

Handelshøyskolen og
Institutt for sosiologi, statsvitenskap og samfunnsplanlegging

Idealer og realiteter i hjemmesykepleien

Kan tjenesten være effektiv og ha høy kvalitet på samme tid?

Annette Gohn-Hellum

Masteroppgave i strategisk ledelse og økonomi STV 3906 - mai 2016

FORORD

Jeg skrev en hovedfagsoppgave for snart 23 år siden, og nå har jeg vært så heldig å få skrive en ny slik oppgave. Å få ta en mastergrad etter å ha jobbet i noen år har vært veldig givende. Jeg er takknemlig for at jeg fikk den muligheten.

Jeg har jobbet med forvaltningsrevisjon i mange år. Også der bruker vi samfunnsvitenskapelige metoder. Å bruke data fra en forvaltningsrevisjon i en masteroppgave har vært svært interessant. Å få gå i dybden og drøfte funnene i forhold til relevant teori har gitt en dypere forståelse av hva som har betydning for kvalitet og effektivitet i hjemmesykepleien.

Jeg vil takke veilederen min, Kristin Engh for gode og konstruktive innspill. Jeg vil også takke familien for tålmodigheten, og særlig min kjære som til tider har måttet høre på og være med på diskusjoner om utfordringer innen hjemmesykepleien.

Pápa, Ungarn 06.05.2016

Annette Gohn-Hellum

SAMMENDRAG

Den overordnede problemstillingen i denne casestudien var i hvilken grad det er mulig å forene kravene til effektivitet og kvalitet innen hjemmesykepleien. Denne har blitt belyst gjennom tre forskningsspørsmål; om kvalitet definert i lovverket, om kompetansens betydning for kvalitet, samt New Public Management-tenkningens innflytelse på effektiviteten og kvaliteten i tjenesten.

I de siste 20-25 årene har det vært gjennomført en rekke reformer i kommunesektoren. Mange av disse er influert av New Public Management-tenkningen. I tillegg til økt effektivitet, var formålet med reformene å spare offentlige budsjetter og øke brukernes rettsikkerhet, uten at det skulle gå på bekostning av kvalitet.

I offentlig sektor er det tre verdsett som kan sies å ha en sentral plass: sparsommelighet, rettsikkerhet og fleksibilitet. Ideene om New Public Management hviler først og fremst på verdien om sparsommelighet. Det er imidlertid viktig å ha med seg de to andre verdiene også, og som denne undersøkelsen viser, så kan det gå galt om man først og fremst verdsetter sparsommelighetsverdien.

Lav kompetanse på noen områder, ubesatte stillinger og høyt sykefravær var utfordringer som vanskeliggjorde planleggingen av turnus. Kompetansemobilisering ved at kompetansen brukes der den trengs mest, og at kommunen satser på videreutdanning av de allerede ansatte, er viktig for kvaliteten på tjenesten og for den enkeltes motivasjon.

Kvalitetsforskriften stiller krav til å fastsette prosedyrer for å ivareta kvaliteten i tjenesten, men så ikke ut til å bli vurdert som tilstrekkelig styrende for kommunens prioriteringer. Det må imidlertid være en kobling mellom slike prosedyrer og krav til de resultater som skal nås.

Konklusjonen er at med så vidt trange rammer hjemmesykepleien i denne kommunen hadde, så fikk det negative konsekvenser både for kvaliteten og effektiviteten. Kvalitet og effektivitet henger ofte sammen. Økt fokus på kompetanseutvikling og –mobilisering, samt mer vekt på verdien knyttet til fleksibilitet i tjenesten vil kunne bidra positivt i hjemmetjenesten i denne kommunen.

Innhold

FORORD	iii
SAMMENDRAG	iv
1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Kommunens størrelse og omfang på hjemmesykepleien	3
1.4 Rapportens oppbygning	3
2 Teoretisk referanseramme	4
2.1 Organisering i det 21. århundre	4
2.2 Nærmere om kvalitet og effektivitet	5
2.2.1 Kvalitet	5
2.2.2 Effektivitet	6
2.3 Krav til kvalitet satt i lov og forskrift	7
2.3.1 Rettigheter	7
2.3.2 Krav til innholdet i tjenesten satt i kvalitetsforskriften § 3	7
2.3.3 Om tjenesten kan regnes som forsvarlig	8
2.4 Kompetanse i hjemmetjenesten	8
2.4.1 Kompetanse – hva er det?	8
2.4.2 Hva slags kompetanse er viktig i møtet med brukeren?	10
2.4.3 Bruken av kompetanse	12
2.5 New Public Management	13
2.5.1 New Public Management – idéoverføring fra privat til offentlig sektor	13
2.5.2 New Public Management – ett av tre verdsett i offentlig sektor	14

2.5.3	Nærmere om New Public Management i kommune-Norge	16
2.6	Oppsummering	18
3	Metode og gjennomføring.....	20
3.1	Vitenskapssyn	20
3.2	Beskrivende eller forklarende problemstilling?	21
3.3	Forskningsdesign – intensivt eller ekstensivt?.....	21
3.4	Gjennomføring av undersøkelsen.....	23
3.4.1	Intervju.....	23
3.4.2	Observasjon	25
3.4.3	Dokumentgjennomgang	25
3.5	Undersøkelsens totale gyldighet.....	25
3.6	Etiske spørsmål	27
4	Hvordan ivaretas kravene til kvalitet innen hjemmesykepleien?	28
4.1	Dekkes brukernes grunnleggende behov?.....	28
4.2	Tjenestens innhold.....	29
4.2.1	En typisk arbeidsdag – eksempel på arbeidslister	29
4.2.2	Hjemme hos noen brukere	30
4.2.3	Evalueringskjemaene	33
4.3	Oppsummering	35
5	Hvordan påvirker de ansattes kompetansenivå kvaliteten på innholdet i tjenesten?	36
5.1	Formell kompetanse	36
5.2	Kompetanse i møte med brukerne	37
5.3	Bruken av kompetanse	39
5.4	Oppsummering	41

6	I hvilken grad kan New Public Management-tenkningen ha betydning for effektivitet og kvalitet i tjenesten?	42
6.1	Innledning	42
6.2	Mål og måloppnåelse for tjenesten	42
6.3	Konsekvenser av organiseringen	43
6.4	Oppsummering	45
7	Konklusjon: Å forene kvalitet og effektivitet innen hjemmesykepleien	46
	Referanseliste	48

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Jeg gjennomførte vinteren 2014/2015 en undersøkelse i form av en forvaltningsrevisjon om internkontroll, dokumentasjon og kvalitet i hjemmetjenesten i en norsk kommune (Romerike Revisjon, 2015). Konklusjonen fra undersøkelsen var oppsummert at systemene – internkontrollen og dokumentasjonen – langt på vei var utarbeidet, men at det kunne stilles flere spørsmål ved kvaliteten på tilbudet. Kommunen hadde lagt seg på et minimumsnivå i utførelsen av tilbudet. Hovedformålet var å ivareta liv og helse. Tjenesten var preget av knappe resurser: Mangel på kompetanse, høyt sykefravær og ofte lite tilgjengelig tid til den enkelte bruker. Flere undersøkelser på området gir et bilde i samme retning (Gautun & Hermansen (2011), Gautun & Bratt (2014), Tønnesen (2011), Tønnesen & Nordtvedt (2012)).

I Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften) § 3 framgår at kommunen skal utarbeide prosedyrer for å ivareta mange forhold rundt mottakerne av pleie- og omsorgstjenester. Det er satt en rekke krav langt utover det å gi medisinsk behandling. Brukerne skal sikres et godt og fullverdig liv.

I Fafo-rapport 2011:12 *Eldreomsorg under press* (Gautun & Hermansen. s. 33) framkommer at kommunene på den ene siden har lite råderett over hvem som har rett på å motta helse- og omsorgstjenester, mens de på den andre siden har et stort handlingsrom når det gjelder hvordan disse tjenestene skal ytes: De bestemmer organiseringen av tjenestene, hvilke tjenester som skal gis, og i hvilket omfang, forutsatt at de holder et minstenivå. For mange kommuner med trang økonomi, vil dermed en prioritering tilsvarende minstenivå bli det eneste mulige alternativet.

At kommunene står så vidt fritt til å definere innholdet i tjenesten synes ikke å være i harmoni med kravene i kvalitetsforskriften. Som nevnt over har kommunene i følge denne ikke bare et ansvar for å yte medisinsk hjelp. Statens helsetilsyn har også overfor mange kommuner påpekt at de ikke har et tilfredsstillende tilbud om sosial kontakt og aktivitet i omsorgstjenesten (St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening*).

Svikt i eldreomsorgen er ofte et tema i media. For ett års tid siden publiserte NRK-nett en serie "Her svikter Norge" som blant flere temaer tok opp svikt på dette området (Krekling & Honningsøy, 2014). Forholdene som ble belyst var knyttet til omfang av tjenesten, trange økonomiske rammer som stadig ble strammet ytterligere til, svikt i opplæring, mangel på fagutdannede personer og at det i mange tilfeller kun ytes et minimumstilbud fra det offentlige.

Det kan altså synes som om eldreomsorgen svikter på flere områder. Og videre at det mange steder kun ytes et minimumstilbud. Det er krav både til kvalitet og effektivitet i utførelsen av tjenesten. Spørsmålet er om det er mulig å forene disse kravene.

1.2 Problemstilling

Jeg ønsker å belyse situasjonen for hjemmetjenesten i den aktuelle kommunen for å vurdere hvilke muligheter den har for å kunne innfri kravene som stilles til tjenesten både med hensyn til kvalitet og effektivitet. Problemstillingen blir dermed som følger:

I hvilken grad er det mulig å forene kravene til kvalitet og effektivitet innen hjemmesykepleien i den aktuelle kommunen?

For å besvare problemstillingen er det formulert følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan ivaretas kravene til kvalitet innen hjemmesykepleien i den aktuelle kommunen?
2. Hvordan påvirker de ansattes kompetansenivå kvaliteten på innholdet i tjenesten?
3. I hvilken grad kan New Public Management-tenkningen ha betydning for effektivitet og kvalitet i tjenesten?

Jeg kommer nærmere tilbake til begrepene kvalitet og effektivitet i innledningen til teorien i kapittel 2.

1.3 Kommunens størrelse og omfang på hjemmesykepleien

Undersøkelsen er gjennomført i en mellomstor norsk kommune med cirka 20 000 innbyggere (SSB). Befolkningen over 67 år utgjør drøyt 12 prosent (SSB). Gjennomsnittlig antall tildelte timer hjemmesykepleie i 2014 var 3,2 timer (en god del lavere enn landsgjennomsnittet, som var på 4,6 timer i 2014) (SSB).

Regnskapet for 2014 viste at driften av hjemmetjenesten kostet 63,6 millioner kroner, med et merforbruk på 3 millioner kroner i forhold til opprinnelig budsjett (kommunen, 2014a). Budsjettet for 2015 (kommunen 2014b) var satt til 61,6 millioner kroner. Tjenesten hadde i 2014 om lag 60 stillinger, i tillegg kom 6 hjemmehjelpere.

På hjemmesiden til den undersøkte kommunen står tjenesten beskrevet på følgende måte:

Hjemmesykepleie er et tilbud til personer som på grunn av sykdom og/eller funksjonsnedsettelse ikke selv kan oppsøke helsehjelp, og som er avhengig av at denne hjelpen gis i eget hjem for å få dekket grunnleggende pleie- og omsorgsbehov.

Hjemmesykepleie skal gi helsehjelp som bidrar til å forebygge sykdom og funksjonssvikt. Målet er å bidra til at du kan klare deg selv i størst mulig grad. (Kommunen, 2012).

1.4 Rapportens oppbygning

I kapittel 1 beskrives bakgrunnen for undersøkelsen og litt om aktuelle kommunen. I dette kapitlet presenteres også problemstilling og forskningsspørsmål.

I kapittel 2 gjøres det rede for den teorien som er lagt til grunn for analysen, og i kapittel 3 beskrives de metoder som er anvendt.

I kapitlene 4, 5 og 6 drøftes oppgavens tre forskningsspørsmål. I kapittel 7 ses kvalitet og effektivitet i sammenheng, samt at det konkluderes på hovedproblemstillingen.

2 Teoretisk referanseramme

2.1 Organisering i det 21. århundre

Kjell Arne Røvik (2007) viser i sin bok *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon* til trender som har preget offentlige og private organisasjoner i vår tid. Blant de tre institusjonaliserte grunnformene for organisasjoner, forretning, forvaltning og forening, er det forretning som dominerer over de to andre (Røvik, s. 161). Røvik omtaler dette som en av fem hovedtrender i det han kaller den nye, radikale økonomismen (s. 161). Økonomisme viser til en forestilling om at alle organisasjoner har bedriften som ideal, både i hvordan de utformes og i sin opptreden.

New Public Management-tenkningen er det mest utforskede og omdiskuterte uttrykket for denne idealforestillingen (Røvik 2007). Faktisk kan det hevdes at mange av organisasjonsreformene innen offentlig sektor de siste 20-25 årene er knyttet til "reformbølgen" New Public Management (Christensen, Lægreid, Roness, Røvik, 2013, s. 156). I følge Røvik (2007, s. 35) har ikke studier av New Public Management noen felles teoretisk innfallsvinkel – de kan mer ses som en "familie" av moderniseringsideer for offentlig sektor, hentet fra privat sektor.

Hensikten med dette arbeidet er å studere i hvilken grad det er mulig å forene kravene til kvalitet og effektivitet i hjemmetjenesten. For å svare på det ser jeg på kravene til kvalitet og hva som skal til for å oppnå god kvalitet, samt i hvilken grad New Public Management-tenkningen har innvirkning på kvaliteten og effektiviteten i tjenesten. Først en avklaring om begrepene kvalitet og effektivitet, så litt om kvalitet slik det er beskrevet i lov og forskrift, deretter om hvilken innvirkning kompetanse har på kvaliteten på innholdet i tjenesten og til slutt nærmere om New Public Management som styringsidé.

2.2 Nærmere om kvalitet og effektivitet

2.2.1 Kvalitet

Kvalitet kan måles og vurderes på mange ulike måter. Krav til kvalitet i helse- og omsorgstjenestene er beskrevet i lovverket, og i kvalitetsforskriften § 3 stilles en rekke krav til innholdet i tjenestene. Disse er videre diskutert og utdypet i Helsedirektoratets veileder (2004). Som et utgangspunkt for diskusjonen om kvalitet legges Helsedirektoratets definisjon til grunn for denne undersøkelsen:

Kvalitet er helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov (hentet fra Norsk standard 1994, Helsedirektoratet 2004, s. 7).

