

Sykepleiere på akkord

En studie av hjemmesykepleiernes erfaringer

Anne-Marie Thibouville
i samarbeid med
Utviklingssentret for hjemmetjenester i Oslo



MASTEROPPGAVE

Høstsemester 2013

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn.

Bestiller – utfører modellen ble introdusert på midten av 1990-tallet etter inspirasjon fra New Public Management. Hensikten med bestiller/utfører- modellen er å skille forvaltningen av de offentlige tjenestene fra de som utfører tjenestene. Nesten 50 % av alle kommunene er organisert etter bestiller/utfører- modellen. Bestilleren identifiserer behov og definerer hva slags tjeneste brukeren kan forvente seg. Utføreren skal konsentrere seg om produksjon nemlig å utøve tjenester. Modellen er basert på en ide om kontraktstyring.

Belønningssystemet ligger i tjenesteleverandørens evne til å iverksette bestillingen og utnytte de ressurser man har til rådighet på best mulig måte. Utførerne får betalt for den tiden de bruker til direkte brukerrettet arbeid. Brukerrettet tid er den tiden utfører er fysisk å tilstede hos brukeren og utfører oppgaver i henhold til vedtaket.

Bestillers ansvarsområde er aktivitetsnivået, utførers ansvarsområde er å produsere den bestilte tjenesteproduksjonen til lik eller lavere pris enn den finansieringen som følger bestillingen. I et system hvor pengene følger brukeren skal pengene i prinsippet følge vedtaket.

Formål.

I hjemmesykepleien har sykepleierne tradisjonelt hatt en stor grad av fleksibilitet og et stort handlingsrom i utføringen og organiseringen av arbeidsdagen. Bydelene i Oslo har innført en organisasjonsform som er inspirert av NPM (New Public Management) nemlig bestiller/utfører- modellen. Modellen baserer seg på kontraktstyring og styringsformene i denne modellen er først og fremst resultatstyring, eller styring basert på tillit. På den ene siden har ny teknologi bidratt til å lette overvåkingen og kontrollere tidsforbruket. På den andre siden gir bestillerkontoret oppdrag basert på utmåling av tid og innhold. Samtidig er sykepleierne lovpålagt å handle faglig forsvarlig og omsorgsfullt. Jeg ønsket å finne ut mer om hvilken erfaring sykepleierne hadde med å få gjennomslag for sine egne vurderinger om hva pasientene hadde behov for både med henblikk på innholdet i vedtakene og tiden som skulle benyttes hos pasienten var estimert på forhånd og til og med ble registrert og innrapportert (overvåket). Mitt forskningsspørsmål ble derfor:

Hvilke erfaringer har hjemmesykepleiere som arbeider i en organisasjon som er organisert etter bestiller/utfører – modellen med å få gjennomslag for egne vurderinger av pasientens behov i forhold til kvalitet og tidsbruk.

Metode

Det er benyttet kvalitativ metode med dybdeintervju. Intervjuobjektene ble rekruttert fra bydeler med samme utforming av vedtak samt finansieringsmodell. I samarbeid med et utviklingscenter for hjemmetjenester i Oslo, som fant intervjuobjektene for meg, ble det gjennomført fire dybdeintervjuer. Intervjuobjektene var alle sykepleiere i hjemmebaserte tjenester. Informasjonsskriv samt samtykkeerklæring ble utlevert på forhånd.

Validitet.

Studien retter seg mot sykepleiere som jobber i hjemmebaserte tjenester i en organisasjon organisert etter bestiller/utfører- modellen. Ettersom nesten 50 % av kommunene er organisert etter denne modellen, vil studien også berøre dem. Overførbarheten måtte sees i sammenheng med den lokale utformingen av modellen. Men, siden antallet deltagere kun er fire, kan man ikke entydig hevde at studien har overførbarhet.

Resultater

I den første halvdel av resultatfremlegget diskuteres erfaringen deltagerne har med koordineringen mellom bestillerkontoret og den enkelte utøver når vedtaket skal endres. Innholdet drøftes opp mot ulike styringsformer som ligger til grunn for samarbeidet. Samtidig diskuteres mekanismer som retter seg mot utøvelse av skjønn.

I den andre halvdel av resultatfremlegget diskuteres deltagerens erfaringer i egen avdeling når utøverne utfører sykepleie der de har et vedtak å forholde seg til. Det sees i lys av ulike styringsformer på den ene siden og ansvarliggjøring av sykepleiernes utøvelse av skjønn på den andre siden.

Teorien som er brukt i analysen er i hovedsak hentet fra Busch (2011) og Molander (2013).

Konklusjon.

- Når vedtaket skal endres opplever sykepleierne at de stort sett får gjennomslag for revurdering av vedtakene. Strukturelle mekanismer bidrar til å styrke tillitsforholdet mellom bestillerkontoret og sykepleierne.
- Kravet til produksjonen i utføreravdelingen er høyt samtidig som sykepleierne opplever at det ikke blir tatt hensyn til tiden det tar ved indirekte brukerrettet pasientarbeid. Flere av sykepleierne opplevde det som stressende.
- Sykepleierne oppfatter vedtaket som en ramme som ligger til grunn for tiden som skal brukes, og oppgavene som skal gjøres ute hos pasientene. Flere av sykepleierne gjør jobben uavhengig av estimert tid og bruker tiden de mener er riktig. Samtidig rapporterer de tilbake dersom den estimerte tiden ikke stemmer overens med tiden de bruker, det gjelder både når det er for mye tid, og tiden er for knapp.
- Sykepleierne utfører sykepleie i henhold til egne vurderinger om hva de mener er forsvarlig. Oppgavene er definert som en ramme i vedtaket, på bakgrunn av det lager de tiltaksplanene. Ansvarliggjøring av sykepleierne retter seg mot epistemiske mekanismer som har til hensikt å øke kvaliteten i resonnementet i utøvelse av skjønn

Forord

Det ble en gledelig erfaring å være deltager på Det erfaringsbaserte masterstudie i helseledelse og administrasjon. Takket være kollegaene i kull XXV, professor Jan C. Frich og studieveileder Deborah Ann Arnfinsen ble det en begivenhetsrik reise gjennom helse- Norge. Vi fikk innsyn i ledelse og organisasjoner som ville vært en lukket arena for meg, jeg føler meg privilegert.

Jeg ønsker å rette en spesiell takk til Professor Olaf Gjerløw Aasland for veiledning.

Samtidig ønsker jeg å takke Line Orlund, prosjektleder ved Utviklingscenter for hjemmetjenester i Oslo, samt en stor takk til deltakerne.

Avslutningsvis sender jeg takknemlige tanker til familien og spesielt til min samboer.

Anne-Marie (Mia) Thibouville

Innholdsfortegnelse

1. Forforståelse.....	6
1.1.Bakgrunnen til valg av studie.....	6
1.2.Forskerens rolle.....	7
1.3.Teoretisk forankring.....	7
2. Problemstilling.....	9
2.1.Hjemmesykepleien – en del av kommunehelsetjenesten.....	9
2.1.1. Samhandlingsreformens målsetting.....	9
2.1.2. Kommunehelsetjenestens omfang.....	9
2.1.3. Kommunenes selvvråderett og ansvarliggjøring.....	10
2.1.4. Kommunens organisasjonsform ..	10
2.1.5. Tjenesteleverandørens oppgaver.....	11
2.1.6. Innsatsstyrt finansiering.....	11
2.1.7. Bestillerkontoret.....	12
2.1.8. Vedtak.....	12
2.1.9. Utføreravdelingene.....	13
2.2. Definisjon faglig forsvarlighet.....	16
2.3. Problemstillingen.....	16
3. Metode.....	18
3.1.Valg av metode.....	18
3.2. Hvorfor dybdeintervju i denne oppgaven.....	18
3.3. Rekruttering.....	19
3.3.1. Intervjuguide.....	20
3.3.2. Gjennomføring.....	20
3.4. Datamateriale.....	21
3.5. Systematisk tekstkondensering.....	21
3.6. Innholdsforklaring.....	25
4. Teori.....	26
4.1.Organisasjonsmodeller og profesjoner – ulike styringsmekanismer.....	26
4.2.Forholdet mellom kontraktsstyring og profesjonalitet.....	29
4.3. Interne markeder og styringsmekanismer.....	31
5. Resultater og diskusjon.....	34
5.1. Resultater del 1.....	35
5.2. Diskusjon del 1.....	38
5.3. Resultater del 2.....	42
5.4. Diskusjon del 2.....	46
5.5.Konklusjon.....	50

1. Forforståelse

1.1. Bakgrunnen til valg av studie

Jeg er sykepleier med erfaring fra både spesialisthelsetjenesten på forskjellige nivå, og tre år i hjemmesykepleien i Danmark. Men jeg har også erfaring fra salg. Jeg har vært legemiddelkonsulent, men jeg har også vært Key Account Manager i et nettbasert firma med legemiddelindustrien som kunde.

Da jeg flyttet tilbake til Norge hadde jeg utelukkende positive erfaringer fra hjemmetjenesten i Danmark. Jeg var på mange måter imponert over organiseringen. Kort fortalt var hjelpepleiergruppen og sykepleiergruppen adskilt, sykepleierne var faglig leder for hjelpepleierne og disponerte sin egen tid. Hjelpepleierne hadde arbeidslister fordelt på oppgaver og tid. Pasientene eller brukerne ble her kalt borgere, og bortsett fra demente, bodde de alle hjemme eller i omsorgsbolig. Denne organiseringen er senere blitt endret, det ble for dyrt.

Tilbake i Norge ble en nær pårørende bruker av hjemmesykepleien. Det ble et ublidt møte, og jeg ble også kjent med organiseringen av hjemmesykepleien. Samtidig møtte jeg dedikerte medarbeidere som gjorde en fantastisk innsats. For meg ble det avgjørende. Jeg konkluderte med at menneskene var de samme, men organiseringen av hjemmesykepleien var annerledes.

Dermed søkte jeg og kom inn på Det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon ved Universitet i Oslo, med en klar ide om å restrukturere hele hjemmesykepleien basert på oppgaver og tid på bakgrunn av kvalifikasjoner. På dette tidspunktet syntes jeg det var en fornuftig ide. Jeg glemte at hjemmesykepleien faktisk forholder seg til mennesker, ydmykhet fantes da ikke i mitt vokabular.

Arbeidet med masterstudiet har vært en prosess. Underveis endret jeg holdningen til hva jeg ville med studien. Fra å fremme egne synspunkt og interesser ble det etter hvert en forpliktelse til å gjøre mitt beste for å få frem deltagerens holdninger og opplevelser. Jeg har i ettertid forsøkt å analysere hva som skjedde, og kom frem til at til syvende og sist er jeg sykepleier. «Dersom du ser noe, har du en plikt til å handle.» Sånn er det. Hvor vidt jeg har lyktes, er det bare deltagerne som kan svare på.

1.2. Forskerens rolle.

I tiden før jeg fant en meningsfull problemstilling, hadde jeg mange innfallsvinkler. Blant annet mente jeg at en ny kommunikasjonskanal mellom spesialisthelsetjenesten og hjemmesykepleien ville bidra til et kompetanseløft.

Problemstillingen jeg kom fram til tar for seg en spesifikk organisasjonsform, nemlig bestiller/utfører- modellen. Sykepleierne er lovpålagt til å ha faglig autonomi. Det er i møtet med styringsformene som benyttes i bestiller/utfører- modellen og sykepleiernes opplevelse av å kunne opprettholde sin faglige integritet, problemstillingen belyser. Jeg vil derfor beskrive bestiller/utfører- modellen, med søkelys på utføreravdelingen hvor sykepleierne jobber, for å gi et innblikk i hverdagen til sykepleierne.

Mine fordommer var at jeg så det som problematisk at sykepleiere skulle arbeide under en modell, slik jeg oppfattet den, der sykepleierne ble målt på tid, og med vektlegging av oppgaveregulering. Dessuten mente jeg det var feil at andre yrkesgrupper la føringer for sykepleieoppgavene.

