det som har personalansvar for deg, da?

Informant: Det er han som er personalsjef.

I mitt materiale var det enhetsleder i den største bykommunen som hadde flest ressurser å spille på i form av avdelingssykepleiere, fagutviklingssykepleier, spesialsykepleiere.

Kvalitetsarbeid var godt forankret også oppover på rådmannsnivå. Denne enhetslederen hadde ikke ansvar for verken kjøkken-, vaskeri- eller renholdstjeneste, og hadde heller ikke funksjon som avdelingssykepleier i tillegg. Sykehuset lå i umiddelbar nærhet. I motsetning til dette beskrev enhetslederen fra den minste kommunen alle disse faktorene med motsatt fortegn.

Beliggenhet i forhold til nærmeste sykehus og geografi er også høyst varierende. Mens en av disse fem kommunene har sykehus i umiddelbar nærhet, har de andre lang reisevei, og er til dels avhengig av fergeforbindelser. De to enhetslederne som har størst avstand til sykehus er de som sterkest understreker at de alltid har vektlagt at personalet skal kunne håndtere flest mulig situasjoner lokalt.

Samtidig med at de lokale løsningene er mangeartede, kommer de samme kravene og føringene fra nasjonalt hold. En av enhetslederne uttaler seg om overordnet styring i form av tilsyn:

Dem kommer trampende inn med tungt maskineri på enkeltting. Men lovverket og forskrifter det er jo SÅ stort. De har vært inne og kontrollert, og valgt seg ut en bitteliten ting hos noen kommuner, og jeg er sikker på at her er det mye som ikke er som det skal rundt omkring i kommuneverden på flere av de tusen forskriftene som man er ansvarlig for å følge.”

Nasjonale føringer kommer ofte i form av saker som skal utarbeides og tilpasses lokalt. En av enhetslederne beskriver dette:

Og det er også en utfordring at det er åpent for at vi skal sitte å finne opp hjulet på hvert vårt nes. Vi skal finne lokale løsninger på ditt og datt. Det er en krevende øvelse å---
Og omsorgstjenesten i kommunene har ofte lite ressurser til sånne ting, til å jobbe med utviklingsarbeid og endringsarbeid.

Oppsummeringen er at sykehjemmenes innhold og enhetsledernes ansvarsområde varierer relativt mye. Tilgang på støttefunksjoner er varierende, og titler og rapporteringsveier er også forskjellig. Det blir påpekt at krav om innfri føringer og krav om å utarbeide egne rutiner ikke alltid står i forhold til ressursene. Den bredden og det mangfoldet jeg hadde ønsket å favne ved å velge kommuner av ulik størrelse ble fort synlig, og jeg skal i drøftingen som følger sette mangfoldet inn i en større sammenheng.

4.1.1 Mangfoldet - håndterbart eller diskuterbart?

Mangfoldet trer fram og spørsmålene melder seg. Når den nasjonale kvalitetsstrategien fremholder at gode kvalitetsutviklingsprosesser er et sentralt lederansvar (Sosial- og helsedirektoratet, 2005), så blir spørsmålet; hva er egentlig en leder? Og selv om jeg i min studie har avgrenset det til å gjelde enhetsleder med øverste ansvar for sykehjemmet, så er spørsmålet der fortsatt; hva er egentlig en enhetsleder? Og det er flere spørsmål som reiser seg; hva er egentlig et sykehjem? Og hva er egentlig en kommune? Jeg skal ikke svare på disse spørsmålene, bare erkjenne at ut over en kjerne av likhetstrekk, så er det et stort spekter av variasjoner.

Selv om jeg ikke ut fra et så lite materiale kan trekke noen slutninger om hvorvidt likheter og forskjeller i kvalitetsforbedringsarbeid er relatert til kommunestørrelse, så var tilfellet her at enhetslederen i den største kommunen hadde flest ressurser å spille på, og hadde heller ikke andre virksomheter inkludert i sin ledelse. Enhetslederen i den minste kommunen var den som hadde minst støttefunksjoner å dele oppover med, og i størst grad beskrev situasjonen som presset.

Problematikken med nasjonale krav til kommuner av ulik størrelse er det som skjuler seg under overskriften i et debattinnlegg: ”Risikerer A og B-lag i kommune-Norge” (Rønne, 2012). At denne problematikken har relevans viser også en studie som fant signifikante forskjeller i antall aktiviteter som omhandler kvalitetsforbedring i hjemmetjeneste og sykehjem i store og små kommuner, der de store kommunene hadde flere slike aktiviteter enn små (Ødegård et al., 2008).

Det er et annet aspekt med forskjelligheten som jeg har erfart i yrkesrollen; hvordan forstå veien inn i organisasjonen? Informantene beskrev linjen oppover relativt forskjellig, og en sa at linjene var diffuse. En linje som blir litt diffus for en som er inne i organisasjonen, blir ikke mindre diffus for den som kommer utenfra og skal prøve å finne riktig instans og riktig vei inn i organisasjonen. Kajermo et al. (2010) anbefaler i en systematisk oversiktsartikkel som omhandler barrierer for implementering at fremtidig forskning bør undersøke kontekstuelle faktorer som gir mulighet for kunnskapsoverføring i en gitt organisatorisk sammenheng. Det synes som fruktbart, men det er et behov for å inkludere mer enn det som er å finne innefor sykehjemmets vegger. Sykehjemmet er ikke en løsrevet enklave, men inngår i en større organisatorisk sammenheng. I publikasjoner om implementering er det gjennomgående at ledelse og ledelsesforankring er utpekt som viktige faktorer for å lykkes. (Cummings et al., 2010; Francke et al., 2008; Gifford et al., 2007; Scott-Cawiezell & Vogelsmeier, 2006). Lederrolle, lederstil og leders involvering gis betydning. Det er derfor slående at leders vilkår i så liten grad er diskutert. Det enhetslederne må forholde seg til av krav og samfunnsforhold som influerer på institusjonen, gjenfinner jeg ikke i noen av disse oversiktsstudiene som jeg her referer til (ibid).

Informanten som påpeker at kommunene fremstår som ulike verdener må gis rett, i alle fall et stykke på vei. Noe av det som har bidratt til dette mangfoldet løsninger i organiseringen av kommunehelsetjenesten er innføringa av ny kommunelov i 1993, som ga kommunene større frihet til å organisere seg selv (Christensen et al., 2010). Dette kan også ses i sammenheng med økt økonomisk frihet for kommunene etter innføringen av nytt inntektssystem i 1986, som medførte økt grad av ramrefinansiering fra staten fremfor øremerkede midler (ibid.). Dette duker for et spenningsforhold; mellom lokale variasjoner og nasjonal ensartethet.

Mange statlige reguleringer skal besørge nasjonal utjevning, likhet for loven og like rettigheter. Disse reguleringene har forrang fremfor lokal selvbestemmelse (Christensen et al.,

2010). I smittevernfanget er det mange reguleringer som skal sikre lik kvalitet på tjenestene, både lovkrav, faglige retningslinjer og veiledere. Det er dette min informant sikter til når hun problematiserer ”de tusen forskriftene som man er ansvarlig for å følge.”

Klemsdal (2013) viser i sin bok om ledelse til at reguleringer i stadig større grad kommer fra instanser utenfor og ovenfor den aktuelle virksomheten. Og ikke fra den enkelte virksomhetens formelle ledelse. Veggeland (2010) beskriver det som paradoksalt at stadig mer omfattende bruk av regulering som styringsmekanisme skjer

i en tid som domineres av nyliberal praksis og tankegods. Det som skjer, er at markeder og samfunnssektorer avreguleres, men dette etterfølges av omfattende nye regulering, og reguleringsomfanget blir deretter (ibid., s. 16).

Dette paradokset lar seg relatere til Foucaults tenking. Foucault ville anskueliggjøre at makten ikke er borte selv om demokratiet har overtatt for kongemakt og direkte styring (Neumann, 2002). Makten må fremtre i andre og mindre synlige former. Neumann gir det et folkelig uttrykk når han sier at staten er henvist til å ”klekke ut nye måter å herske indirekte på” (ibid., s 15). Han peker også på at stadig flere reguleringer er etterfulgt av et krav til egenkontroll, som han i sin tur setter i sammenheng med Foucaults prinsipp om *styring av styring* (ibid.) Altså en diskret måte for å kontrollere demokratiets frie individer, der maktmekanismene bidrar til at de styrer seg selv. Foucaults begrep styringsmentalitet henspeiler på denne styringsmekanismen.

Rønne (2012) gir reguleringstendensen betegnelsen *statliggjøring av kommunene*, og i en liste over en utviklingstrekk er det et av punktene tar på kornet beskrivelsen av den diskrete styringsmekanismen som reguleringene er en del av.:

En mykere form for statliggjøring er en stadig større flom av retningslinjer og såkalte veiledninger og handlingsplaner som departementer og direktorater lar overrisle kommune-Norge. Ofte er disse en faglig støtte, men de oppleves samtidig stadig mer normative – det vil si at de oppfattes ikke kun som veiledende, men som pålegg.” (ibid., fra elektronisk avis uten sidetall)

Til tider avføder møtet mellom staten og lokaldemokratiet en slags kompromisser, der det kan synes som om lokal tilpasning til nasjonale bestemmelser er det som skal sikre bruk av demokratiske spilleregler. Dersom jeg bruker infeksjonskontrollprogrammet som eksempel,

så er det lovpålagt sykehjemmene å ha dette. Det skal bygge på lokal risikovurdering. Det betyr i sin tur at dette relativt store dokumentet skal utarbeides og revideres også i de minste kommunene, som trolig har lite ressurser. Det er det min informant peker på når hun sier: ”Og det er også en utfordring at det er åpent for at vi skal sitte å finne opp hjulet på hvert vårt nes.”

Kan spenningen mellom nasjonal styring og lokaldemokrati sies å handle om diskurser på kollisjonskurs? Lokaldemokrati assosieres gjerne med frihet og deltakelse, mens velferdsdiskursen og kvalitet på helsetjenester setter andre verdier på dagsorden, slik som lik fordeling og lik kvalitet på tjenestene (Christensen et al., 2010). Ved å bruke Faircloughs begrep diskursorden om sykehjemmet (Jørgensen & Phillips, 1999), altså en instans der ulike diskurser gjør seg gjeldende, ser vi en form for kryssild. Her peker jeg på demokratidiskurs og velferdsdiskurs, som har til dels overlappende verdier, men også noen som ikke er like forenelige. Dette er mekanismer som har gjort det mulig å ende opp med et ukjent antall organisasjonsmodeller som skal innfri samme krav. Mine informanter er i en posisjon der de får ansvaret for at disse hensynene skal kunne forenes.

Svaret på om mangfoldet er håndterbart eller diskuterbart, er kanskje at det er relativt. Håndterbart for noen, men utfordrende for de som kommer dårligst ut med tanke på tilgjengelig ressurser – for kravene er de samme. Ved å sette sykehjemmet i en større sammenheng som innbefatter nasjonal styring, åpner det opp for aspekter som ikke kan overses når vi skal prøve å forstå hvordan ledere på resultatnivå agerer. Det er ikke tilstrekkelig å se på hvordan implementeringsmetoder, lederstil og intern organisering virker inn. Vi må sette det i en større sammenheng, og se enhetsledernes utfordringer med å få implementert nasjonale føringer som noe mer enn den enkelte enhetsleders utfordring. Det tegner til å være like mye en statlig utfordring.

4.2 Verdikonflikter i sykehjemmet

”den ene forskriften slår i hjel den andre”

Jeg var interessert i å få tak i hvordan enhetslederne reflekterte rundt smittevern i omgivelser der et hensyn til hjemlighet ofte er satt høyt. De erfarer at det kan være en motsetning mellom de to hensynene, slik som det kommer til uttrykke i denne uttalelsen: ”Du kan fort havne i

motstrid – at målsettinga om en hjemlig komponent går i direkte kollisjonskurs knyttet til faglige rutiner ... for eksempel smittevern”.

En av informantene forteller om en situasjon der det var diskusjoner i personalgruppa ettersom de hadde en pasient med smittsom sykdom. Spørsmålet som reiste seg var om de skulle ha oppe skiltene der besøkende ble bedt om å henvende seg på vaktrommet. Personalet påpekte at med disse ”stoppskiltene” hengende oppe, ble det noe motstridende budskap: sykehjemmet ønsker å være åpent og gjestfritt for familie og pårørende, mens de nå hang opp skilt som stopper gjestene. Litt av den samme dobbeltheten blir tatt opp av to av informantene som forteller at mathåndtering er et stadig tilbakevendende tema, knyttet til at pårørende lett kan bli litt for ”hjemmevante” i avdelingskjøkkenet, og der personalet må gripe inn og få dem til å følge institusjonens regler for hygiene. En av enhetslederne forteller at folk fra bygda gjerne vil gi råvarer som bær og fisk tilpasientene, mens sykehjemmets kokk synes det er problematisk med leveranser som ikke er forskriftsmessig kontrollert.

En av enhetslederne sier at problemstillingen med smitteverntiltak kontra hjemlighet var tema som var mer aktuelt tidligere, og hun roser de nye sykehjemsbygningene med små enheter fordi det er mye lettere å ivareta smittevernet under slike forhold. En annen av informantene uttaler seg negativt om den nye arkitekturen; hun savner de store avdelingene, men med en annen begrunnelse. Det var enklere å fordele personell, personalet tok i større grad felles ansvar, og det var lettere å drive rasjonelt.

På mitt spørsmål om medbragte møbler, tepper og lignende utgjør en smittevernutfordring, er det en av informantene som svarer at det har de klare regler på. Selv om pasientene får ta med seg private ting, så er det satt grenser.⁴ Men hun tilføyer at disse reglene ikke er utarbeidet ut fra smittevernhensyn. Da sluttet jeg meg til at det måtte være brannvern, mens det viste seg å være av hensynet til renholdernes arbeidssituasjon.

En av deltakerne forteller at de på grunn av et økt press har gjort enerom om til tosengsrom for å sikre at pasientene får et tilbud. Hun beskriver at de er en liten kommune der folk

⁴ Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (1989) § 4-3: Beboerne skal kunne medbringe egne møbler og private gjenstander ved permanent opphold.

kjenner hverandre, bryr seg om hverandre og de anstrenger seg for å finne løsninger. Hun er vel vitende om at dette kommer på kollisjonskurs med kravet om enerom,⁵ og hun kommenterer i en bisetning at ”den ene forskriften slår i hjel den andre”. Hun tilføyer også at for noen er det å dele rom bedre enn å være alene. Men i første omgang er det altså ikke smittevern som problematiseres.

En oppsummerende betraktning er at disse få eksemplene synliggjør kryssende interesser i sykehjemmet, og viser at styringssignaler, idealer, smittevern og andre områder kommer i konflikt med hverandre. For meg var det innlysende at det å ta i bruk enkeltrom som dobbeltrom handlet om smittevern, mens en enhetsleder relaterte det til pasientens rettigheter. Og når jeg relaterte overmøblering til smittevern, så ble jeg påmint at det også kunne handle om arbeidsmiljø. Det blir tydelig at hver sak som løftes fram kan sees på med mange forskjellige briller.

4.2.1 Å balansere mellom verdier – et valg mellom helse og trivsel?