Gitt denne definisjonen, så vil kvalitet dreie seg om å tilfredsstille beskrevne krav, forventninger og behov knyttet opp mot enhetens helhet av egenskaper. Kravene kan komme fra staten i form av lover og forskrifter, fra kommunene selv eller fra brukere og pårørende (Helsedirektoratet 2004).

Tjenester med høy kvalitet vil som nevnt i definisjonen over være preget av en rekke *egenskaper*, det vil si tjenester som er virkningsfulle, trygge, samt involverer brukerne og gir dem innflytelse. Videre vil det være tjenester som leveres til rett tid, som er tilgjengelige, samordnede og preget av kontinuitet slik at brukeren opplever at de dekker fysiske og sosiale behov. Ressursene vil for slike tjenester utnyttes effektivt og de vil være rettferdig fordelt (Helsedirektoratet 2004).

Helsedirektoratet (2015, 2016) har for en rekke helsetjenester definert kvalitetsindikatorer for å si noe om kvalitet, og det er egne indikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester. For dem som mottar tjenester hjemme er sannsynlighet for reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning fra sykehuset, sykefravær i enheten, andel med individuell plan blant dem som mottar habilitering og rehabilitering i eget hjem, samt andel med helse- og sosialfaglig utdanning (enten fra videregående eller fra høgskole/universitet) vurdert som indikatorer på kvalitet.

2.2.2 Effektivitet

Produktivitet kan sies å være å oppnå størst mulig produksjon av noe i forhold til ressursbruken (Wikipedia, 2013). Effektivitetsbegrepet har en videre betydning enn dette. I NOU 2015:1 *Produktivitet – grunnlag for vekst og velferd* omtales samfunnsøkonomisk effektivitet som *i hvilken grad samfunnets ressurser brukes på en måte som gir høyest mulig velferd* (s. 78). I et leserinnlegg i Dagbladet (publisert 23.04.2015) hevder professor i offentlig økonomi Bjarne Jensen ved Høgskolen i Hedmark at dette ikke er dekkende. Man må for offentlig sektor også måle velferdseffekten eller nytten produktet har. Et eksempel som er nevnt i artikkelen er at antallet operasjoner kan være et mål på produksjon, men om man skal måle velferdseffekten av operasjonene, så må en også måle resultatet av produktet. Her kan det være helsegevinst som oppnås etter operasjonen, og det kan måles ved antall gode leveår operasjonen vil gi til pasienten (Jensen, 2015). For hjemmetjenesten kan dette innebære at man ikke bare kan måle antallet brukere pr pleier, men at man må se på resultatet av den tjenesten som tilbys. Kanskje kan det måles etter andel utskrevne pasienter som ikke er gjeninnlagt på sykehus etter 30 dager. Kanskje kan det vurderes opp mot den enkeltes behov for plass på sykehjem. Og noe mer komplisert; kanskje kan det måles etter hvor mange brukere som får sine faktiske behov dekket – både medisinske, psykologiske og åndelige.

Henry Mintzberg (1979, s. 219) tar opp organisering som middel for effektivitet. Han sier den vellykkede organisasjon for det første designer sin struktur slik at den passer med situasjonen den befinner seg i, og for det andre at den har en logisk sammensetning mellom de ulike design-parametrene. I denne undersøkelsen er organisering langt på vei definert som et middel for å oppnå effektivitet. Som jeg kommer tilbake til nedenfor kan det som kan kalles New Public Management-bølgen (Christensen m.fl., 2013), ses som et tiltak offentlig sektor i Norge og mange andre land har iverksatt for å oppnå høyere effektivitet.

2.3 Krav til kvalitet satt i lov og forskrift

2.3.1 Rettigheter

Den enkelte har krav på et forsvarlig, individuelt tilpasset tilbud både i omfang og type tjeneste (helse- og omsorgstjenesteloven (2011), pasient- og brukerrettighetsloven (1999)). Den enkelte søker har imidlertid ikke krav på en bestemt type tjeneste. Det finnes heller ikke eksakte kriterier for tildeling av tjenestene, og avgjørelsen i det enkelte tilfellet baserer seg på et faglig skjønn (St.meld. nr. 25 (2005–2006)).

2.3.2 Krav til innholdet i tjenesten satt i kvalitetsforskriften § 3

Kvalitetsforskriften § 3 stiller krav til kommunene om å etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig arbeider for at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid. Prosedyrene skal sikre at det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten. Og videre at brukerne skal gis medbestemmelse i det daglige og ved eventuelle behov for endringer. I alt er kravene angitt i 16 strekpunkter i forskriften.

Prosedyrene skal sikre at brukerne opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet, samt skjermet privatliv og styring av eget liv. Utover medisinsk hjelp og hjelp til tannstell, skal de få mulighet til å følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødige sengeopphold, samt få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett). De skal og få tilpasset hjelp til av- og påkledning. De skal få tilbud om et variert og sunt kosthold og tilpasset hjelp, samt nok tid og ro til å spise. Den enkelte skal få tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter, herunder mulighet for samvær, sosial kontakt og fellesskap (Kvalitetsforskriften § 3; Helsedirektoratets veileder til forskriften, 2004).

I følge Helsedirektoratet gir ikke prosedyrene en utfyllende beskrivelse av mangfoldet i pleie- og omsorgstjenesten, men de konkretiserer på noen viktige områder hva som legges i grunnleggende behov og hva som menes med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (Helsedirektoratet 2004, s. 13-14).

2.3.3 Om tjenesten kan regnes som forsvarlig

En undersøkelse knyttet til § 3 i kvalitetsforskriften (Tønnesen & Norberg, 2012) viser at mange kommuner i dag kun tilbyr det som opprettholder basale livsfunksjoner og videre at det er uklart hva som er minstenormen for det som kan regnes som en forsvarlig hjemmetjeneste.

Hjemmesykepleien skal ivareta brukernes behov for pleie- og omsorgstjenester på en faglig forsvarlig og omsorgsfull måte. Forfatterne hevder sykepleiernes mulighet til å vurdere og ivareta pasientenes behov ut fra en helhetlig tilnærming er begrenset, og muligheten til å ivareta individuelle behov er begrenset (Tønnesen & Nordtvedt 2012, s. 281). Psykososiale og åndelige behov anses ikke som del av hjemmesykepleiens tjenester – pasientene tilbys få aktiviteter og munnstell ivaretas sjeldent. Et eksempel som nevnes på et typisk språk mellom det pasientene har behov for, og det de får av tjenester, er at pasienten av innsparingshensyn får hurtigmiddag som varmes i mikrobølgeovnen, og at de må spise måltidene alene. Et annet eksempel er at tjenestene ikke leveres til avtalt tid og at pasientene må vente i flere timer før de får stått opp og får nødvendig morgenstell eller får komme på toalettet. Forfatterne skriver at dette er respektløst og uverdigg (Tønnesen & Nordtvedt, 2012, s. 283).

I det ovenstående er kravene til kvalitet i lov og forskrift beskrevet. I neste avsnitt kommer et annet aspekt knyttet til kvalitet i tjenesten – behovet for kompetanse.

2.4 Kompetanse i hjemmetjenesten

2.4.1 Kompetanse – hva er det?

Kompetanse er av stor betydning for kvaliteten i tjenesten. Hva slags kompetanse og hva slags nivå den må ha, kan derimot diskuteres. For den enkelte bruker vil sannsynligvis både den medisinske behandlingen pleieren gir og måten pleieren oppfører seg på være viktig for opplevelsen av kvalitet. I tillegg til at brukeren får den hjelpen han/hun trenger har det stor betydning at vedkommende blir møtt med respekt og på sine egne premisser. Dette tilsier at

pleieren må ha nødvendig medisinsk kompetanse for å kunne gi rett behandling, men at dette alene ikke er nok. Også pleierens egenskaper eller holdninger vil kunne ha stor betydning for brukerens opplevelse.

Kompetanse er altså viktig for kvaliteten. Lai (2013, s. 154) snakker om betydningen av at det legges til rette for kompetansemobilisering: At pleieren får brukt sin kompetanse i tråd med forventningene, at det er samsvar mellom krav i jobben og kompetansen, at vedkommende får brukt kunnskaper, ferdigheter og evner i jobben sin, at vedkommende får oppgaver han/hun er spesielt god til og at nytilegnet kompetanse brukes relativt kort tid etter endt opplæring.

Lai (2013) legger vekt på hvordan organisasjonen forvalter den kompetansen medarbeiderne besitter og hvordan organisasjonen videreutvikler og mobiliserer denne for å oppnå mål og skape verdier. Lai (2013) beskriver videre at svak kompetansemobilisering ofte henger sammen med overdreven oppmerksomhet på kompetanseanskaffelse i kombinasjon med liten oppmerksomhet på hvordan anskaffet kompetanse kan bli brukt og utnyttet på best mulig måte.

I følge Lai (2013) representerer kompetanse et betydelig potensial. Det vil si både objektive og personlige kvalifikasjoner som omhandler personens ønske og vilje til å lære, utvikle seg og ta i mot nye oppgaver og utfordringer. Kompetanse består av kunnskap, det vil si det en person vet. Det består av ferdigheter; personens evne til å utføre. Kompetanse består også av evner; egenskaper som påvirker mulighetene til å utføre en oppgave og å tilegne seg ny kompetanse. Sist, men ikke minst består kompetanse av holdninger, i betydningen meninger, verdier og innstillinger (Lai 2013). Både Nordhaug (2004) og Lai (2013) uttaler at det er omdiskutert hvorvidt holdninger skal regnes som en del av kompetansebegrepet. Nordhaug velger dette elementet bort i sin definisjon, men uttaler at det er gode argumenter for å ha det med, særlig i omsorgs- og serviceyrker (Nordhaug, 2004, s. 29). Lai argumenterer for at holdninger utgjør en essensiell del av en persons potensial, og at det derfor er en særs viktig komponent i kompetansebegrepet. I følge Lai kan dette være avgjørende for om en medarbeider er kompetent eller ikke (Lai, 2013, s. 50).

Som jeg var inne på ovenfor er det grunn til å tro at pleierens framferd – hvor vedkommendes holdninger sannsynligvis også spiller inn – har stor betydning for kvaliteten på hjemmetjenestene. Lai sin definisjon av kompetanse vil dermed være godt tilpasset de kvalitetsutfordringene som er innen hjemmesykepleien. Følgende definisjon legges dermed til grunn:

Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle oppgaver i tråd med definerte krav og mål (Lai, 2013, s. 46).

I neste avsnitt beskrives nærmere hva slags kompetanse som er viktig i en brukerrettet tjeneste som hjemmesykepleien.

2.4.2 Hva slags kompetanse er viktig i møtet med brukeren?

Man skiller mellom reell kompetanse (evner og ferdigheter i definisjonen over), som er nødvendige forutsetninger for å kunne utføre en bestemt oppgave, og formell kompetanse (kunnskaper i definisjonen over), som er ferdigheter vurdert ved eksamen og ulike typer sertifiseringer (Nordhaug, 2004, s. 219). I tillegg kommer behovet for emosjonell kompetanse (holdninger i definisjonen over), siden det dreier seg om omsorg som ytes til hjelpetrengende mennesker (Sörensdotter, 2008).

Dette siste handler ikke bare om å vise omtanke. Det omhandler engasjement for at brukeren skal få individuell tilrettelegging, samt evne til å omstille og tilpasse seg den enkelte brukers behov (Sörensdotter, 2008, s. 103). Pleierne lærer seg å framstå profesjonelt, noe som i sin tur fører til at arbeidet blir lettere (Sörensdotter, 2008, s. 106). I den typen organisasjoner vi snakker om her vil møtene med brukerne kunne fortone seg mer eller mindre vanskelige, og relasjonene mellom pleier og bruker vil være omgitt av usikkerhet (Vabø & Vabo 2014, s. 32). Dette kan både skyldes usikkerhet om hjelpen virker og usikkerhet om mottakerens innstilling til å ta i mot hjelp. I denne typen arbeid vil derfor tillit mellom pleier og bruker være av avgjørende betydning (Vabø & Vabo, s. 33).

Evne til å takle tidspress er også viktig i pleiernes hverdag. Både i Fafos undersøkelse fra 2011 og i Novas undersøkelse fra 2014 kom det fram at tidspress medførte at flere ansatte i

hjemmesykepleien opplevde at de ikke klarte å ivareta brukernes behov godt nok (Gautun & Hermansen 2011, s. 58; Gautun & Bratt 2014, s. 72).

I mange undersøkelser rapporteres det om behov for økt kompetanse innen omsorgstjenestene. Likevel gis det i norske kommuner lite videreutdanning til ansatte i disse tjenestene (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk & Foss, 2016; Riksrevisjonen, 2016; Gautun & Syse, 2013). I en undersøkelse blant om lag 1000 norske omsorgsarbeidere i sykehjem og hjemmesykepleie skulle respondentene vurdere sin egen kompetanse (Bing-Jonsson m.fl., 2016). Ingen av respondentene ga seg selv toppscore på kompetansevariablene de skulle vurdere. Å satse på kompetanseutvikling hos allerede ansatte, både hjelpepleiere/helsefagarbeidere og sykepleiere kan være viktig.

Undersøkelsen viste videre at sykepleierne scoret jevnt over høyere enn hjelpepleierne og assistentene, men de scoret likevel lavere på noen viktige områder. Dette var for eksempel knyttet til samarbeid med andre, personlige egenskaper, samt håndtere diverse enkle prosedyrer. Dette ble forklart med at de to yrkesgruppene assistenter og hjelpepleiere/helsefagarbeidere kan ha bedre kompetanse enn sykepleierne på noen områder, siden de oftere er i direkte pasientrettet arbeid. En annen forklaring som gis er at de to gruppene er mindre selvkritiske enn sykepleiere når det gjelder selvevaluering av arbeidet sitt (Bing-Jonsson m.fl. 2016). Mange kommuner etterspør flere sykepleiere. Om hjelpepleiere/helsefagarbeidere faktisk har bedre kompetanse i arbeidet med eldre på noen områder kan det diskuteres om det bør få konsekvenser for etterspørselen av ny arbeidskraft i sektoren.

Pleierne trenger både formell og reell kompetanse, men også emosjonell kompetanse for å strekke til i møtet med brukerne. Ofte etterlyser kommunene mer sykepleierkompetanse, men nivået på behovet for kompetanse kan diskuteres. I neste avsnitt skal jeg kort komme inn på bruken av kompetansen innen hjemmesykepleien, hvordan turnus settes opp og hensynet som tas til brukernes behov i denne sammenheng.