1.3. Teoretisk forankring.

Den teoretiske forankring har blitt til underveis. Ettersom problemstillingen ble tydelig, forsto jeg at det var nødvendig ikke bare å sette seg inn i problemstillingens kontekst, men også faglitteraturen som omhandlet bestiller/utfører-modellen. Empiri er satt opp i mot den teoretiske forankringen, analysen er dermed teoristyr. Teorien bidro til at jeg kunne bruke den teoretiske referanserammen til å identifisere og definere begrep som sa noe om problemstillingen. Faglitteraturen som har dominert mitt teoretiske ståsted er Busch (Busch 2011) og Molander (Molander 2013).

Veiledningen bidro til at jeg fokuserte på deltagerne, at problemløsningen fikk en teoretisk forankring, samt å lære teknikker for metaanalyse. Bakgrunnen min innenfor både det private næringslivet, og erfaringen som hjemmesykepleier, gjorde at jeg hadde stor feltkunnskap. Men jeg manglet allikevel feltkunnskapen i hjemmesykepleien i en norsk kontekst. Etter hvert oppdaget jeg at pasientbehandlingen var lik, men organiseringen i utføreravdelingen var annerledes. Avslutningsvis vil jeg påpeke at det nok er en grad av feltblindhet. Jeg ser problemstillingen i et sykepleiefaglig perspektiv.

Det var fire deltagere og det er selvfølgelig ønskelig med flere. Jeg oppdaget under arbeidet med rådataene at jeg fortsatt hadde flere spørsmål. Allikevel var det kanskje det at mine briller så på konsekvensene av organiseringen i et fugleperspektiv, hvor fuglen satt på bakken og så oppover, og dermed bidro til noe nytt.

2. Problemstilling

2.1. Hjemmesykepleien – en del av kommunehelsetjenesten.

2.1.1. Samhandlingsreformen målsetning.

”Samhandlingsreformen bygger blant annet på en overordnet målsetting om å redusere sosiale helseforskjeller, og at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon” (Regjeringen 2008 - 2009). Målene med samhandlingsreformen er blant annet:

Økt livskvalitet og redusert press på helsetjenesten gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid

Dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet, samt kostnadseffektivitet.

Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp (Regjeringen 2008 - 2009).

2.1.2. Kommunehelsetjenestens omfang.

Med henblikk på kommunehelsetjenesten er pleie- og omsorgstjenestene delt inn i tre sektorer hvor hjemmetjenestene er en av dem (regjeringen 2005)

Utgiftstall for 2009 viser at av 85,3 mrd.kr. brutto driftsutgifter utgjorde pleie- og omsorg 74,8 mrd. kr. Diagnose, behandling og rehabilitering utgjorde 7,6 mrd kr. Forebyggende helsearbeid utgjorde 0,8 mrd.kr. (Regjeringen Prop. 91 L 2010-2011).

Kommunehelsetjenestens viktigste oppgaver er legevaktjenester, fysioterapitjeneste, ergoterapitjeneste, sykepleie, jordmortjeneste og sykehjem. Utover dette skal kommunene i henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven yte ”tjenester etter loven”, som kan innbefatte forebygging, boliger til vanskeligstilte, praktisk bistand og opplæring, avlastningstiltak ved omsorgsarbeid, støttekontakt og tiltak for rusmiddelavhengige. Brutto var driftsutgifter 85,3 mrd. kr., hvorav mesteparten, 74,8 mrd. gikk til pleie og omsorg. Diagnose, behandling og rehabilitering utgjorde 7,6 mrd kr. Forebyggende helsearbeid utgjorde 0,8 mrd.kr. (Regjeringen Prop. 91 L 2010-2011).

Av totalt 340 000 årsverk ble 143 000 utført i helse- og sosialtjenestene. Dette innebærer et tjenestetilbud til 44 000 beboere i sykehjem og institusjoner, 175 000 som mottar praktisk hjelp og hjemmesykepleie, samt 46 000 som mottar andre hjemmetjenester. I de 143 000 årsverkene er det 4 600 legeårsverk, 4 200 fysioterapiårsverk og 3 500 i helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Av totalt 118 000 årsverk utføres to tredeler av personell med helsefaglig utdanning. (Regjeringen Prop. 91 L 2010-2011).

2.1.3. Kommunenes selvråderett og ansvarliggjøring.

Forslaget til ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov tydeliggjør kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester («sørge-for-ansvar»), uten at kommunene samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på (Regjeringen 2008 - 2009). Kommunene står fritt til å velge organisasjonsform (Regjeringen 2005). Helse- og omsorgstjenesteloven trådte i kraft 2012 i Oslo kommune (Regjeringen 2013).

2.1.4. Kommunenes organisasjonsform.

Bestiller/utfører- modellen ble introdusert på midten av 1990-tallet etter inspirasjon fra New Public Management (Deloitte 2012). Nesten 50 % av kommunehelsetjenesten er organisert etter bestiller – utfører modellen (Regjeringen 2010 - 2011).

Hensikten med bestiller - utfører modellen er å skille forvaltningen av de offentlige tjenestene fra de som utfører tjenestene (Busch 2013).

Bestilleren identifiserer behov og definerer hva slags tjeneste brukeren kan forvente seg. Utføreren skal konsentrere seg om produksjon nemlig å utøve tjenester. Modellen er basert på en ide om kontraktstyring. Det skilles mellom generelle oppgaver og individuelt tilpassete oppgaver som ofte innebærer behovsbedømming og tildeling av tjenester forbundet med en spesialisert bestillerenhet. Generelle oppgaver forbindes med ekstern konkurranseutsetting og kontraktsavtaler. Modellen åpner for "benchmarking", anbudskonkurranser og fritt brukervalg (Vabø 2007).

Kommunenes sentralforbund (2004) har definert tre hovedprinsipp i bestiller/utfører modellen. For det første at det er innført et klart og tydelig skille mellom forvaltning og myndighetsutøvelse (bestilleroppgaven på den ene siden og tjenesteproduksjon på den andre.) For det andre at det etableres kontrakter som regulerer forholdet mellom disse to rollene. For det tredje at det etableres system for prissetting av tjenestene med tilpassede regnskapssystemer, hvor pengene følger brukeren (Kommunenes sentralforbund 2004).

2.1.5. Tjenesteleverandørens oppgaver.

Tjenesteleverandøren, har som fremste oppgave å levere tjenesten i henhold til krav til kvalitet, innhold, pris og volum. På systemnivå innebærer det å produsere tjenester etter fastsatte kvalitetsstandarder, men også å utvikle tjenester og styrings- og informasjonssystemer for å realisere mål og oppnå resultater. Tjenesteleverandøren skal også utarbeide virksomhetsplaner som henger sammen med strategisk plan. Dette betyr i praksis at tjenesteleverandøren må bestrebe seg på å gi brukerne den tjenesten de har fått vedtak om til riktig pris og kvalitet.

Belønningssystemet ligger i tjenesteleverandørens evne til å iverksette bestillingen og utnytte de ressurser man har til rådighet på best mulig måte. Utførerne får betalt for den tiden de bruker til direkte brukerrettet arbeid. Brukerrettet tid er den tiden utfører er fysisk å tilstede hos brukeren og utfører oppgaver i henhold til vedtaket (Kommunenes sentralforbund 2004).

Fordi kommuner og bydeler har selvråderett benyttes forskjellige modeller for inntjeningsmuligheter for tjenesteleverandørene. Kommunenes sentralforbund har i sin veiledning gitt eksempler på enhetspriser. Enhetsprisene blir ofte beregnet med grunnlag i en aktivitetsbasert kalkyle der de ulike aktivitetene prissettes. Utfører gis en aktivitetsbasert finansiering basert på registrert brukerrettet tid. I et system hvor pengene følger brukeren skal pengene i prinsippet følge vedtaket. Dersom behov og budsjett ikke kan overholdes er det politikernes ansvar å ta stilling til om kvalitetsstandarder skal endres med økte bevilgninger eller endring i kriterier for tildeling av tjenester (Kommunenes sentralforbund 2004).

2.1.6. Innsatsstyrt finansiering.

Innsatsstyrt finansiering skal bidra til kostnadseffektiv drift og likebehandling i tildeling av omsorgstilbud fra kommunen. Hensikten er også å skape sammenheng og synlighet i forholdet mellom de ressurser som blir bevilget, den kvalitet som blir bestilt og det volum som skal produseres. Det er ulike modeller for innsatsstyrt finansiering, jeg vil her vise hovedprinsippene i Oslo-modellen, som igjen er basert på Kristiansand– modellen. Den tar utgangspunkt i en aktivitetsbasert kalkulasjon av hva aktivitetene i tjenesteproduksjonen koster, og fordeler ressursene i forhold til dette. Kriteriene for at den modellen ble valgt var blant annet at den er organisasjonsnøytral, som gjør at den kunne brukes i alle bydeler. Dessuten er den eksakt på kostnader (den finner de aktiviteter som betyr mest for kostnadene) og produksjonsvolum (hvor mye som blir produsert av tjenester) (Oslo kommune (2004)).

Det er ikke alle bydeler som har tatt i bruk innsatsstyrt finansiering av den kommunale tjenesten. Isteden estimerer de forskuddsvis antall timer som man får betalt for – et alternativ til "å fakturere" i etterkant.

Bestillers ansvarsområde er aktivitetsnivået, utførers ansvarsområde er å produsere den bestilte tjenesteproduksjonen til lik eller lavere pris enn den finansieringen som følger bestillingen. Bestillerenheten foretar behovsvurdering og tildeling av vedtaket. Samtidig har bestillerenheten et rammebudsjett for området og utøveren får dekket sine utgifter gjennom bestillerens bestilling (Oslo kommune 2004).

Enhetspris kan defineres som en pris for utført tjeneste, denne kan variere, men vil i de fleste tilfeller måles i antall timer eller antall ganger tjenesten utføres. Ved utregning av enhetspris er det tatt hensyn til blant annet reise. Det er derfor en forutsetning at man kan telle antall brukere, antall timer tjenester og antall besøk hos brukerne. Samtidig er enhetsprisen basert på fjorårets gjennomsnitt slik at det tas hensyn til blant annet sykdom blant de ansatte. Enhetspris er den pris utfører får for å levere en enhet av aktiviteten, foreksempel en time hjemmesykepleie (Oslo kommune 2004).

2.1.7. Bestillerkontoret

Siden deltagerne kommer fra ulike bydeler i Oslo velger jeg å beskrive det innholdet som er likt ved bestillerkontorets oppgaver. Bestillerkontorene har ansvar for kartlegging og utmåling av tjenester.

Det dreier seg om flere områder, blant annet utmåling av hjemmesykepleie, langtids- og korttidsopphold i sykehjem, trygdeboliger, omsorgsboliger og boliger med tilsyn. I tillegg har kontoret ansvaret for utskrivningsklare pasienter. Bestillerkontoret fatter vedtak for alle tjenester innen pleie og omsorg samt tjenester innenfor rehabilitering og habilitering. Bestillerkontoret mottar alle nye henvendelser om tjenester samt revurdering av behov fra tjenester. Disse kan eksempelvis være henvendelser fra spesialisthelsetjenesten, hjemmesykepleien eller fra brukerne/pårørende. Bestillerkontoret har også ansvar for klagebehandling (Oslo Kommune)

2.1.8. Vedtak.

"Hjemmesykepleie ytes med grunnlag i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) som sier at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester (§ 3-1, 1 ledd). Forvaltningsloven gjelder

som hovedregel for kommunens virksomhet (§ 2-2). I følge merknadene til omsorgstjenesteloven skal forvaltningslovens regler om enkeltvedtak komme til anvendelse ved tildeling og bortfall av kommunale tjenester, herunder hjemmesykepleie hvis tjenestene forventes å vare lenger enn to uker. Dette betyr at hjemmesykepleietjenester til den enkelte bruker skal bygge på et vedtak om Tildelte tjenester. ” (Lillehammer kommune, Forvaltningsrevisjonsrapport, 2013)

Vedtaket som blir sendt til pasienten inneholder beskrivelse av hvilke oppgaver som det vil gis hjelp til, men det står ikke angitt tidspunkt eller hvor lang tid hjelpen skal ta. (Lillehammer kommune, Forvaltningsrevisjonsrapport, 2013). Vedtaket skal ta utgangspunkt i brukers søknad og brukers behov, det skal inneholde hvilken lovtekst det er tatt utgangspunkt i, og er dermed en juridisk bindende forpliktelse. Vedtaket skal være forståelig for brukeren, både hvis det er tildeling eller avslag. Det bør inneholde alle forhold som har betydning for brukeren i tildelingen av tjenester. Vedtaket skal dessuten fungere som en bestilling til utførerne som skal utføre tjenesten (Kommunenes sentralforbund, 2004).