Noe av kompleksiteten ved sykehjemmene handler om at vi har å gjøre med offentlige organisasjoner. Disse kjennetegnes ved at de styres av en folkevalgt ledelse, skal ivareta borgerne, er multifunksjonelle og er ikke avhengig av et økonomisk frikonkurransemarked (Christensen, Lægreid, Roness, & Røvik, 2009). Tvetydigheter og motstridende mål kan anses som et systemtrekk ved offentlige organisasjoner:

Utfordringen i dette tilfellet blir mer å finne måter å leve med delvis motstridende hensyn og krav på, enn å finne endelige løsninger på dem. Offentlige organisasjoner står overfor varige og uløselige spenninger som det ikke finnes enkle svar på. (ibid. s 19)

Dersom man slutter seg til dette resonnementet betyr det at prinsipper og kompromisser må gå hånd i hånd. Det er dette min informant er inne på når hun både skal imøtekomme pasientenes ønske om å ta med møbler og samtidig muliggjøre et godt arbeidsmiljø for renholderne. Cammer et al. (2013) har gitt sin artikkel overskriften: *The Hidden Complexity of long Term Care*. De viser i sin studie til åtte kategorier som de mener har betydning for å lykkes med ta i bruk kunnskap i langtidsinstitusjoner for eldre; fysiske omgivelser, ressurser, forandringer,

⁵ Jmfr Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. 2003

tvetydighet, relasjoner, filosofi, erfaringer/tillit, samt ledelse/veiledning. I dette avsnittet er det særlig to av kategoriene som gjør seg gjeldende; tvetydighet og filosofi. Artikkelforfatterne eksemplifiserer tvetydighet med at idealet om å ikke bruke tvang i form av isolering utfordres når en pasient med kognitiv svikt får smittsom gastroenteritt. Som eksempel på filosofier som mest åpenbart kom i konflikt med hverandre oppgir de ”homelike” og ”institution” (ibid.). De bidrar dermed med å underbygge min antagelse om at disse motsetningene har betydning for implementeringsprosesser. Jeg siterer deres oppsummerede kommentar:

Navigating challenges of inappropriate physical environment, inadequate resources, ambiguous situations, continual change, multiple relationships, and often contradictory philosophies makes for an extremely complicated context in which to provide care. (ibid., s. 10)

Bildet er sammensatt, men jeg skal nøste tilbake til det spørsmålet jeg hadde stilt om verdien hjemlighet kom i konflikt med hensynet til smittevern. Idealet om at eldreomsorgens institusjoner skal være preget av hjemlighet har lenge stått sterkt, og har over langt tid vært kommunisert i offentlige dokumenter. I en NOU fra begynnelsen av 1990-tallet, *Trygghet – Verdighet – Omsorg* er betydningen av å skape hjemlighet for omsorgstrengende sterkt vektlagt, og kan illustreres med følgende sitat: ”Det vil være et mål at institusjoner med sterkt sykehuspreg gradvis omdannes til boliger/leiligheter, slik at disse ikke i sterk grad atskiller seg fra kvaliteten ved private hjem” (Helse- og omsorgsdepartementet, 1992, s. 2)

Det har også skjedd noe med terminologien som bidrar til bevegelsen bort fra den klassiske institusjonen; vi snakker ikke lenger om pasienter, men beboere (Forskrift for sykehjem m.v., 1989). Når sykehjemsforskriften konsekvent benytter betegnelsen beboere, til tross for at det er blitt vanlig å drive plasser for palliativ pleie på sykehjemmene, så er dette nokså insisterende. Mange sykehjem har også byttet navn, for eksempel til ”bygdehjem”, ”bosenter” eller tilsvarende. I mitt utvalg var både sykehjem og andre benevnelser i bruk. Enhetslederen som savnet de store avdelingene for å få til en bedre arbeidsflyt, vil neppe finne slike avdelinger på tegnebrettet over nye sykehjem som skal bygges.

Det vil være liten tvil om at verdien hjemlighet er befestet i dagens diskurs om sykehjem. I smittevernarbeidet vil en forutsetning for å oppnå optimalt smittevern være bygg med glatte, hele flater, vaskbare møbler og ideelt sett avdelingskjøkken som ikke gir adgang til andre enn

personalet. Men i nesten alle de nye sykehjemmene jeg har besøkt i forbindelse med yrket, så blir jeg vist vegger med trepanel, stofftrukne møbler og avdelingskjøkken kombinert med spiserom for pasientene. Også på rom som er bygd for å være smitteisolater har jeg sett dekorert med treverk.⁶ Det er ikke sagt at disse faktorene hver i sær utgjør en stor risiko for smittespredning, men det indikerer at hensynet til smittevern har måttet vike for andre verdier.

Denne diskusjonen reises også i en artikkel der det stilles spørsmål ved om amerikanske sykehjem er beredt til å ivareta smittevern for en stadig økende og skrøpeligere sykehjemspopulasjon (Mody, Bradley, & Huang, 2013). Her pekes det på utplassering av hånddesinfeksjonsdispensere og beskyttelsesutstyr for personalet nær pleiestedet som faktorer som sies å komme i konflikt med hjemlighet. Dette samsvarer med de perspektivene mine informanter hadde; de gjenkjente verdikonflikten i hverdagspraksis, og beskrev forhandlinger og kompromisser. Flere av dem så det i relasjon til pårørende og sambygding.

Jeg vil holde fast ved at hjemlighet og et godt smittevern kan la seg kombinere, men tror at det krever vilje til å innse at sykehjemmet er langt mer enn et hjem. All den stund man fortetter gamle, syke mennesker på et areal, vil risiko for smittespredning være til stede. Smittevernforskriften (2005) gjelder derfor for heldøgnsinstitusjoner, men ikke for hjemmesykepleie i private hjem.

Det er en interessant utvikling at insisteringen på hjemlighet og nedtoningen av institusjon, eller sykehusets kjennetegn, fortsatt står sterkt samtidig som pasientene i sykehjem er i ferd med å bli stadig skrøpeligere (Gautun & Syse, 2013). Det vil ikke være overraskende dersom ”sannhetene” om sykehjemmet utfordres og revurderes. Ikke minst blir det interessant å se hvordan innføringen av samhandlingsreformen kommer til å påvirke dette bildet.

I forrige drøftingskapitel, kap. 4.1.1, refererte jeg til Faircloughs begrep diskursorden for å illustrere hvordan motstridende diskurser influerer på en og samme arena. Fairclough bruker begrepet til å forklare endring og stabilitet. Dersom det i en diskursorden er slik at alle diskursene deler de samme selvfølgelighetene, så tenderer det til stabilitet. Mens når situasjonen er at forskjellige diskurser konkurrerer om å få betydning, så er diskursordenen ustabil (Jørgensen & Phillips, 1999). Med de spenningene jeg pekte på i forrige kapittel

⁶ Treverk har ofte vist seg ugunstig ettersom det etter vask og desinfisering kan flises opp, og kan i teorien utgjøre reservoar for mikrober.

mellom nasjonal vilje og lokale løsninger, og de motsetningene jeg har pekt på her, så er det nærliggende å antyde at sykehjemmene er ustabile i denne betydningen. Det er ikke en helt urealistisk tanke når vi tar i betraktning at det har skjedd store endringer i løpet av de siste tiårene. En av mine informanter fortalte at da han begynte på sykehjem for 25 år siden var det noen pasienter som på sommeren reiste hjem og satte potet, og kom tilbake og var på vinterlosji på sykehjemmet. Dette i kontrast til hvordan sykehjemspasienter beskrives i dag.

Helse eller trivsel - smittevern eller hjemlighet; må verdikonflikter bli et spørsmål av typen 'enten eller'? Alt i alt er det veldig mange hensyn som drar i ulike og til dels motsatte retninger; verdier står på spill, faglighet og kvalitet står på spill. Jeg har prøvd å vise til at sykehjemmets ansatte og ledere kan påvirkes av strømninger som vi i større eller mindre grad har et bevisst forhold til. Og kanskje er det nettopp når vi får et bevisst forhold til strømninger og til diskursene at vi blir i stand til å lykkes med 'både og'? Det jeg i første omgang spør meg er ikke bare hvordan sykehjemmet vil påvirkes, men også hvordan enhetslederen tar opp i seg signalene og om det er mulig også i fortsettelsen å få alle hensyn til å løpe sammen. Enhetslederne er satt til å forvalte viktige samfunnsverdier, men har et urent farvann å forholde seg til. Det jeg har tatt opp hittil beskriver noe av kompleksiteten ved sykehjemmet, og bidrar til å understreke hvorfor implementeringsprosesser i komplekse organisasjoner beskrives som utfordrende.

5. STYRINGSSIGNALER I MØTE MED REALITETENE

5.1 Informasjonskanaler og informasjonsflyt

”Ja, hvordan skal vi klare å vite?”

Utsagnet ovenfor kommer som et hjertesukk fra en av informantene da jeg undrer meg over hvordan enhetsledere får tilgang på all informasjon, og ha mulighet til å vite det de trenger å vite om nasjonale føringer. Fortsettelsen på utsagnet hennes er: ”- det har jeg lurt på, det har jeg lurt på hver dag, hver eneste dag. Det er bra sikkert.” Informantene beskriver ulike måter de pleier å bli orientert på, for eksempel gjennom brev, e-post eller via møter med rådmann eller kommunalsjef. Men det er ingen som kan oppgi en sikker og entydig kanal for informasjon av denne typen. Av faktorer som kan bidra til at informasjon blir borte på veien, blir det nevnt at postmottaket ikke nødvendigvis videresender alt til dem som enhetsledere, at kommunene er så forskjellig organisert med forskjellige titler at det ikke muliggjør en enhetlig informasjonslinje. En av informantene spør: ”Hvorfor skal det være så forskjellig? Hvor blir det av tryggheten og sikkerheten når det er på den måten?”

Når jeg spør om hvordan de vanligvis får informasjon om nye veiledere, retningslinjer og lignende som vedrører dem svarte alle nølende og uten at det blir klarere. Her velger jeg å la noen få av mange tilsvarende utsagn illustrere dette:

- Ja, det kommer --- det kommer ---- Noe kommer i brevs form, i ordinær post, og jeg tror jo at det er det som er den formelle kanalen, at det kommer via post til kommunen. Men så kommer det til et sentralt postmottak, så kan det godt hende at det da blir videresendt internt, for eksempel internt til legetjenesten eller til smitteoverlege og sånt. Og så har ikke jeg fått det.
- Jeg spør: Opplever du at de føringene som kommer stort sett lander hos deg?
Svaret er: Nei, det kan jeg ikke akkurat si.
Hvorpå jeg spør: Hvor blir de av da?
Informant: Jeg vet ikke, det kan godt hende at jeg er for dårlig til å se etter dem også.
- Joda, det videresendes enormt mye, men jeg....
- For å si det sånn, jeg vet jo om det jeg ikke får.
- På spørsmål fra meg om hun mottatt en bestemt veileder:

eee. Hvis den er kommet hit til meg så har jeg ikke lest den så nøye... Så det kan hende at jeg bare har sett på den og så ikke gjort noe mer.

Et par av informantene oppga at Kommunenes Sentralforbund (KS) sender ut informasjon om endringer i lovverk eller annen relevant informasjon som vedrører personaladministrative saker. De mente at denne typen informasjon letter nådde fram til dem.

Jeg etterspurte to konkrete skriv relatert til smittevern som var publisert dette året (2013). Det ene var en nasjonal veileder om forebygging av kateterassosierte urinveisinfeksjoner, utgitt av Nasjonalt folkehelseinstitutt (Fagernes, Sorknes, & Lingaas, 2013). Denne har gyldighet både for sykehus og sykehjem. Det var ingen av disse enhetslederne som hadde hørt om denne. Det andre var *Forskrift om endring i forskrift om utførelse av arbeid* (2013) der et stikkskadedirektiv fra EU tas til etterretning. Der stilles krav til arbeidsgiver om at ansatte skal tilbys utstyr med beskyttelsesmekanismer der dette kan skaffes. I praksis betyr det utskifting av de fleste typer injeksjonskanyler og venekanyler som er i bruk i dag. Denne er det to av deltakerne som mener de har hørt om, Hvorpå den ene av dem lattermild tilføyer at det var fra en utstysleverandør.

I sum tegnes det et bilde av en mengde informasjon ad ulike veier med ulikt innhold og ulik relevans. Jeg får inntrykk av at det ikke eksisterer et godt system informasjonsflyt, og heller ikke for å sile ut og stoppe opp ved informasjon som krever handling fra enhetsleders side. Det ligger i sakens natur at dette er hemmende for de implementering.

5.1.1 Brudd i informasjonsflyten - makt på avveie?

Hvis det er tilfellet at mye informasjon ikke når fram, så er det noe av svaret på den undringen som var utgangspunktet for problemstillinga. Men det er ikke entydig slik at informasjonen ikke mottas. Utsagn som ”det videresendes enormt mye, men...” og ”det kan godt hende at jeg er for dårlig til å se etter dem også” tolker jeg som om at de ikke har klart å stoppe opp ved alt som kommer. Tanken som da melder seg er: Hvis det faktisk er en så vilkårlig informasjonsstrøm og utsiling av informasjon som det inntrykket jeg sitter igjen med, så må det få noen konsekvenser.

Det later til være en sammenheng mellom ulik organisering i kommune-Norge, sykehjemmets kompleksitet og en tilsynelatende uhåndterlig informasjonsstrøm, der sluttsatsen blir usikker. En av informantene som tematiserte at kommunene er ulikt organisert påpekte også at ulik bruk av titler i ulike kommuner gjør at du kan ikke lenger sende ut noe til *sykehjemsbestyrer*. Denne enhetslederen stilte også et viktig spørsmål: ”Hvor blir det av tryggheten og sikkerheten når det er på den måten?”

Sikkerhetsaspektet er en relevant påpeking fra min informant. Innenfor fagområdet smittevern er mesteparten av nye føringer som formidles av en karakter som skal implementeres på kortere eller lengre sikt. Men skadevirkningene av å ikke implementere disse blir ofte ikke satt under lupen. For eksempel vil neppe feil indikasjon ved urinveiskateterisering, som følge av at man ikke har forholdt seg til den nye veilederen om forebygging av kateterassosierte infeksjoner, skape de store overskriftene - til tross for at konsekvensene for pasienten kan bli alvorlige.

Andre ganger kan smittevern faget ha karakter av akutt beredskap, slik som ved pandemisituasjonen som oppstod i 2009. Da blir det foruroligende med at kommunikasjonskanalene er usikre mer iøynefallende. Nærmest som et innspill i diskusjonen kom det mens jeg var i denne skriveprosessen, en e-post med informasjon fra Nasjonalt folkehelseinstitutt, der vi som smittevernrådgivere ble bedt om å sjekke at ledere i kommunehelsetjenesten hadde mottatt den informasjonen de hadde sendt ut, da det virker som den ikke kommer fram når de benytter adressen *postmottak* i kommunene. Grunnen til at jeg i min stilling har en sikker kanal, er at jeg har ringt rundt til hver enkelt leder i over 50 sykehjem og nesten like mange hjemmetjenestedistrikter for å innhente riktig e-postadresse til enhetsledere.

Pedersen (2013) refererer til 22. juli kommisjonens leder Alexandra Bech Gjørsv som i forbindelse med beredskapstematikken har påpekt at offentlige organisasjoner bør kunne forenkle og komprimere informasjon, for at god ledelse skal kunne utøves. Pedersen oppsummerer:

Det er et dilemma i det offentlige, der det er krav om skriftlig saksbehandling, at volumet blir så stort at det går ut over muligheten for å utøve god ledelse. Man er avhengig av forenklinger for å holde oversikten over mange forskjellige problemstillinger samtidig (ibid., elektronisk artikkel uten sidetall).

Klemsdal (2013) bruker betegnelsen ”et overskudd av føringer” i sin beskrivelse av moderne arbeidsliv, og definerer det som ”at det er flere føringer i en situasjon enn det er mulig å forholde seg til” (ibid., s. 148). Videre viser han til Umberto Ecos terminologi og kaller slike situasjoner for *overkodet*. Situasjoner kan bli flertydige av ulike grunner; det kan være for mange føringer samtidig, føringer kan stå i et motsetningsforhold til hverandre eller det kan være at de ikke forstås (ibid.).

I et forsøk på å prøve ut en av informasjonskanalene tegnet jeg et abonnement på elektronisk nyhetsbrev fra Helsedirektoratet.⁷ I løpet av tre måneder mottok jeg 45 nyhetsbrev, de fleste med flere saker, til sammen mottok jeg 87 linker som omhandlet alt fra grenser for svevestøv til status for samhandlingsreformen og eldre innvandrere med demens.

Jeg anser *overkodet situasjon* som en relevant og god beskrivelse. De fleste av mine informanter skal ikke bare forholde seg til en rekke føringer til én type virksomhet, men gjerne flere virksomheter samtidig – der alle influeres av spesifikke føringer. Det var ut fra en anelse om at informasjon ikke når ut, at jeg valgte å etterspørre noen konkrete skrivelser. Strengt tatt var det ingen som hadde kjennskap til innholdet i disse skrivelserne. Og i den grad de hadde det, så var det ingenting som tydet på at det kom til å foreligge en saksgang og en snarlig implementeringsprosess.