2.4.3 Bruken av kompetanse

I den ovennevnte rapporten fra Fafo hevdes det at det er en forutsetning for god kvalitet i eldreomsorgen (slik den er definert i kvalitetsforskriften) at tjenestene er bemannet med personell som samfunnet har utdannet blant annet for å ivareta Eldres helsebehov på en faglig forsvarlig og klok måte (Gautun & Hermansen, 2011, s. 88). Et stort flertall av sykepleierne i undersøkelsen mente at deres enhet ikke var godt bemannet, og videre at det var stor bruk av ufaglærte, spesielt i helger, ferier og høytider. Det samme blir framhevet i den nevnte rapporten fra Nova (Gautun & Bratt, 2014). Her framkommer det videre at når turnus ble satt opp så oppfattet pleierne at det var hensynet til økonomi og tilgjengelig helsepersonell som hadde størst betydning. Her kom det også fram at høyt sykefravær var hovedgrunnen til at det oppsto avvik mellom planlagt og faktisk bemanning (Gautun & Bratt, 2014, s. 54). Dette vurderes som et svakt punkt i tjenesten som kan få konsekvenser for kvaliteten på tilbudet.

I den nevnte undersøkelsen fra 2016 (Bing-Jonsson m.fl.) framkommer det at kompetansen ikke brukes der den trengs mest. Holdningen er et "alle drar lasset sammen", og at alle ansatte brukes til alt, helt uavhengig av hva de faktisk kan. Å forvalte kompetansen medarbeiderne besitter på en god måte er viktig for organisasjonen, for brukeren og for den enkelte medarbeider (Lai 2013).

Til slutt i dette kapitlet skal jeg beskrive innholdet i New Public Management-reformene, oppstart av denne reformbølgen, verdiene lagt til grunn for denne styringsideen sammenliknet med andre verdier for offentlig sektor og hvordan reformene har artet seg i Norge.

2.5 New Public Management

2.5.1 New Public Management – idéoverføring fra privat til offentlig sektor

Begrepet New Public Management ble første gang lansert av Christopher Hood i 1991. Hood (1991) hevder New Public Management var ment som en samlebetegnelse for flere administrative doktriner som ble foreskrevet innenfor OECD på 1980- og 90-tallet.

Hood trekker fram til sammen sju doktriner som han mener går igjen i de fleste diskusjoner om New Public Management (Hood 1991). Hood (s. 4) hevder mange vestlige land er mer eller mindre påvirket av disse sju doktrinene, selv om ikke alle sju er like sterkt representert over alt. De sju doktrinene er presentert i tabell 1.

Tabell 1, Sju doktriner som på ulike måter beskriver New Public Management

Doktrine:	Som innebærer:	Typisk tilpasning:
1 'Hands-on', profesjonell ledelse.	Konkrete personer i toppledelsen utøver aktiv, synlig, skjønnsmessig kontroll av organisasjonen.	Ansvarliggjøring av medarbeidere krever en klar tildeling av ansvar, men makten fordeles ikke utover.
2 Eksplisitte standarder for og måling av prestasjoner.	Definisjoner på mål og suksesskriterier bør helst være uttrykt i kvantitative termer.	Ansvarliggjøring krever klarte uttalte mål. Effektivitet krever stor grad av målbevissthet.
3 Økt vekt på kontroll av resultater (output).	Belønningssystemer knyttes til ressursallokering og resultatoppnåelse. Sentralisert og byråkratisk styring av personellet opphører.	Behov for fokus på resultat framfor prosess.
4 Enheter i offentlig sektor deles i mindre enheter.	Monopolitiske enheter brytes opp til mindre enheter. Enhetene organiseres i større grad rundt produktet. Nærhet til budsjett og til samarbeidspartnere.	Behov for å etablere styrbare enheter, dele dem i inntjenings-/bestillerenheter og produksjons-/utførerenheter. Effektivitetsfordeler ved bruk av kontrakter eller franchiseopplegg både på innsiden og utsiden av offentlig sektor.
5 Mer konkurranse i offentlig sektor	Økt bruk av kontrakter ved å sette offentlige tjenester på anbud.	Konkurranse som middel for å få ned kostnader og forbedre nivået på tjenestene.
6 Bruk av styringspraksis/ledelses-konsepter fra privat sektor.	Større fleksibilitet ved ansettelse og belønninger. Økt bruk av PR-teknikker.	Behov for å bruke gjennomprøvde ledelsesverktøy fra privat sektor på offentlig sektor.
7 Sterkere budsjett disiplin og mer sparsommelighet i bruk av offentlige ressurser.	Kutting av direkte kostnader, økt arbeidsdisiplin, negativitet mot fagforeninger, forventning om samtykke.	Behov for å vurdere ressursbruken innen offentlig sektor og gjøre mer med mindre.

Kilde: Christoffer Hood (1991, s. 4-5). Oversatt til norsk av undertegnede.

I tabell 1 framgår det som kan anses som hovedtermene, doktrinene, innen New Public Management. Doktrinene er dels overlappende og dels i strid med hverandre, men har til felles en antakelse om at styrings- og organiseringsideer fra privat sektor vil kunne bidra til effektivisering av offentlig sektor (Vabø, 2007, s. 49).

Et annet fellestrekk for reformer innen New Public Management er at de lanseres som universelle: *A public management for all seasons* (Hood 1991, s. 9). De dreier seg om prinsipper for organisering og styring både i forhold til ulike politikkområder, organisasjonsnivåer og over landegrenser (Hood, 1991).

Ytterligere et trekk ved denne tenkningen er at den er satt sammen av to ulike idéstrømmer – marked og management. Disse to ideene inneholder dels elementer fra nyere økonomisk organisasjonsteori (eksempelvis public choice teori, prinsipal-agentteori, transaksjonskostnadsteori) og dels fra nyere ledelsesteori (eksempelvis serviceledelse, verdibasert ledelse) (Hood, 1991; Christensen m.fl., 2013, s. 156; Vabø, 2007, s. 51).

De to idéstrømmene, marked og management, påvirker organisasjonenes struktur ved at de bidrar til et tydeligere skille mellom den som bestiller tjenester og den som utfører dem (Vabø, 2007, s. 52). Bestilleren identifiserer behov og definerer hva slags tjeneste (pris, kvalitet) brukeren kan forvente seg. Utføreren av tjenesten skal i all hovedsak konsentrere seg om å produsere de tjenester som er bestilt (Vabø, 2007, s. 53).

Markedstenkningen indikerer behov for frihet som tilsier økt autonomi for offentlige virksomheter. Behovet for management og kontroll trekker i motsatt retning. Denne motsetningen synliggjør tendensen til at de ulike ideene til dels også trekker i ulike retninger (Røvik, 2007).

2.5.2 New Public Management – ett av tre verdsett i offentlig sektor

Organisasjoner innen offentlig sektor skal betjene allmenheten. De er bundet av politiske mål, og er ikke bedrifter i et tradisjonelt marked (Vabø & Vabo, 2014). Det er dermed ikke gitt at styringsideer som passer i privat sektor automatisk kan kopieres og fungere like bra i

offentlig sektor. New Public Management-reformene kom som et svar på tungroddede offentlige sektorer, hvor behovet var å effektivisere tjenestene og spare offentlige utgifter. Også andre verdier er imidlertid gjeldende for offentlig sektor. Mer om dette i det følgende.

Hood (1991) viser til tre ulike verdsett for offentlig sektor som alle er legitime, men som til dels står i innbyrdes konflikt med hverandre. Hood (1991) hevder videre at de hver for seg peker mot ulike organisasjonsformer. Ved å knytte hver av de tre verdsettene til de tre organisasjonsformene kan denne interne konflikten tydeliggjøres (Hood, 1991):

1. **Sparsommelighet**

Innen dette verdsettet vektlegges blant annet å forvalte skattebetalernes penger med omhu. Sparsommelighet er et ideal. Her vil det utformes resultatmål og legges vekt på kontroll av dem. Når kostnadseffektivitet og innsparing blir det viktigste, så vil organisasjonen være målrasjonell, slank og drives som en effektiv produksjonsbedrift.

2. **Rettsikkerhet**

Innen dette verdsettet er likhet for loven og orientering mot borgernes rettigheter det mest tungtveiende. Også demokratiske spilleregler om innsyn og åpenhet settes høyt. Forvaltningen skal være forutsigbar og saklig. Her er prosessen viktigere enn resultatet, og det er klare regler, tildelingskriterier, saksbehandlingsprosedyrer og klageordninger. Når rettsikkerhet er viktigst vil organisasjonen være byråkratisk i Webers forstand (Weber, 2000).

3. **Fleksibilitet**

Innen dette verdsettet er prioriteringen at offentlige tjenester bør være pålitelige og at de bør kunne takle ulike mennesker og ulike situasjoner. Offentlige tjenester bør virke etter sin hensikt. Denne verdien omhandler hvordan tjenesten er i møtet med brukeren. Når fleksibilitet er det viktigste vektlegges en organisk organisasjonsform. I en slik organisasjonsform er det spillerom for skjønnsmessige tilpasninger.

Som nevnt ovenfor var New Public Management ment å være *a public management for all seasons* (Hood, 1991, s. 9), altså en universell idé som skulle kunne passe alle organisasjoner. Hood (1991, s. 15) mener New Public Management kan forstås som et uttrykk for verdsett

nummer 1, som vektlegger kostnadseffektivitet og sparsommelighet. Dermed kan det diskuteres om New Public management-tenkningen faktisk kan passe til all offentlig virksomhet. Om man bare prioriterer å holde kostnadene nede, kan andre viktige behov innen tjenesten overses.

Vabø & Vabo m.fl. (2014, s. 22) uttaler at moderne menneskebehandlingende organisasjoner (som hjemmesykepleien) er spenningsfylte ved at de er bundet til å forholde seg til alle de tre verdsettene. De skal både være kostnadseffektive, behandle sine brukere rettferdig og være fleksible i tilbudet sitt.

I neste avsnitt vil innflytelsen til de tre verdsettene i hjemmetjenesten i Norge bli omtalt. Deretter vil teksten omhandle iverksetting og utvikling av New Public Management-reformer innen kommunesektoren i Norge.

2.5.3 Nærmere om New Public Management i kommune-Norge

Sparsommelighet, rettsikkerhet og fleksibilitet i hjemmetjenesten

Da den norske hjemmetjenesten ble et offentlig ansvar i 1960, så var det verdien fleksibilitet som var gjeldende (Vabø, 2007 s. 277). Den gangen hadde hjemmehjelperne relativt god tid til å tilpasse hjelpen i samråd med brukeren. Ideen om en individuelt tilpasset tjeneste sto sentralt. På 1980-tallet fikk tjenesten strammere økonomiske rammebetingelser, og fikk mer preg av å være et knapt offentlig gode som måtte rasjoneres. På denne tiden hadde altså verdien om sparsommelighet presset seg fram, mens verdien om fleksibilitet i praksis ble prioritert foran rettsikkerhet (Vabø, 2007 s. 278).

På 1990-tallet ble brukernes rettsikkerhet stadig oftere etterlyst. På samme tid ble New Public Management-reformer gjennomført mange steder. Dermed ble New Public Management-reformene utformet i samspill med krav om trygging av rettsikkerheten (Vabø, 2007, s. 278). Man skulle både få mer omsorg for hver krone og økt rettsikkerhet for brukerne. Bestiller-utførermodellene som ble innført mange steder, skulle bidra til både bedre kontroll med kostnadene og til rettferdig og riktig saksbehandling. Denne utviklingen bidro til en dreining bort fra verdien om fleksibilitet til større vektlegging av

kostnadseffektivitet og rettsikkerhet. Vabø (2007, s. 279) hevder at det pågår en stille kamp hvor pleierne kjemper mot administrasjonen for å få gjennomslag for behovet for mer fleksibilitet.

New Public Management kan altså forstås som uttrykk for det verdisettet som prioriterer sparsommelighet og kostnadseffektivitet. Forskning på iverksetting av New Public Management-reformer, viser imidlertid at selv om de to andre verdsettene blir satt under press, så har de ikke blitt fullstendig fortrent (Vabø & Vabo, 2014, s. 23).

New Public Management-reformer i kommunesektoren

De mest sentrale tiltakene innen ulike reformprogrammer som har sprunget ut fra ideene om New Public Management har i Norge vært mål- og resultatstyring (krav til alle statlige virksomheter fra 1990) og strukturell (vertikal) fristilling (offentlig eide foretak og selskaper). I tillegg til disse to mest sentrale reformprogrammene har det også vært fokus på markedsretting, konkurranseutsetting og økt horisontal spesialisering (Christensen m.fl., s. 157).

I Fafo-rapport 2011:12 *Eldreomsorg under press* (Gautun & Hermansen, 2011, s. 55) beskrives en voldsom bølge av trender og diskusjoner innen kommunesektoren om sentralisering/desentralisering, bredde/spisskompetanse og privat/offentlig utføring. De skriver at forsøk på å lage en mer flat struktur og organisere seg etter en bestiller-utførermodell ble gjort i mange kommuner og at disse to trendene gjerne hang sammen. De uttaler videre at denne bølgen hviler på ideer om spesialisering, desentralisering, samt avgrensing og delegering av myndighet, ansvar og oppgaver. Det er også en tro på effektivitets- og kvalitetsmålinger, slik at ulike virksomheter kan sammenliknes («benchmarking») og oppmuntres eller spilles ut mot hverandre i en intern eller ekstern konkurransesituasjon. For eier eller bestiller er målet med dette økt produktivitet og derigjennom bedre og/eller flere tjenester (Gautun & Hermansen, s. 56).

Fra 1995 og fram til i dag er det på oppdrag fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet jevnlig gjennomført utredninger for å følge utviklingen i måten kommunene i Norge organiserer seg på. Rapportene fra disse undersøkelsene viser at det etter ny kommunelov i 1993 var stor endringsiver og at disse endringene særlig var

motivert av ønsket om høyere effektivitet (Hovik & Stigen, 2008, s. 29; Blåka, Tjerbo & Zeiner, 2012, s. 27). I en rapport publisert i 2004 (Hovik & Stigen, 2004, s. 11) framkom det at det hadde vært et betydelig omfang av administrative endringer i perioden 2000 til 2004. Dette innebar oftest at man organiserte seg bort fra fagetater over til en tonivåmodell. En flatere struktur, med kortere avstand mellom enhetene og administrasjonssjefen, men også et mye større kontrollspenn for denne rollen. Rapporten fra 2008 viste at endringene hadde avtatt (Hovik & Stigen 2008, s. 17), og rapporten fra 2012 viste stabilitet, men en nedgang i tendensen til å organisere seg bort fra fagetater og til en flatere struktur (Blåka, Tjerbo & Zeiner, 2012, s. 15).