I Oslo er det vanlig at man skriver «inntil x- antall timer» i vedtaket om hjemmetjenester.

Rutiner ved hvert enkelt bestillerkontor mellom bestillerkontoret og utføreravdelingen for oppfølging av at vedtaket blir fulgt, eller ved endringer av vedtaket kommer jeg ikke inn på her. Men Oslo kommune, helseetaten ved folkehelse- og omsorgsavdelingen foretok i 2011 en kvalitetsrevisjon av bestiller/ utfører avdelingene i bydelene. Det ble det blant annet sett på saksbehandling og dokumentasjon, revurdering av tiltakene hos bestilleren, og det ble sett på igangsetting og revurdering av tiltakene hos utførerne. Den viste ulik praksis fra bydel til bydel, og varierende grad av korrekt journalføring og ulik kommunikasjon ved revurdering av vedtakene (Oslo kommune Helseetaten Folkehelse – og omsorgsavdelingen, 2011).

2.1.9. Utføreravdelingene.

Hjemmetjenestene skal medvirke til at eldre, syke og funksjonshemmede ved egen medinnflytelse og innvirkning kan bli boende i eget hjem så lenge som mulig. Utføreravdelingene tilbyr praktisk bistand og hjemmesykepleie, men det er ulik organisering der noen har samkjøring av begge avdelinger, mens det er adskilte i andre bydeler. De fleste tilhører hjemmesykepleien. Praktisk

bistand omhandles ikke her. Alle informantene jeg intervjuet, arbeidet i en kommunal utføreravdeling.

Jeg beskriver kortfattet bydelene som informantene arbeidet i. I alle bydelene ytes det hjelp til medisiner, sårstell, personlig stell og pleie, matservering og tilsyn.

Bydel Vestre Aker hadde i 2011 128,4 årsverk i enheten fordelt på tre geografiske avdelinger. Det var innskrevet 514 brukere i hjemmesykepleie i desember 2011, og vedtakstiden og antall brukere hadde økt fra 2010 til 2011. Det var flere brukere med stort pleie- og omsorgsbehov. Det har vært fokus på å kvalitetssikre legemiddelhåndteringen. Det var stort sykefravær i 2011. Det er tre palliative sykepleiere ansatt. (Oslo kommune bydel Vestre Aker, 2011). Det ble opplyst fra deltagerne at enheten hadde forandret antall geografiske avdelinger til fire i 2012.

I Bydel Ullern desember 2011 var det innskrevet 319 brukere samtidig som antall brukere og vedtakstimer hadde økt hele året. Det er to avdelinger i Ullern bydel. Det ble satset på å styrke kompetansen til de ansatte blant annet ved demens. I tillegg skulle det ansettes kreft/palliativ sykepleier.(Oslo kommune Bydel Ullern, 2011)

Bydel Bjerke er organisert i tre distrikter med integrert praktisk bistand og hjemmesykepleie. Ved utgangen av 2011 hadde bydelen 582 brukere med vedtak om hjemmesykepleie og det var 98,7 årsverk i hjemmesykepleien. Sykefraværet var på 10,7 %. Det er spesialsykepleiere blant annet innen demens og kreftsykepleie. Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo er lokalisert her (Oslo kommune Bydel Bjerke, 2012).

I det følgende beskriver jeg arbeidsverktøy og begrep som brukes i hjemmesykepleien.

Direkte brukertid representerer den tid av en arbeidsdag man kan forvente at den ansatte bruker direkte mot brukeren, og er et vesentlig element i beregning av timeprisen som skal betales til leverandøren. (Oslo kommune, 2004) Det inkluderer både tid utført til hjemmesykepleie i brukerens hjem i henhold til vedtak, samt ekstra tid utført i brukerens hjem ved akutt behov. Tiden loggføres elektronisk av hjemmesykepleieren (Lillehammer kommune, Forvaltningsrevisjonsrapport, 2013).

Indirekte brukertid innbefatter tiden som går med til kjøring, dokumentasjon, administrasjon og rapport.

Dekningsgraden angir kravet til direkte brukertid i løpet av en vakt. Sentralt fra Oslo kommune er kravet til sykepleiere en dekningsgrad på 55 %, men kravene varierer fra bydel til bydel, noen steder 57 % eller 58 %.

Vedtaks tid: Bestillerkontorets estimerte tid ut fra hvilket vedtak som er gjort. Utførers oppgave er å foreslå å argumentere for endret tidsestimat for et oppdrag basert på en individuell vurdering. Foreksempel kan estimatet for medisindosering være 10 minutter, eller dusj en halv time. I tillegg legges det til en prosentandel for indirekte pasientarbeid (kjøring, dokumentasjon ol.).

PDA: Det benyttes Gerica pleie- og omsorgssystem som er et elektronisk pasientjournalssystem til bruk i helse- og omsorg. Gerica samhandler med kommunens fakturasystem (Gerica pleie og omsorgssystem). Det er innført håndholdte enheter PDA (Personal Digital Assistant) i alle bydelene i Oslo. Bruk av PDA'ene har bidratt til en sikrere dokumentasjon av tidsbruk og planlagte tiltak hos den enkelte bruker (Oslo kommune bydel Vestre Aker, 2011) Det betyr at de ansatte får tilgang på viktig informasjon om brukerne når de er ute på oppdrag. Dessuten kan de dokumentere fortløpende i løpet av dagen.

Utført tid: Tidsregistrering foretas elektronisk av sykepleierne ved hjelp av PDA og viser den faktiske tiden sykepleierne har brukt ute hos pasienten. Utøveravdelingen får bare betalt for den direkte brukerrettete tiden de bruker ute hos pasientene. Det kan også bety at de får betalt for lengre tid enn det står i vedtaket.

Arbeidslist: Det utarbeides en arbeidsliste for hver medarbeider for hver vakt, både til kveldslist og dagslist. Arbeidslistene utarbeides ut fra faste pasientlist, og revideres, for eksempel ved sykehusinnleggelse. Arbeidslistene kommer til syne på håndholdte terminaler, PDA og inneholder mange praktiske opplysninger som adresse, fødselsnummer, telefonnummer og nøkkelnummer (dersom hjemmesykepleien har nøkkel). I listene står det for eksempel pasientnavn, ”hjelp til dusj”, hvilket tiltak som skal utføres ute hos bruker, og en tidsangivelse.

Tiltaksplan: Det tas utgangspunkt i vedtaket og det utarbeides en tiltaksplan der det står spesifisert hva den enkelte skal ha utført av oppgaver. I vedtaket kan det stå «sårstell». I tiltaksplanen skal det stå en detaljert prosedyre for utføring av oppgaven hjemme hos den enkelte pasient som pleierne følger.

Behovsstyrt bemanning (BOB): Vedtatt å være Oslo kommunes kvalitetssystem for hjemmesykepleie (ikke for private). Behovsstyrt bemanning er et styringsverktøy for hjemmesykepleie, samlokaliserte boliger og sykehjem. Bystyret har vedtatt å innføre behovsstyrt brukerbemanning i Oslo kommune i perioden 2010-2011. BOB innbefatter riktig bemanningsgrunnlag, ordning med tjenesteansvarlige og primærkontakter for brukere, dessuten styrings- og beslutningsverktøy for ledere. Det innebærer blant annet at alle pasienter/brukere har en tjenesteansvarlig (TA) med treårig helsefaglig kompetanse som tilsvarer brukers hovedbehov (99 % sykepleiere i hjemmetjenestene) (Oslo kommune, 2010). Se vedlegg 2.

Innledningsvis nevnte jeg at sykepleiere er lovpålagt å handle selvstendig etter faglig vurdering. Jeg viser derfor til lovhjemmel som omhandler faglig forsvarlighet.

2.2. Definisjon faglig forsvarlighet.

Helsepersonelloven § 4,1. og 2.ledd lyder: ” Forsvarlighet. Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut ifra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen forøvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell ” (Helsedirektoratet 2012). Faglig forsvarlighet innebærer at helsepersonell ikke kan gå inn i situasjoner de ikke er kvalifisert til å håndtere. Det betyr at helsepersonell ikke kan undersøke, diagnostisere, og behandle pasienter på mangelfullt grunnlag. (Norsk sykepleierforbund, 2008).

2.3. Problemstillingen.

I hjemmesykepleien har sykepleierne tradisjonelt hatt en stor grad av fleksibilitet og et stort handlingsrom i utføringen og organiseringen av arbeidsdagen. Som allerede nevnt har bydelene i Oslo innført en organisasjonsform som er inspirert av NPM (New Public Management) nemlig bestiller/utfører modellen. Modellen baserer seg på kontraktstyring og styringsformene i denne modellen er først og fremst resultatstyring, eller styring basert på tillit. På den ene siden har ny

teknologi bidratt til å lette overvåkingen og kontrollere tidsforbruket. På den andre siden gir bestillerkontoret oppdrag basert på utmåling av tid og innhold. Samtidig er sykepleierne lovpålagt å handle faglig forsvarlig og omsorgsfullt. Jeg ønsket å finne ut mer om hvilken erfaring sykepleierne hadde med å få gjennomslag for sine egne vurderinger om hva pasientene hadde behov for både med henblikk på innholdet i vedtakene og tiden som skulle benyttes hos pasienten var estimert på forhånd og til og med ble registrert og innrapportert (overvåket). Mitt forskningsspørsmål ble derfor:

Hvilke erfaringer har hjemmesykepleiere som arbeider i en organisasjon som er organisert etter bestiller/utfører – modellen med å få gjennomslag for egne vurderinger av pasientens behov i forhold til kvalitet og tidsbruk.

3. Metode

”Forskerens viktigste virkemiddel i pålitelighetens tjeneste er å gjøre leseren til en informert ledsager som gis innsikt i de betingelser som kunnskapen er utviklet under. Dette kalles ofte for intersubjektivitet.” (Malterud 2011).

«Refleksivitet handler om forskerens forutsetninger og tolkningsramme, relevans handler om hva kunnskapen skal brukes til og validitet dreier seg om gyldighet, hva forskeren egentlig har funnet ut noe om. « (Malterud 2011).

3.1. Valg av metode.

Jeg har valgt kvalitativ metode til å gjennomføre denne oppgave fordi ”kvalitativ metode er forskningsstrategi for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres.” (Malterud 2011). En og samme virkelighet kan beskrives ut i fra ulike perspektiver og hvilket spørsmål jeg stiller, avgjør også hvilken metode jeg skal bruke. Eksempelvis er utforskning av erfaringer, opplevelser, verdier og samhandlinger områder hvor det er hensiktsmessig å benytte kvalitativ metode. Målet er forståelse fremfor forklaring. Spørsmålene er godt egnet dersom terrenget er ukjent og det i liten grad er satt ord på det som skjer (Malterud 2011).

3.2. Hvorfor dybdeintervju i denne oppgaven.

Jeg valgte å benytte dybdeintervju fordi jeg var ute etter meninger, holdninger og erfaringer. I utgangspunktet er det intervjuobjektets erfaringer og refleksjoner som er interessante. Dybdeintervju åpner for en fri samtale om hva som ligger intervjuobjektet på hjertet, også med digresjoner, som kan tilføre ny kunnskap og nye synspunkter.

Andre alternativer.