Det er altså ikke alle fordringene som nødvendigvis når fram. I en oversiktsartikkel om implementering i helsetjenesten poengteres det at “Implementers of guidelines and policy makers in particular should take into account that implementation may be hampered by the simple fact that professionals are often unaware that the guidelines exist...” (Francke et al., 2008, s. 7). Denne problematikken imøtekommes ikke verken i stortingsmeldingen om kvalitet i helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) eller i nasjonal kvalitetsstrategi (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

To viktige poenger ved Foucaults senere maktanalyser er en understreking av at makt er relasjonell og makt er produktiv, og ikke et negativt ladd begrep (Farsethås, 2009; Flyvbjerg,

⁷ <http://www.helsedirektoratet.no/Sider/default.aspx>

1991; Lundgren et al., 2012; Neumann, 2002). Med det forstås at makt ikke er noe som besittes, men som *er* i alle relasjoner. Neumann (2002) formulerer det slik: ”der det bare er én vilje som friksjonsløst skriver sin sannhet inn i den andre, foreligger det ingen relasjon, og heller ikke makt” (ibid. s. 12). Makt er produktiv ved at den kan engasjere og aktivisere den som styres (Lundgren et al., 2012). I en relasjon vil en villet utvikling kunne finne sted, endre karakter eller opponeres mot. Men det jeg har sett ligner mer på et brudd i den relasjonen som forutsettes. Når styringsdokumenter ikke når fram til mottakere vil verken eksplisitte eller implisitte budskap nå fram. Foucaults ordlyd *styring av styring*, altså innebygde mekanismer som leder til at innbyggerne styrer og kontrollerer seg selv, blir satt i sammenheng med dagens løsninger med internkontroll og tilsyn (Lundgren et al., 2012; Neumann, 2002). Dersom en slik mekanisme skulle virke i en enkeltsak, ville det bety at dersom mine informanter hadde mottatt retningslinjene om forebygging av kateterassosierte infeksjoner, så kunne vi forvente at disse var å gjenfinne i deres kvalitetssystem, ble praktisert og kunne være gjenstad for intern revisjon, altså selvkontrollen. Men det inntrykket jeg sitter igjen med ut fra det mine informanter erfarer er en styringsmekanisme som ikke virker. På et punkt brytes relasjonen som er forutsatt. I gitte tilfeller er det slik at staten lager reguleringer, men regulerer likevel ikke.

Et spørsmål om makt er på avveie er kanskje litt vanskelig å besvare, men det er i alle fall dekkende å si at informasjon er på avveie. Bildet er en kompleks organisasjon, en mengde føringer med til dels motstridende budskap, samt usikre informasjonskanaler. Alt når ikke fram og alt blir ikke håndtert. Konsekvensene vil variere, men i noen tilfeller kan dette gå ut over både pasientsikkerhet og ansattes sikkerhet. Like fullt er ansvaret plassert hos enhetslederen som ikke mottar all informasjonen.

5.2 Samhandlingsreformen i forgrunnen

”vi klarte liksom ikke å få tak på hva som er konsekvensen for oss.”

Det var gjennomgående at informantene kom inn på samhandlingsreformen før jeg rakk å stille mine spørsmål som omhandlet denne. De beskrev konsekvenser som i høyeste grad kan relateres til smittevern. En unison beskrivelse er kortere liggetid på sykehus, kortere varsel når pasientene skrives ut fra sykehuset, økt pasientgjennomstrømming på sykehjemmet,

overbelegg på sykehjemmet og nye pasientgrupper, det vil si pasienter med mer komplekse problemstillinger og pasienter som i større grad enn tidligere ledsages av tekniske prosedyrer. I tillegg til at pasientene skrives raskere ut fra sykehuset er terskelen for å sende pasienter til sykehus blitt høyere, og en av informantene gir dette eksemplet: ”La oss si for 5 år siden, en lungebetennelse... hvis doktoren gjorde funn, så bar det rett inn på sykehuset. Men sånn er det ikke i dag.”

Informantene beskriver at de hadde forholdt seg aktivt til innføringen av samhandlingsreformen og forsøkt å forberede seg før 2012. Det er likevel flere som sier at de hadde hatt problemer med å orientere seg om konkrete konsekvenser for sykehjemmet, og hadde heller ikke klart å ta høyde for det som kom. For en av enhetslederne fortønet det seg slik: ” Vi prøvde å finne ut hva vil det her innebære for oss. Vi synes det var veldig stort og vi synes det var veldig omfattende, og vi klarte liksom ikke å få tak på hva som er konsekvensen for oss.” Jeg ønsket å vite om de hadde funnet ut av det og fått forberedt seg etter hvert:

Jeg spør: ”Hvis jeg forstår deg rett nå; Før 2012 hadde dere prøvd å forberede med noen kurs om samhandling. Men det var ingen flere rom på sykehjemmet, ingen flere personale, ingen kompetanseheving i forhold til prosedyrer og ingen organisering i forhold til innføringen?”

”Nei, ingenting som fulgte med. Bare bardang!”

Det er ikke entydig slik som denne enhetslederen beskriver det, en annen sier at de visste jo at de hadde en aldrende befolkning i kommunen og var forberedt, men ikke på at trykket av pasienter skulle bli så stort som det ble, og hun beskriver markante forandringer, nærmest på dagen etter at samhandlingsreformen ble innført: ”Og jeg tenkte jo at når vi åpnet den avdelinga med seks plasser så skulle vi være ganske så godt staffet. Men det viste seg det at det var bare et--- ja, det gikk bare dager så var det fullt - i tillegg til overbelegg.” En kommentar fra en annen enhetsleder har tilsvarende budskap:

Vi har ikke hatt problemer med at det er mange syke på sykehuset som trengte plass, det har vi aldri hatt i de årene jeg har vært her. Men 01.01.2012, så stod det 5 stykker og knakket på døra og trengte plass. Og vi hadde ikke plass her.

Plassproblemene blir løst med å ha sykehjemspasienter på korridor, bruke ensengsrommene som tosengsrom, og en har vært nødt til å ta i bruk et bad som pasientrom. Ingen er komfortable med disse løsningene. Men de uttrykker også at disse løsningene ikke bare er for

å unngå utgifter, de føler også på et ansvar for å ta imot pasienter som trenger å være på sykehjemmet og i hjemkommunen.

En av informantene sier at særlig korttidsavdelingen er blitt en mer pulserende instans og tilføyer at ”Det er hele tiden endringer - I går hadde jeg tre plasser ledig, i dag har jeg ingen.” En av kommunene som har fått startet opp en intermediearenhet for å håndtere de mest kompliserte pasientene merker likevel forandringer i det øvrige sykehjemsbelegget.

De beskriver også at det er mange nye faglige problemstillinger å forholde seg til, og at de ikke har rukket å bygge opp kompetanse for å møte de nye kravene. En av informantene uttrykker: ”Det er litt ja på grensen til det forsvarlige vil jeg si, altså litt over grensen også i enkelte sammenhenger. Sånn at jeg føler at det er ikke trygt nok, sikkerheten er ikke ivaretatt godt nok.” Samme enhetsleder føyer til:

Vi opplever jo ikke sant at vi får ut pasienter med kompliserte prosedyrer som krever komplisert og høyteknologisk utstyr, som krever spesielt engangsutstyr som vi ikke har. Og så kommer pasienten med løse slanger og ender, og bare en sånn klype over. Og så virker det som om sykehuset tror at nå er det bare å sende ham hit og så skal vi koble til vårt. Men det som skal være i andre enden av slangen, det har ikke vi.

En annen enhetsleder beskriver at de hadde lagt ned innsats i å få til et bedre samarbeid med sykehuset, slik at en del nødvendig utstyr fulgte pasienten og at de også fikk tid på seg til å skaffe det de skulle stå for selv.

På noen av sykehjemmene har personalet over tid lært seg til å håndtere et visst spekter av tekniske prosedyrer fordi det er lang vei til sykehuset og/eller at leder er bevisst på å stimulere til denne type ferdigheter også i sykehjemmet. Men likevel opplever alle at kravene har økt. En av dem som beskriver at de i tillegg til økte krav, står overfor stadige budsjettkrav og innsparinger, og hadde også opplevd kutt i stillinger siste året. Det gjorde at presset ble enda større, og hun sier: ”og det skal du liksom komme hit med til en sliten gruppe og fortelle dem som jobber ute og som sliter”, hvorpå hun tilføyer at det medførte at hun selv påtok seg flere oppgaver i pleien for å avlaste personalet.

Noe av det som interesserte meg var hvordan de vurderte overbelegg og nye tekniske prosedyrer opp mot smittevern hensyn. De bekrefter at det er en utfordring, og en sier det slik:

”Ja, det er jo klart. ... Det er jo slik at hvis folk må dele rom så har vi jo med en gang en fare, en økt fare for smitte.... Det øker jo faren for smitte, og trangboddhet det er jo ikke en bra ting.”

Men en mulig sammenheng mellom smittevern og følgene av samhandlingsreformen er ikke det de problematiserer mest. De er opptatt av å finne løsninger for utskrivingsklare pasienter for unngå utgifter, eller ”døgnmulkt” som en av dem kalte det. En av dem sier: ”Vi har ikke råd til å ha pasienter liggende på sykehuset til 4000 kroner døgnnet, så vi er nødt til å finne rom og tid og plass for dem. Og det kan gå ut over kvaliteten.”

De forholder seg også til fremtidsbildet. En av dem uttrykker bekymring for fortsettelsen: ”Jeg tror at de vi får herfra og ut de kommer til å være veldig dårlige, og da klarer vi ikke det med den bemanninga vi har”. En annen bekymrer seg over at samhandlingsreformen i så liten grad omhandler de som har behov for permanent opphold på sykehjem:

Noe er falt bort på veien for de som lager planer, altså... for det er lagt vekt på forebygging og det å være frisk... Det er mange problemstillinger som jeg føler at er ikke omtalt i det hele tatt. Det er skummelt.

Hun sier videre:

Og jeg tenker sykehjemsdrift er sykehjemsdrift. Det er for folk som bare ikke klarer seg selv lenger. De er gamle og kroppen begynner å svikte og det er demens og det er slag ... og det er de vi skal håndtere, og de føler jeg er litt sånn glemte i hele samhandlingsreformen, for der er det lagt vekt på forebygging og det å være frisk.

Om det første halvannet året er det en av informantene som sier det slik: ”Vi har rett og slett verken hatt tid eller kapasitet til å ha så mye fokus utenom.” Nå er de i gang med forberedelser på neste fase med nye tilbud og kompetanseplaner.

Oppsummeringen her er at innføringen av samhandlingsreformen har vært og er innsatskrevende og fremstår som forgrunnsbilde, til tross for at den ikke retter seg mot sykehjemsdriften direkte. Den kan gå inn i kategorien nasjonal føring, riktignok ikke en føring

primært om smittevern⁸, men det jeg har valgt å sette fokus på er at samhandlingsreformen har fått konsekvenser som utfordrer smittevernet i sykehjem; overbelegg og nye oppgaver. Slik enhetslederne beskrev sin befattning med samhandlingsreformen, så jeg at utrulling av denne peker mer direkte tilbake på problemstillingen enn jeg hadde tenkt meg.

5.2.1 Samhandlingsreformen - forebygging for hvem?

Samhandlingsreformen forutsettes kjent, men jeg skal for ordens skyld skissere et par trekk. Den fremstilles i stortingsmeldingen *Samhandlingsreformen; Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Et av fem hovedgrep i er en ny fremtidig kommunerolle der forebygging vektlegges sterkt og der det heter at: ”den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene.” (ibid., s. 15). Et annet hovedgrep er innføringen av økonomiske insentiver der det blant annet heter: ”Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivingsklare pasienter er de viktigste virkemidlene på dette området.” (ibid., s. 15).

Når min informant sa at det ”er mange problemstillinger som jeg føler at er ikke omtalt i det hele tatt”, så er det fordi det er vanskelig, og kanskje ikke mulig, ut fra stortingsmeldingen om samhandlingsreformen lese seg til hva som konkret forventes som konsekvens for sykehjemmene, og hvilke forberedelser som angår sykehjemmene spesielt (ibid.). Det forklarer også hvorfor noen av informantene opplevde å ikke forstå hva konsekvensen kom til å bli for dem. Ingen av overskriftene i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen inneholder benevnelsen sykehjem, og ordet er brukt ytterst få ganger i teksten. En nyere undersøkelse om konsekvensene av samhandlingsreformen bekrefter tendensen som mine informanter hadde erfart; nye og mer kompliserte oppgaver i sykehjemmene, samt overbelegg og (Gautun & Syse, 2013) En spørreundersøkelse ble besvart av sykepleiere i sykehjem fra 350 ulike kommuner. 92% svarer at kompleksiteten i sykepleiefaglige oppgaver har økt. 75% opplever å trenge opplæring og veiledning i utførelse av nye oppgaver. Ca. en tredjedel har

⁸ Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, omhandler smittevern, men da primært satt i sammenheng med samfunnsmedisinske oppgaver og det forebyggende innsatsen for å unngå behov for innleggelse i helseinstitusjon

erfart at pasientene plasseres utenfor pasientrom og/eller at antallet pasienter som må dele rom har økt (ibid.)

I stortingsmeldingen om samhandlingsreformen heter det at: ”Kommunene skal ikke pålegges nye oppgaver uten at de blir gitt de nødvendige ressursmessige forutsetninger for dette.” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 55) Undersøkelsesresultatene jeg viste til i forrige avsnitt og de beskrivelsene jeg fikk av mine informanter, tyder på at dette ikke helt har blitt overholdt.

Det fortoner seg litt underlig at de eldste og sykeste nærmest er fortiet i en reform som av noen betegnes som ”den mest omfattende reformprosessen i norsk helsevesen i nyere tid.” (Schönfelder, 2013, s. 61). Riktignok hører de mest hjelpetrequende pasientene ofte hjemme i gruppa utskrivingsklare pasienter, som har fått sentral plass i reformen. Men hovedfokuset er ikke hvordan disse best mulig skal ivaretas, men *hvem* som skal ivareta dem.

Presset på sykehjemmene førte til dilemmaer for flere av mine informanter. De ville så gjerne gi et tilbud til pasientene som ventet, i små kommuner kjente de også pasientene godt. I tillegg ville de unngå ekstra kostnader. Resultatet ble at de ga personalet enda flere oppgaver og de tok i bruk enerommene som tosenksom, hadde pasienter på korridor og en hadde brukt et bad som pasientrom. I avisen *Nordlys* har det i løpet av inneværende vinter vært flere avisoppslag som har handlet om at sykehjemmene har problemer med å ta imot utskrivingsklare pasienter fra sykehuset. Under overskriften *Eldre kvinne måtte spise frokost på do* fortelles om en pasient som var henvist til å bo på et bad (Lange, 2014). Ordføreren som uttaler seg har følgende kommentar: ”Det har vært tilfeller der noen har måttet overnatte på badet, men dette har vært samhandlingspasienter som kun er inne korte perioder og det har ikke vært noe problem.” (ibid. s. A8)

Foreløpig har ikke koblingen mellom innføringen av samhandlingsreformen og smittevernutfordringer vært gjenstand for nevneverdig offentlig debatt, men idligere sykehushygieniker ved Oslo Universitetspsykiatri Ullevål setter dette på dagsorden under overskriften *Samhandlingsreformen – Kommunehelsetjenesten mangler smittevern* (Andersen, 2014, s. 18). Hun påpeker at innføringen av samhandlingsreformen har økt behovet for kompetanse innen smittevern i kommunehelsetjenesten. Jeg vil tro hun får følge av flere

debattanter; problemet ligger ikke bare i et økt behov for kompetanse, det ligger trolig også i bemanning og fasiliteter.

Når jeg forsøker å speile samhandlingsreformen i Foucaults maktbegreper fremstår den som en føring der flere maktmekanismer trer fram. Den kan ses i lys av begrepet disiplineringsmakt som i Foucaults betydning er å ta i bruk kunnskap og statistikk for å styre befolkningen slik at de gagnar samfunnet (Farsethås, 2009; Neumann, 2002). Dette lar seg lett assosieres med en av de hovedutfordringene Regjeringen mener er knyttet til helse- og omsorgstjenestens samhandlingsproblemer: ”demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 21). Vektleggingen av forebygging er satt i sammenheng med å unngå kostnader. Sett i lys av Foucaults perspektiv kan vi slutte at de friske er mer samfunnsnyttige enn de syke. Foucault problematiserer også hva liberale samfunn skal gjøre med de som ikke fyller sin samfunnsmessige oppgave, og stiller retoriske spørsmål: ”Skal de drepes? ... Anonymiseres? ... Institusjonaliseres ...?” (Neumann, 2002, s. 18). Jeg skal ikke dra dette poenget for langt. Men Foucault har kritisert hvordan de som ikke fyller sin samfunnsoppgave, de ikke-produktive, har blitt behandlet innenfor samfunnets institusjoner og påpekt at liberale samfunn har en demonisk side (ibid.). Det er fristende å spørre om innføringen av samhandlingsreformen er en anonymisering av de gamle sykehjemspasientene?