2.6 Oppsummering

Kvalitet og effektivitet har i dette kapitlet blitt nærmere definert. Videre er innholdet i kvalitetsforskriften § 3 beskrevet. Denne forskriften inneholder en rekke krav til helse- og omsorgstjenester. Selv om kommunene har plikt til å utforme prosedyrer som ivaretar kravene i forskriften, ser de ut til å ha stort handlingsrom i å fastsette omfang og ytelse av tjenesten. Det kan videre synes som det er uklart hva som er minstenormen for hjemmetjenester i Norge (Tønnesen & Norby 2012).

Kompetanse er av stor betydning for kvaliteten i tjenesten. Formell kompetanse er viktig for å kunne gi rett behandling, men også andre typer kompetanse som er mer knyttet til den enkelte pleiers evner og holdninger er vel så viktige. Det er videre av stor betydning for kvaliteten at kompetansen brukes der den trengs mest. Faktorer som kan bidra til å forringe kvaliteten er for eksempel stort tidspress, knapphet på ressurser og problemer med å planlegge turnus (Gautun og Hermansen 2011; Gautun & Bratt 2014; Bing-Jonsson m.fl., 2016).

New Public Management-reformene har dominert organiseringen av offentlig sektor siden 1980-tallet. Mange norske kommuner har blitt preget av denne tenkningen. I tillegg til økt effektivitet, var formålet å spare offentlige budsjetter og øke brukernes rettssikkerhet, uten at det skulle gå på bekostning av kvalitet. New Public Management kan ses som ett av tre

verdisett for offentlig sektor, og disse tre er til dels motstridende. Slik hjemmesykepleien ofte er organisert vil den måtte forholde seg til alle tre verdsett. Den er i et spenningsfelt mellom krav til sparsommelighet, krav til rettsikkerhet og krav til fleksibilitet.

3 Metode og gjennomføring

Metode er et hjelpemiddel til å beskrive den såkalte virkeligheten (Jacobsen, 2005, s. 24).

Siden det er ulike måter å tilnærme seg denne virkeligheten på, vil dette kapitlet først ta for seg en beskrivelse av tilnærmingen i denne undersøkelsen. Dernest vil det gjøres rede for forskningsdesign, forskningsmetode og datainnsamling. Svakheter ved valg av metode og ved gjennomføringen, om undersøkelsen er gyldig og pålitelig, samt etiske spørsmål vil deretter bli diskutert.

3.1 Vitenskapssyn

Jacobsen gjør i sin bok om å gjennomføre undersøkelser (2005) rede for tre sammenvevde begreper; ontologi, epistemologi og metode, som alle har betydning for vår forståelse av verden og hvordan vi forholder oss til den. Ontologi er hvordan verden og virkeligheten ser ut. Epistemologi er læren om kunnskap og hvordan vi skaffer denne. I valg av metode er det et skille mellom to hovedretninger: positivistisk og hermeneutisk metode. Valget mellom en positivistisk eller hermeneutisk tilnærming baseres på følgende spørsmål: Deduktiv eller induktiv datainnsamling? Individualistisk eller holistisk tilnærming? Distanse eller nærhet til det som studeres? Skal dataene være i form av tall eller ord? (Jacobsen, 2005). Jacobsen argumenterer for at det er liten prinsipiell forskjell mellom de to tilnærmingene og at det er mulig å innta en pragmatisk innstilling. Han uttaler at dette ontologisk bygger på Karl Popper, som forkaster både den positivistiske påstanden om generelle lovmessigheter og den hermeneutiske innstillingen om at alt er unikt. Her er poenget at også sosiale systemer er underlagt visse lover, men at de ikke er absolutte. Epistemologisk er utgangspunktet at det ikke er mulig å tenke seg objektiv kunnskap om samfunnet, og at man bare kan få en delvis og subjektiv forståelse av det som studeres (Jacobsen, 2005).

En positivistisk tilnærming vil i mange tilfeller være en kvantitativ tilnærming, mens en hermeneutisk tilnærming ofte vil være kvalitativ. Om man kan bruke begge tilnærminger, vil dette kanskje gi det beste resultatet. Men ofte må man velge. Valget mellom dem trenger

ikke være prinsipielt, men heller av strategisk art. Hva man skal belyse, hva slags problemstillinger man har, vil være tungtveiende for valget.

3.2 Beskrivende eller forklarende problemstilling?

En beskrivende problemstilling innebærer at man ønsker å få oversikt over noe på et gitt tidspunkt eller hvordan utviklingen har vært over tid. En forklarende problemstilling leter etter årsaker til at noe har skjedd (Jacobsen, 2005).

Forskningsspørsmålene for denne undersøkelsen er som tidligere nevnt som følger:

- 1) Hvordan ivaretas kravene til kvalitet innen hjemmesykepleien i den aktuelle kommunen?
- 2) Hvordan påvirker de ansattes kompetansenivå kvaliteten på innholdet i tjenesten?
- 3) I hvilken grad kan New Public Management-tenkningen ha betydning for effektivitet og kvalitet i tjenesten?

I det første spørsmålet letes det ikke etter årsaker til at kvaliteten eventuelt ikke ivaretas. Det spørres ikke om årsaker i det andre spørsmålet heller, selv om det implisitt kan ligge en antakelse om en sammenheng mellom kompetansenivå og kvalitet. For det siste spørsmålet kan det også sies å ligge en implisitt antakelse om at det er en sammenheng mellom New Public Management-reformer og kvalitet og effektivitet. Men heller ikke her spørres det etter årsaker. Det er i denne undersøkelsen mest oppmerksomhet rundt å beskrive status på det aktuelle tidspunktet hvor undersøkelsen ble gjennomført.

3.3 Forskningsdesign – intensivt eller ekstensivt?

I dette avsnittet beskrives undersøkelsens design. Hva slags tilnærming krever de forskningsspørsmålene som skal besvares? Går undersøkelsen i bredden (ekstensiv) eller i dybden (intensiv)?

Problemstillingen som ligger til grunn for undersøkelsen har betydning for hvilket

undersøkelsesopplegg som bør velges (Jacobsen, 2005, s. 87). Som nevnt ville nok det ideelle være å kombinere et intensivt og ekstensivt design, siden de ulike framgangsmåtene ville kunne utfylle hverandre på en god måte (Jacobsen, 2005, s. 100), men et ideelt opplegg med både mange variabler og mange enheter har ikke vært mulig å gjennomføre ut fra ressursmessige hensyn (Jacobsen, 2005, s. 88).

Forskningsspørsmål nr 1 og 2 i denne undersøkelsen spør om hvordan noe er – henholdsvis hvordan kravene til kvalitet er i varetatt og hvordan de ansattes kompetansenivå påvirker kvaliteten. Det tredje stiller spørsmål om i hvilken grad New Public Management har betydning for effektivitet og kvalitet. Ingen av disse spørsmålene er ute etter å avdekke bredden i et spørsmål, og således taler det for et intensivt design.

Jacobsen (2005, s. 95) deler den grunnleggende forskjellen mellom intensive og ekstensive design i to: For det første hva som er undersøkelsens fokus. Og for det andre hvor mange enheter som skal undersøkes. I en tabell i boka til Jacobsen (2005, s. 95) illustreres ulike undersøkelsestyper. Den som er aktuell her er casestudie – en undersøkelse som fokuserer på kontekst og samspillet mellom kontekst og mennesker. Av de øvrige undersøkelsestypene er to utvalgsundersøkelser med mange enheter, som begge er uaktuelle her. Den siste er en type med få enheter, men hvor fokuset er på fenomen og ikke kontekst. Dersom undersøkelsen hadde vært med få enheter i flere kommuner kunne denne ha vært aktuell. Her er konteksten én kommune og undersøkelsen har få enheter – altså en casestudie.

En casestudie kan defineres som *...intensive kvalitative studier av en eller noen få undersøkelsesenheter* (Andersen 2013, s. 14). Jacobsen (2005, s. 85) forklarer case som en form for undersøkelser som er avgrenset i tid og rom, og at en case eksempelvis gjerne kan være en kommune (Jacobsen, 2005, s. 91). Den foreliggende undersøkelsen har vært intensiv kvalitativ, hvor konteksten var hjemmetjenesten i en kommune og enhetene de ansatte i denne hjemmetjenesten. Undersøkelsesperioden var 2012-2014, og datainnsamlingen ble i all hovedsak gjort i desember 2014. Altså også en undersøkelse avgrenset i tid og rom. Definisjonene av casestudie er noe ulik i de to bøkene, hvor Jacobsens definisjon synes noe videre enn den Andersen legger til grunn. Den foreliggende undersøkelsen kan imidlertid passe inn i begge definisjoner.

Det er både fordeler og ulemper forbundet med valget av design. Ulempene forbundet med å velge et intensivt kvalitativt design er blant annet at dataene kan bli svært komplekse. De kan være detaljrike og ustrukturerte, som kan gjøre det vanskelig å tolke (Jacobsen, 2005 s. 130). Det kan bli for mye informasjon, som gjør at forskeren ikke får med seg alt. Den nærheten som denne typen tilnærminger gir kan også være en ulempe. Om det blir for tett mister forskeren nødvendig distanse for å kunne vurdere dataene så nøkternt som mulig (Jacobsen, 2005, s. 130). Ytterligere et problem er undersøkelseeffekten – at undersøkelsens resultater er påvirket av undersøkelsens eksistens. I tillegg er ekstern gyldighet et problem ved kvalitative tilnærminger. Utvalget er ikke representativt i statistisk forstand, og det vil være problematisk å generalisere utover den konteksten casestudien befinner seg i (Jacobsen, 2005, s. 130).

På den annen side er styrken til en kvalitativ tilnærming både intern gyldighet og begrepsgyldighet (Jacobsen, 2005, s. 129 og 135). Det vil si at dataene gir dekning for de konklusjoner som trekkes og at det som skal måles faktisk er det som blir målt (Jacobsen, s. 19). Tilnærmingen er videre åpen og fleksibel. Det vil være mulig å tilpasse undersøkelsen underveis, og det er mer åpent hva slags informasjon som vil bli samlet inn enn i en kvantitativ tilnærming. Detaljrikdommen og åpenheten gjør at nyansene kan komme fram. Med problemstillingen som ligger til grunn for denne undersøkelsen vil styrkene ved en intensiv tilnærming være større enn for en ekstensiv tilnærming.

3.4 Gjennomføring av undersøkelsen

Selve undersøkelsen ble gjennomført ved intervjuer, observasjon, gjennomgang av dagsplaner på en tilfeldig dag og gjennomgang av interne evalueringsskjemaer.

3.4.1 Intervju

Gruppeintervju og Individuelt intervju

Intervjuer kan gjøres med én eller flere om gangen. Det vanligste er at det gjøres individuelt (Jacobsen, 2005). En fordel med det kan være at man får høre hva denne personen mener

om et fenomen, og at vedkommende ikke blir forstyrret eller påvirket av andre. På den annen side kan gruppeintervjuer fungere som et diskusjonsforum hvor det er mulig å få fram flere synspunkter fordi deltakerne også kan stille spørsmål. I denne undersøkelsen ble det gjennomført både individuelle intervjuer og gruppeintervjuer. Enhetslederen og en av pleierne ble intervjuet individuelt, mens de to avdelingslederne ble intervjuet sammen. Dette ble vurdert som hensiktsmessig siden de hadde samme type oppgaver. I tildelingsenheten ble leder for enheten og en ansatt intervjuet sammen. Også i dette intervjuet ble det vurdert som hensiktsmessig å snakke med dem sammen. En leder kan få stor innvirkning på en ansatt i en slik situasjon, men spørsmålene var ikke veldig sensitive, så det ble vurdert som i orden. I forbindelse med besøk hos noen brukere ble det også stilt noen spørsmål. Disse var individuelle, men pleieren var til stede. Hennes tilstedeværelse ble vurdert som nødvendig, og kan ha påvirket svarene i noen grad. Kanskje ble de mer positive enn de ellers ville ha vært? Dette er usikkert, men er viktig å ta hensyn til når dataene behandles. Det ble også gjennomført et intervju med flere i ledelsen samlet – rådmann, en kommunalsjef og enhetsleder. Dette var det første møtet hvor mer overordnede og innledende spørsmål ble stilt.

Det ble til sammen gjennomført 11 intervjuer. Intervjuene med de ansatte varte en-to timer, samtalene med brukerne var langt kortere.

Intervjuguides og gjennomføringen av intervjuene

I forkant av intervjuene ble det laget nokså åpne intervjuguides med spørsmål med helt åpne svarmuligheter. Intervjuene ble foretatt på rådhuset, i lokalene til hjemmetjenesten eller hjemme hos den enkelte bruker. Intervjuguidesene ble oversendt på forhånd til dem som var ansatt i kommunen. Dette ble vurdert som hensiktsmessig siden de skulle snakke om oppgaver og hvordan de vurderte ulike aspekter ved jobben sin. Derfor ville det være flere fordeler enn ulemper knyttet til at de kunne tenke gjennom og forberede seg til intervjuet. Overfor den enkelte bruker ble det spurt der og da om undertegnede kunne få være til stede og videre stille noen spørsmål om tjenesten. Med unntak for brukerne, ble alle referater sendt informantene for verifisering.

3.4.2 Observasjon

Det ble gjennomført observasjon i morgenmøtet hvor alle pleierne var samlet for å utveksle informasjon og ved besøk hos brukere sammen med en pleier. Observasjonen og hensikten med den var åpen. Observasjonen var i størst grad ikke-deltakende, men fikk ute hos brukerne noen ganger preg av å være deltakende, siden undertegnede måtte hjelpe til i løftesituasjoner og andre ganger man måtte være to. Observasjonen foregikk over en dag, hvor deltakelsen besto i å følge en av pleierne på jobb den dagen. Observasjonene var ment å fylle ut bildet som intervjuene og andre kilder kunne gi.