Lukkede spørsmål, som for eksempel i en survey forutsetter god kjennskap til det fenomenet som skal studeres, noe jeg ikke opplevde at jeg hadde. Kanskje vil slike spørsmål kunne brukes i en eventuell oppfølgingsstudie.

Semistrukturerte intervjuer ble også vurdert, men siden jeg primært er interessert i utøvernes erfaringer ble det fravalgt fordi jeg med det kunne risikere å påvirke intervjuobjektet med egne fordommer. *Fokusgruppeintervjuer* har to aspekter som er vesentlige. Det ene er at det fanges opp flere menneskers oppfatning på en gang enn ved ansikt til ansikt intervju. Det andre er at det er mulig å styre inn på spesifikke temaer (Tjora 2010). Denne intervjuformen ville belyst problemstillingen på en adekvat måte. Diskusjon i gruppen kunne fått frem flere sider av problemstillingen. Fokusgruppeintervju ble likevel ikke valgt da det fordrer en viss erfaring med intervjueteknikk og gruppeledelse, og ikke minst en god posisjon mot. Dessuten ville en for spesifikk temastyring medføre en risiko for ikke å fange opp noe vesentlig som jeg i forkant av prosjektet ikke visste hva var. *Deltagende observasjonsstudie* var også egnet idet det ville belyse rutiner og prioriteringer sett i lys av problemstillingen. Men jeg antar at deltagende observasjon da måtte inngå i en triangulering for å kunne få frem utøvernes opplevelser og refleksjoner omkring problemstillingen. På grunn av omfanget av denne masteroppgaven ble det derfor også fravalgt.

3.3. Rekruttering.

Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra en målsetning om at det skal bidra til best mulig å belyse den problemstillingen som er valgt (Malterud 2011). Intern validitet er sentralt og om i tillegg studien faktisk kan belyse noe nytt. Utvalget mitt består av fire erfarne sykepleiere fra hjemmesykepleien med fartstid på mellom åtte år og tjuefem år. Tre av sykepleierne har arbeidet i hjemmesykepleien både før og etter ny organisasjonsstruktur er innført. Tre av sykepleierne er spesialutdannet, den siste har en intensjon om å videreutdanne seg. Det var en demenssykepleier, en palliativ sykepleier og en sykepleier med videreutdanning i ledelse. En av sykepleierne hadde i tillegg erfaring fra ledelse. Alle sykepleierne er ansatt i full stilling.

Nesten 50 % av kommunehelsetjenesten er organisert etter bestiller – utfører modellen (Regjeringen 2010 - 2011). Kommuner og bydeler har forskjellig praksis med henblikk på praktisk

gjennomføring av modellen knyttet til utformingen av vedtak og finansiering (Kommunenes sentralforbund 2004). Mine problemstillinger inkluderer en sammenligning av de forskjellige utformingene. Intervjuobjektene ble derfor rekruttert fra bydeler med samme utforming av vedtak samt finansieringsmodell. I samarbeid med et utviklingscenter for hjemmetjenester i Oslo, som fant intervjuobjektene for meg, ble det gjennomført fire dybdeintervjuer. Intervjuobjektene var alle sykepleiere i hjemmebaserte tjenester. Informasjonsskriv samt samtykkeerklæring ble utlevert på forhånd.

3.3.1. Intervjuguide.

Intervjuguiden kan lett forstyrre den frie uformelle samtalen som er idealet for dybdeintervjuene (Tjora 2010). Med tanke på dette valgte jeg en stikkordspreget intervjuguide, med noen få formulerte spørsmål. Åpningsspørsmålene ble benyttet som oppvarmingsspørsmål og jeg fokuserte på strukturelle spørsmål for å få en oversikt over intervjuobjektets formelle bakgrunn og arbeidsoppgaver. Under intervjuets hoveddel benyttet jeg definerte refleksjonsspørsmål (noen få) samt noen oppfølgingsspørsmål. Stikkordene hadde til hensikt å være en sjekklister for at de viktigste punktene ble belyst. Etter innledende intervju ble enkelte av refleksjonsspørsmålene redefinert idet nye vinklinger på problemstillingen oppsto. Jeg bestrebet meg på å avslutte intervjuene med avrundingspørsmål for å normalisere situasjonen. Intervjuguiden ble utarbeidet fra problemstillingen, mine forkunnskaper og litteratur.

3.3.2. Gjennomføring.

Etter å ha mottatt godkjenning fra NSD, startet rekrutteringsprosessen. Via avdelingslederne ble kontakt til deltagerne opprettet. Intervjuene ble avtalt god tid i forveien. I forkant av intervjuene fikk deltagerne et informasjonsskriv samt et samtykkeskjema. Samtykkeskjema understreket at deltagerne når som helst kunne trekke seg fra studien. Intervjuene ble avtalt å skulle vare ca. en time, og de foregikk på deltagerens arbeidsplass hvor vi ikke ble avbrutt. Det ble gjort lydopptak, og ingen av deltagerne motsatte seg dette. Det ble lagt vekt på at det var en god stemning hvor jeg forsøkte å opprette et tillitsforhold til deltageren. Deltagerne var sykepleiere, og siden også jeg er sykepleier, med erfaring fra hjemmesykepleien riktignok fra et annet land, brakte jeg med min egen forforståelse. «*Refleksivitet innebærer at vi erkjenner og overveier betydningen av vårt eget ståsted i forskningsprosessen*» (Malterud 2011). Dette betydde at jeg hadde en særlig kompetanse til å stille spørsmål, men samtidig var det viktig å synliggjøre min egen posisjon for å unngå utilsiktede

skjevheter i kunnskapen. For i kraft av forkunnskaper hadde jeg også fordommer.

Et annet aspekt i gjennomføringen av intervjuene var at siden vi hadde en felles erfaringsbakgrunn var det ved flere anledninger en ikke-uttalt felles forståelse. Dette kunne føre til misforståelser og allerede etter å ha lyttet til første intervju forsto jeg at det var nødvendig med oppklarende spørsmål. En teknikk fra Tjora (2010) var å be om en fortelling, « *grand tour questions*» (Tjora 2010) om det aktuelle temaet, dette var i flere tilfeller vellykket. Avslutningsvis ble det brukt tid på oppklarende spørsmål fra deltager. Det var et tillitsforhold hvor vi la vekt på at det skulle være en god stemning i det vi avsluttet intervjuet. Jeg opplevde at dette tillitsforholdet i flere tilfeller var styrket av at vi tilhørte samme profesjon.

3.4. Datamateriale.

Det er gjennomført 4 dybdeintervju som er tatt opp på diktafon. Disse er transkribert og utgjør ca 40 sider med enkelt linjeavstand. Jeg valgte å bruke systematisk tekstkondensering for å analysere datamaterialet. Etter endt bruk blir datamaterialet destruert.

3.5. Systematisk tekstkondensering.

Det som skiller en vitenskapelig tilnærming fra en «synsing» er en veldokumentert og gjennomarbeidet analyse. Samtidig skal analysen gjennomføres slik at andre kan forstå og følge forskerens metoder, systematikk og konklusjoner. Gjennom denne prosessen er forskerens bevissthet om egen rolle og forståelse vesentlig i alle ledd av analysen. Betydningen av forforståelsen og den teoretiske referanserammen må avklares mot empiriske funn. Samtidig er svarene fra materialet avhengige av spørsmålene som stilles, som igjen bestemmes av problemstillingen (Malterud 2011).

Gjennom analysen ble problemstillingen tydeligere formulert og spesifisert, og justert etter hvert som jeg fikk ny innsikt både med henblikk på kommunehelsetjenesten og på sykepleiernes

opplevde faglige autonomi. Jeg ble klar over at materialet kunne gi svar på ulike spørsmål, og problemstillingens opprinnelige form ble utydelig. Den favnet for vidt. Kanskje var det også et resultat av at det ble brukt dybdeintervju, og at temaet berørte store områder av arbeidssituasjonen til deltagerne. Ettersom materialet var stort ble utfordringen å identifisere tekst som kunne bidra til ny kunnskap. Jeg valgte derfor å benytte meg av en prosedyre som skulle sikre en teoretisk forankring i fenomenologisk analyse. Giorgio peker på at formålet er å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverdien innenfor et felt, hensikten er å gjenfortelle lojalt deltagerens erfaringer og meninger (Malterud 2011). Det innebærer at jeg måtte ha et reflektert forhold til egen forforståelse og innflytelse på materialet for å unngå å legge egne tolkninger til grunn.

Analysemetoden *systematisk tekstkondensering* er inspirert av Giorgio, og Malterud (2011) har modifisert metoden. Den egner seg godt for den deskriptiv tverrgående analyse av fenomener for utvikling av nye begreper og beskrivelser. Malterud (2011) viser til at Giorgi beskriver en analyse der analysen gjennomføres i fire trinn:

- 1) *Å danne seg et helhetsinntrykk av materialet.*
- 2) *Å identifisere meningsbærende enheter (bruk av kodeliste)*
- 3) *Å abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene*
- 4) *Å sammenfatte betydningen av dette (Malterud 2011).*

Trinn 1: - Å danne meg et helhetsinntrykk.

Etter at jeg hadde transkribert materialet fra lydbåndopptakene til skrift, leste jeg igjennom alt. I denne fasen arbeidet jeg aktivt for å finne hvilke temaer som sykepleierne var opptatt av. Deltakerne hadde mange erfaringer de ønsket å dele, og jeg ble overasket over mangfoldet i fortellingene. Jeg forsøkte å se det hele fra et fugleperspektiv. På den måten håpet jeg at de foreløpige temaene «sprang meg i øyet». Jeg ble klar over at temaene jeg kom frem til ikke samsvarte med hva jeg ville med intervjuguiden. Temaer som «tid», «vedtak» og «vikarer» «dokumentasjon» samt «ufaglærte» utgjorde mitt utgangspunkt.

I den videre analysen måtte jeg gå tilbake til mine kunnskaper om kommunehelsetjenesten. Jeg måtte sikre meg at kunnskapen som lå til grunn for analysen var tilstrekkelige. Jeg gikk derfor mye mere inn i detaljene i den daglige driften av utøveravdelingen. Dette kommer til uttrykk i beskrivelsen av problemstillingens kontekst. Samtidig gjennomarbeidet jeg materialet med tanke på en teoretisk forankring.

Dermed brukte jeg mye tid på å finne ut om temaene var relevant for problemstillingen. Jeg kunne uten videre konkludere med at «tid» var relevant for problemstillingen, men det var mindre opplagt

at temaet «vikarer» var relevant for problemstillingen selv om temaet var spennende.

Trinn 2: - Meningsbærende enheter, fra temaer til koder.

Jeg startet med en systematisk gjennomgang av materialet for å identifisere meningsbærende enheter. I følge Malterud (2011) heter det i Giorgios opprinnelige prosedyre at hele teksten skal deles inn i meningsbærende enheter. Jeg har i stedet fulgt Malteruds (2011) anbefaling og funnet tekst som på en eller annen måte bærer kunnskap med seg fra temaene jeg fant i første trinn. De meningsbærende enhetene i teksten kan være korte eller lange og ikke nødvendigvis være tradisjonelle setninger. Temaene representerer ulike sider av problemstillingen. Etter hvert som jeg merket de meningsbærende enhetene i teksten begynte jeg samtidig å systematisere dem, eller kode, dem.

I utgangspunktet tar kodearbeidet sikte på å identifisere og klassifisere alle meningsbærende enheter i teksten som har sammenheng med de foreløpige temaene fra første trinn. Samtidig som jeg systematiserte kodene under de foreløpige temaene fremkom det nye tema.

Jeg gikk derfor tilbake til forforståelsen og den teoretiske forankringen for å kunne finne kodene som representerer fenomener av noenlunde samme klasse. Jeg måtte ta stilling til forskjellighet og fellesskap i temaene i arbeidet med å omforme tema til kode. Eksempelvis inneholdt koden «tid» meningsbærende enheter som omhandlet «ikke tilstrekkelig tid» «tidsstyring» «tidsregistrering».