Samhandlingsreformen lar seg også se i lys av begrepet styringsmentalitet ettersom den er uttrykk for indirekte styring, som legger opp til selvstyring regulert med økonomiske virkemidler. I stortingsmeldingen om samhandlingsreformen er også språkets diskursive kraft spilt ut. Mens mine informanter prøver å unngå utgiftene for utskrivingsklare pasienter med løsninger der de kommer på kant med faglighet og rettighetsproblematikk, er det understreket i stortingsmeldingen at ”Poenget er ikke å avstraffe kommuner som ikke tar imot utskrivingsklare pasienter, men etablere en riktigere insitamentsituasjon for kommunene.”(Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 32) De økonomiske virkemidlene beskrives i positive ordelag som insentiver⁹, som skal *stimulere* og *inspirere* kommunene til riktigere bruk av sykehusene og innta roller i tråd med de helsepolitiske målene (ibid., s. 15

⁹ Ifølge synonymordbok er ordet ensbetydende med motiveringsfaktor. <http://synonymer.no/index.php>

og s. 26). Når en av mine informanter kaller dette døgmulkt, indikerer det at det oppleves mer som straff enn som oppmuntring. Med andre ord en regulering som er assosiert med det som Foucault kalte suverentitesmakt, en direkte maktutøvelse som inkluderer avstraffelse, og ikke demokratiets indirekte styringsmekanismer (Lundgren et al., 2012).

Jeg vil også dra et poeng fra det nevnte avisinnlegget der begrepet *samhandlingspasient* dukket opp (Lange, 2014). Uttalelsen om at det ikke er noe problem at *samhandlingspasienter* må overnatte på badet fremstår som en forsnakkelse, der disse pasientene tiltenkes mindre rettigheter enn andre pasienter. Eksemplet kan settes i sammenheng med betydningen av å være oppmerksom på diskursene. Offentlige dokumenter som omtaler samhandlingsreformen, inkludert stortingsmeldingen om samhandlingsreformen, kan bevege diskursen om eldreomsorgen. Nye språklige uttrykk med nye betydninger kan bidra til å skape ny virkelighetsforståelse. Slik ordet *samhandlingspasient* er bruk her kan det bety en pasient med mindre rettigheter enn andre pasienter. I teorien kan et slikt begrep bre om seg, bli godtatt og tatt inn i språket og inn i diskursen. Dette illustrerer også hva Foucault mener med at makt er relasjonell – denne ordføreren forvalter reformen på sin måte, og deltar i diskursen. Hvis *samhandlingspasient* blir et begrep, så er det ikke staten som har ansjoret oss til å ta dette begrepet inn i språket eller fått oss til å tenke at disse pasientene ikke må ha samme rettigheter som andre. Vi er part i diskursene.

Det fremstår som et paradoks at en reform som har forebygging som en av sine fremste intensjoner fører til uverdige situasjoner og risikosituasjoner i andre enden. På enhetsledernivå kommer man i skvis, ikke bare mellom de økonomiske kravene og kapasitet, men det oppstår også etiske dilemmaer. Det kan på den ene siden være vanskelig å avgjøre at en pasient som trenger å komme hjem ikke får det. Og på den andre siden kan det være vanskelig å gi personalet flere oppgaver enn de allerede har, eller oppgaver de ikke fullt ut behersker. Og det kan være vanskelig å svare for løsninger som ha korridorpasienter på sykehjem. Samhandlingsreformen fremstår som en av utfordringene for å kunne ivareta godt smittevern og for å kunne drive smittevern og kvalitetsarbeidet framover. Utfordringene ligger både i at den tar så stor plass i forgrunnsbildet og at økte kompetansekrav og økt smitterisiko er en følge av innføringen..

6. HÅNDTERING AV RAMMEVILKÅR - Å NAVIGERE I KOMPLEKSITETEN

6.1 Leders ansvar for kvalitetssystem og infeksjonskontrollprogram i sykehjem

”Hvis alt skulle vært på plass, så hadde jeg ikke vært i lederstilling.”

Alle enhetslederne viser til at de har et infeksjonskontrollprogram i sitt kvalitetssystem og noen har en elektronisk versjon: Jeg ønsker å få vite hvem de mener har ansvaret for at infeksjonskontrollprogram foreligger; rådmann, kommunalsjef, smittevernlege, avdelingssykepleiere eller de selv? Alle sier at det er de som enhetsleder som har dette ansvaret, men noen av dem svarer litt nølende og resonnerende før de konkluderer. På spørsmål om hva som er flaskehalsen for å ha et infeksjonskontrollprogram ferdig utarbeidet og revidert, er det en av informantene som svarer: ”Flaskehalsen er rett og slett at vi anser det som veldig nødvendig.” Det er bare lederne i bykommunene, som har et større apparat rundt seg, som har et system for revidering. Men en av dem sier likevel at revisjonsdatoen er overskredet med et par år.

På forhånd hadde jeg valgt ut en bestemt rutine jeg ville etterspørre, og alle får derfor spørsmål om gjennomfører forhåndsundersøkelse av nyansatte med tanke på å avdekke Meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA)¹⁰. Ingen av dem kan bekrefte at de gjennomfører en slik rutine. Men et par av dem, som har infeksjonskontrollprogrammet foran seg, kunne der og da lese at en slik rutine var skriftliggjort, og en av dem utbryter: ”Her har vi det! Vi har jo den i kvalitetssystemet vårt men jeg var ikke kjent med det.”

Når jeg prøver å spørre nærmere om hvorfor denne rutinen ikke er på plass, er svarene litt diffuse: ”den har ikke blitt en del av implementeringa” og ”jeg var klar over at det gjaldt pasienter, men...” En av informantene setter ord på at det ikke er mulig for henne å leve opp til alle kravene:

¹⁰ Rutinene er et av flere tiltak for å forhindre at bakterier som er motstandsdyktige mot de vanligst brukte antibiotika skal spre seg i helseinstitusjoner. En forhåndsundersøkelse eller helseattest viser om ansatte har vært utsatt for smitte og må ta prøve.

Når du er leder sånn som jeg...., jeg tror ingen pleie- og omsorgsleder til enhver tid har alt av planer oppdatert og grei, men det å sørge for at det viktigste er der.... Det tror jeg jo er sånn man driver, for hvis alt skulle vært på plass, så hadde jeg ikke vært i lederstilling. Hvis man har hodet kaldt og klarer å prioritere....

En av informantene peker på at forebyggingsaspektet kan bli nedprioritert: ”Det er hele tiden aktuelt å unngå smittespredning når vi har alt fra sår til - det som er aktuelt til enhver tid, men for øvrig kan du si, forebyggingsdelen, e ja, der er vi ikke flink nok.”

Disse fem enhetslederne beskriver at det som setter dagsorden på arbeidet med kvalitetsutvikling er en eller flere av disse faktorene: avvik, tilsyn, nye retningslinjer, nasjonale kampanjer, tilbakemeldinger fra ansatte og forhold der man selv oppdager at man har huller. Tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende blir også nevnt, og en av informantene understreker at de strekker seg langt for å imøtekomme slik klager, og tilføyer: ”innenfor de rammene vi har – Det holder vi høyt!” I tillegg er det andre pågående prosesser som opptar mye av tiden; de nevner innføringen av samhandlingsreformen, pågående byggeprosesser, samt hverdagsutfordringer knyttet til inneliggende pasienter. Noen av bisetningene som kommer underveis i intervjuene vitner også om at det er andre store problemstillinger som også krever oppmerksomhet; flere har mange utenlandske ansatte som fordrer egnet opplæring, de har mange ufaglærte og rekruttering er et stort tema for noen av dem.

En av informantene nevner at de er i ferd med å gjøre risikoanalyser. For de andre er denne uttalelsen mer beskrivende: ”Ellers så går det litt sånn ad hoc.” Utsagnet sikter til kvalitetsarbeid som blir igangsatt utenom tilsynsrundene. Det er spesielt to av lederne som fremholder at tilsyn er av betydning for å få satt fokus på enkelte områder. Stort sett blir dette beskrevet i positive ordelag:

Det er det som gjør kvalitetssikringa aktuell, det er hva vi har tilsyn på, for tida er begrenset...Fordelene med tilsyn er jo at vi får satt fokus på ting, for jeg tenker det at hadde vi ikke hatt tilsyn, så hadde hverdagen slukt oss helt, og så hadde det vært behovene der og da som hadde avgjort hva vi jobbet med.

Men de samme enhetslederne har også noen kritiske kommentarer til tilsynsvirksomheten, noe som dette sitatet er et eksempel på:

Noe virker unødvendig... for det er et sånt veldig definisjonsspørsmål ikke sant, og det blir veldig til fingerspissene hvordan vi skal gjøre ting og hvordan vi skal dokumentere ting og sånt. Folk opplever det som høvelig unødvendig. Og da kan det bli sånn at man lager rutiner bare for at noen vil ha de rutinene, noen som skal kontrollere oss.

Flere ga uttrykk for at et fokus på økonomi kan gå på bekostning av fag og kvalitet, og en sier det slik: ”Det er jo hele tiden en balanse mellom økonomien og kvaliteten, men vi har også fokus på at man ikke skal spare seg til fant heller.” Samtlige gir innspill på hvordan de tar ansvar for sykehjemmets økonomi og kommunens økonomi. En av dem peker på at fokuset på økonomi ikke var like sterkt tidligere: ”Det var ikke sånt budsjett disiplin, og ledere var ikke ansvarliggjort på samme måte som nå i forhold til budsjett.” Flere har lignende utsagn:

- Så rådmannen følger oss jo opp hele tiden, og det er klart at vi er nødt til å holde budsjettene, for det har jo innvirkning på hele kommunen. Hvis vi har et overforbruk hele tiden, så får vi mindre penger... Så vi er veldig opptatt av å holde budsjettene på enhetsledernivå, det er vi... Og det går også veldig mye tid til å overvåke økonomi... Så faget blir nok - det er ikke alle gangene vi får like god tid til faget.
- I fra rådmannsnivå så er det jo mest fokus på økonomi, at vi skal klare å holde økonomien og så er det jo kjempevanskelig når at du har utfordringer i forhold til å gjøre jobben.... Det er absolutt vanskeligere å få gehør nå.
- Men jeg føler jo at fokuset er veldig dreiet mot økonomi og ikke pasienten. Det må jeg si.
- Den lokale friheten styres av den økonomiske rammen som du er innenfor, og når rammen er så begrenset som den nå er – for vi har ikke rammer for å få gjort det som staten pålegger oss.

Når jeg spør om de sparer på for eksempel hansker og annet beskyttelsesutstyr som er av betydning for å ivareta smittevern, sier alle at det ikke er det som skaper de store utgiftene. En av dem er opptatt av å snu på det og fremholder at kvalitet koster. Når jeg kommenterer at det later til at hun setter kvalitet høyt, svarer hun slik:

Ja, vi må gjøre det, vi er nødt til å gjøre det for å klare å drifte mest mulig effektivt og målet er jo å gjøre de rette tingene første gangen. For det er dyrt å gjøre feil. Det er det det er mest økonomi i, å forebygge smitte og forhindre at noen får infeksjoner.

Den enhetslederen som i størst grad beskriver at hun er presset på innsparingstiltak sier følgende om sine grenser: ”Men altså, jeg kan jo si det at jeg har lojalitet opp til administrasjonen, men jeg har også lojalitet til pasientene, til de ansatte og til pårørende.”

Som en oppsummering er det slik at alle informantene erkjente et ansvar for at sykehjemmet skal ha et skriftlig infeksjonskontrollprogram, hvilket de også hadde. Men de hadde ikke kjennskap til alt innholdet, her illustrert gjennom den manglede implementeringen av forhåndsundersøkelse for MRSA av ansatte. Agendaen for kvalitetsarbeid ble spilt inn fra mange ulike hold. Det var i liten grad enhetslederen som planla tema og rekkefølgen på innsatsområder. Det som ble trukket fram som viktig i den sammenhengen var tilsyn og klager fra pasienter og pårørende. Det ble sagt at de må prioritere det nødvendige og at det kunne gå på bekostning av fokuset på forebygging. Ingen av informantene opplevde at de måtte spare på forbruksvarer som er av betydning for å ivareta smittevern. Men de uttrykte også at de tok et stort ansvar for økonomien og mente også at økonomi kunne gå på bekostning av kvalitet.

6.1.1 Kvalitet i navnet eller kvalitet i gavnet?

Det mest iøynefallende spørsmålet som melder seg er hvordan det har seg at påkrevde rutiner for forhåndsundersøkelse av personell ikke er innført. MRSA har over lang tid vært en problemstilling og flere sykehjem har hatt utbrudd. Både pasienter og personale kan bli skadelidende dersom MRSA spres, og i et større perspektiv er det en felles nasjonal innsats å hindre spredning av multiresistente bakterier. Det er nå 18 år siden *Forskrift om forhåndsundersøkelse av arbeidstakere innen helsevesenet - antibiotikaresistente bakterier* (1996) trådte i kraft, og 10 år siden den første MRSA-veilederen ble utgitt (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2009). De fleste av sykehjemmene i mitt utvalg rekrutterte jevnlig helsearbeidere fra utlandet, som ofte innfrir kriteriene for forhåndsundersøkelse.

Noe av oppklaringen ligger kanskje i det som står å lese i en nasjonal veileder om internkontroll der det pekes på at en av fallgruver i dette arbeidet er at ”nye rutiner utarbeides, men ikke innføres ... Utsettes arbeidet med innføring, øker risikoen for at endringer og nødvendige forbedringer ikke vil skje.” (Helsedirektoratet, 2012, s. 30)

Lovkravene er innfridd bare et stykke på vei når dokumentene er på plass, og for mine informanter hadde det stoppet der. Enhetslederen som kom inn på det med å utarbeide rutiner ”bare for at noen vil ha de rutinene, noen som skal kontrollere oss” satte fingeren på noe vesentlig. Kvalitetssystemer alene ikke gir kvalitet på tjenesten. Kan det være at kvalitetsbegrepet i seg selv bidrar til å villedde?

Både stortingsmeldingen om helsetjenestekvalitet og nasjonal kvalitetsstrategi og opererer med en relativt bred definisjon av kvalitet, der et av punktene er at tjenestene skal være trygge og sikre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Men ifølge Eilertsen, Engebretsen & Heggen (2012) bidrar fokuset på kvalitetssikringssystemer til å forvitte denne betydningen av kvalitet; kvalitet omskrives til en kvantitativ størrelse som skal kunne måles ut fra minimumsstandarder og kvalitetsindikatorer, og som er gjenstand for rapporteringer, internkontroll og tilsyn. Spørsmålet er om vi blir forledet til vekte kvalitet i betydningen av å innfri krav fremfor å holde fast ved det kvalitative innholdet i begrepet? Mine informanter viste at de hadde kvalitetssystem på plass, men ikke nødvendigvis trygge og sikre tjenester. Da tenker jeg ikke generelt, men som enkeltsaker slik som manglende ruiner for forhåndsundersøkelse er et eksempel på. Underveis i intervjuene ga de meg også eksempler på det motsatte; de beskrev god praksis som de ikke hadde nedskrevne rutiner for.

Selv om stortingsmeldingen om helsetjenestekvalitet gir kvalitet et kvalitativt innhold, er tendensen til kvantifisering ganske tydelig når det kommer til tiltak; om satsing i helse- og omsorgstjenesten i kommunen heter det:

Departementet skal i samarbeid med kommunene arbeide for å videreutvikle styringsdata, statistikk, og kvalitetsindikatorer, og bidra til at kommunene bygger opp kunnskap og kompetanse på systematisk kvalitetsforbedring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 10).

Det de indirekte sier her er at vi skal få til bedre systemer – som i sin tur kan være resultatmål. Hva blir styrende for kvalitetstenking? Er det å ha dokumentene på plass? Er det å styre etter målbar kvalitet? Eller er kvalitet fortsatt også gode og trygge tjenester som et mål i seg selv? Eller er det plass for begge deler?

En av informantene ansporer til en annen spennende diskusjon om kvalitetsbegrepet idet hun sa: ”... det blir veldig til fingerspissene hvordan vi skal gjøre ting og hvordan vi skal

dokumentere ting og sånt.” Det leder til et spørsmål om det er plass til det faglige skjønnnet. Alvsvåg (2009) argumenterer for at de skal være rom for faglig skjønn, og sier: ”Det går ikke en direkte vei fra teori til praksis eller fra praksis til teori.” (ibid., s. 219). Smittevernrutiner kan være et eksempel på det. Selv om smittevern faget i stor grad er styrt av lovverk og skriftlige anbefalinger, vet jeg av egen erfaring at det også gjøres kontinuerlige skjønnsmessige vurderinger, der kunnskap om pasienten, om smitteveier og om fasiliteter er avgjørende for hvordan de nedskrevne prosedyrene skal etterleves.