3.4.3 Dokumentgjennomgang

Dokumentundersøkelser er oftest fra sekundærdata (Jacobsen, 2005). Kildene her var dagsplaner for hjemmetjenesten en tilfeldig dag og svar på evalueringsskjemaer tjenesten selv hadde sendt ut. Førstnevnte var for å få en oversikt. Det vurderes som nokså sannsynlig at dagsplanene i denne perioden så nokså like ut, siden de skulle ut til de samme pasientene hver dag. Når det gjelder evalueringsskjemaene, så hadde disse fem temaer med åpne rubrikker som brukerne kunne fylle ut. Disse temaene var: *Informasjon, brukermedvirkning, personalets holdninger, er hjelpen i samsvar med vedtaket og annet*. Ut fra svarene virket det som dette var forstått av alle som hadde svart. Det var imidlertid få som hadde svart. Av over 500 brukere var det bare kommet inn 34 skjemaer etter én måned. Det kan være at mange var for dårlige til å svare på skjemaet. Det er en viss mulighet for at de mest oppegående og engasjerte var de som svarte på skjemaet. Skjemaene er ikke tenkt brukt i en kvantitativ tilnærming, men er analysert som kvalitative data.

3.5 Undersøkelsens totale gyldighet

Undersøkelsens totale gyldighet er avhengig av dens pålitelighet, begrepsmessige gyldighet, interne gyldighet og eksterne gyldighet (Jacobsen, 2005, s. 387). Som vi allerede har vært inne på har kvalitative undersøkelser ofte lav ekstern gyldighet. Om man skal kunne

generalisere utover den konteksten undersøkelsen befinner seg i må dette være i form av teoretisk generalisering, og ikke som generalisering til en større populasjon (Andersen 2013, s. 14, Jacobsen 2005, s. 352).

Hvordan kan man sikre at datamaterialet er pålitelig og at det er gyldig for den problemstillingen vi søker å belyse? Pålitelighet innebærer at undersøkelsen må være til å stole på, og at den må ha blitt gjennomført på en troverdig måte (Jacobsen, 2005). Høy pålitelighet tilsier at man skal kunne få samme resultat dersom undersøkelsen gjøres på nytt. Ved bruk av kvalitative metoder kan både forskerens tilstedeværelse og samspillet mellom forskeren og informantene påvirke resultatet, og dette kan påvirke påliteligheten. At det er liknende undersøkelser som har kommet fram til omtrent samme resultat kan imidlertid bidra til å styrke denne undersøkelsens troverdighet.

Begrepsmessig gyldighet dreier seg om hvorvidt innhentet informasjon gir svar på problemstillingen. Som nevnt ovenfor vil valget av en kvalitativ metode være gunstig for den begrepsmessige gyldigheten. Som Jacobsen (2005, s. 129) påpeker er det informantene som definerer hva som er riktig innen dette designet. Det er likevel viktig å være oppmerksom på at forskeren kan tolke datagrunnlaget feil og således gjøre feilaktige tolkninger som gir et skjevt bilde av virkeligheten. Forskerens egne holdninger kan også føre til skjeve og feilaktige tolkninger.

Noe som påvirker både troverdigheten og gyldigheten er at de som blir intervjuet eller blir observert kan bli påvirket av selve undersøkelsessituasjonen og oppføre seg annerledes enn de ellers ville ha gjort. Da dataene ble samlet inn til denne undersøkelsen ble det gjort i forbindelse med en forvaltningsrevisjon. Kanskje kan informantene ha vært nervøse og engstelige for å innrømme feil, siden denne situasjonen i mange tilfeller vil oppleves som en kontroll. Det ble i datainnsamlingen lagt stor vekt på nettopp å skape en god atmosfære. Intervjuene ble gjennomført på den enkeltes arbeidsplass. Alle intervjuguider ble også sendt ut på forhånd, slik at de visste hva samtalene skulle dreie seg om. For å sikre felles forståelse om informasjonen, ble alle intervjuer skrevet ned og verifisert av den enkelte. Hele rapporten var til slutt til gjennomlesning hos enheten. Dette siste blir en validering av den

interne gyldigheten. En sjekk av om de som ble utsatt for undersøkelsen kan kjenne seg igjen i det som ble resultatet (Jacobsen, 2005, s. 214). I dette tilfellet var enheten enig i det som framkom i rapporten. De ga et par innspill som ble hensyntatt før rapporten ble offentliggjort.

Undersøkelsen bygger på data som er innsamlet ved hjelp av flere metoder: intervjuer, observasjoner og dokumentgjennomgang. Å ha ulike kilder til data vil kunne bidra til å styrke både gyldigheten og troverdigheten (Jacobsen, 2005).

3.6 Etiske spørsmål

Dataene i denne undersøkelsen har vært samlet inn i forbindelse med en forvaltningsrevisjon gjennomført av undertegnede som konsulent. Alle dataene i rapporten er offentliggjort tidligere i *Hjemmesykepleie: internkontroll, dokumentasjon og kvalitet* (Romerike Revisjon, 2015). I rapporten var informantene angitt med stillingstittel der det var aktuelt. Brukerne var anonymisert. Navnet på kommunen ble i rapporten gjort til kjenne. I og med at dataene nå brukes på nytt, og det ikke var kjent på det tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført, er det i denne rapporten lagt stor vekt på anonymisering både av kommunen og av informantene. Hovedtiltaket i denne sammenheng er å omtale den undersøkte kommunen som "kommunen". Poenget her er ikke å peke på feil og mangler i en navngitt kommune, men å diskutere kvalitet og effektivitet i hjemmetjenesten.

4 Hvordan ivaretas kravene til kvalitet innen hjemmesykepleien?

4.1 Dekkes brukernes grunnleggende behov?

Kommunen skal gjennom sine tjenester ivareta brukernes grunnleggende behov. Kommunen hadde definert brukernes grunnleggende behov som for eksempel hjelp med måltider, medisiner og liknende. For dem som hadde mottatt hjemmesykepleie minimum 1 gang pr uke i 3 måneder ble det gitt tilbud om gratis tannbehandling.

Kommunens definisjon av hva den regnet som grunnleggende behov var ikke like omfattende som hva som regnes som grunnleggende behov i kvalitetsforskriften. For eksempel manglet kommunen prosedyrer som omhandlet brukernes opplevelse av respekt, forutsigbarhet, trygghet, selvstendighet og styring av eget liv. Videre var det ikke sagt noe om hvordan brukerne skulle få dekket sosiale behov. Kommunen hadde riktignok et gratis aktivitetstilbud for eldre, og blant hjemmesykepleiemottakerne var det cirka 10 prosent (50 brukere) som benyttet seg av tilbudet. Det var heller ingen prosedyrer som omhandlet kosthold eller valgfrihet i forhold til når ytelsene skal gis/mottas.

Kvalitetsforskriften inneholder ingen materielle krav, men er en prosessuell forskrift (Helsedirektoratet, 2004). Hva dette egentlig innebærer synes noe uklart: På den ene siden kan man lese at kommunene har stor råderett i hvordan de utformer sine tjenester. De kan ikke bestemme hvem som skal motta tjenester, men kan bestemme nivå og omfang på tjenesten. Samtidig slås det fast i kvalitetsforskriften at kommunene skal fastsette spesifikke prosedyrer for å ivareta brukernes behov.

På Helsetilsynets hjemmeside kan man finne en rekke tilsynsrapporter – 30 i 2014 og 14 i 2015 – som inneholder kritikk med henvisning til myndighetskrav fastsatt i kvalitetsforskriften (Statens helsetilsyn, 2014, 2015). Da kvalitetsforskriften ble iverksatt kunne man i pressemeldingen fra Regjeringen lese at *Ny kvalitetsforskrift skal gi bedre tjenester til alle som mottar pleie- og omsorgstjenester* (Sosialdepartementet, 2003). Det kan altså synes som hensikten var bedre helsetjenester. At bedre og flere tjenester koster mer

pengen synes ganske åpenbart. I den grad det ikke fulgte finansiering med iverksettingen av forskriften, så kan det for mange kommuner ha vært vanskelig å fylle alle kravene.

Kommunen i denne undersøkelsen oppfylte kun delvis kravene i kvalitetsforskriften § 3. Tønnesen og Nordtvedt (2012) hevder i en artikkel om forsvarlig sykepleie at det særlig innen hjemmesykepleien synes å være stor avstand mellom det som tilbys og de behovene brukerne faktisk har. Forfatterne gjennomgår kvalitetsforskriften og hevder mange kommuner i dag kun tilbyr det som opprettholder basale livsfunksjoner. De konkluderer med at forsvarlighetsbegrepet bør utvides, og at det muligens vil føre til økte kostnader for tjenesten blant annet på grunn av behovet for økt bemanning. Både tilsynsrapporter og andre undersøkelser viser at det mange steder er knapphet på ressurser – både tid, personell og kompetanse (Statens helsetilsyn, 2014, 2015; Riksrevisjonen, 2016; Gautun & Hermansen, 2011; Gautun & Syse, 2013; Gautun & Bratt, 2014; Haukelien, Vike & Vardheim, 2015; Tønnesen 2011; Tønnesen & Nordtvedt, 2012). Og problemene synes å ha økt etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012. Det er svært alvorlig at eldre mennesker ikke får den hjelpen de trenger. Det synes som basale livsfunksjoner ivaretas, men ikke mye utover det. Dermed kan det for mange oppleves både uverdigg og respektløst.

4.2 Tjenestens innhold

4.2.1 En typisk arbeidsdag – eksempel på arbeidslister

Dagvakten var fra klokken 7.30. Da møttes pleierne for å informere hverandre om hendelser fra kvelden og natten. Klokken 8 dro alle ut. På en typisk morgenstellite/arbeidsliste var det 9-10 brukere, men det var også noen eksempler på flere. I tabell 2 nedenfor er eksempler fra arbeidslister fra mandag 1. desember 2014. I tabellen vises ulike tidsrom og hvilke tjenester som ytes innen de ulike tidsrommene.

Tabell 2 – Hjemmesykepleiens tjenester – eksempler hentet fra pleiernes arbeidslister mandag 1. desember 2014

Antall minutter	Hva tjenesten inneholder
10 minutter	Bruker som skal på dagavdeling, gi morgenmedisin. Viktig med dokumentasjon på at medisin er gitt.
10 minutter	Gi morgenmedisin og legge ut døgndose. Sett fram påsmurt mat. Bruker skal smøres med angitt krem.
10 minutter	Tilsyn. Tilby hjelp til personlig stell og påkledning. Smøre mat og se til at hun starter å spise.
10 minutter	Utlevering av medisiner for ett døgn.
10 minutter	Vaske og smøre rygg og sete godt. Ta ut søppel.
10 minutter	Dryppe øynene. Tilby å smøre frokost.
10 minutter	Tilsyn. Tilby følge til wc og hjelp til oventilvask. Dryppe øynene. Ta inn posten. Tøm dobøtta. Sjekk at alt er ok.
15 minutter	Frokost, minnes på medisiner, kaffe og drikke
15 minutter	Tilby hjelp til å varme ferdig middag, se at han begynner å spise. wc/bleieskift.
15 minutter	Tilsyn, varme middag og gi middagsmedisin. Eventuelt hjelp med wc-besøk.
20 minutter	Morgenstell. Må smøres. Barbering, tannpuss, morgenmedisin. Frokost.
20 minutter	Varme middag. Smøre kveldsmat, legge ut kveldsmedisin. Fulle parafin.
20 minutter	Tilsyn, gi middagsmedisin, varme middag, vaske opp, ta ut søppel.
30 minutter	Morgenstell
30 minutter	Middag, wc/bleieskift
40 minutter	Tilrettelegge for personlig stell gi morgenmedisin. Måle blodsukker og sette insulin, hjelpe til med inhalator, hjelpe i gang med frokost, oppvask og søppel.
60 minutter	Morgenstell, ryggvask og frokost. Hjelp til å sette inn høreapparat.

Kilde: Arbeidslister for 1. desember 2014.

Som det framkommer av tabell 2, var det veldig få som hadde tjenester som varte utover 30 minutter. De som hadde en time, utgjorde denne aktuelle dagen omlag 5 prosent. De fleste besøkene var av 10 minutters varighet, hvor frokost og medisiner var vanlige tjenester. Som det framgår av tabell 2, var det i noen tilfeller mye som skulle gjøres på 10 minutter.

I tillegg til stell skal sosiale og åndelige behov, samt behovet for variert og sunn mat ivaretas på denne tiden. Det er helt åpenbart at dette ikke er mulig å gjennomføre, og at kun de friskeste eller de med pårørende rundt seg kan få alle disse behovene dekket. Altså et tilbud som opprettholder basale livsfunksjoner (Tønnesen & Nordtvedt, 2012).

4.2.2 Hjemme hos noen brukere

Jeg deltok på morgenstellbesøk onsdag 3. desember 2014. Det var 9 brukere på arbeidslista, med varighet på tilbudet som strakk seg fra 10 minutter til 1 time. Pleieren fortalte hvordan hun pleide å legge opp besøkene, litt avhengig av den enkeltes ønske om å stå opp tidlig

eller ligge litt utover, og hvor de bodde i forhold til hverandre. Allerede etter to besøk hadde tidsskjemaet sprukket.

Samspeillet mellom den enkelte bruker og pleieren ble observert. I tillegg ble det til de av brukerne som var i stand til det stilt spørsmål om blant annet deres tilfredshet med tjenesten, om de mottok det de mente de hadde rett på og om de følte de fikk være med å bestemme innholdet i tjenesten.

Den første brukeren var en eldre dame. Hun var glad vi kom, og hun og pleieren hadde en hyggelig tone seg i mellom. Hun skulle vaskes, få frokost og hjelpes opp. Hun fortalte at hun var fornøyd med den tjenesten hun mottok, men at de kom litt sent innimellom, og at hun en gang hadde blitt uteglemt. Hun kunne ikke bevege seg rundt selv, og ble hjulpet fra sengen over i en stol i stuen med et bord foran. Her fikk hun servert mat, og hadde tilgang til fjernkontrollen til TVen. Her måtte hun sitte til noen kom tilbake. Om hun ikke fikk besøk privat, ville det etter oppsatt plan ikke komme noen tilbake før hun skulle legge seg på kvelden.

Den neste brukeren hadde for mye smerter til å orke å prate. Hun ga uttrykk for at hun satte pris på den hjelpen hun fikk. Hun var svært lei seg – fikk medisin og øyedråper – og gikk på badet selv.

Den neste brukeren var en mann. Han var sengeliggende. Samtalen var med hans kone som nærmeste pårørende mens han fikk stell. De var godt fornøyd med hjelpen, han hadde i tillegg en stor og støttende familie rundt seg, kunne konen fortelle. Det eneste de var misfornøyd med var at det på sommerstid var for mange nye, som ofte ikke ble introdusert på en ordentlig måte eller fikk nok opplæring, og som de mente var inkompetente. Konen sa videre at det også var forskjell på de faste ansatte – noen framsto som snille og interesserte, mens andre var mindre interesserte i jobben sin.