I den praktiske delen av arbeidet med å merke meningsbærende enheter brukte jeg fargekoder. Fargene fulgte temaene. Ettersom kodingen innebar en systematisk dekontekstualisering, hvor deler av teksten ble hentet ut ifra sin opprinnelige sammenheng slik at den senere kan settes i sammenheng med beslektede tekstelementer og den teoretiske referanserammen, sørget jeg for at det forelå en komplett versjon av materialet.

Trinn 3: Kondensering – fra kode til mening.

I det tredje trinn av analysen abstraherte jeg kunnskapen jeg hadde etablert i andre analysetrinn. Jeg la til side den delen av materialet der jeg ikke hadde funnet meningsbærende enheter. Hensikten var nå systematisk å hente ut mening med å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen. Jeg hadde fire kodegrupper som jeg håpet ville vise meg noe nytt om sykepleiernes erfaringer med å få gjennomslag med å få endret vedtakstiden eller innholdet i vedtakene. Jeg var også nysgjerrig på hvordan de opplevde tidsregistreringen og det at det var estimerte tider på oppgavene. I det videre arbeidet anbefaler i følge Malterud (2011) Giorgi at vi gjennomgår hver meningsbærende enhet innenfor hver kodegruppe og omskriver det konkrete

innholdet i gruppen til abstrakt mening. Jeg fulgte Malteruds (2011) modifiserte utgave og valgte isteden å arbeide videre med den enkelte kodegruppen som enhet. Under hver av kodegruppene sorterte jeg materialet i sub-grupper. Sub-gruppene ble valgt ut fra å belyse problemstillingen.

I hver av sub-gruppene ble det laget et kunstig sitat – et kondensat. Dette ble gjentatt i alle sub-gruppene innenfor hver kodegruppe. I følge Malterud (2011) er kondensatet et artefakt som skal bære med seg innholdet i hver av sub-gruppene for senere å omsette dem til en mer generell form. Samtidig er kondensatet et arbeidsnotat som skal ligge til grunn for det fjerde og siste trinnet i analyseprosessen.

Kondensatet ble laget i *meg* form, jeg tok utgangspunkt i det jeg mente var en betydningsfull meningsbærende enhet og konstruerte sitat med hjelp av resten av tekstelementene. Jeg forsøkte å bruke deltagernes egne ord og uttrykk. Hensikten var å sammenfatte en tekst som til sammen bar i seg innholdet fra de meningsbærende enhetene i denne gruppen. Enkelte tekstelementer passet ikke inn, disse brukte jeg som et korrektiv eller så fant jeg at de ikke passet inn i kodegruppen. Avslutningsvis valgte jeg ut et sitat som illustrerte innholdet i sub-gruppen.

Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper.

I følge Malterud (2011) skal teksten fra forrige trinn nå sammenfattes på en måte som er lojal i forhold til informantens stemmer og samtidig gir leseren innsikt og tillit. Resultatene må også vurderes opp i mot den sammenhengen den opprinnelig var hentet ifra.

Det dannes en analytisk tekst for hver kodegruppe med basis i de kondenserte tekstene og de utvalgte sitatene fra forrige trinn. Hver av sub-gruppene får sitt eget avsnitt. Denne analytiske teksten representerer forskningsresultatene, og det er derfor viktig at essensen fra flere historier som er sammenfattet gjennom analyse identifiseres. Eksemplene og sitatene brukes til å illustrere nyanser i den analytiske teksten, men det er sammenfatningen som er resultatene. Hensikten er å formidle til leseren en utvalgt side av problemstillingen (Malterud 2011).

I denne sammenhengen blir min rolle å være gjenforteller. Jeg bestrebet meg på å bruke uttrykk hentet fra den meningsbærende teksten. Ved å gjenfortelle i tredje person skapes en analytisk distanse som minner meg på at jeg skal ta ansvar for tolkningen. Avslutningsvis vurderte jeg sammenfatningen opp i mot det opprinnelige materialet.

3.6. Innholdsforklaring.

I teorikapitlet, kapittel fire omhandler jeg relevant teori for å kunne belyse problemstillingen. I kapittel fem presenteres funnene med en etterfølgende diskusjon under hver av kategoriene og inneholder også konklusjonen.

4. Teori

4.1. Organisasjonsmodeller og profesjoner – ulike styringsmekanismer.

Ifølge Øverby (Molander og medarbeidere 2013) er det skjedd en endring i styreformene fra tillitsstyring til incentivstyring for velferdsprofesjoner i statens tjeneste. I tidlig etterkrigstid var respekten for profesjonelles sakkunnskap stor samtidig som arbeidsoppgavene til profesjonene var komplekse, noe som vanskeliggjorde detaljstyring og regelstyring. I denne fasen hadde profesjoner stor selvstendighet og dette ble illustrert ved at de beste fagfolkene også var lederne. (Molander og medarbeidere 2013). ifølge Øverby (Molander og medarbeidere 2013) mener le Grand (2007) at situasjonen var preget av ”tillitsmodellen”. Tillitsmodellen var en styringsmodell hvor staten tillot en høy grad av profesjonell autonomi (skjønnsutøvelse) i det daglige arbeid. Det innebar samtidig at staten ansatte personer de mente kunne utføre en bra jobb i kraft av sin langvarige og spesielle utdanning. Profesjonene fikk rådighet over ressursbruk slik de selv fant mest fornuftig. (Molander og medarbeidere 2013)

Det kom etter hvert økende kritikk av profesjonenes bruk av sin betydelige autonomi, særlig at de tjente sine egne interesser frem for klientenes. I følge Øverby (2013) er det flere teoretiske utgangspunkt for denne kritikken, men ett fellestrekk er blant annet å tvile på og tidvis mistenkeliggjøre motivene til offentlige ansatte, til og profesjoner mer allment. Øverby (2013) henviser til Niskanen (1971) som antar at alle byråkrater er mer opptatt av å øke sin egen innflytelse, enn å tilfredsstillere innbyggerne. Det ble utgangspunkt for en omfattende økonomisk litteratur om ansatte i den offentlige sektor kjent som «Public Choice» (Molander 2013).

1970-årene var preget av stagflasjon og økende arbeidsledighet, og ifølge Vanebo (Busch 2011) vokste de offentlige underskuddene i mange land. Sammen med for høyt skattenivå og mangel på incentivsystemer og økte kravet om reformer. Løsningen ble nye former for organisasjon og ledelse, særlig det som professor Christopher Hood kalte «New Public Management». Den teoretiske inspirasjonen til reformene ble særlig hentet fra økonomisk organisasjons- og beslutningsteori; med begreper som; «public choice-teori», «principal-agent-teori» og «transaksjonskostnadsteori». Det viktigste bidraget fra Public Choice-teorien var å sette søkelys på opportunistisk atferd, som kunne resultere både i for lav produktivitet eller overproduksjon. Det måtte derfor etableres interne kontroll- og incentivsystemer (Busch og medarbeidere 2011).

Ifølge Le Grand (2003) er det en utbredt oppfatning at velferdsprofesjonene er styrt av en indre uselvisk drift for å gjøre det beste for brukerne, tillitsstyring, i motsetning til NPM tar utgangspunkt i et menneskesyn at mennesker handler egoistisk og opportunistisk. (Busch 2011). Men Øverby (2013) viser at innføringen av incentivstyring i alle dets former, altså NPM, gjorde at tilliten til velferdsprofesjonene ikke var like stor som i tidligere faser (Molander 2013).

Innføringen av NPM inspirerte reformer i Norge kom som en følge av en kritikk om at offentlig sektor var for stort, for byråkratisk (i den negative betydning, overadministrert, regelstyrt og lite fleksibelt) og for lite brukerorientert. I følge Klausen (ref) mente de som var for reformen at det offentlige kunne lære av det private. Det er i hovedsak to søyler i NPM, den ene er den *økonomiske* som bygger på en liberalistisk markedsorientering som, i og av det offentlige grunnet gir seg utslag i eksempelvis privatiseringer, konkurranseutsetting eller offentlige private partnerskap. Den andre er den managerialistiske som handler om ledelse og organisasjon, og forestillingen om at man med fordel kan overføre prinsipper som er utprøvd i det private over i offentlig sektor. Dette kan skje blant annet gjennom etablering av ledergrupper, etablering av en strategisk ledelse og en entreprenøraktig ledelsesmodell, nye økonomiske styringsredskap samt mål og rammestyring. Økonomi søylen bygger på at man antar at aktørene skal tilpasse seg ut fra en vurdering av konsekvensene basert på egennytte, hvor nettopp incitamentstyringen og konkurransemekanismen er attraktiv. Managerialsøylen bygger på en styringsform hvor tradisjonelle hierarkiske organisasjonsformer kan omgjøres til en organisering basert på kontraktstyring (Busch 2011).

Ikke alt nytt kan sees i et NPM-perspektiv. Ledelsesteorier eller organisasjonsteorier som bygger på andre antagelser vedrørende motivene til aktørene er eksempler på dette. Klausen (1999) hevder at mens tradisjonell økonomisk teori bygger på at aktører er egennyttige, nyttemaksimerende og opportunistiske, bygger etikk og verdibasert ledelse på at aktørene kan være uegennyttige og idealistiske og at handlinger finner sted basert på tradisjon og tilfeldigheter i løst koblede nettverk. Det første springer ut ifra Prinsipal-agent-teori som gjør at kontrakter og kontroll er nødvendig, hvor motivasjonen skapes med selektiv lønn, mens det andre baserer seg på at det er mulig å skape et styringssystem basert på tillit og at arbeidet oppfattes som meningsfullt (Busch 2011).

Busch (2011) hevder at økonomistyring har vært en viktig funksjon i offentlig sektor, men at den gjennom New Public Management har endret karakter og etter hvert bygger mer på en bedriftsøkonomisk rasjonalitet. Økt fokus på resultater, da særlig produktivitet og effektivitet, har medført nye organisatoriske endringer.

Det er pekt på fordeler og ulemper ved innføringen av New Public Management. Argumentene til fordel for den økonomiske søyle er blant annet at konkurranse i det offentlige sikrer de beste og billigste ytelser. Kontrakter sikrer tydelige mål, kvalitet og pris. Etablering av fritt brukervalg gir mer gjennomsiktede markeder og større variasjon i tilbudet. I tillegg gir desentraliseringen økt handlingsrom både strategisk og ledelsesmessig.

På den annen side er en del av kritikken at man får et pseudomarked og pseudovalg, siden markedet ikke er gjennomiktig, blir brukervalgene ikke reelle men personavhengige (inntekt, bosted, utdanning). Konkurransesettingen er ikke tilstrekkelig og det er fare for monopol (langtidskontrakter). Dessuten kan konkurransesetting med påfølgende kontroll og evaluering virke demotiverende for medarbeiderne.

I prinsippet representerer bestiller/utfører-modellen en overgang fra hierarkisk styring til kontraktstyring. Det innebærer at styringen skal ivaretas av forhandlinger mellom bestiller og utfører i motsetning til hierarkisk styring som innebærer styring via autoritet. Det gir en ny form for mål og resultatstyring. Innføring av bestiller/utfører-modellen medfører at det etableres interne markeder– eller kvasimarkeder (Busch 2011).

Bestillerrollen er ulik for eksempel i Kristiansand og i Oslo. Mens den er sentralisert i Kristiansand er den desentralisert i Oslo og plassert i linjeorganisasjonen på bydelsnivå. Bestillerens kompetanseområder innbefatter blant annet behovskartlegging, kontraktsforhandlinger, styring samt tjenesteproduksjon. Busch (2011) hevder at kravet til kompetanse øker ved endringstakten til brukerbehovene, og at den er spesielt kritisk ved komplekse tjenester (Busch 2011).

Utfordringene ved overgang fra hierarkisk styring til kontraktstyring er blant annet at det er vanskelig å måle resultatene og å etablere kvalitetssikringssystemer. Årsakene kan skyldes dårlig kompetanse, men også at tjenestene er av en kompleks natur (Busch 2011).