Det ligger et poeng til i det min informant uttrykker; de bruker tid og ressurser på noe de oppfatter som ”høvelig unødvendig”. Spørsmålet blir ikke om sykehjemmene trenger rutiner, men hvilke? Og hvor detaljerte skal de være? Hva er riktig bruk av ressurser? Er det fare for å bli for regelstyrt? Dette gir flere spørsmål enn svar, men min informant forholder seg til det muliges kunst når hun svarer på hva som er til hinder for å ha et oppdatert infeksjonskontrollprogram: ”Flaskehalsen er rett og slett at vi anser det som veldig nødvendig”. Det er neppe det korrekte svaret, men kan kanskje stå som en appell om større samsvar mellom lovkrav, nytte og ressurser.

Dette kan sees i sammenheng et annet utsagn; en informant sa at klager som kom fra brukerne¹¹ hadde høy prioritet. Denne verdien blir formulert slik i nasjonal kvalitetsstrategi: ”God kvalitet forutsetter at brukernes og pasientenes erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene.” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 23). Betydningen av brukermedvirkning understrekes også i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen og stortingsmeldingen om helsetjenestekvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, 2012), og er også en av viktige ingrediens i New Public Management bevegelsen (Orvik, 2004). De færreste vil vel benekte viktigheten av dette perspektivet, men også her kan det stilles noen spørsmål. Dersom kvalitet og faglighet skal sikres i sykehjemmene, samtidig som en er presset på tid og kapasitet; hvem skal da sette dagsorden? Hvem er kompetent til å prioritere? Og hvem sitt ansvar skal det være?

Juritzen, Engebretsen & Heggen (2012) bruker Foucaults maktforståelse i en analyse av brukermedvirkning og ”empowerment” i sykehjem. De setter brukermedvirkning i

¹¹ Bruker er informantens formulering, og samsvarer godt med begreper som ofte er å se i de offentlige dokumentene, slik som brukermedvirkning.

sammenheng med maktmekanismer der styringen handler om å få individene til å styre seg selv. Ved å bruke sykehjemspasienter med kognitiv svikt som eksempel viser de at det oppstår noen tankekors. Deres kritiske bemerkninger er at brukermedvirkning kan gi en illusjon om frie valg og at asymmetri kan tilsløres. Det blir en balansegang mellom det å gi deltakelsesmulighet og det å fraskrive seg ansvar. Det er ikke slik at jeg tar til orde imot medvirkning eller at jeg på noen måte vil kritisere min informant som lytter til pasienter og pårørende. Og det er heller ikke slik at jeg skal forenkle enhetsleders valgmuligheter. Poenget er å klare å ha et avslørende blikk på diskursene, slik at ikke trender og doktriner blir bestemmende for valg som krever faglige, etiske og skjønnsmessige vurderinger.

En av informantene kom med utsagn som at kvalitet koster og at kvalitet lønner seg. ”Det er dyrt å gjøre feil.” ”Det er mest økonomi i å forebygge.” Med det har hun pekt på et annet viktig aspekt ved kvalitetsbegrepet; det kobles lett opp mot økonomiske verdier. Kvalitet omtalt på den måten er ikke en verdi i seg selv. Kvalitet skal svare for en annen verdi; kostnadseffektiviteten. Det er også vanlig i nasjonale dokumenter at satsing på smittevern ikke bare begrunnes ut fra pasientens beste, men også ut fra kostnadsperspektiv, for eksempel: ”Infeksjoner som oppstår som følge av opphold i helseinstitusjoner er belastende for pasientene og kostbar for helsetjenesten” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 34). Alle informantene hadde et sterkt fokus på økonomi, og nesten alle uttrykte at kostnadseffektivitet kunne gå på bekostning av kvalitet og fag.

Med inspirasjon fra New Public Management bevegelsen har mål- og resultatstyring blitt den rådende styringsformen (se kap. 1.2.1). Det å holde budsjettet blitt et sentralt styringsmål, selv om målbar kvalitet også kan rapporteres. For mine informanter var økonomiske styringsmål det de snakket mest om, og det er dette som understrekes i utsagnene: ”fra rådmannsnivå så er det jo mest fokus på økonomi” og ”jeg føler jo at fokuset er veldig dreiet mot økonomi og ikke pasienten.” Flere har reist bekymringer for ivaretagelsen av faglighet i styringsmodeller inspirert av New Public Management: ”Fra kritisk hold blir det pekt på at den nye styringsideologien i sin ytterste konsekvens kan føre til målforskyving der profesjonelle får mer omtanke for budsjettene enn for pasientene.” (Orvik, 2004, s. 96).

Inspirasjon fra New Public Management har beveget omsorgsdiskursen. Ord og uttrykk fra forretningspråket, som ikke var en del av terminologien da jeg begynte på

sykepleierutdanningen for 30 år siden, er nærmest del av dagligtalen i helseinstitusjoner; effektivitet, produksjon, lønnsomhet, bruker etc. Det samme gjør seg gjeldende dersom en definerer tjenestekvalitet som diskurs; ord som kvalitetsindikator, benchmarking, effektivitetsnettverk osv er innenfor diskursen. Målstyringen ledsages av rapporteringssystemer som utgjør kontrollmekanismene. Neumann (2002) bruker New Public Management inspirerte styringsmodeller som et eksempel på hva Foucault la i indirekte maktmekanismer; styring av styringen med innebygde kontrollmekanismer.

Egenkontroll kan også settes i sammenheng med den kontrollmekanismen, eller metaforen, som Foucault kaller panoptikon. – observasjonstårnet i fengslet, der du aldri kan vite om det er noen som observerer deg eller ikke. I hans eksempel opptrer fangene som om de til enhver tid blir sett (Lundgren et al., 2012). Det fristende å hevde at Foucaults panoptikon virker når det gjelder økonomistyring. Enhetslederne vet at de blir kontrollert, de vet at de skal i møte med rådmann og bli konfrontert med budsjett, og de agerer som om det er noen i tårnet hele tiden.

Men hvorfor er ikke effekten av panoptikon like sterk når det kommer til smittevern og kvalitetsarbeid? Er det fordi enhetslederne vet at vokteren i tårnet ikke ser etter dette på samme nidkjære måte? For å sette det på spissen er det ikke sikkert rådmannen vet hva konsekvensene av en urinveisinfeksjon kan være for et gammelt menneske, men han vet hvor stort budsjettet er. Verdien av resultatmålene kan bli deretter.

Kvalitet i navnet eller i gavnet viser seg å være et innfløkt spørsmål; det beror litt på hvilket innhold vi legger i begrepet. Ved å sette søkelyset på trender, se dem i sammenheng med diskursene vi er en del av, kan vi stille spørsmål ved styrkeforhold mellom faglig skjønn og en dogmatisk forståelse av trender. Hva er innholdet i dagens diskurs om helsetjenestekvalitet? Det som står å lese i aktuelle dokumenter tyder på at man kjemper for å beholde den folkelige forståelsen av kvalitet som innenfor diskursen – kvalitet som ensbetydende med noe sikkert og trygt. Men her er også mange konkurrerende verdier; systemer, dokumentasjon, rapportering, kontroll. Dette behøver ikke å være uforenelige størrelser. Men hvis vektingen blir skjev, kan vi komme skjevt ut. Da er det ikke gitt at kvalitetssystemer sikrer kvalitet. Den konkurrerende verdien er økonomi. Det hele ender ut i en diskusjon om hvordan vi skal gjøre plass til og gjøre bruk av kvalitetssystemer som gir god kvalitet på tjenesten og godt smittevern. Og der det er en balanse mellom krav, nytteverdi og ressurser.

6.2 Leders rolle i implementeringen av smittevernrutiner

”når vi lager nye rutine, så er det ikke bare for å lage den, men det er for at den skal virke”

Sitatet over henspiller på at handlingskomponenten trekkes inn når informantene snakker om kvalitetsarbeid og smittevern, noe som blir sagt i ulike vendinger: ”Det nytter jo ikke bare å ha plan der, for det skal jo også gjennomføres på en måte.” Et tilsvarende utsagn er: ”så langt som jeg kjenner til, så er det nye rutinen, det nye adferdsmønsteret, det er implementert, og det blir gjort.”

Når de blir bedt om å fortelle hvordan de arbeider med smittevern i sykehjemmet har de litt forskjellige vinklinger: En av dem viser til at alle nyansatte blir introdusert for infeksjonskontrollprogrammet. De øvrige reflekterer rundt smittesituasjoner de har erfart, med for eksempel smittsom gastroenteritt, urinveisinfeksjoner og multiresistente bakterier og forebyggende tiltak rundt det. Flere refererer til influensapandemien i 2009, og har oppe plakater som ennå er aktuelle. På bakgrunn av dette har de satt fokus på grunnleggende smittevernrutiner, spesielt med vekt på håndhygiene og utplassering av hånddesinfeksjonssprit, og også bruk av arbeidstøy. Inntrykket er at det er dette de har jobbet mest aktivt og systematisk med, selv om de også nevner andre temaer. En av dem oppsummerer det nokså treffende: ”Ja, det er mye sprit.”

Jeg valgte å spørre spesielt om bruk av ringer og armklokke blant personalet ettersom dette er et synlig tegn på om man har oppnådd å implementere de nasjonale anbefalingene på det punktet (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004). Her gjengir jeg fire av svarene som illustrerer hvordan leders fokus og strategi varierer:

- Det må jeg bare si at det har ikke jeg lagt merke til. Nå er jeg så ærlig. Jeg har ikke gått rundt å sett om de har ringer på seg og klokker eller sånne ting. Så jeg har ikke gått med de der smittevernøyene påslått når jeg har vært ute i avdelingene.
- Hvis jeg tilfeldig er der, men da sier jeg fra. Ikke til den ansatte, men til avdelingslederen.... det er fokus på det, men det er jo noen som synder hele tiden.
- Vi er blitt veldig streng på det her med klokker og smykker og ringer og sånne ting. Og vi har hatt en sykepleier som har jobbet med hygiene og laget et hefte som alle har fått delt ut. Vi har skrevet egne rutiner – nå blir det skrevet avvik i form av at folk ikke følger rutinene... Nå er det null! Nå skriver de avvik.

- Ja, jeg føler at jeg blir litt sånn utidig, men det er det første jeg tar opp når jeg tar en inn til intervju. For at da kan jeg jo gå etter å kontrollere eller i alle fall påpeke når jeg ser.

Noen enhetsledere er tydelige på at de leder via avdelingssykepleierne, og ikke går direkte inn i prosessene med personalet. En sier: ”Det jeg har, hos meg er det veldig lite fag for å si det sånn. Er det noe som lukter på fag så er jeg snar å sende det til dem [avdelingssykepleierne]” De som i størst grad leder gjennom sine avdelingssykepleiere sier at de stiller på møter når det er behov for å gi saker tyngde, en av dem sier: ”når enhetsleder er der så er det veldig alvorlig. Da er det alvor!”

Motsatsen er en av enhetslederne som jobber tett opp mot personalet, og har selv vært med på hospitering på sykehuset for å lære seg nye prosedyrer. Hun sier: ”og jeg ble med dem, for jeg vet at de kommer uansett til meg når de skal spørre om noe, og da må jeg vite hva jeg skal svare dem.” Hun fortalte videre at hun selv hadde utarbeidet en spesifikk prosedyre i etterkant av hospiteringen og gitt personalet opplæring.

En av enhetslederne gir eksempel på faglig ledelse utøvd på en synlig og direkte måte. Om etterlevelse av uniformsreglementet, sier hun: ”Jeg går rundt som politi.” Hun forteller også at hun anså det som en dårlig løsning at klær ble vasket og hengt til tørk på skyllerommet.¹² Hun beskriver en enkel håndtering av denne saken: ”Jeg har sagt det er forbudt!” og: ”Jeg sa: Slutt med det svineriet!”

Jeg ber dem fortelle om vellykkede implementeringsforsøk for å få fram hva som ligger i implementeringsbegrepet for dem. En av dem blir svar skyldig, mens en annen beskriver en prosess relativt detaljert:

først diskuterte vi det i avdelingssykepleiermøte, så ble vi enige om hvordan det her måtte være ..., og så ble det fulgt opp i personalmøter hvor de hadde undervisning ..., og det ble jo også knyttet til litt sånn endring i rutinene, hvordan vi faktisk agerer ..., hvordan vi faktisk dokumenterer i dokumentasjonsprogrammet som vi bruker, og så langt som jeg kjenner til, så er det nye rutinen, det nye adferdsmønsteret, det er implementert, og det blir gjort. Det er i hvert fall de tilbakemeldingene jeg får fra mine avdelingssykepleiere.

¹² Benevnelse på rom beregnet for rengjøring og desinfeksjon i helseinstitusjoner, også kalt desinfeksjonsrom.

Ut over det setter informantene i liten grad ord på sine egne suksesshistorier på mitt direkte spørsmål, men gir de gode eksempler underveis i intervjuene, som kommer inn under paraplyen implementeringsarbeid, jmf. eksemplet om eget avvikssystem for å sikre etterlevelse av regler for håndhygiene.

De viser ikke til bruken av bestemte implementeringsmetoder, men alle er opptatt av å involvere og ansvarliggjøre personalet. Selvledelse ble nevnt som strategi. ”Samarbeid er undervurdert.” var det en som uttrykte og videre at: ”vi må i hvert fall gripe tak i de der gullene som virkelig er interessert.” Det er også noen som beskriver at det ikke alltid er like lett å få personalet med seg, og en sier: ”Du kan jo være så positiv som du vil når du sitter i min stol, men det er noen andre som skal gjennomføre det, så de må gå noen runder med seg selv ... Så det er ikke enkelt.”

Enhetslederne oppgir ulike arenaer for fagutvikling og kvalitetsarbeid. På flere av sykehjemmene er personalemøtet det viktigste forumet, og for noen det eneste faste forumet, for videreformidling og diskusjon. Ut over det nevnes HMS-gruppe,¹³ kvalitetssirkler, hospiteringer, fagdag innbakt i turnusen, faglige nettverk og faglunsjer. Faste tidspunkter for internundervisning er det bare et av sykehjemmene som har. De fleste nevner at de hadde ansatte under videreutdanning. En enhetsleder sier at nesten ingen hos dem har vært på kurs det siste året, mens en annen oppgir at kurs blir benyttet i stor utstrekning, og at de har oppnådd et høyt faglig nivå. Alle har tilgang på videokonferanseutstyr, men ingen har det inne i sykehjemmet. Et par av dem har et nesten likelydende resonnement om at de har tilgang i kommunen, men det at de må forlate sykehjemmet gjør at det ikke blir benyttet, og så tilføyer de begge at de ikke kan forvente å få et eget til sykehjemmet ettersom det medfører kostnader.

Til tross for all satsingen og alle de aktivitetene de kom opp med beskriver de at fordringene er flere enn de til enhver tid klarer å innfri. En av dem uttaler seg slik: ”Det oppleves sånn at forventningene er økt, men mulighetene er de samme.” Og hun sier også:

Vi har altså lite ressurser til det og så det er på en måte ankepunktet. Det med å sette oss i stand til - og å gi oss den administrative kraften som skal til for å kunne iverksette alle disse gode formålene og ideene og forskrifter og alt det. Det er utfordringen.

¹³ HMS er en vanlig forkortelse for helse, miljø og sikkerhet.

De levner ingen tvil om at det er mange hensyn å ta, og at deres egen rolle er mangefasettert, slik som dette utsagnet vitner om:

Du skal være leder, du skal være utviklingskonsulent og alt som følger; prosjektleder og daglig leder og alle de her rollene som man ser er behov for å prøve å fylle. Så det blir en veldig streng prioritering. Og det er mye som går i søpla, som ikke blir tatt fordi ressursene er ikke der.

En av dem relaterer muligheten for å gi et godt tilbud til pasientene til organisasjonsmodellen. Hun forteller at hun har vært med å kjempe mot at hjemmetjeneste og sykehjem skulle splittes opp i to resultatenheter. Når de unngikk oppsplittingen mener hun de er bedre i stand til å tenke helhetlige løsninger til pasientens beste, og hun ser det også i sammenheng med at ansatte drar faglig veksel på hverandre, og kompetanseplanene har latt seg koordinere. Hun sier at en oppsplitting ville ført til en konkurranse om budsjett fremfor samarbeid, og hun konkluderer med: ”det er nå en gang slik at pengene styrer oss.”