Braker nummer fire denne dagen var en kvinne. Hun var fornøyd med tjenesten og med menneskene som jobber der. Hun trengte en del hjelp til å starte dagen, men var ellers nokså selvhjulpen. Hun hadde en del kontakt med en niese som ofte kom på besøk.

Neste bruker var en mann. Han fortalte at han var veldig fornøyd med noen pleiere, mens kjemien ikke var like god med andre. Han følte det tok på psykisk å klage, så det prøvde han å unngå. Alt det praktiske opplevde han som veldig greit. Han savnet veldig at det innimellom kunne være mulig å slå av en prat og ta en kaffe med pleieren. Det var noe han følte behov for innimellom, men som han følte aldri var mulig å innfri. I tillegg til det sosiale, savnet han at noen nå og da kunne ha laget ordentlig mat – han uttrykte i sterke ordelag at han var meget lei mikromat/mat fra Fjordland.

Den siste vi besøkte denne formiddagen var en kvinne. Hun var også generelt positiv, fornøyd med tjenesten. Det eneste hun hadde å utsette på den, var at pleierne noen ganger kommer sent, men *jeg vil ikke klage*, sa hun. Hun fortalte videre at hun helst vil greie seg selv, men at hun ikke greide å komme seg på badet selv om morgenen.

Klokka hadde blitt 12. Egentlig hadde vi tre til på lista vår, men pleierne hjalp hverandre. De som lå godt an hjalp dem som hadde brukt lengre tid, og dermed var de fleste tilbake for å møtes til felles lunsj mellom 12.00 og 12.30.

Pleieren kunne fortelle at dagsformen til den enkelte bruker varierte i stor grad. På en god dag kunne 10 minutter være nok, mens det på andre dager ikke strakk til. Enkelte slet med angst og depresjoner – mange var svært ensomme. Særlig i forkant og rundt jul var det mange som var lei seg. Det var imidlertid vanskelig å bruke den tiden den enkelte trengte. Pleieren forsøkte å tilpasse seg i forhold til den enkelte så langt som mulig, men det var ikke rom for mye fleksibilitet og individuell tilpasning i det daglige. Det var tydelig at den stramme tidsplanen ikke gjør det mulig med tilpasninger til den enkeltes dagsform eller til å gi mer enn vask og mat. Gautun og Hermansen (2011, s. 12) konkluderte i sin undersøkelse med blant annet at tidspress går utover kvaliteten, at det er for få institusjonsplasser og at mer enn en tredjedel av mottakerne av hjemmesykepleie trenger mer omfattende helse- og omsorgstilbud enn det de mottar i dag.

Når tidsskjemaet sprekker er det pleieren selv, eventuelt kollegaene, det går utover. For dem som ikke greier å holde tidsskjemaet kan det gi et stort tidspress. Ikke alle greier å gå i tide om en bruker tydelig trenger kontakt, og som kanskje er lei seg og ensom. Ikke alle

greier å hanskas med det. Sannsynligvis har dette både med formell kompetanse, erfaring og personlige egenskaper (evner og holdninger) å gjøre (Sörensdotter, 2008).

Om vi ser på de tre verdiene for offentlig sektor (Hood, 1991), framstår det som nokså tydelig at det blant pleierne og brukerne er et ønske om mer fleksibilitet, men at det ikke er mulig å oppnå. Som vist over var tidsskjemaet stramt, og det var mange brukere som var tildelt knapt med tid. Det kan synes som flere brukere hadde større behov for hjelp enn det de fikk. Dette framkommer også i andre undersøkelser (se Tønnesen & Nordtvedt, 2012; Gautun & Hermansen, 2011). Dermed kan det også stilles spørsmål ved om rettighetsverdien (Hood, 1991) i praksis kunne sies å være oppfylt. Vi står da igjen med sparsommelighetsverdien (Hood, 1991) blir den som settes høyest i denne kommunen.

4.2.3 Evalueringsskjemaene

Hjemmesykepleien leverte på eget initiativ i oktober 2014 ut evalueringsskjemaer til alle sine brukere. Brukerne ble invitert til å gi tilbakemelding om informasjon, brukermedvirkning, personalets holdninger, om hjelpen var i samsvar med vedtaket – eller om det var noe annet de ønsket å gi tilbakemelding om. Tjenesten hadde mottatt 34 skjemaer pr 1. desember 2014 – altså en drøy måned etter at skjemaene var levert ut. Svarene på evalueringsskjemaene inneholdt alt fra enkelte enstavelser, til lange brev med flere vedlegg.

Av skjemaene var 18 positive, 11 inneholdt både positive og negative tilbakemeldinger, mens 5 inneholdt utelukkende negative synspunkter.

I de positive tilbakemeldingene ble det gitt uttrykk for takknemlighet for hjelpen, hyggelige pleiere og den servicen som ble gitt. En skrev det slik:

Meget fornøyd. Personalet alle tiders. Hjelpen er i samsvar med vedtaket. Setter pris på å bli mint på ting jeg skal.

Blant de blandede meldingene var det både skryt og kritikk til personalet – at noen var flinke og noen ikke, at det hendte de kom sent, at det ble gitt lite informasjon eller at det ikke var brukermedvirkning. En skrev:

Trenger hjelp til medisiner og dusj. Personalets holdninger: Liker de faste ansatte, de er hyggelige. Om hjelpen er i samsvar med vedtaket: Kommer oftest i tide, men det hender de kommer veldig sent, og da får jeg veldig smerter. Kunne ønske jeg fikk morgenmedisinene lagt ut om kvelden, så slipper jeg å vente på medisinen. Det hadde hjulpet meg og hjemmetjenesten.

Flere skriver at det var forskjeller i personalets holdninger; noen var vennlige og smilende, mens andre ikke var like interesserte og imøtekommende.

De negative tilbakemeldingene dreide seg om at pleieren kom sent om morgenen, at det var dårlig tid, dårlig informasjon, dårlige holdninger blant de ansatte. Ett eksempel:

Personalets holdninger: Mange i hjemmesykepleien har en nedlatende holdning. At det kommer mange forskjellige påvirker humør og livskvalitet. Mange i hjemmesykepleien opptrer uprofesjonelt – ber meg være i bedre humør om jeg har en dårlig dag og snakker om andre brukere når de tror jeg ikke hører det. Jeg føler ikke hjelpen er i samsvar med vedtaket. Det er satt av 20 minutter til morgenstell, men jeg opplever at de er veldig stresset for å bli fortrest mulig ferdig, noe som fører til at jeg blir stresset og ofte ikke blir ferdig på toalettet. Det samme gjelder ved middagstid og dusjedagen – ofte er det sjampo igjen i håret.

I de mottatte skjemaene var responsen noe variert; det var skryt og ulike former for kritikk. Det virker sannsynlig at de som har pårørende eller andre støttepersoner rundt seg og de som er nokså selvhjulpne i hverdagen, er mer fornøyde enn de som ikke greier å komme seg rundt på egenhånd, som blir liggende i sengen til noen kommer og hjelper dem opp og som ikke har kontakt med noen andre enn hjemmetjenesten i løpet av dagen. I undersøkelsene fra Riksrevisjonen (2016) og Statens helsetilsyn (2016) konkluderes det også med svikt på flere områder. I følge Riksrevisjonens rapport har kommunene ikke økt kapasiteten etter samhandlingsreformen. Antallet utskrivningsklare pasienter har økt, og de har mer sammensatte og komplekse lidelser (Riksrevisjonen 2016; Helsetilsynet 2016). Samtidig ble det i disse undersøkelsene påpekt dårlig kommunikasjon mellom de ulike helsenivåene når pasienter skrives ut, og dette gjør situasjonen for både brukere og pleiere i hjemmetjenesten svært utfordrende.

4.3 Oppsummering

Hvordan ivaretas så kravene til kvalitet innen hjemmesykepleien i denne kommunen?

Kravene til kvalitet ivaretas ikke fullt ut. Undersøkelsen viser at kommunen hadde lagt seg på et minimumsnivå i sitt tilbud til brukerne av hjemmesykepleie. Det framgår imidlertid også at det kan framstå som uklart hvor mye kommunen faktisk har ansvaret for. Arbeidsdagen var preget av tidsskjemaer som sprakk og dermed av høyt tidspress. Brukerne ga litt ulike tilbakemeldinger om innholdet i tjenesten. Et hovedinntrykk er at brukerne etterspurte pleiere som kommer til avtalt tid og at det må være rom for å bruke mer tid og tilpasse tjenesten etter den enkeltes dagsform og behov. Videre er det viktig at pleierne er imøtekommende og hyggelige. Altså en tilbakemelding om at de ønsker seg mer kapasitet og mer fleksibilitet i det daglige. Hva slags kompetanse som trengs i denne typen tjenester omtales i neste kapittel.

5 Hvordan påvirker de ansattes kompetansenivå kvaliteten på innholdet i tjenesten?

5.1 Formell kompetanse

Kun en femtedel av de ansatte hadde sykepleierutdanning og i underkant av halvparten hadde fagarbeiderutdanning i denne enheten i 2014 (SSB). Sykepleierstillinger og fagarbeiderstillinger sto ubesatt ved inngangen til 2015 (Kommunen, 2014a). Disse stillingene ble fylt opp med ufaglærte og ved bruk av vikarbyråer.

Enheten hadde gjennomført en GAP-analyse (analyse om nåværende status mot ønsket status) om kompetanse. Status var at enheten mottok flere brukere med komplekse og sammensatte sykdommer. Mange av de ansatte manglet kompetanse for å ivareta nye krav, for eksempel innen aldring og helse, demens, kreft, rus/psykiatri og rehabilitering. At det var huller i kompetansen hos de ansatte i hjemmetjenesten stemmer overens med en undersøkelse av kompetanse hos norske omsorgsarbeidere (Bing-Jonsson m.fl., 2016). Pleierne oppga selv flere områder hvor de hadde huller i kompetansen sin. Ingen ga seg selv toppscore på noen av kompetansevariablene (Bing-Jonsson m.fl., 2016).

Både i samtalene med brukerne og i evalueringsskjemaene kom det fram at brukerne ikke var særlig fornøyd med å møte pleiere uten kompetanse, og heller ikke at de måtte forholde seg til mange forskjellige pleiere hele tiden. Enhetslederen og avdelingslederne og prøvde å møte de ulike behovene, men støtte kontinuerlig på stramme rammer i form av lite penger og få ressurser. Både ubesatte stillinger og flere uten relevant utdanning vil kunne få konsekvenser for kvaliteten på tilbudet. På tross av definerte behov ble kursbudsjettet for 2015 redusert (Kommunen 2014b). At det ikke gis tilstrekkelig etter- og videreutdanning til helse- og omsorgsarbeidere framkommer også i flere andre undersøkelser (Bing-Jonsson m.fl., 2016; Gaute & Syse, 2013; Riksrevisjonen, 2016).

Det var lite satsing på videreutvikling av allerede ansatte i enheten. Det kan få konsekvenser både for enheten, for brukerne og for den enkelte ansatte (Lai, 2013). Dette blir som en ond

sirkel hvor mange negative faktorer får virke samtidig. For lite kompetanse – kan føre til lav følelse av mestring – kan føre til økt stress – kan føre til at sykefraværet øker. Og noen slutter. Omdømmet kan også bli dårlig som følge av dårlig oppfølging og prioritering, som igjen kan få konsekvenser for rekrutteringen. Blant nyutdannede kan en slik bransje synes lite fristende. Flere avisoppslag den senere tiden forteller akkurat slike historier (se for eksempel Henriette (22), 2016; Wissløff, 2016; Skogstrøm & Jordheim, 2016; Johansen, 2016; Skaug, 2016).

I møtet med pleierne og lederne i enheten opplevde jeg en enorm vilje til å finne løsninger og hjelpe hverandre for å overleve hverdagen. Inntrykket var at mange glødet for det de gjorde og at de opplevde at det var meningsfullt. Det kunne synes som administrasjonen på den ene siden og enheten på den andre siden levde i ulike verdener, og at enheten daglig kjempet for å få løst sine oppgaver så forsvarlig som mulig.

Som vi har vært inne på er kompetanse mer enn den rent formelle kompetansen (Lai, 2013; Sörensdotter, 2008). Mer om hva slags kompetanse som synes å være av betydning i møte med brukerne i neste avsnitt.

5.2 Kompetanse i møte med brukerne

I samtalene med brukerne og i de innsendte evalueringsskjemaene kom det fram at det var forskjell i hvordan pleierne framsto. Enkelte kunne være stresset og ha dårlig tid, og de kunne la sitt eget dårlige humør gå utover pleiesituasjonen. Eller de kunne være vennlige, empatiske og tilstede i situasjonen. Som tidligere nevnt må pleierne ha formell og reell kompetanse for å kunne få gjort jobben på en god måte. Men det er ikke nok i denne typen tjeneste. I tillegg må pleierne inneha emosjonell kompetanse. Først da er det mulig å kunne lykkes (Sörensdotter, 2008).

Vedkommende pleier jeg dro rundt sammen med den aktuelle dagen var ikke utdannet sykepleier, men hjelpepleier. Jeg observerte henne i møtene med seks ulike brukere og i

samtaler med øvrige pleiere før og etter runden vår. Denne pleieren framsto som mild, vennlig, tydelig og empatisk. Hun kjente godt til de enkelte brukere, og tilpasset seg den enkelte bruker og dennes behov etter hvert som vi beveget oss rundt. Hun både lyttet og småpratet, mens hun fikk vasket og stelt og laget i stand mat til dem. Hun hadde tydelig en form for emosjonell kompetanse, slik det er beskrevet av Sörensdotter (2008). I følge Sörensdotter (2008) lykkes de som greier å skjule eget stress overfor brukerne. Stress og negative tanker skjules bak ansiktsuttrykk og rollespill (s. 106). Pleierne i Sörensdotters undersøkelse sa at om de fortalte brukerne at de hadde dårlig tid og at var stresset, så ble situasjonen bare enda mer preget av stress. Både pleieren jeg dro ut med og brukerne jeg møtte beskrev akkurat det samme – om at pleiere som ga uttrykk for at de var stresset og hadde dårlig tid fungerte dårlig. I Sörensdotters undersøkelse beskrev pleierne at en positiv maske bidro til at dagen ble mer smidig, med færre konfrontasjoner og mindre ubehag. Pleierne uttalte også at dette var noe som i stor grad skjedde ubevisst og som de mente kommer med erfaring. Så i tillegg til pleierens *evner og holdninger* (Lai, 2013) vil *erfaring* ha betydning hvordan pleiesituasjonen takles (Sörensdotter, 2008; Bing-Jonsson m.fl., 2016).