Kontraktstyring setter klare rammer for utførerens handlingsrom. I prinsippet skal kontraktstyring fungere som en form for mål og resultatstyring. Samtidig skal det skje en overføring fra regelstyring til målstyring. (Busch 2011). I tjenesteytende sektor er det vanskelig å måle resultatene. I følge Busch (2011) hevder Walsh (1995) at det derfor kan føre til økt fokus på kvalitetssikring og oppgaveregulering hos utfører. Ved profesjonsorienterte offentlige virksomheter oppstår da et dilemma:- hvem innehar den beste kompetansen knyttet til selve jobbutførelsen, bestilleren eller utføreren? Og bak dette et spørsmål om hvor stort handlingsrom den profesjonelle utføreren skal ha. I følge Busch (2011) viser Mintzberg (1993) til at bestilleren vil ha en tendens til å standardisere oppgavene mens utføreren ønsker mest mulig frihet i oppgaveutførelsen (Busch og medarb.2011).

4.2. Forholdet mellom kontraktstyring og profesjonalitet.

Mintzberg (1983) hevder at komplekse organisasjoner ikke kan kontrolleres gjennom formaliserte standarder hverken gjennom standardisering av oppgavene eller ved systematisk kontroll. Dermed fungerer ikke et slikt byråkratisk system optimalt. Oppgavene kan være av en slik art at den eneste som kan forstå dem er utøveren, ikke den overordnede (Mintzberg 1983).

Ifølge Molander (2008) henviser profesjon til *"kunnskap"* og *"ferdigheter"*. Ettersom det opereres med ulike definisjoner og det er ulik oppfatning blant sosiologer, er det gjengs enighet om å definere profesjoner som *"profesjoner er yrker som har oppnådd en profesjonell status"* (Molander 2008).

Molander (2008) hevder også at Max Weber definerer yrke som *"Den spesifisering, spesialisering og kombinasjon av en persons prestasjoner (Leistungen) som utgjør grunnen for hans muligheter til kontinuerlig forsørgelse eller erverv."* Dessuten pekes det på at for det for *"selvstendige og stabile yrker"* kreves *"et visst minimum av utdanning"* (Max Weber 1972:80- Molander 2008).

"Profesjonell" indikerer altså at ordet viser til en spesiell måte eller kvalitet til å handle på eller utføre oppgaver. En profesjon er en yrkesgruppe med en viss type utdanning som har kontroll over adgangen til en viss type arbeidsoppgaver og derav tilbudet til tjenestene. Den interne kontrollen, hvor profesjonen definerer standardene på grunnlag av kunnskapen den forvalter, danner grunnlaget for profesjonell autonomi. Men profesjoner er også tjenesteleverandører. Profesjonelle tjenestene kjennetegnes altså at det anvendes en systematisert kunnskap på enkelttilfeller ved bruk av skjønn (Molander og medarbeidere 2008).

I følge Freidson (2001) er kjernen i profesjonelt arbeid skjønnsutøvelse. Profesjoner har autorisasjon til å anvende kunnskap som er nedfelt i regler i enkelttilfeller. Samtidig gir ikke generelle regler et utvetydig svar på hva som bør gjøres i alle enkelttilfeller. Det gir et rom for egne vurderinger og beslutninger. De ulike handlingsalternativene som den profesjonelle står overfor kan betegnes som skjønn i strukturell forstand.

Vurderinger og beslutninger, det vil si den kognitive prosessen, resonneringen ved ubestemtheten, kalles skjønn i epistemisk forstand. Her kan det sies å være to aspekter. På den ene siden refererer skjønn til ulike tillatte handlingsalternativer basert på grunnlag av egne vurderinger. På den andre siden referer skjønn til kognitiv aktivitet, en resonnering som gir en konklusjon om hva man skal gjøre eller hva som er tilfellet i en viss situasjon (Molander 2013)

Molander (2013) hevder at for å være etterrettelig- (accountable) skal man ikke bare informere om sine vurderinger, beslutninger og handlinger, men også begrunne dem godt. Det finnes ulike mekanismer for ansvarliggjøring av aktørene for utøvelse av skjønn. I hovedsak er det to måter å gjøre det på. På den ene siden kan ansvarliggjøringen rette seg mot strukturelle mekanismer. Hensikten er da å innskrenke rommet for skjønn, eller å begrense hva aktøren kan foreta seg. På den andre siden kan ansvarliggjøringen av aktørene rette seg mot den skjønnsmessige resonneringen, den epistemiske mekanismen. Hensikten er da å forbedre kvaliteten på betingelsene for resonneringen eller å forbedre selve resonneringsprosessen som danner for den skjønnsmessige vurderingen (Molander 2013).

Strukturelle mekanismer reduserer antall tilfeller hvor aktører med skjønnsmyndighet kan handle eller beslutte i henhold til egne vurderinger. Det er ulike undergrupper av strukturelle mekanismer og Molander (2013) skiller mellom fem: sanksjonerende, innskrenkende, oppdelende, forsinkende og blokkerende. Hensikten med å benytte *sanksjoner* er at myndighetene kan undersøke om skjønn blir utøvd i henhold til regler og retningslinjer ved hjelp av virkemidler som kontroll, overvåkning eller granskning. Ulike reaksjonsformer bidrar til å begrense overtredelser. En annen undergruppe, innskrenkende mekanismer, omfatter rettigheter og spesifisering av regler. Rettigheter begrenser rommet for skjønn. Ved å spesifisere rettighetene gis det samtidig klagerett for den enkelte innehaver av rettighetene. For den profesjonelle kan konsekvensen bli å måtte begrunne sine vurderinger, beslutninger og handlinger. *Oppdelende* mekanismer har til hensikt å redusere omfanget til den enkelte utøvers skjønnsmyndighet. Mekanismen retter seg mot relasjonen mellom aktørene med skjønnsmyndighet og rommet for å utøve skjønn. Ved å dele opp rommet for skjønn på flere personer, blir makten til den enkelte redusert. For eksempel kan en person vurdere, mens en annen bestemmer. *Forsinkende* mekanismer baserer seg på at flere hoder tenker bedre enn et. Forsinkelse kan gi tid til refleksjon og innspill fra kolleger. *Blokkerende* mekanismer regulerer skjønnsutøveres kontroll over stillinger, hensikten er å sikre at visse typer personlige interesser ikke får betydning for utøverens vurderinger og beslutninger (Molander 2013).

Det andre aspektet av skjønn, i epistemisk forstand, retter seg mot den skjønnsmessige resonneringen. Mekanismenes hensikt er å forbedre enten resonneringsprosessen eller betingelsene for resonnering. I følge Molander (2013) er det egne reaksjonsformer for epistemiske mekanismer, dersom resonnementet ikke er godt nok, kan utøveren bli tvunget til å forbedre resonnementet og korrigere feil. De kan komme til å måtte argumentere for beslutningene sine i visse fora. Molander

skiller mellom fem undergrupper av epistemiske mekanismer: formende, støttende, motiverende, deliberative og deltagende (Molander og medarbeidere 2013).

Formende mekanismer har til hensikt å innprente visse typer verdier, kunnskap og måter å tenke på. Molander hevder at den viktigste av de formelle mekanismene er formelle undervisningsprogrammer. De overfører kunnskap, normer og verdier som danner grunnlaget for å oppnå autorisasjon til å praktisere som profesjonell. *Støttende* mekanismer retter seg mot beslutningssituasjonen til dem som skal ta en skjønnsbasert beslutning. Et eksempel på denne type støtte er evidensbasert profesjonell praksis som baserer seg på systemer for beslutningsstøtte. *Motiverende* mekanismer retter seg mot motivasjonsstrukturen. Hensikten er å motivere aktørene til å gjøre en god jobb. Mekanismene kan ha ulik form, på den ene siden kan de motiverende mekanismene være materielle som i økonomiske modeller (prinsipal-agent), på den andre siden kan de ha form av anerkjennelse og tillit. En tredje mekanisme virker ikke via belønninger eller sanksjoner, men ved å legge føringer på aktørens beslutningssituasjon med en målsetning om å gi et mer reflekterte handlingsmåter. Hvordan incentivsystemene virker avhenger samtidig av aktørens indre og ytre motiver. Økonomiske incentiver kan fortrenge indre motivasjon til å handle egennyttig.

Deliberative mekanismer retter seg mot argumentasjonene til aktørene. Ideen bak er at vissheten om at beslutningstageren kanskje må argumentere for beslutningene og resonnementet bidrar til å resonnerer ytterligere ved utøvelsen av skjønn. *Deltagende* mekanismer inkluderer både personene med skjønnsmyndighet og de berørte parter den omhandler. Eksempel på deltagende mekanismer kan være ulike medbestemmelsesprosedyrer.

4.3. Interne markeder og styringsmekanismer.

Interne markeder har som hovedformål at de skal redusere muligheten for opportunistisk atferd samt å bidra til bedre produktivitet og atferd. Det skilles vanligvis mellom tre typer kontrakter, markedskontrakter, relasjonskontrakter og hierarkiske kontrakter. Styringsparameterne er pris, tillit og autoritet. Ved lav konkurranse fungerer ikke pris godt nok som styringsform og det vil være nødvendig å trekke inn tillitsdimensjonen og autoritetsdimensjonen. Vincent– Jones og Harries (1998) hevder at det i situasjoner hvor bestiller og utfører funksjonen er klart separerte foregår styring og oppfølging i relasjonen mellom de to partene. De hevder videre at selv om

forhandlingene i utgangspunktet er formelle, viser erfaringen en dreining mot relasjonelle kontrakter med større vekt på tillitsdimensjonen (Busch 2011).

Ettersom det er svak konkurranse i interne markeder, fokuseres det på tillitsdimensjonen. Lapsey og Llewellyn (1998) i en studie innenfor sosialsektoren at de dominerende profesjonelle verdiene preget kontraktforhandlingene. Dette medførte «mykere» prosessforhandlinger.

Markedsrasjonaliteten ble ikke fremtredende og det utviklet seg en kombinasjon som passet denne sektoren. Vincent-Jones og Harris (1998) hevder at den viktigste faktoren for å lykkes i et internt marked er at det utvikles tillit, felles evne til problemløsning og balanse mellom uformelle og formelle styringselementer (Busch 2011).

Walsh (1995) påpeker derimot at interne markeder fører til økt formalisering og et press mot tillitsforholdene. Retorikk bak kontrakter fokuserer på pris, kontroll og føringer fra bestiller (Busch 2011).

Greve (1995) viser at kontraktene får en sentral rolle i styringen av utførerne. Dersom utfører ikke oppnår de mål og resultater som er angitt i kontraktene, vil det fokuseres på underliggende betingelser. Resultatet kan medføre økte transaksjonskostnader idet kontraktene følges opp av mer detaljerte kontrakter som igjen må følges opp med detaljerte styringssystemer. I siste instans reduseres handlingsrommet til utfører (Busch 2011).

Det har vært etterspørsel etter innsyn i ressursbruk i stat og kommune samtidig som mål- og resultatstyring har vært et styringsprinsipp siden slutten av 1980- tallet. Hensikten har vært å effektivisere det offentlige. Johnsen (2007) hevder at resultatstyring har som formål å fremskaffe data for effektivitetsvurderinger og til å sette dem inn i en politisk og organisatorisk sammenheng. Målestokkanalyse («Benchmarking») sammenligner og måler prosess og resultater i sammenlignbare virksomheter. Hensikten er å innhente informasjon for å kunne gjøre forbedringstiltak. Profesjonen kan oppleve det som urettferdig ved resultatmålinger der store deler av innholdet og omfanget av oppgavene ikke fanges opp. Samtidig har profesjonene bruk for målingene, både til kvalitetsforbedringer og til å kunne dokumentere produksjonen. Målingene kan bidra til økt motivasjon og til ansvarliggjøring. Men det fordrer at resultatindikatorene er godt implementert hos de berørte, dersom målingene oppleves som urettferdig kan konsekvensene være redusert tillit til administrasjonen, noe som kan bidra til økt kontroll og styring. Samtidig pekes det på at ved langvarig bruk av målestokkanalyse, vil de berørte endre atferd og tilpasse seg tallene (Busch 2011).