For å oppsummere, er det slik at alle enhetslederne hadde en rolle i forhold til smittevernarbeid og kvalitetsforbedringsarbeid overfor personalet, men detaljnivået varierte. Noen var tydelige på at de delegerte faglige oppgaver til avdelingssykepleierne. De beskrev implementeringsprosesser, men uten å referere til spesifikke metoder. Alle oppga å ha arenaer for fagutvikling og kvalitetsarbeid, der personalmøtet var en av de viktige. De så mulighetene i sammenheng med økonomi, tilgjengelig ressurser og lederkraft. Det var noen som klarte å rekruttere fagfolk, sørge for videreutdanninger, holde i gang kursaktivitet og hadde stillinger med ansvar for fag, mens andre hadde store rekrutteringsutfordringer og slet mer med å gi rom for fagutvikling. Tendensen i mitt lille materiale er de minste kommunene hadde minst å gå på i forhold til å bygge kompetanse. Kommunenes organisasjonsmodell ble også trukket inn som faktor.

6.2.1 Lederrolle, lederstil og implementering - leder eller lakei?

Når enhetslederne fremholdt håndhygiene som et viktig område innen smittevern, så er dette i tråd med satsing i regi av Verdens helseorganisasjon og Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Men smittevern er svært mye mer, og det blir et spørsmål om hvor mye som er mulig å ha oversikt over innenfor alle fagområder som er aktuelle for et sykehjem, samtidig som administrative

oppgaver og budsjettkontroll tar en stor del av kapasiteten. Spørsmålet som slår meg er om jeg har intervjuet faglige ledere, administrative ledere eller begge deler? Hva kan jeg forvente at dette ledernivået har faglig innsikt i og ansvar for?

I mitt utvalg var det et par av enhetslederne som var direkte involvert i faglige detaljer i det daglig, resten ledet fortrinnsvis gjennom avdelingssykepleierne. En naturlig konsekvens av tonivåmodellen som organisasjonsform i kommunene er at de administrative oppgavene tar stor plass (se kap 1.2.1.). Tonivåmodellen er inspirert av tenkingen New Public Management bevegelsen der fag og ledelse løsrives fra hverandre. Nesheim (2006) reiser noen bekymringer knyttet til det skillet mellom ledelse og profesjon, og sier:

Dette skillet kan ha den konsekvens at man bidrar til å undergrave det faglige aspektet som er vesentlig ved offentlig serviceproduksjon. En nedtoning av det faglige over tid kan medføre risiko for at tjenestetilbudet blir dårligere. (ibid., s 24)

Det er flere bidrag som belyser at det er grunn for denne bekymringen. Dalby (2005) referer til en undersøkelse som viste at enhetslederne var fornøyd med måten å jobbe på i tonivåmodellen, men: ”Samtidig har dette ført til større arbeidsbelastning, flere administrative oppgaver og mindre faglig ledelse.” (Opedal, Stigen & Laudal (2002) referert til i Dalby, 2005, s.13). Rasmussen (2011) intervjuet 10 enhetsledere, derav fire for sykehjem, om å være leder i tonivåmodellen. Disse var fornøyd med å ha fått større ansvar, men beskrev også at de kom i klem mellom hensyn til budsjett og personalets bekymring for om pleien var god nok. Artikkelforfatteren mener at fellesmøtene mellom enhetslederne og rådmann i større grad førte til konkurranse mellom lederne enn felles forståelse. Det var en slik utvikling min informant forutså når hun tok til orde mot å splitte sykehjem og hjemmetjeneste i ulike resultatenheter. Hun var tydelig på at egne budsjetter førte til en konkurransesituasjon som var til hinder for helhetlige og gode faglige løsninger og felles kompetanseplaner.

Er faglig kvalitet innenfor eller utenfor ledelsesdiskursen? Ut fra det mine informanter beskriver og de undersøkelsene jeg har vist til i avsnittet ovenfor, så er det ikke opplagt hvordan dette er i ferd med å utvikle seg. Forventningene om faglighet og faglige prosesser er definitivt til stede. Men det er i høyeste grad lojalitet til administrasjon og krav om budsjettdisiplin også. Klemsdal (2013) setter merkelappen ”negativ frihet” på en situasjon der det er så mange fordringer at leder selv må prioritere hvilke som håndteres og hvilke som ikke

kan håndteres. Mens Ladegård (2009) spør om ny oppskrift for lederrollen kanskje skal være ”managing the squeeze”?

Hvor begynner og hvor slutter den faglige linja? Uten en sektorleder med reelt ansvar og myndighet for fagområdet, er enhetslederen i enkelte tilfeller det eneste mellomledet mellom det kliniske nivået og det øverste administrative nivået i kommunen. Er det da plass til fag? Mye tyder på at enhetslederne i stor grad kanaliserer ansvaret videre. En norsk studie viser at ansvaret for kvalitetsarbeid i sykehjem i stor utstrekning er delegert til avdelingssykepleiernivå (Ødegård et al., 2010). Av et utvalg på 64 ledere på avdelingssykepleiernivå i sykehjem og på sonenivå i hjemmetjenesten svarte alle at ansvaret for kvalitetsarbeidet var delegert til dem. Informanten som sa at han videresendte alt som hadde med fag å gjøre til avdelingssykepleierne, føyer seg inn her.

Er det mulig å oppnå et faglig tyngdepunkt i tonivåmodellen? Et av satsingsområdene i nasjonal kvalitetsstrategi er å styrke ledelse og organisasjon (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Dette følges opp i kvalitetsstrategiens oppfølgingshefte der det blant annet heter: ”Det forventes at ledere ser arbeidet med forbedring som en sentral og nødvendig del av sitt arbeid – ikke noe som gjøres i tillegg.” (Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s. 15). Deretter listes det opp ni punkter som beskriver hvilke oppgaver dette innebærer. Vil dette løse noe? Eller betyr det bare at enhetslederen som sa at hun måtte fylle alle rollene, som enhetsleder, daglig leder, utviklingskonsulent etc., får enda flere oppgaver, samt et budskap om at forbedringsarbeid ikke er ekstra arbeid? Dette viser hvordan man kan bake forventninger inn i offentlige dokumenter.

Stortingsmeldingen om helsetjenestekvalitet er mer på lag med mine informanter idet den tar høyde for det som min informant uttrykker som å ”sette oss i stand til - og å gi oss den administrative kraften som skal til for å kunne iverksette alle disse gode formålene...” Ikke det at det foreslås mer ressurser, men her skisseres tiltak for å styrke lederkompetansen og behovet for opplæring i kvalitetforbedringsmetodikk er satt på dagsorden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Informantene i mitt utvalg nevnte ikke spesifikke metoder for implementering. Funnene i studien til Ødegård et al. (2010) peker i samme retning. Jeg vil i den forbindelse nevne *Demings sirkel*, som er foreslått som en enkel og anvendelig modell for implementering i

mange offentlige dokumenter, også i stortingsmeldingen om helsetjenestekvalitet og nasjonal kvalitetsstrategi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Demings sirkel er en fireleddet sirkel bestående av planlegging, utføring, kontrollering og korrigerende. På papiret er den enkel, men Grol et al. (2013) viser til ulike studier som har evaluert bruken av Demings sirkel i helsetjenesten, og peker på at noe av det som skal til for å lykkes er at man tar høyde for at det kreves tid og ressurser, at det er god ledelsesforankring. I kommunehelsetjenesten er det i utgangspunktet få ledere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012), og det slås fast at det er et språk mellom krav og kapasitet (Orvik, 2004). Den tilforlatelige måte Demings sirkel fremstilles på bagatelliserer arbeidsinnsatsen som må til. Budskapene er altså at implementering kan gjøres enkelt og at kvalitetsarbeid ikke må betraktes som ekstra arbeid, bare som en del av det å utøve ledelse. Med disse implisitte budskapene er det ikke sikkert disse veilederne er til hjelp, det kan like gjerne hende de er egnet til å gi en opplevelse av å komme til kort.

Et annet interessant aspekt er at Demings sirkel er at den kan leses som en modell for bottom-up prosesser der temaer velges, og der man planlegger ny prosess når en prosess er avsluttet (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013). Det er ikke denne muligheten for planlegging som mine informanter beskriver. Ødegård et al. (2010) viser noe av det samme i sin studie, der avdelingssykepleierne i norske sykehjem svarte at i den grad de initierte kvalitetsutviklingsprosesser, så var det utelukkende snakk om implementering av nasjonale føringer – ikke egendefinerte prosesser.

Jeg vil trekke fram en av de kreative implementeringsprosessene som jeg fikk beskrevet i min studie; eksemplet der personalet selv hadde satt uniformsreglementet på dagsorden, utarbeidet et eget avvikssystem for å håndheve det, og oppnådde etterlevelse. På den måten støtter de opp om en av de nasjonale føringene, men har skapt kultur på sin egen måte. De lagde sin egen metode, den er ikke spesielt lik Demings sirkel eller andre oppskrifter, den er ikke nedskrevet i rutinesamlingen og den er ikke under evaluering. Men den fungerer. Kanskje ligger det her en kilde til en viktig refleksjon; er det mulig å synliggjøre og lære av prosesser som ikke nødvendigvis følger boka?

Jeg fikk også noen innspill om lederstil som er verdt å se nærmere på. Enhetslederen i mitt utvalg som på sin litt kontante måte sa ”Jeg sa: Det er forbudt!” bryter med det kutymet vi er vant til. Samtidig forenkler hun noe som kanskje ellers ville blitt en lengre prosess, på en etter

min menig befriende måte. I en nylig publisert artikkel om brudd på uniformsreglementet i helsetjenesten, begrunnet avdelingssykepleiere sin manglende inngripen med at det oppleves som ubehagelig å korrigere sine ansatte (Brænd, 2014). En av mine informanter var inne på dette når hun fortalte at det ikke alltid er enkelt å lansere nye ting i personalgruppa. Tillater vi ikke at leder sier at ”Det er forbudt!”? Det er åpenbart at noen saker krever større implementeringsprosesser, men det er også grunn til å spørre om vi er fanget i en demokratisk og prosessorientert tenking, som kan bli en hemsko for faglig lederskap.

En av Foucaults metaforer for å beskrive den historiske utviklingen fra direkte kongemakt til nåtidige demokrateier, er at man på et tidspunkt har *hugget hodet av kongen* (Farsethås, 2009). De indirekte maktformene som utspiller seg i demokratiske land er i Foucaults betydning diskrete, og Flyvbjerg (1991) forstår dette slik: ”at magt ofte kun kan tolereres hvis den skjuler seg selv samt de mekanismer, den fungerer etter. I mange sammenhænge ville magt ikke kunne tolereres i demokratiske samfund, hvis den var fullstendig synlig.” (ibid s. 109). Det er nærliggende å tenke at det er de samme mekanismene som gjør seg gjeldende på mikronivå. Leder må opptre etter demokratiske spilleregler, og kan få en opplevelse av å bryte spillereglene ved å innta en mer autoritær rolle. Vi ønsker oss gjerne tydelig ledere, men hvor tydelige tillater vi at de er? Og hvor tydelig tør de være?

Overskriften på dette avsnittet er et noe retorisk spørsmål, og henspeiler på om enhetsledernes faglige lederskap forvitret? Er enhetsleder gjort til lakei som primært skal innfri økonomiske og administrative krav? Og samtidig er kneblet av forventninger om demokratisk lederstil? Ved å løsrive fag fra ledelse pulveriseres faglig linje og faglig styrke. Til tross for stort administrativt ansvar i tonivåmodellen uteblir ikke forventningene til enhetsledere om å ivareta fag og kvalitet. Noen av forventningene som ligger implisitt i offentlige dokumenter bagatelliserer at kvalitetutviklingsarbeid krever tid og ressurser. Generelt er det få ledere å spille på i kommunehelsetjenesten og det er et sprik mellom krav og ressurser. Fremfor å lage strategier som vil styrke lederen, er tendensen at det stilles enda flere krav. Enhetslederen er det personifiserte møtepunkt for alle krav – ovenfra og nedenfra. Dersom implementering beror på involvering fra enhetsleders side, så blir konsekvensen at enhetsleder også må gis mulighet til å ivareta et ansvar for fag og kvalitet, som inkluderer smittevern og implementeringsarbeid.

7. OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Det begynte med en undring over at jeg opplevde at smittevernrutiner som gis stor betydning innenfor smittevern faget ikke alltid er på plass i sykehjemmene. Jeg ville spørre de som jeg oppfattet som ansvarlige for dette hvordan det hang sammen. Med støtte i hermeneutikken har jeg skrevet inn mine egne antagelser, refleksjoner og spørsmål underveis. Ved hjelp av perspektivene til Habermas har jeg brukt teksten til å forsøke å forstå et samfunnsforhold. Ved hjelp av kvalitative intervjuer fikk jeg tilgang på mange perspektiver. Gjennom tekstanalysen utkrystalliserte det seg tre temaer, med undertemaer som representerer funn. Disse lar seg oppsummere slik:

Sykehjemmet – mangfold og tvetydigheter

- Sykehjemmene representerer et mangfold av organisatoriske løsninger og har til dels ulikt innhold. Enhetslederens rolle og ansvarsområde varierer deretter. Tilgang på ressurser varierer også. Uavhengig av forskjeller mottar de samme krav om å implementere nasjonale føringer.
- Kompleksiteten forsterkes av at det er mange verdier som forsøkes ivaretatt. Smittevern og hjemlighet er verdier som kan komme i konflikt med hverandre.

Styringssignaler i møte med realitetene:

- Det er ikke samsvar mellom all informasjonen som skal gjennom enhetsleder og system for informasjonsflyt, alt blir ganske enkelt ikke faget opp og gjort noe med.
- Samhandlingsreformen har fått konsekvenser for sykehjemmene; nye pasientgrupper, økt pasientgjennomstrømming og økte kompetansebehov. Det har tatt mye av enhetsledernes kapasitet. Løsningene som blir iverksatt kan utfordre smittevernet

Håndtering av rammevilkår – å navigere i kompleksiteten:

- Et skriftlig kvalitetssystem med infeksjonskontrollprogram sikrer ikke at rutinene er å gjenfinne i praksis. Fokus på økonomistyring kan gå på bekostning av kvalitet.
- Enhetslederne har ulike roller i implementeringsprosesser og muligheten til involvering varierer. Det foregår mange faglige aktiviteter, men fordringene er større enn det de har mulighet til å innfri. Noen har så mange administrative oppgaver at de delegerer bort de faglige oppgavene.

Jeg har speilet disse funnene og informantenes utsagn i styringsmekanismer, organisasjonstrender, idealer og nasjonale føringer. Ved hjelp av diskursbegrepet har jeg prøvd å fange opp en del ”vedtatte sannheter” som vi enten kan godta eller stille spørsmål ved. Jeg har også prøvd å vise hvordan sykehjemmet kommer i kryssild mellom ulike diskursive krefter. Jeg peker på at diskurser og styringssignaler som gjør seg gjeldende i sykehjemmet er mange og til dels motstridende, og i et forsøk på å sette dette inn i den teoretiske sammenhengen, har jeg benyttet Faircloughs begrep diskursorden. Ved hjelp av noen av Foucaults maktbegreper har jeg prøvd å vise til hvordan en indirekte styringsform gjør seg gjeldende. I tillegg har jeg trukket på studier om implementering i helsetjenesten. Jeg har også skjelt til litteratur om organisasjon og ledelse.

Ved å drøfte de seks undertemaene fra ulike vinklinger kommer jeg fram til ulike momenter som peker tilbake på problemstillingen. Disse momentene lar seg sammenfatte i ett stikkord, og det stikkordet er misforhold.

Det er misforhold mellom mangfoldet av lokale løsninger/ressurstilgang og ensartede nasjonale karv. Foucaults maktbegreper bidrar til å forklare hvordan styring muliggjøres når staten avstår fra direkte styring. Men indirekte styring i form av stadig flere reguleringer tar ikke høyde for lokale forskjeller. Faircloughs begrep diskursorden bidrar til å begrepsliggjøre møtet mellom to til dels motstridende diskurser; velferdsdiskursen med verdier om likhet og demokratidiskursen med verdier som frihet. I dette bildet er enhetsleder ansvarliggjort for implementering av nasjonale føringer. Men utfordringene tegner til å være like mye en statlig utfordring.

Det er et potensielt misforhold mellom rådende ideologier i sykehjemmet og en stadig sykere sykehjemspopulasjon. Skal verdien hjemlighet og et godt smittevern forenes kreves en årvåkenhet. Også her anvendes begrepet diskursorden, denne gangen for å belyse at diskurser med motstridende sannheter kan gi en ustabil diskursorden og endring. Enhetsleder har en sentral rolle i å få hensynene til å løpe sammen, men står på bevegelig grunn.