Rundt halvparten av de ansatte hadde kompetanse på nivå med den pleieren jeg var med ut. Skilte så denne pleieren seg ut fra de andre med tilsvarende kompetanse? Nei, jeg tror ikke det. Jeg antar at den som ble plukket ut til å ta med en ekstern på stellerunde, var blant de flinke. Og de andre ble ikke observert på tilsvarende måte. Likevel ble det skapt et inntrykk av at denne gruppen i det store og det hele fungerte bra, og at det var gruppen uten fagutdanning som fungerte mindre bra. Det kom fram at nytilsatte noen ganger ikke fikk påkrevet opplæring. Dette fungerte svært dårlig for brukerne. Selv i en meget stram tidsplan er dette ikke forsvarlig, og må oppleves svært lite tilfredsstillende både av den som gir hjelp og for den som mottar hjelpen. Slike situasjoner som fort kan bli preget av mistillit vil sannsynligvis virke svært negativt på kvaliteten på tilbudet. Stellesituasjonen er hjemme hos de eldre og selve tilliten og kontakten som oppstår i disse møtene har åpenbart betydning for opplevelsen av kvalitet (Vabø & Vabo, 2014).

At det i noen grad vil være behov for spesialisert kompetanse synes også tydelig. Om denne automatisk skal være i form av å rekruttere nye sykepleiere er imidlertid usikkert. Kanskje er

det mulig å tilby spesialisering også til hjelpepleiere? Som vist foran er høy andel av *både* sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere en indikator på kvalitet i Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer. Ikke bare andel sykepleiere, som var fokuset i denne kommunen.

Som Lai (2013) uttaler er det viktig at organisasjonen videreutvikler de ansattes kompetanse for å oppnå mål og skape verdier. Det ble ikke prioritert å videreutvikle den kompetansen de allerede hadde. Å øke sykepleierandelen var derimot et mål. Lai (2013) hevder nettopp at det å ha fokus på å anskaffe ny kompetanse uten å prioritere den man allerede har, er et typisk trekk ved svak kompetansemobilisering. Kompetansemobilisering – at kompetansen brukes på en god og gjennomomtenkt måte, er viktig for organisasjonen, for brukerne og for den enkelte (Lai, 2013). Mer om dette i neste avsnitt.

5.3 Bruken av kompetanse

Hjemmetjenesten hadde høy gjennomtrekk blant lederne. Enheten hadde hatt åtte forskjellige ledere på ti år. Én informant (leder) hadde selv jobbet der i to år. Hun omtalte at utfordringene for tjenesten var *kompetanse, kapasitet og rekruttering*. Hjemmetjenesten hadde en lav sykepleierandel (20 prosent i 2014), høyt sykefravær (17 prosent i 2014), en del både frivillig og ufrivillig deltid (45 prosent i 2014), samt flere ubesatte sykepleierstillinger.

I tillegg kom det de opplevde som eksterne utfordringer som få korttidsplasser i kommunen, kombinert med effektene av samhandlingsreformen. Brukerne ble nå skrevet ut tidligere og var dermed ofte dårligere. Og antallet reinnleggelser var høyt. Dette krevde mer kapasitet og kompetanse i kommunen. Denne situasjonen samsvarer med funn fra andre undersøkelser og utredninger (se for eksempel Meld.St.26 (2014-2015); Gautun & Syse, 2013; Haukelien, Vike & Vardheim, 2015; Riksrevisjonen, 2016; Helsedirektoratet, 2016). Både behovet for kompetanse og behovet for rett kompetanse på rett sted har sannsynligvis fått enda sterkere betydning etter samhandlingsreformen. Det kan synes som kommunen ikke hadde greid å mobilisere i forkant av samhandlingsreformen, og at de nå slet med å komme på rett nivå.

I den nevnte undersøkelsen om kompetanse i omsorgssektoren i Norge, kom det fram at alle grupper – både spesialutdannede sykepleiere, ”vanlige” sykepleiere, hjelpepleiere, helsefagarbeidere og ansatte helt uten noen form for utdanning – brukes på helt samme måte. Holdningen var at alle drar lasset sammen, og dermed at kompetansen ikke brukes der den trengs mest (Bing-Jonsson m.fl., 2016). Også i den undersøkte kommunen var det langt på vei slik. I intervju med avdelingslederne kom det fram at de hadde som mål å få brukt rett kompetanse på rett bruker og på rett sted. Praksis var imidlertid ofte at sykefravær gjorde at de måtte bruke mer eller mindre tilfeldige vikarer – oftest ufaglærte – og at det var vanskelig å få turnuskabalen til å gå opp. En av avdelingslederne sa det slik:

Nei – det er ikke mulig å få til at brukerne ser de samme pleierne over tid. Vi må rullere på personell. Men vi prøver å gjør det litt fast, for eksempel for dem som ligger for døden eller det er noe spesielt med, så prøver vi å begrense antallet de må forholde seg til. Det varierer spesielt mye i ferier. Det kan komme en del negative tilbakemeldinger etter ferier, særlig sommerferien. Og nå – i forbindelse med at vi har høyt sykefravær.

Tilsvarende framkommer i Novas undersøkelse fra 2014: Når turnus blir satt opp så oppfattet pleierne at det var hensynet til økonomi og tilgjengelig helsepersonell som hadde størst betydning. Høyt sykefravær var hovedgrunnen til at det oppsto avvik mellom planlagt og faktisk bemanning (Gautun & Bratt, 2014).

Kompetansemobiliseringen synes svak i denne kommunen. Dette vil kunne gi svekket motivasjon hos den enkelte siden vedkommende ikke får brukt sin kompetanse i tråd med forventningene. Lai (2013, s. 154) hevder at god kompetansemobilisering er å gjøre medarbeiderne kompetente, mens dårlig kompetansemobilisering faktisk er å gjøre dem inkompetente. Å kartlegge de ansattes kompetansenivå og sørge for tilstrekkelig etter- og videreutdanning på områder hjemmetjenesten trenger synes fornuftig og nødvendig. Videre må denne kompetansen fordeles mer kritisk, og nødvendig kompetanse må brukes der den gjør størst nytte.

5.4 Oppsummering

Både formell, reell og emosjonell kompetanse hos de ansatte har betydning for kvaliteten i hjemmetjenesten. Om lag to tredjedeler av de ansatte hadde utdanning på videregående eller høyskolenivå. Inntrykket var at brukerne var tilfreds med de fleste i denne gruppen, og at de i større grad var misfornøyde med dem som ikke var faste, som de ikke kjente og som i noen tilfeller heller ikke hadde fått opplæring.

Planleggingen av turnus syntes å være et gjentakende problem for enheten. Få ressurser og høyt sykefravær skapte ofte problemer, og det var derfor ikke mulig å sørge for at den enkelte bruker fikk få pleiere å forholde seg til eller ellers ta tilstrekkelig hensyn til den enkeltes behov i oppsettet av turnus.

Kompetansemobiliseringen – og utviklingen i enheten var lav. De allerede ansatte fikk ikke tilstrekkelig med videre- og etterutdanning, og enheten fikk ikke til å bruke den eksisterende kompetansen hos dem som trengte det mest.

Tjenesten etterspurte flere ressurser og flere med spesialkompetanse. For å ivareta tjenestens behov, og den enkeltes behov, synes det nødvendig å sikre etter- og videreutdanning både til sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere.

6 I hvilken grad kan New Public Management-tenkningen ha betydning for effektivitet og kvalitet i tjenesten?

6.1 Innledning

Langt på vei hadde den undersøkte kommunen fulgt mønstret som mange andre norske kommuner har fulgt i tilnærmingen til New Public Management (Hovik & Stigen, 2008; Gautun & Hermansen, 2011; Blåka, Tjerbo & Zeiner, 2012). De hadde innført en flatere struktur hvor begrunnelsen blant annet var å få en mer oversiktlig organisasjon, og de hadde innført en modell hvor tildeling og utførelse av tjenester lå på ulike steder i organisasjonen. Og de hadde innført mål og resultatstyring. Det var i styrende dokumenter lagt stor vekt på kvantitative mål og et stramt budsjett hvor rapporteringen handlet mye om de økonomiske måltallene.

I dette kapitlet skal målenes betydning og konsekvensene av den organiseringen kommunen hadde valgt drøftes.

6.2 Mål og måloppnåelse for tjenesten

I Årsmeldingen for 2014 (Kommunen, 2014a) framgår krav som var satt til tjenesten for 2014, og hva tjenesten rapporterte tilbake. De fleste mål var av kvantitativ karakter. Enkelte mål som kunne sies å ha et mer kvalitativt preg var ikke gjennomført grunnet at budsjetterte midler var blitt inndratt. Det var videre satt mål for sykefravær, brukertilfredshet og medarbeidertilfredshet, og her var ikke de to sistnevnte gjennomført. Det var dermed svært lite som ble rapportert om tjenesten for 2014, og det ble i rapporteringen ikke lagt vekt på hvorvidt den tjenesten som ble levert hadde god kvalitet.

Det er svært uheldig for overvåkingen av kvaliteten på tjenesten at det som blir rapportert ikke sier noe om hvordan tjenesten faktisk virker. Dette gir dermed også lite informasjon til folkevalgte som årlig skal bevilge midler til å drifte og videreutvikle tjenesten. Det kan også representere et demokratisk problem at de som tar beslutninger vedrørende viktige tjenester for beboere i kommunen ikke har tilstrekkelig grunnlag for sine prioriteringer.

I budsjettet for 2015 (Kommunen, 2014b) var det kun satt opp krav knyttet til sykefravær og nivå på medarbeidertilfredshet. Det var også lagt opp til å styrke antallet ansatte med en sykepleierstilling, mens kursbudsjettet og konsulentbudsjettet var redusert. I Årsmelding 2014 (Kommunen, 2014a) rapporterte hjemmetjenesten om budsjettoverskridelser på grunn av vedvarende høyt sykefravær og en vanskelig bemanningssituasjon gjennom hele året, kombinert med en økning i antallet brukere.

Det synes klart at verdien sparsommelighet var satt høyest av administrasjonen i kommunen (Hood, 1991). Det synes også som de ansatte i hjemmetjenesten ikke kunne slutte seg til denne prioriteringen fullt ut. I 2014 overskred de budsjettene – de måtte prioritere at brukerne fikk et tilbud. På den annen side ble også de tvunget til å forholde seg til sparsommelighetsverdien. Det var få ansatte i forhold til brukere, og dermed ble tiden de kunne tilby den enkelte bruker svært knapp. Slik sett var en konsekvens av sparsommelighetsverdien lavere kvalitet på tilbudet. Hood (1991) uttaler at New Public Management-tenkningen representerer verdier knyttet til sparsommelighet. Men han advarer nettopp mot kun å vektlegge sparsommelighetsverdien, og på den måten undergrave andre verdier. Dessuten kan slike Innsnevrede styringsverktøy skape incentiver som undergraver de moralske aspektene ved menneskerettede tjenester (Vabø & Vabo, 2014).

6.3 Konsekvenser av organiseringen

Tildelingsenheten hadde myndighet til å tildele hjemmetjenester, mens hjemmesykepleien skulle utføre tildelingsenhetens vedtak. Ofte ville hjemmesykepleien komme med innspill til behov for endringer. For å ivareta behovet for kommunikasjon mellom enhetene møttes de to ganger pr uke. Vedtakene ble etter denne modellen fattet på avstand fra selve tjenesteytingen og i henhold til fastsatte regler. På denne måten ble brukernes rettsikkerhet ivaretatt (Hood, 1991).

Å fatte vedtak på avstand fra den det gjelder vil muligens også gi et mer nøkternt syn på behovene, og mindre grad av innlevelse i den enkelte brukers situasjon (Weber, 2000, s. 97).

Dermed vil man også kunne ivareta behovet for sparsommelighet i tjenesten (Hood, 1991). Denne organiseringen kan imidlertid av samme grunn svekke behovet for fleksibilitet (Hood, 1991; Vabø, 2007). Selve organiseringen skaper problemer for pleierne. Vabø (2007, s. 228) uttaler at det med atskilte bestiller- og utførerenheter oppstår et økt byråkrati ved at endringer i hjelpebehov ikke kan ordnes i utførerenheten, men at det må formuleres en skriftlig begrunnelse som så må gå til bestillerenheten, som så fatter et skriftlig vedtak. Det blir altså avstand, mer skriftlighet og større treghet, parallelt med at pleierne erfarer utydelige og foranderlige hjelpebehov (Vabø, 2007, s. 228).

Et rigid system med korte tidsintervaller avsatt pr bruker og en tidkrevende prosess for å dokumentere nye behov og iverksette tilhørende tiltak, kan bidra til at kvaliteten på tjenesten svekkes. Av denne grunn vil ofte pleierne utkjempe en stille kamp mot administrasjonen for økt fleksibilitet i tjenesten (Vabø & Vabo, 2014).

Rådmannen uttalte i det innledende intervjuet at de hadde til vurdering å legge ned tildelingsenheten og gi denne myndigheten tilbake til hjemmesykepleien. At beslutningsmyndigheten er der behovet er vil kunne bidra til en mer fleksibel og responsiv tjeneste til brukerne. Hvilken effekt en slik ordning vil få på rettsikkerheten er usikkert. Den gangen myndigheten ble flyttet fra hjemmesykepleien til en atskilt tildelingsenhet var nettopp argumentet at det skulle gi større rettsikkerhet for brukerne. Større grad av rettferdighet og mindre tilfeldige utslag i saksbehandlingen som følge av den enkelte pleiers personlige holdninger (Vabø, 2007). Så det kan være en mulighet for noe mindre likhet i vurderingen av behov. Det vil imidlertid være et valg mellom muligens noe lavere grad av rettssikkerhet, men mer fleksibilitet og responsivitet. Nå er akkurat denne typen tjenester et lavterskeltilbud, og noe kommunen tilbyr før mer kostbare tjenester som plass på sykehjem. Derfor kan det være grunn til å vektlegge fleksibiliteten foran rettsikkerheten for akkurat den typen tjenester vi snakker om her. Det er imidlertid en viss sannsynlighet for at de som sitter nærmere brukerne definerer behovet for tjenester som større og at det dermed vil kunne føre til økte utgifter for tjenesten.