Målindikatorer kan hindre innovasjon og ambisjon. For eksempel kan ansatte være fornøyde med å

nå de stipulerte kravene. Dessuten kan resultatindikatorene svekke prestasjonen til ansatte idet de forholder seg til enkle indikatorer fremfor en profesjonell tilnærming. Dermed kan måloppnåelsen gå tilbake. De Bruijn (2007) gir fire begrunnelser for å anta at positive virkninger av resultat- og målstyring manifesterer seg tidlig i en omlegging mens de negative virkningene derimot vokser seg sterkere etter hvert. Jo sterkere incentiver de ansatte har for å oppfylle resultatindikatorene, desto mer motivert blir de til å handle strategisk. Samtidig viser indikatorene dårligere resultater ved sterkere strategisk atferd. Antall indikatorer øker ofte over tid, og det medfører at mer tid bindes opp i resultatmåling og resultatene blir vanskeligere å tolke. Dessuten vil nye ledere ofte nøye seg med å oppfyllede resultatindikatorer som eksisterte da de ble ansatt, uavhengig om de er gode eller dårlige. Avslutningsvis hevder han at selv om et system som er innført ikke gir et godt bilde av faktiske resultater, er det få som har interesse av å avvikle det.

I følge Øverby (2013) er hovedproblemet med tillitsstyring at arbeidsgivere som sysselsetter profesjoner står overfor et dilemma. Profesjonenes arbeidsoppgaver er så komplekse at styring gjennom klassisk hierarki ikke lar seg gjøre, profesjonene må ha handlingsrom for å kunne utvise profesjonalitet. Samtidig blir etterretteligheten (accountability) lavere jo mer handlingsrom de profesjonelle får. Det skaper en risiko for at profesjonen på sikt blir mer opptatt egne interesser fremfor brukernes. NPM har til hensikt å gi økt etterrettelighet ved hjelp av mål- og resultatstyring ved å tydeliggjøre hvilke mål profesjonene skal oppnå. Det gir i prinsippet oppdragsgivere muligheten til å evaluere de profesjonelle forutsatt at målsetningene er operasjonelt valide og ikke medfører strategisk atferd. De Bruijn (2007) hevder at dersom fagfolkene deltar i prosessen og blir delvis enige eller enige med ledelsen om resultatindikatorene, kan de negative effektene ved resultatmålinger reduseres eller hindres. Ved at profesjonene får et eierforhold til målstyringssystemene de styres etter styrkes deres egenmotivering til måloppnåelse (Molander 2013).

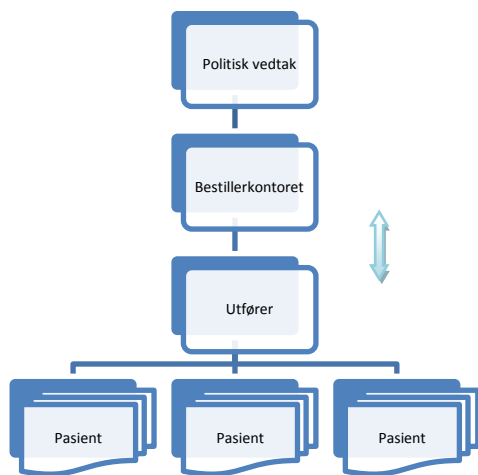
5. Resultater og diskusjon.

Kapitlet inneholder en presentasjon og en etterfølgende diskusjon av resultatene fra intervjuene. Deltagerne, fire sykepleiere, hvor tre av dem var spesialsykepleiere, og den fjerde hadde planer om å videreutdanne seg, var alle erfarne sykepleiere i hjemmesykepleien, med en fartstid på mellom åtte år og femogtyve år. De kom fra tre ulike bydeler og var alle ansatt i utføreravdelingen. Resultatene som fremlegges kan overlape hverandre, men det er allikevel en forskjell. I den første halvdel av resultatfremlegget diskuteres erfaringen deltagerne har med koordineringen mellom bestillerkontoret og den enkelte utøver. I den andre halvdel av resultatfremlegget diskuteres deltagerens erfaringer i egen avdeling. Hensikten er å se på samhandlingsprosessen, hvor samhandlingen defineres som koordinering og gjennomføring. I den første halvdel vil derfor kategoriene «tidskoordinering» og «vedtaksregulering» omhandle koordineringen mellom bestillerkontoret og den enkelte utøver. I den andre er «tidshåndtering» og «oppfølgingsprosedyrer» kategorier som omhandler erfaringene i egen avdeling. Samtidig er det en erkjennelse at spørsmålsstillingen viser mangelfull empiri, og det ville vært nyttig med flere deltagere. Hver av de fire kategoriene inneholder en analytisk tekst med en eller flere undergrupper med utdypende forklaringer av den analytiske teksten.

Problemstillingen jeg ønsket å se nærmere på var:

”Hvilke erfaringer har hjemmesykepleien som arbeider i en organisasjon som er organisert etter bestiller/utførermodellen med å få gjennomslag av egne vurderinger av pasientens behov i forhold til kvalitet og tidsbruk? ”

Jeg valgte vinklinger som belyste problemstillingen ut fra hvor i prosessen sykepleierne befant seg. Figur 1 viser vedtaksprosessen der forhandlingene mellom bestillerkontoret og sykepleierne i utføreravdelingen foregår når sykepleierne vil ha endring av vedtakene.



Figur 1. Vedtaksprosessen

5.1. Resultater del 1.

«Hva skjer når tidsestimater i vedtaket skal endres?»

Analytisk tekst i kategorien «Tidskoordinering».

Flere av deltagerne opplevde at bestillerkontoret stolte på dem. De opplevde at de hadde muligheten til å påvirke vedtakene ved enten å kunne redusere dem eller å øke dem. En fortalte at hun sammen med kolleger hadde jobbet hardt for å bli hørt, men at nå følte hun det gikk greit. Hun fortalte at hun hadde hatt møter med bestillerkontoret hvor kvaliteten ble diskutert i forhold til den pasientgruppen hun jobbet med. Det hadde det ikke vært for mye av tidligere, så de hadde på en måte jobbet for å bli hørt, men de følte at de ble hørt nå. Hun fortalte at de er flere som jobber med denne pasientgruppen. Det er jo vanskelig å bestemme hvor mye tid det tar på denne pasientgruppen, de er veldig dårlige. Derfor er det sjelden at bestillerkontoret sier noe på vedtaket som hun setter opp. En annen fortalte at en kollega hadde fått til og ikke ha tidsbegrensninger på vedtakene sine, han hadde en spesiell pasientgruppe. Flere fortalte at de jobbet ut fra et vedtak som er fattet av bestillerkontoret og forholdt seg til det. Det er ikke slik at de fikk frigitt for eksempel en halv time og kunne disponere tiden slik de mente var forsvarlig i forhold til hva pasienten trengte av hjelp. Vedtaket er en ramme for hva pasienten skal ha hjelp til. Men når pasienten har et vedtak, så flyter ikke tiden ut. På den andre siden er det ikke alltid at vedtaket stemmer overens med hva pasienten har behov for, og flere av deltagerne fortalte at de da måtte argumentere faglig for hva man skulle bruke mere tid til. Det var ikke alltid at revurderingen ble godkjent, men stort sett så ble vedtaket

endret. Flere fortalte at det av og til kunne skje via muntlig kontakt med bestillerkontoret, men at de ga en faglig begrunnelse skriftlig var vanlig.

Undergruppene:

Flere fortalte at vedtaket er basert på enkelt tiltak som pasienten har behov for, dersom det er behov for personlig hygiene ville det fra bestillerkontoret sin side bli satt av la oss si ti minutter til morgenstell. Trengte vedkomne hjelp til frokost, ernæring, så ville det bli satt av en viss tid. Men det er ikke slik at de får frigitt en halv time til som de kan disponere fritt ettersom hva de mener pasienten trenger. Man får tildelt så og så mange minutter for å gjøre det pasienten skal ha hjelp til. Dersom pasienten hadde ytterligere behov for hjelp, så hadde de alltid den muligheten at de kunne skrive en revurdering. Det er ikke sikkert man fikk godkjent den revurderingen man skrev, men stort sett gikk det hvis det var en faglig grunn. Det er ikke alltid at vedtaket stemte overens med hva behovet er, og da må man argumentere faglig for hva man skal bruke mere tid til. Flere fortalte at man kunne ta dette muntlig, men det vanlige var å gjøre det skriftlig.

«så jeg opplever at det går an å snakke med dem». Intervju 3.

«Det er ikke alltid populært, men jeg er tjenesteansvarlig og må synliggjøre for kollegene mine og bestillerkontoret at det faktisk tar så lang tid.» Intervju 3.

Flere fortalte at de alltid jobbet ut fra et vedtak som er fattet av bestillerkontoret. Men som sykepleier kunne de be om enten å redusere eller øke tiden i vedtaket avhengig av hjelpebehovet de opplevde hjemme hos pasienten. Flere fortalte at de følte at bestillerkontoret stolte på dem. En fortalte at hun for et år siden opplevde at de hadde en pasient som de startet hos i januar. Da var det helt greit, de stelte han og kona hjalp han med resten. Men så gikk det ikke lenger og da måtte de bruke lenger tid. Etter å ha sett på brukertiden i løpet av en uke, så hadde de brukt en halv time mer hver dag. Sammen med kollegene sa de fra og da endret bestillerkontoret tiden. På den andre siden fortalte flere at når det var satt opp for mye tid på planen, så ga de også beskjed til bestillerkontoret.

”Jeg synes egentlig ikke at bestillerkontoret her er noe veldig strenge i forhold til det at jeg ber om å få satt opp vedtaket med femten minutter her eller femten minutter der. De er ganske fleksible, jeg synes de er litt for fleksible iblant, men det viser jo noe om at de har tillit til det arbeidet som vi gjør der ute så ja.”. Intervju 2.

«Hva skjer når innholdet i vedtaket skal endres?»

Analytisk tekst i kategorien «vedtaksregulering».

Flere opplevde at bestillerkontoret gikk mer sjeldent på vurderingsbesøk til pasientene, de besøkte kun de mest krevende pasientene. Virkeligheten stemte ikke alltid med informasjonen bestillerkontoret hadde mottatt, derfor ble det ofte en ny vurdering ute hos pasientene. En av deltagerne gikk ofte på nettverksmøte med pasientene uten at bestillerkontoret var med, men hun hadde jobbet for å få et større handlingsrom. Hennes målsetning var at pasientene var med på planleggingen. En av de andre deltagerne var med i et tverrfaglig team. De reiste hjem til pasientene og foretok vurderingsbesøk, det synes hun var nyttig. Flere av de andre synes at det var synd at bestillerkontoret ikke foretok flere hjembesøk. Det er annerledes å vurdere behovet hjemme hos pasienten. Men ved revurdering synes de samarbeidet med bestillerkontoret gikk greit. En av deltagerne fortalte om en dement pasient som ikke spiste. Vanligvis satte de fra seg maten og gikk, men i dette tilfellet var ikke det nok. Derfor samarbeidet hun med kollegene, de brukte lengre tid og de satt seg ned med pasienten under måltidet. Det fungerte fint. Alternativet var at pasienten kom på sykehjem. Etter hvert fikk de gjennomslag for et nytt vedtak. Ved overføring fra sykehjem eller sykehus mente flere at det var viktig at det var kompetent personale som tok imot pasienten for å sikre at medisiner og utstyr var i orden. En sykepleier fortalte om en pasient som ikke hadde fått blodfortynnende en hel uke fordi sykehuset hadde glemt å sende med medisinene. En av de andre deltagerne forklarte at de hadde et innsatsteam som håndterte prosessen ved utskrivelse.