Det er et misforhold mellom mengden føringer og det som enhetslederne faktisk mottar eller er i stand til å absorbere. Det var ikke innlysende at dette litt enkle faktum kunne la seg forstå med Foucault, men ved å heftet det på Foucaults forståelse om at makt forutsetter relasjon blir det et spørsmål om det er noen relasjon eller om den er brutt. Det fremstår som regulering

uten at noe eller noen blir regulert. Enhetsleder er like fullt den som kan stilles ansvarlig for at kvalitetsforbedring og implementering finner sted.

Innføringen av samhandlingsreformen skaper flere misforhold. Kapasitet og kompetanse samsvarer ikke med den store pasientstrømmen og de nye oppgavene. Det er ikke samsvar mellom enhetsleders kapasitet og den innsatsen som samhandlingsreformen har krevd. Det er heller ikke samsvar mellom samhandlingsreformens intensjon om forebygging og den risikosituasjonen som sykehjemspasientene settes, blant annet ved at smittevernet utfordres. Det er mulig å gjenkjenne flere av Foucaults maktmekanismer i samhandlingsreformen, og i et slikt lys – og med Foucaults termer – blir beskrivelsen brutal; en statlig reguleringsmekanisme som gjennom forebygging skal sørge for produktive innbyggere, de skrøpelige sorteres ut og anonymiseres. Incentivene omskrives til straff som bidrar til ønsket adferd. Dette er ikke sannheten om samhandlingsreformen, men et analytisk grep som gjør det mulig å stille noen kritiske spørsmål til motiver og konsekvenser. I denne sammenhengen er sluttsammen at den utgjør en av utfordringene for å ivareta smittevern i sykehjem.

Det er et misforhold mellom infeksjonskontrollprogrammets skriftlige rutiner og praksis. Ved å sette kvalitetsbegrepet under lupen, blir betydningen av å innfri kvalitetskrav både det å gi trygge og sikre tjenester og å ha skrevne rutiner på plass. Men vektingen mellom de to kan bli skjev. Kvalitet blir gjort om til kvantifiserbare størrelser som kan måles. I målstyringen kan både kvalitet og økonomi være resultatmål. Dette lar seg relatere til Foucaults begrep om indirekte styring med innebygde kontrollmekanismer som bidrar til selvstyring, *styring av styringen*. Men økonomi får forrang som resultatmål. Dette ses i lys av den styringsmekanismen som Foucaults kalte panoptikon, en metafor på hvordan vi innordner oss når vi tror vi kan bli sett. Da blir antakelsen at mekanismen virker når det gjelder budsjettkontroll, men har ikke den samme skjerpene effekt på kvalitetsarbeid. Utfordringen ligger i å oppnå kvalitetssystemer som gir god kvalitet på tjenesten og godt smittevern, samtidig som det er en balanse mellom krav, nytteverdi og ressurser.

Det er et misforhold mellom forventninger til faglig lederskap og følgene av tonivåmodellen. Enhetsleder er tildelt store administrative oppgaver uten at forventningene om ansvar for faglig ansvar er blitt borte. Det faglige knutepunktet som helsesjefene representerte er fjernet, og enhetsleder er det faglige knutepunktet mellom administrasjon og kliniske nivået. Sett

utenfra blir den faglige linja uklar. Gjennom et diskursivt perspektiv er det mulig å se hvordan offentlige dokumenter appeller til ledere om å ivareta et faglig ansvar, samtidig som den arbeidsinnsatsen det medfører er bagatellisert. Å støtte ledelse blir gjerne omskrevet til enda flere karv til leder. De samme spillereglene som Foucault tilskriver demokratiske styreformer kan tilskrives mikronivået; enhetslederne er henvist til indirekte og diskret styring. Dette bidrar til å begrense et allerede begrenset handlingsrom. I dette begrensede handlingsrommet skal det være plass til kvalitetsutviklingsprosesser.

Får jeg da svar på spørsmålet?

Hvordan forstå enhetsledernes utfordringer når nasjonale føringer vedrørende smittevern skal implementeres i sykehjem?

Hver i sær har disse misforholdene betydning når nasjonale føringer vedrørende smittevern skal implementeres i sykehjem, og samlet fremstår de som et misforhold mellom ambisjoner og realiteter. Det er dette bildet jeg må se dersom jeg vil forstå enhetsledernes utfordringer når nasjonale føringer vedrørende smittevern skal implementeres i sykehjem.

Konklusjonen jeg trekker er at vi må se enhetsledernes utfordringer med å få implementert nasjonale føringer vedrørende smittevern som noe mer enn den enkelte enhetsleders utfordring. Det tegner til å være like mye en nasjonal utfordring. Nasjonale ambisjoner må stå i forhold til kommunenes/sykehjemmenes kapasitet og det må også tas høyde for om de kommunale organisasjonene er tilpasset de styringsmekanismene som gjør seg gjeldende. Skal vi lykkes med god kvalitet på tjenestene, må vi holde fast ved at gode kvalitetsutviklingsprosesser er et sentralt lederansvar. Men før lederne kan innfri disse forventningene må man se på vilkårene for å utøve faglig lederskap.

7.1 Behov for videre forskning

Et tema som jeg har sett kimen av underveis er etiske aspekter knyttet til lederrollen. Det å være satt i en posisjon der en stilles ansvarlig for pasientsikkerhet uten å kunne ivareta dette fullt ut, gir noen dilemmaer som skulle vært belyst. Jeg ville også foreslå forskning som setter fokus på kreative, egendefinerte og vellykkede implementeringsprosesser i sykehjem. Det ville kunne ha nytteverdi. Det er tilstrekkelig mange studier som konkluderer med at leder er

en avgjørende faktor for å lykkes med implementering. Fremtidige studier bør se på hva som skal til for at den viktige brikken, enhetslederen, skal kunne innfri forventningene om gode kvalitetsutviklingsprosesser. Det er særlig behov for slik forskning med utgangspunkt i kommunehelsetjenesten.

7.2 En sluttkommentar om egen læring

Ved å ta utgangspunkt i enhetsledernes erfaringer er jeg blitt utfordret på egen rolle, ikke som student, men som smittevernrådgiver. Jeg representerer de systemene jeg har satt kritisk søkelys på; formidlingen av nasjonale føringer og myndighetenes tankegang om hvordan kvalitet og smittevern skal oppnås.

Jeg ville prøve å forstå uten å undergrave alle gode hensikter. Min tanke er at hensiktene i denne sammenhengen undergraves av seg selv dersom vi ikke setter dem under et at kritisk søkelys. Det står respekt av enhetslederne som til tross for massive fordringer bidrar til god kvalitet på tjenestene. Kanskje er det noe jeg som samarbeidspartner kan gjøre for å forenkle veien mellom føringer og praksis? Jeg har vekslet mellom å være student og i arbeid i den perioden skrivingen har foregått. Jeg har derfor kunnet ta til etterretning noen av de erkjennelsene jeg har gjort underveis.

Helt konkret betyr det at jeg har vært insisterende på at all informasjon jeg sender ut skal til enhetsleder. Jeg har ikke imøtekommet ønsker om at avdelingssykepleiere eller rådgivere skal være mottakere. Grunnen til det er at jeg tror vi må kjempe for å beholde et faglig knutepunkt. Før var det helsesjefen, men slik er det ikke lenger. Samtidig som jeg ikke kan spare dem for informasjon, så har jeg lagt meg på en linje der all posten fra meg skal kunne forsvares ved å være viktig, og ikke kunne oppfattes som støy. E-postene fra meg er blitt svært korte og relativt sjeldne, og jeg er blitt nøye med å veksle mellom post som er bare til orientering og post som medfører arbeid. Med det har jeg oppnådd at de i større grad har respondert på e-postene mine. Jeg er fortsatt på tilbudssiden når det gjelder å bistå med undervisning, men har gått inn for å gjøre det enklere for dem. Med mindre de kommer med en bestilling, oppgir jeg hvilke temaer de kan velge, og oppgir også et tidsrom. Jeg er i ferd med å utvikle en mal til infeksjonskontrollprogram som skal være enkelt å ta i bruk for egen institusjon, og også i arbeidet med revideringen av dokumenter de allerede har.

For hver gang jeg får et eksempel på godt egendrevet smittevernarbeid noterer jeg dette, og spør de involverte om jeg kan ta bilder og få bruke eksemplene deres i undervisningssammenheng. Jeg tror det skjuler seg noen gode og veltilpassede implementeringsstrategier i sykehjemmene som bør honoreres og deles.

Det jeg hadde håpet skulle bli litt klarere for meg var de organisatoriske linjene, men bortsett fra at jeg sitter igjen med en bekymring for en utydelig faglig linje, så har jeg ennå ikke helt forstått rollefordelingen på nivået over enhetsleder.

Oppgaveskrivingen har vært en spennende reise i enhetsledernes verden og desto mer spennende fordi jeg har kunnet prøve å nyttegjøre meg av det jeg har lært. Men det som gjenstår er den store utfordringen på et nivå som er langt over min posisjon. Noe av det jeg har erkjent må finne sin løsning på politisk nivå. Det er en langt større utfordring enn å ta kunnskapene i bruk i daglig arbeid. Dette peker direkte tilbake på noen av de etiske utfordringene med å låne av andres tid til studier. Jeg stiller det som et spørsmål til meg selv til slutt; er det mulig å bidra?

REFERANSER

- Alvsvåg, H. (2009). Kunnskapsbasert praksis er ikke nytt. *Sykepleien Forskning*, 4(3), 216-220.
- Andersen, B. M. (2014, Nr 5. 6. mars). Samhandlingsreform - Kommunehelsetjenesten mangler smittevern, *Dagens Medisin*, p. 18.
- Bonner, A. F., Castle, N. G., Perera, S., & Handler, S. M. (2008). Patient Safety Culture: A Review of the Nursing Home Literature and Recommendations for Practice. *Ann Longterm Care*, 16(3), 18-22.
- Bostrom, A. M., Slaughter, S. E., Chojecki, D., & Estabrooks, C. A. (2012). What do we know about knowledge translation in the care of older adults? A scoping review. *J Am Med Dir Assoc*, 13(3). doi: 10.1016/j.jamda.2010.12.004
- Brox, B. A. (2010). Erfaringer med flat struktur *Agenda Kaupang/ KS R6628*. Høvik.
- Brænd, J. A. (2014). Følger ikke uniformsregler. *Sykepleien*, 102(5), 48-51. doi: 10.4220/sykepleiens.2014.0051
- Cammer, A., Morgan, D., Stewart, N., McGilton, K., Rycroft-Malone, J., Dopson, S., & Estabrooks, C. (2013). The Hidden Complexity of Long-Term Care: How Context Mediates Knowledge Translation and Use of Best Practices. *Gerontologist*. doi: 10.1093/geront/gnt068
- Christensen, T., Egeberg, M., Larsen, H. O., Lægreid, P., & Roness, P. G. (2010). *Forvaltning og politikk* (3 ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P. G., & Røvik, K. A. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor: instrument, kultur, myte* (2 ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Coffey, A., & Atkinson, P. (1996). *Making sense of qualitative data: complementary research strategies*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Cramm, J. M., Strating, M. M., Bal, R., & Nieboer, A. P. (2013). A large-scale longitudinal study indicating the importance of perceived effectiveness, organizational and management support for innovative culture. *Soc Sci Med*, 83, 119-124. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.01.017
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., . . . Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *Int J Nurs Stud*, 47(3), 363-385. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006
- Dalby, K. (2005). Omstilling i kommunene med fokus på New Public Management *Stiftelsen imtec for Fagforbundet*. Hamar.
- Davies, C. A. (2008). *Reflexive ethnography: a guide to researching selves and others*. London: Routledge.
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM). (2009). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Oslo.
- Eilertsen, H., Engebretsen, E., & Heggen, K. (2012). Akkrediteringsmakt. In E. Engebretsen & K. Heggen (Eds.), *Makt på nye måter* (pp. 70-80). Oslo: Universitetsforl.
- Endr. i forskrift om utførelse av arbeid. (2013). *FOR-2013-06-18-658: Forskrift om endring i forskrift om utførelse av arbeid* Retrieved from <http://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2013-06-18-658>.
- Engebretsen, E., & Heggen, K. (2012). *Makt på nye måter*. Oslo: Universitetsforl.
- Fagernes, M. (2011). Ta den ring og la den ligge. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131:432(5). doi: 10.4045/tidsskr.11.0129
- Fagernes, M., Sorknes, N., & Lingaas, E. (2013). *Smittevern 20. Forebygging av kateterassosierte urivveisinfectionsjoner*. Nasjonal veileder.
- Farsethås, H. C. (2009). Disiplin, biopolitikk og regjering Foucaults maktanalyser. In L. Bugge (Ed.), *AGORA. Michel Foucault* (Vol. 27(2009)nr 2-3, pp. 225-246). Oslo: Aschehoug.
- Flyvbjerg, B. (1991). *Rationalitet og magt*. København: Akademisk Forlag.

- Forskrift for sykehjem m.v. (1989). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (1998-11-14)*. Retrieved from <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>.
- Forskrift om antibiotikaresistente bakterier. (1996). *Forskrift om forhåndsundersøkelse av arbeidstakere innen helsevesenet - antibiotikaresistente bakterier. 01.08.1996*. Retrieved from <http://www.lovdata.no>.
- Forskrift om smittevern i helsetjenesten. (2005). *FOR 2005-06-17*. Retrieved from <http://www.lovdata.no>.
- Fossaskåret, E. (1997). Ustrukturerte intervjuer med få informanter gir i seg selv ikke noen kvalitativ undersøkelse. In T. H. Aase, O. L. Fuglestad & E. Fossaskåret (Eds.), *Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data* (pp. 11-45). Oslo: Universitetsforl.
- Fossaskåret, E. (1997). Ustrukturerte intervjuer med få informanter gir i seg selv ikke noen kvalitativ undersøkelse. In C. Wadel, O. L. Fuglestad, A. T.H & E. Fossaskåret (Eds.), *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Francke, A., Smit, M., de Veer, A., & Mistiaen, P. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 8(1), 38.
- Gautun, H., & Syse, A. (2013). Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene. *Norsk Institutt for Forskning om Oppvekst, Velferd og Aldring (NOVA Rapport 13, 2013)*. from <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2013/Samhandlingsreformen>
- Gifford, W., Davies, B., Edwards, N., Griffin, P., & Lybanon, V. (2007). Managerial leadership for nurses' use of research evidence: an integrative review of the literature. *Worldviews Evid Based Nurs*, 4(3), 126-145. doi: 10.1111/j.1741-6787.2007.00095.x
- Gjersøe, M. H., Engebretsen, E., & Heggen, K. (2012). Kontraktfestet velferd. In E. Engebretsen & K. Heggen (Eds.), *Makt på nye måter* (pp. 48-58). Oslo: Universitetsforl.
- Grol, R., Wensing, M., Bosch, M., Hulscher, M., & Eccles, J. (2013). Theories on implementation of change in healthcare. In R. Grol, M. Wensing, M. Bosch, J. Eccles & D. Davis (Eds.), *Improving patient care: the implementation of change in health care* (pp. 18-39). Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Grol, R., Wensing, M., Eccles, J., & Davis, D. (2013). *Improving patient care: the implementation of change in health care*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Gulddal, J., & Møller, M. (1999). *Hermeneutik: en antologi om forståelse*. [København]: Gyldendal.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1992). *Trygghet - Verdighet - Omsorg*. (Norges offentlige utredninger (NOU) 1992:1). Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på re*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *God kvalitet - trygge tjenester. kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. (St.meld.nr.10, 2012-2013).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Sahandlingsreformen, rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (St.meld.nr.47, 2008 -2009). Oslo: Departementet.
- Helsedirektoratet. (2012). *Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial og helsetjenesten*. (15-1183). Retrieved from <http://www.tkost.no/hvordan-holde-orden-i-egget-hus-internkontroll-i-helse-og-sosialtjenesten.5070017-214722.html>.
- Hem, E. (2003). Kunst og legekunst - Tilbake til Hippokrates? *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 123(24), 3577-3578.
- Juritzen, T., Engebretsen, E., & Heggen, K. (2012). Myndiggjøringens forførende makt. In E. Engebretsen & K. Heggen (Eds.), *Makt på nye måter* (pp. 122-137). Oslo: Universitetsforl.
- Jørgensen, M. W., & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Kajermo, K., Bostrom, A.-M., Thompson, D., Hutchinson, A., Estabrooks, C., & Wallin, L. (2010). The BARRIERS scale -- the barriers to research utilization scale: A systematic review. *Implementation Science*, 5(1), 32.