Pr i dag var det imidlertid sparsommelighet som så ut til å ha prioritet over de andre verdiene. Rettsikkerhet var også prioritert, ved at tildelingsenheten hadde myndighet til å

vurdere rettigheter og tildele tjenester. Flexibiliteten syntes begrenset på grunn av knapphet på ressurser. Samlet betyr det at kommunen syntes å ha rimelig kontroll på utgiftene og at brukerne fikk en rettferdig behandling. Men også at alle brukere fikk et nokså knapt tilbud med få muligheter for fleksibilitet på daglig basis.

6.4 Oppsummering

De ansatte i kommunen måtte forholde seg til stramme økonomiske rammer. Dette påvirket kvaliteten på tjenesten på en negativ måte. Rapporteringen fra tjenesten til administrasjonen og politisk nivå var svært knapp og ble kun gjort på kvantitative mål. Manglende innsikt i hvordan tjenesten faktisk er kan være et demokratisk problem, siden beslutninger om politiske prioriteringer da tas på et utilstrekkelig grunnlag.

Det var muligens ikke New Public Management-organiseringen i seg selv som var årsaken til den negative innflytelsen på kvaliteten, men mer at det var sparsommelighetsverdien som ble så vidt høyt prioritert over de to andre verdiene, rettsikkerhet og fleksibilitet (Hood, 1991). Også effektiviteten kan bli satt under press når det ikke er nok ressurser å fordele. Kanskje kan man si at produktiviteten er høy; mange får pleie med få ressurser, og man oppnår størst mulig produksjon i forhold til ressursbruken. Om man måler resultatet opp mot et effektivitetsmål knyttet til antall brukere som får dekket sine faktiske behov (Jensen, 2015), så ser vi at effektiviteten er vesentlig svekket i denne kommunen. Slik sett henger effektivitet og kvalitet sammen. Mer om dette i siste kapittel.

7 Konklusjon: Å forene kvalitet og effektivitet innen hjemmesykepleien

Innledning

Er det mulig å forene kravene til kvalitet og effektivitet innen hjemmesykepleien? Med såpass trange økonomiske rammer vi så i denne kommunen blir svaret på problemstillingen; *Nei, det er ikke mulig! Både kvalitet og effektivitet svekkes.* Svaret på problemstillingen kan imidlertid nyanseres:

Kommunens ansvar for å ivareta kvaliteten på tilbudet

Undersøkelsen viser at kommunen hadde lagt seg på et minimumsnivå i sitt tilbud til brukerne av hjemmesykepleie. Kravene til kvalitet ble således ikke ivaretatt fullt ut. Med knappe ressurser ble det også vanskelig å ivareta effektiviteten.

Det framkom at det var uklart hvor langt kommunens ansvar egentlig strekker seg. En kvalitetsforskrift som stiller krav til å fastsette prosedyrer, blir muligens ikke vurdert som tilstrekkelig styrende for prioriteringer. Det må imidlertid være en kobling mellom slike prosedyrer og krav til de resultater som skal nås.

Sparsommelighetsverdien i høysetet

Undersøkelsen har vist at sparsommelighetsverdien hadde prioritet over andre verdier, og særlig over verdien knyttet til fleksibilitet. Dette fikk negative konsekvenser både for kvaliteten og effektiviteten i tjenesten. Nettopp behovet for fleksibilitet var svært fremtredende både hos brukerne og hos pleierne.

Kanskje det i praksis er vanskelig å ivareta verdien knyttet til sparsommelighet og verdien knyttet til fleksibilitet på samme tid? Vabo og Vabø (2014) hevder at hjemmesykepleien opererer i et spenningsfelt mellom verdien for sparsommelighet, verdien for rettsikkerhet og verdien for fleksibilitet. Denne undersøkelsen har vist at når sparsommeligheten blir så vidt dominerende og de økonomiske rammene så trange, så blir det små muligheter for å ivareta fleksibiliteten.

Her er det imidlertid også viktig å være oppmerksom på at behovene brukerne har og dermed deres etterspørsel etter tjenester nærmest kan virke uendelig. Prioritering og grensesetting er således helt nødvendig. Foruten at økonomien i seg selv setter grenser må de folkevalgte prioritere og sette nødvendige rammer. Her kan det påpekes nødvendigheten av at de folkevalgte har kunnskaper om innholdet i tjenesten, slik at de gis et tilstrekkelig grunnlag for sine prioriteringer. Det ble på undersøkelsestidspunktet nesten ikke rapportert noen ting om hjemmetjenesten i denne kommunen. Dette kan representere et demokratisk problem.

Kompetansens betydning for kvalitet og effektivitet

Kompetanse er av vesentlig betydning for både effektivitet og kvalitet – jeg vil hevde at uten tilstrekkelig og relevant kompetanse vil ikke tjenesten kunne gjennomføres på en effektiv måte. Uten kompetanse vil også kvaliteten på tilbudet svekkes.

Både formell, reell og emosjonell kompetanse hos de ansatte har betydning for kvaliteten på tjenesten. Enheten ønsket å øke sykepleierandelen. Men kan det også satses mer på etter- og videreutdanning av gruppen hjelpepleiere/helsefagarbeidere? Denne gruppen utgjør 47 prosent av de ansatte og kan være en stor ressurs. Som Lai (2013) påpeker er det av stor betydning at organisasjonen satser på utvikling av allerede ansatte, og ikke bare etterspør ny kompetanse.

En effektiv gjennomføring av turnus er også av betydning. At den enkeltes kompetanse brukes der det er størst behov er av stor betydning både for enheten, den enkelte ansatte og den enkelte bruker. Dette var imidlertid en utfordring for enheten – få ansatte, mangel på kompetanse og høyt sykefravær ble oppgitt som årsaker til dette.

Avslutning

Det er både nødvendig og mulig å forene kravene til kvalitet og effektivitet. En effektiv gjennomføring av tjenesten vil kunne være av avgjørende betydning for kvaliteten på tjenesten, og vice versa. Det blir vanskelig å ivareta krav til effektivitet uten samtidig å satse på bedre kvalitet.

Referanseliste

Andersen, S. (2013). *Casestudier*. Bergen, Fagbokforlaget.

Bing-Jonsson, P., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk I. & Foss C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BioMed Central. The Open Access Publisher*. Hentet fra <http://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-016-0124-z>

Blåka, S., Tjerbo, T. & Zeiner, H. (2012). *Kommunal organisering 2012. Redegjørelse for Kommunal og regionaldepartementets organisasjonsdatabase*. NIBR-rapport 2012:21. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/KRD/Rapporter/Rapporter_2012/2012-21.pdf

Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P.G., & Røvik, K.A. (2013). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo, Universitetsforlaget.

Gautun, H. & Hermansen Å. (2011): *Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre*. Fafo-rapport 2011:12. Hentet fra: http://www.fafo.no/media/com_netsukii/20203.pdf

Gautun, H. & Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* NOVA-rapport 2013:8. Hentet fra: <http://www.hioa.no/About-HiOA/Centre-for-Welfare-and-Labour-Research/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2013/Samhandlingsreformen>

Gautun, H. & Bratt, C. (2014). *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem*. NOVA-rapport 2014:14. Hentet fra: <http://www.hioa.no/About-HiOA/Centre-for-Welfare-and-Labour-Research/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2014/Bemanning-og-kompetanse-i-hjemmesykepleien-og-sykehjem>

Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015): *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleiernes erfaringer*. Telemarksforskning rapport nr 362. Hentet fra: <https://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/filer/2794.pdf>

Helsedirektoratet. (2004): *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven*. Rapport 11/2004. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/122/IS-1201-Kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten.pdf>

Helsedirektoratet. (2015, 2016). *Kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester*. Hentet fra: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg> (07.04.2016)

Helsedirektoratet. (2016). *Nøkkeltall: Ressursinnsats og aktivitet. Nøkkeltall for utvikling i tjenestene, rehabilitering og helsepersonell*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/nokkeltall/nokkeltall-ressursinnsats-og-aktivitet> (07.04.2016)

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (02.05.2016)

Henriette (22) (2016, 22.02). Jeg har jobbet som hjelpepleier i tre år. Nå er jeg utbrent. *Aftenposten s ;D*. Hentet fra: <http://www.aftenposten.no/meninger/sid/Jeg-har-jobbet-som-hjelpepleier-i-tre-ar-Na-er-jeg-utbrent-8367165.html> (23.02.2016)

Hood, Christoffer (1991): *A public management for all seasons?* Public Administration Vol. 69 Spring 1991 (3-19). London: Royal Institute of Public Administration. Hentet fra: http://www.ipf.se/static/files/12/hood_the_paper.pdf

Hovik, S. & Stigen I. M. (2004): *Kommunal organisering 2004. Redegjørelse for kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase*. Nibr-notat 2004:124. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/6ac839eba291440a8845b7f5c22b8049/2004.pdf?id=2216252>

Hovik, S. & Stigen I.M. (2008): *Kommunal organisering 2008. Redegjørelse for kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase*. Nibr-rapport 2008:20. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/KRD/Vedlegg/KOMM/kommunal_organisering_nibr.pdf

Jensen, B. (2015, 23.04). Å måle mennesker. *Dagbladet*. Hentet fra: <http://www.dagbladet.no/2015/04/23/kultur/meninger/kronikk/debatt/produktivitetskomisjonen/38815579/> (15.04.2016)

Jacobsen, D. I. (2005): *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand, Høyskoleforlaget.

Johansen, I.N. (2016, 17.04). Silje orket ikke jobben lenger. *NRK-nett*. Hentet fra: <http://www.nrk.no/hordaland/xl/silje-orke-ikkje-jobben-lenger-1.12895339> (28.04.2016)

Kommunen. (2010). *Årsmelding*. Hentet fra <https://www.eidsvoll.kommune.no/Documents/Eidsvoll%20kommune/Internett/Økonomi/Årsmelding%202010.pdf>

Kommunen. (2012). *Om hjemmesykepleie*. Hentet fra <https://www.eidsvoll.kommune.no/no/Los-struktur/Emneord-a-a/Hjemmesykepleie/> (25.04.2016)

Kommunen. (2014a). *Årsberetning*. Hentet fra: <https://www.eidsvoll.kommune.no/Documents/Eidsvoll%20kommune/Økonomi/Årsberetning%202014.pdf>

Kommunen. (2014b). *Handlingsplan 2015-2018. Budsjett 2015*. Hentet fra: <https://www.eidsvoll.kommune.no/Documents/Eidsvoll%20kommune/Økonomi/handlingsplan%202015-2018%20endelig.pdf>

Krekling, D. V. & Honningsøy, K. H (2014, desember). Her svikter Norge, NRK-nett. Hentet fra: <http://www.nrk.no/multimedia/her-svikter-norge/#page=1> (08.12.2015)

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792> (02.05.2016)

Lai, L. (2013): *Kompetanseledelse*. Bergen, Fagbokforlaget.

Meld.St.29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Meld.St.26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Nordhaug, O. (2004): *Strategisk kompetanseledelse*. Oslo, Universitetsforlaget.

NOU (2011:11). *Innovasjon i omsorg*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>

NOU (2015:1). *Produktivitet – grunnlag for vekst og velferd*. Oslo, Finansdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ef2418d9076e4423ab5908689da67700/no/pdfs/nou201520150001000dddpdfs.pdf>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (02.05.2016)

Riksrevisjonen (2016): *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Dokument 3:5 (2015-2016). Hentet fra: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2015-2016/Samhandlingsreformen.pdf>

Romerike revisjon (2015): *Hjemmesykepleie: internkontroll, dokumentasjon og kvalitet. Jessheim*. Hentet fra:
http://www.romerikerevisjon.no/rapporter/Hjemmesykepleie/Eidsvoll%20hjemmesykepleie_endelig%20rapport%202015_03_11.pdf

Røvik, K. A. (2007): *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. Århundrets organisasjon*. Oslo, Universitetsforlaget.

Skaug, I. M. (2016, 15.01). Meningsløse og farlige tilbud om opptrening hjemme. *Aftenposten meninger*. Hentet fra:
<http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/Meningslose-og-farlige-tilbud-om-opptrening-hjemme--Ida-Merete-Skaug-8320255.html> (28.04.2016)

Skogstrøm, L. & Jordheim, H. (2016, 09.02). Ansatte i eldreomsorgen kan for lite om å behandle syke eldre. *Aftenposten*. Hentet fra:
<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Ansatte-i-eldreomsorgen-kan-for-lite-om-a-behandle-syke-eldre-8347216.html> (28.04.2016)

Sosialdepartementet (2003, 30. juni). *Ny kvalitetsforskrift skal gi bedre tjenester til alle som mottar pleie- og omsorgstjenester. Pressemelding*. Hentet fra:
https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny_kvalitetsforskrift_skal_gi_bedre/id249476/ (25.04.2016)

Statens helsetilsyn (2016): *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen*. (Rapport 1/2016). Hentet fra:
https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2016/helsetilsynetrapport1_2016.pdf

Statens helsetilsyn. (2014, 2015). Tilsyn om kvalitetsforskriften. Hentet fra:
<https://www.helsetilsynet.no/no/ts/sokeside/?quicksearchquery=kvalitetsforskriften> (02.04.2016)

St.meld. nr. 25 (2005–2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/16e39820de5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm200520060025000dddpdfs.pdf>

Sörensdotter, R. (2008). *Omsorgsarbete i forvandling. Genus, klass och etnicitet inom hemtjänsten*. Doktorgradsavhandling, Stockholms universitet. Makadam og Renita Sörensdotter, Stockholm og Gøteborg.

Tønnesen, S. (2011.): *The challenge to provide sound and diligent care : a qualitative study of nurses' decisions about prioritization and patients' experiences of the home nursing service*. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo.

Tønnesen, S. & Nortvedt P. *Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?* Oslo: Forskning nr 3, 2012, 7:280-285. Hentet fra:

https://www.nsf.no/Content/1076503/12fo3_essay_tonnesen_817.pdf

Vabø, M. (2007): *Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid* (doktorgradsavhandling, Nova-rapport 2007:22) Hentet fra:

<http://www.hioa.no/About-HiOA/Centre-for-Welfare-and-Labour-Research/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2007/Organisering-for-velferd>

Vabø, M & Vabo S.I. red. (2014). *Velferdens organisering*. Oslo, Universitetsforlaget.

Weber, M. (1971/2000): *Makt og byråkrati*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Wikipedia. (2013). Definisjon av effektivitet. Hentet fra:

<https://nn.wikipedia.org/wiki/Effektivitet> (23.02.2016)

Wisløff, S. (2016, 21.02). Vi vil ha en verdig alderdom. *Aftenposten meninger*. Hentet fra:

<http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/Vi-vil-ha-en-verdig-alderdom--Sigrid-Wisloff-8364332.html> (23.02.2016)