- Klemsdal, L. (2013). *Hva trenger vi ledere til?: organisering og ledelse i komplekse arbeidssituasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Koch, A. M., Eriksen, H. M., Elstrøm, P., Aavitsland, P., & Harthug, S. (2009). Severe consequences of healthcare-associated infections among residents of nursing homes: a cohort study. *The Journal of hospital infection*, 71(3), 269-274.
- Ladegård, G. (2009). Styring eller ledelse. *MAGMA*(1).
- Lange, R. (2014, 31.03.2014). Eldre kvinne måtte spise frokost på do (forside) Pensjonistforening reagerer - omsorgspasient ble plassert på badet (artikkeloverskrift), *Nordlys*, p. A1 og A8.
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring Sci*, 18(2), 145-153. doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x
- Lundgren, V. G., Truls, J., Engebretsen, E., & Heggen, K. (2012). Makt. In E. Engebretsen & K. Heggen (Eds.), *Makt på nye måter* (pp. 19-23). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3 ed.). Oslo: Universitetsforl.
- McCormack, B., Kitson, A., Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., & Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: the meaning of 'context'. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 94-104. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02150.x
- Mody, L., Bradley, S. F., & Huang, S. S. (2013). Keeping the "home" in nursing home: implications for infection prevention. *JAMA Internal Medicine*, 173(10), 853-854. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.330
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2004). *Nasjonal veileder for håndhygiene*. Oslo: FHI.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2006). *Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta*. Oslo: FHI.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2009). *MRSA-veilederen. Nasjonal veileder for å forebyggespredning av meticillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA) i helseinstitusjoner*. Oslo: FHI.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2013). *En beskrivelse av utviklingen av modell for kvalitetsforbedring, og hvordan den kan brukes i praksis*. Oslo: Retrieved from <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/en-beskrivelse-av-utviklingen-av-modell-for-kvalitetsforbedring-og-hvordan-den-kan-brukes-i-praktisk-forbedringsarbeid>.
- Nesheim, T. (2006). SNF rapport nr. 26/06. Framtidens ledelse i kommunene *SNF prosjekt nr. 6325*. Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning AS.
- Neumann, I. B. (2001). *Mening, materialitet, makt: en innføring i diskursanalyse*. Bergen: Fagbokforl.
- Neumann, I. B. (2002). Forord. In M. Foucault (Ed.), *Forelesninger om regjering og styringskunst* (pp. 120 s.). Oslo: Cappelen akademisk.
- Olsen, H. (2003). "Gode" kvalitative intervjuer med "riktige" informanter. *Sosiologisk Tidsskrift*, 11(2), 123-153.
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Otterlei, M. T., Engebretsen, E., & Heggen, K. (2012). Forskjønning av fengselsstraff. In K. Heggen & E. Engebretsen (Eds.), *Makt på nye måter* (pp. 138-145). Oslo: Universitetsforl.
- Parmelli, E., Flodgren, G., Schaafsma, M. E., Baillie, N., Beyer, F. R., & Eccles, M. P. (2011). The effectiveness of strategies to change organisational culture to improve healthcare performance. *Cochrane Database Syst Rev*(1), Cd008315. doi: 10.1002/14651858.CD008315.pub2
- Pedersen, O. P. (2013). Enklere informasjon gir bedre ledelse. *Kommunal Rapport 07.02.2013*. from http://kommunal-rapport.no/artikkel/enklere_informasjon_gir_bedre_ledelse
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health.
- Rasmussen, B. (2011). Med frihet til å lede? Styring og ledelse i kommunal omsorg. *MAGMA*(1), 65-72.
- Rycroft-Malone, J. (2008). Leadership and the Use of Evidence in Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(1), 1-2. doi: 10.1111/j.1741-6787.2008.00111.x

- Rønne, K. P. (2012, 11.11.2012). Risikerer A og B-lag i kommune-Norge, *Ukeavisen Ledelse*. Retrieved from <http://www.ukeavisenledelse.no/2012/risikerer-a-og-b-lag-i-kommune-norge>
- Sanjay Saint, M. M., Christine P. Kowalski, M. P. H., Jane Banaszak-Holl, P., Jane Forman, S. M. H. S., Laura Damschroder, M. M., & Sarah L. Krein, P. R. N. (2010). The Importance of Leadership in Preventing Healthcare-Associated Infection: Results of a Multisite Qualitative Study • *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 31(9), 901-907. doi: 10.1086/655459
- Schaug, N. (2010). *Leder i kommunen: i samspill med administrasjon, politikere og innbyggere*. Oslo: Kommuneforl.
- Schönfelder, W. (2013). Legenes posisjon i et tverrfaglig landskap: Samhandlingsreformen i et profesjonsteoretisk perspektiv. In L. Melby & A. H. Tjora (Eds.), *Samhandling for helse* (pp. 54-80). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Scott-Cawiezell, J., & Vogelsmeier, A. (2006). Nursing Home Safety: A Review of the Literature. *Annual Review of Nursing Research*, 24(1), 179-215.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedringer i sosial- og helsetjenesten 2005 - 2015*. (15-1162 Veileder). Oslo.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Hvordan kommer vi fra visjoner til handling? oppfølging av "...og bedre skal det bli!" Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015)*. (15-1502 veileder). Oslo.
- Stetler, C. B. (2003). Role of the organization in translating research into evidence-based practice. *Outcomes Manag*, 7(3), 97-103; quiz 104-105.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. [Bergen]: Fagbokforl.
- Veggeland, N. (2010). *Den nye reguleringsstaten: idébrytninger og styringskonflikter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wensing, M., Wollersheim, H., & Grol, R. (2006). Organizational interventions to implement improvements in patient care: a structured review of reviews. *Implementation Science*, 1(1), 2.
- Ødegård, B. K., Botten, G., Gjevon, E. R., & Romøren, T. I. (2010). Quality work in long-term care: the role of first-line leaders. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(5), 351-357.
- Ødegård, B. K., Botten, G., & Romøren, T. I. (2008). Quality improvement in a publicly provided long-term care system: the case of Norway. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(6), 433-438.

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide

Etablere intervjusituasjonen:

- Presentasjon av meg selv, der jeg også beskriver yrkesrollen.
- Presentasjon av studiens problemstilling og formål.
- Gjenta noen poenger fra informasjonsskrivet; Presentere tema og problemstilling og hvordan jeg ser for meg at studien skal være nyttig. Anonymisering, muligheten til å trekke seg og hvordan dataene skal behandles.
- Hvorfor og hvordan jeg har valgt ut ledere som informanter og hvordan jeg ser for meg at studien skal kunne benyttes.
- Varsle før jeg slår på båndopptaker.

Innledende spørsmål:

Hvor lenge du har hatt stillingen? Er du leder også for hjemmetjenesten? Hvor mange plasser er det på sykehjemmet? Hvor mange ansatte er det på sykehjemmet? Rapporterer du til rådmann eller helsesjef? Hvordan nivået under deg dem organisert?

Fagutvikling og kvalitetsarbeid generelt

Hva er det viktigste området for fagutvikling/kvalitetsarbeid i sykehjemmet akkurat nå?

Hva med siste året?

Hva er bestemmende for hva som blir satt på dagsorden?

Hvilken rolle har du når noe nytt skal innføres?

Hva vil du si om vilkårene for fagutvikling/kvalitetsarbeid/ kompetanseheving?

(Fagdager, kurs, ressursgrupper, opplæringsprogrammer, internundervisning etc)

Har innføringen av samhandlingsreformen medført noen endringer i så måte?

Har dere videokonferanseutstyr lett tilgjengelig? Brukes det til kompetansebyggingsformål?

Sykehjemmet som arena

Sykehjemmet sies å være et hjem og det sies samtidig at de som bor der er svært syke. Fortell hvordan du tenker om sykehjemmet? Pågår det en diskusjon om hva et sykehjem egentlig skal være?

Hvordan kombineres hjemlighet med et godt smittevern?

Ser du for deg at innføringen av samhandlingsreformen medfører noen endringer?

Smittevern i sykehjem

Hvordan jobber dere med smittevern i sykehjemmet?

I smittevernforskriften heter det at alle heldøgns helseinstitusjoner skal ha et infeksjonskontrollprogram (IKP)? Har dere et?

Hvem oppfatter du er ansvarlig for at IKP skal utarbeides? (Du, Kommuneoverlege?

Rådmann? Helsesjef?)

Aktuelle spørsmål dersom IKP foreligger:

Det er et stort arbeid. Hvordan gjennomførte dere det?
Fortell om implementering og etterlevelse.
Har dere plan for revidering?

Aktuelle spørsmål dersom IKP ikke er utarbeidet:

Hva tenker du om det som står i smittevernforskriften om plikt til å ha et IKP?
Hva er til hinder for å utarbeide et infeksjonskontrollprogram?
Hvor viktig mener du det er for sykehjemmet å ha et infeksjonskontrollprogram?
Er det sider ved smittevernarbeidet du mener er problematisk å imøtekomme sykehjem?

To konkrete områder som er pålagt å ha rutiner i forhold til:

Helt konkret og uavhengig av om dere har utarbeidet IKP. Jeg trekker fram to punkter som har stor gyldighet:

Håndhygiene

Forhåndsundersøkelse

Hvor viktig er dette i sykehjem? Hvordan forholder dere dere til disse to?

Samhandlingsreformen og smittevernutfordringer

Merkes dere innføringen av samhandlingsreformen ved at dere må ta imot flere pasienter enn før? Hvordan løser dere det? (Korridorpasienter aktuelt? Dele rom? Økt antall senger?)

Utførere dere flere eller nye prosedyrer i sykehjemmet?

Ser du noen smittevernutfordringer i dette bildet?

Ledelse og implementering generelt

Vi har nå snakket om implementering av smittevernforskriften. Generelt er det mye snakk om implementering i dag; retningslinjer for ernæring, evidensbaserte faglige retningslinjer, retningslinjer for forebygging av kateterassosierte urinveisinfeksjoner etc.

Jeg vil du skal reflektere høyt over begrepet implementering og hva det betyr for deg i din lederrolle (Strategier)

Hva skal til for å lykkes med implementeringsarbeid? Eksempler?


(Evt oppfølgingsspørsmål om endring av styringsidealer og lederstil)

Opplever du noen ganger at ulike fordringer kommer i konflikt med hverandre?

(For eksempel faglighet kontra økonomi. Hensyn til hjemlighet kontra kravene til institusjonsdrift. Hensynet til overordnet kontra underordnet?)

Er din opplevelse av å ha handlingsrom endret?

Vedlegg 2: Forespørsel informantenes overordnede

Emne:	Forespørsel vedrørende studie
Vedlegg:	 Informasjonsskriv enhetsledere.pdf (76 kB)

Jeg ber om at denne e-posten videresendes følgende instans i [REDACTED] kommune:

Til Rådmann i [REDACTED] kommune

Forespørsel vedrørende en planlagt studie

Jeg vil med dette orientere om at jeg har planlagt å forespørre enhetsleder ved [REDACTED] sykehjem om å la seg intervju i forbindelse med en mastergradsstudie i helsefag.

Studien skal fokusere på implementering av nasjonale smittevernforskrifter i sykehjem.

5 informanter er tilfeldig trukket. Se vedlegg (Informasjonsskriv til enhetsledere) for mer utfyllende informasjon.

Jeg ber om tilbakemelding på om det er i orden.

På forhånd takk!

Mvh Hilde Isaksen
Student ved Universitetet i Tromsø
Mastergrad i helsefag
Studieretning helse- og omsorgstjenester for eldre
Tlf 77626396/ 90014161

Vedlegg 3: Forespørsel informanter/samtykkeerklæring

Til enhetsleder ved sykehjem

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

om leders rolle ved implementering av nasjonale smittevernforskrifter i sykehjem

Bakgrunn og formål

Undertegnede har bakgrunn som geriatrisk sykepleier og smittevernrådgiver, og er nå mastergradsstudent i helsefag ved Universitetet i Tromsø. Jeg ønsker å gjennomføre en studie med utgangspunkt i smittevernarbeid i sykehjem.

Jeg interesserer meg for hvordan ledere for virksomheten håndterer krav om implementering av nasjonale retningslinjer vedrørende smittevern. Hensikten med studien er å belyse leders strategier, samt muligheter og begrensninger i implementeringsarbeidet.

Jeg arbeider ut fra følgende problemstilling:

Hvilke utfordringer beskriver ledere når nasjonale retningslinjer vedrørende smittevern skal implementeres i sykehjem?

Du er blant 5 enhetsledere/virksomhetsledere som forespørres om å representere det sykehjemmet du er leder for. Utvalget av informanter er tilfeldig trukket etter at Universitetssykehuset Nord-Norge HF's lokalsykehuskommuner er blitt inndelt i 4 ulike størrelseskategorier; bykommuner, store, mellomstore og små kommuner. Lokalsykehusområdet består av 30 kommuner med ca. 50 sykehjem.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Et intervju av ca. 1,5 timers varighet.

Spørsmålene vil omhandle dine synspunkter på, fagutvikling, kvalitetsarbeid og implementering av nasjonale smittevernforskrifter.

Du vil også bli bedt om å tillatelse å bli kontaktet i etterkant ved behov for utfyllende informasjon/oppklaringer

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Navn og andre personopplysninger vil ikke bli tilkjennegett. Det vil ikke bli oppgitt hvilken kommune eller hvilket sykehjem enhetslederne representerer, og dersom det er aktuelt vil det gjøres omskrivninger for å ivareta dette hensynet.

Prosjektet skal avsluttes medio september 2014. Båndopptak og nedskrevne intervju oppbevares på innelåst på et offentlig kontor. Båndopptak slettes når dataene er nedskrevet og bearbeidet. Nedskrevne data oppbevares innelåst på offentlig kontor som bare undertegnede har adgang til i to år etter prosjektslutt. Dette for å muliggjøre publikasjoner i etterkant. Ved evt. senere publikasjoner gjelder samme prinsipper for aidentifisering som i denne studien.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjenest

Samtykke til deltakelse i studien

Før du mottar denne henvendelsen er rådmann og evt. helsesjef i din kommune blitt orientert.

Dersom du samtykker til å delta i studiet på de nevnte betingelser, ber jeg deg returnere erklæring nedfor til undertegnede i vedlagte svarkonvolutt.

Ønsker du å stille spørsmål kan du benytte telefon eller e-post.

Tlf nummer: 77626396. Mobilnummer: 90014161

E-post: hilde.r.isaksen@unn.no

Mvh

Hilde Isaksen

Mastergradsstudent ved Universitetet i Tromsø

Veileder for prosjektet: Førstelektor Toril A. Larsen. Tlf. 77660693

Klipp -----

Samtykkeerklæring

Samtykke til deltakelse i en mastergradsstudie i helsefag ved Universitetet i Tromsø om leders rolle ved implementering av nasjonale smittevernforskrifter i sykehjem

Jeg har lest forespørselen og samtykker i å delta i studiet på de nevnte betingelsene, og stille til intervju.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Dine kontaktopplysninger:

Navn:

Tjenestested:

Telefon:

E-post:

Vedlegg 4: Tilbakemelding fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 2/
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

Toril Agnete Larsen
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 08.08.2013

Vår ref:34988 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.07.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34988	<i>Om leders rolle ved implementering av nasjonale smittevernforskrifter i sykehjem</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Toril Agnete Larsen</i>
Student	<i>Hilde Isaksen</i>

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

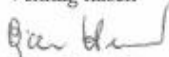
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.09.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen



Kjersti Håvardstun

Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Hilde Isaksen, Egil Lindbergsvei 5, 9007 TROMSØ

Audelingkontor / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uo.no
TROMSØ: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7401 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kjerne@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVU, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 41 36. nsd@svu.uib.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 34988

Det legges til grunn at studien er klarert med informantenes arbeidsgiver.

Personvernombudet finner informasjonsskrivet til utvalget tilfredsstillende utformet forutsatt at navn og kontaktopplysninger til daglig ansvarlig tilføyes. *Tord*

Personvernombudet anbefaler å la den enkelte informant godkjenne eventuelle sitater og beskrivelser før publisering.

Prosjektslutt er 15.09.14. Opptakene slettes. Det øvrige datamaterialet lagres i 2 år i påvente av publiseringer. Enkelt personer vil ikke kunne identifiseres i oppgave eller øvrig publisering.

Personvernombudet vil rette en henvendelse innen 15.09.16 vedrørende status for behandling av personopplysninger.