Undergruppene:

Flere opplevde at det ofte var behov for en revurdering av vedtaket hos nye pasienter. De forklarte at bestillerkontoret har standardiserte tider på å spise, eller å fylle medisindosetten. Men for eksempel ved medisindosering kunne den ene doseringen ta ti minutter, mens den andre kunne ta en halv time. I pasientforløpet hadde de alle ansvar for revurdering av vedtakene ved forandringer.

«Bestillerkontoret går til vurderingsbesøk bare til de mest krevende sakene. Det er ikke alltid at henvendelsene helt stemmer med virkeligheten, og da blir det veldig ofte en vurdering der ute. Det går ofte mye tid på å finne ut hva som egentlig er behovet». Intervju 3

Flere av deltagerne hadde et godt samarbeid med bestillerkontoret. De var klar over at var flere yrkesgrupper ved bestillerkontoret. De mente det var viktig at det var sykepleiere som deltok ved nettverksmøtene. En av deltagerne fortalte at den gang da hun jobbet i en privat organisasjon, så hadde hun vært med på et nettverksmøte der det kom en ergoterapeut uten at det kom en sykepleier. Ergoterapeuter vet ikke hva slags utstyr eller hvilken opplæring sykepleierne har bruk for. En av de andre deltagerne er med på nettverksmøter og følger pasienten gjennom hele prosessen for å legge ting til rette. Det sikrer samtidig at hun raskt kan følge opp ved forandringer senere i pasientforløpet.

”Det er beslutninger som bare er basert på lover og regler, men jeg synes det fungerer greit de gangene jeg skriver en revurdering..” Intervju 2.

5.2. Diskusjon del 1.

«Hva skjer når vedtaket skal endres?»

Innledning til diskusjonen, del en.

Profesjoner nøt i tidligere tider stor respekt for profesjonell sakkunnskap samtidig som arbeidsoppgavene til profesjonene var komplekse. Styringsmodellen var ofte basert på tillit. Staten overlot i stor grad den skjønsmessige vurderingen av behovene til profesjonene. Profesjonene hadde i høy grad råderett over ressursforvaltningen. Skiftet kom etter at 1970-årene var preget av stagflasjon og økende arbeidsløshet. Reformen ble innført inspirert av «public-choice-teori» og samtidig endret styringsformene seg. Behovet for økonomisk kontroll medførte vektlegging av produksjonen og ressursforvaltningen. Skillet medførte også en endring i synet på profesjonene, der hvor tillitsmodellen hadde et menneskesyn som tok utgangspunkt i at profesjonene er styrt av en indre uselvisk drift for å gjøre det beste for brukerne, hadde «New Public Management» et menneskesyn som baserer seg på at mennesker handler egoistisk og egennyttig.

Resultatet ble at innføringen av interne markeder, her bestiller-utførermodellen, som baserer seg på prinsippal-agent-teori, gjør at kontrakter og kontroll er nødvendig. Det medfører økt fokus på resultater, da særlig produktivitet og effektivitet. Samtidig er det vanskelig å måle resultatene til tjenesteleverandøren på grunn av at arbeidsoppgavene er av kompleks natur. Det kan medføre at kontraktsforhandlinger, som i utgangspunktet er formelle, går mot mer relasjonelle forhandlinger,

det vil si basert på tillit. På den andre side kan det også føre til at innføringen av interne markeder fører til et økt press på tillitsforholdet mellom bestilleren og utføreren.

Kontraktstyring skal i prinsippet være en form for mål- og resultatstyring samtidig som det er vanskelig å måle resultatene i tjenesteytende sektor.

Diskusjonen belyser sykepleierne som jobber i utføreravdelingen sine erfaringer når de vil at vedtaket til pasientene skal endres. I og med at det er en fenomenologisk studie hvor enkeltindividets erfaringer er det interessante, er det en begrensning i oppgaven ikke å gå nærmere inn på de relasjonelle mekanismene mellom enkeltindividene, det vil si mellom den enkelte saksbehandler og utøveren. På den andre side vil det være interessant å se på erfaringene til deltagerne i lys av både Prinsipal-agent-teorien som baserer seg på krav til produktivitet og kontroll, og sett i lys av hvilke strukturelle mekanismer som påvirker «forhandlingene» mellom den enkelte utøver og bestillerkontoret. I dette tilfelle er det sykepleiernes erfaringer med å få gjennomslag for egne vurderinger når vedtaket skal endres som belyses.

Figur 2 illustrerer sammenhengen mellom bestillerkontoret og sykepleierne i utføreravdelingen og de ulike styringsformers innvirkning. Kontraktstyring baserer seg på pris, måling av resultater eller tillitsstyring. Det kan rette søkelyset på kvalitetssikring og oppgaveregulering hos utfører. Ved at det er rom for å utøve skjønn, og at det er vanskelig å måle resultatene i tjenesteytende sektor, vil det gi en diskusjon om hvem som er den beste til å vurdere behovene til pasientene, bestilleren eller utføreren.



Figur 2. Samhandling/koordinering

Interne markeder har som hovedformål at de skal bidra til å bedre produktivitet og atferd, det skilles vanligvis mellom tre typer kontrakter; relasjonskontrakter, markedskontrakter og hierarkiske kontrakter. Styringsparameterne er pris, tillit og autoritet. I og med at pengene i prinsippet skal følge pasienten, som her betyr vedtaket, er det ikke uvesentlig hvilke vedtak som gjøres.

Utføreravdelingene som omtales her får betaling for utført brukerrettet pasientarbeid. Dette drøftes mer utførlig i del to som omhandler hvordan sykepleierne forholder seg til og utfører pasientarbeid.

Tillit som styringsform.

Bestiller/utfører- enhetene er adskilte. Forhandlingene er i utgangspunktet formelle samtidig som flere av deltagerne opplevde at de hadde et godt samarbeid med bestillerkontoret. Alle deltagerne hadde ved noen tilfeller muntlig kommunikasjon med bestillerkontoret, selv om de stort sett argumenterte skriftlig for revurdering av vedtakene. Det kan tyde på at selv om forhandlingene er formelle, går kommunikasjonen mot relasjonelle kontraktsforhandlinger med vekt på tillitsdimensjonen. Hjembesøkene, der hvor både bestiller og utføreravdelingen er representert, slik det er tilfellet for den ene sykepleieren som er med i et tverrfaglig team som foretar hjembesøk, viser at ved å utvikle tillit, og felles evne til problemløsning med balanse i det uformelle og formelle, er viktige faktorer for å lykkes.

Det er vanskelig å måle resultater fordi arbeidsoppgavene til sykepleierne i utføreravdelingen er av kompleks natur. Tillitsforholdene mellom bestillerkontoret og utøverne synliggjøres ved at flere av sykepleierne opplever at bestillerkontoret hadde tillit til dem. Samtidig er sykepleierne profesjonelle. De innehar en autorisasjon som gir en rett til å utøve skjønn. Fra samfunnets side er autorisasjonen en forsikring og en ansvarliggjøring i forhold til at kravet til forsvarlighet overholdes. Dermed styrker det grunnlaget til et tillitsforhold mellom bestilleren og utføreren.

Sammenhengen mellom behovet for kontroll og ansvarliggjøring.

Kjernen i profesjonelt arbeid er skjønnsutøvelse. Det finnes ulike mekanismer for ansvarliggjøring av aktørene for utøvelse av skjønn. I hovedsak finnes det to måter å gjøre det på. På den ene siden kan ansvarliggjøringen av aktørene rette seg mot strukturelle mekanismer. Hensikten da er å innskrenke rommet for skjønn. På den andre siden kan ansvarliggjøringen av aktørene rette seg mot den skjønnsmessige resonneringen, den epistemiske mekanismen. Hensikten er da å forbedre kvaliteten på betingelsene for resonneringen eller å forbedre selve resonneringsprosessen som danner grunnlaget for den skjønnsmessige vurderingen.

Etterrettelighet betyr for sykepleierne at de ikke bare skal informere om sine vurderinger, beslutninger og handlinger, men også begrunne dem godt.

Innskrenkende mekanismer.

Flere av sykepleierne oppfattet vedtaket som en ramme med hensyn til hva som skulle utføres av oppgaver i løpet av en estimert tid. Et vedtak er en rettighet for pasientene som har hjemmel i loven, blant annet helse- og omsorgstjenesteloven. Et vedtak kan med andre ord betegnes som en innskrenkende mekanisme. Pasientenes rettigheter er spesifisert, for sykepleierne innebærer det at de må argumentere og begrunne faglig dersom de ønsker å endre vedtaket. Konsekvensen er at den innskrenkende mekanismen også har epistemiske konsekvenser. Det gjelder ikke bare for sykepleierne i utføreravdelingen, bestillerkontoret har også bruk for den faglige begrunnelsen i forhold til sine brukere, pasientene. I siste instans kommer det pasientene til gode, epistemiske mekanismer har til hensikt å øke kvaliteten på det kognitive resonnementet for utøvelse av skjønn. I en klagesak kan bestillerkontoret kanskje måtte argumentere for beslutningene. Det bidrar til gjensidighet mellom sykepleierne og bestillerkontoret og styrker tillitsdimensjonen.

Kravet til forsvarlighet er en *innskrenkende mekanisme* som fra myndighetene omhandler både bestillerkontoret og utføreravdelingen.

Oppdelende mekanismer.

Sykepleierne opplever samtidig at de stort sett får gjennomslag for revurderingen av vedtakene til pasientene. Flere av sykepleierne oppfatter det som et tegn på tillit. Bestillerkontoret består av ulike kompetanse, både sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og andre. *Oppdelende mekanismer* har til hensikt å redusere omfanget til den enkelte utøvers skjønnsmyndighet og retter seg mot relasjonen mellom aktørene med skjønnsmyndighet og rommet for å utøve skjønn. Ved å dele opp rommet på flere personer, blir makten til den enkelte redusert. Flere av sykepleierne mener at bestillerkontoret deltar på færre nettverksmøter og gjennomfører færre hjembesøk til nye pasienter enn tidligere. Resultatet blir, ifølge sykepleierne, at de ofte foretar en ny vurdering hjemme hos pasienten etter at pasienten har fått et vedtak. Den oppdelende mekanismen, ved at sykepleierne foretar vurderingen av pasientens behov, mens bestillerkontoret bestemmer på grunnlag av vurderingen hva pasienten får bevilget hjelp til, medvirker til at rommet for skjønn er redusert.

Forsinkende mekanismer:

Forsinkende mekanismer baserer seg på at flere hoder tenker bedre enn et. Nettverksmøter, eller hjembesøk med tverrfaglige team, bidrar til at beslutningsprosessen tar lengre tid, hensikten er

nettopp å øke handlingsalternativene. Den ene av sykepleierne opplevde det som svært nyttig med at tverrfaglig team foretok hjembesøk, det ga en helhetlig vurdering av pasientens behov. En av de andre sykepleierne hadde et ønske om at bestillerkontoret deltok på flere nettverksmøter.

Deltagende mekanismer.

En av sykepleierne mente også at pasientene skulle være med på å planlegge utskrivelsen fra enten sykehjemmet eller sykehuset. *Deltagende mekanismer* inkluderer både personene med skjønnsmyndighet og partene den berører. Ved at pasientene deltar i planleggingen av sin egen utskrivelse, bidrar det til at begge partene skal ha en felles forståelse av beslutningene og at kvaliteten på beslutningene øker.

Kontroll øker kravet til etterrettelighet for sykepleierne. Ansvarliggjørende mekanismer har til hensikt å innskrenke rommet for skjønn ved at handlingsalternativene til å utøve skjønnsmyndighet reduseres. Strukturelle mekanismer bidrar til økt kontroll samtidig som den økte kontrollen gir et grunnlag til at forhandlingene baseres på en styringsform basert på tillit.

I siste instans kommer det pasientene til gode.

5.3. Resultater del 2.

”Hva skjer når sykepleierne har et vedtak å forholde seg til?”

Analytisk tekst i kategorien «Tidshåndtering».

Tiden man får i vedtakspapirene er en såkalt veiledende tid. Alle hadde så lang erfaring at de gikk inn og gjorde jobben hos pasienten uavhengig av tiden som var estimert. De fortalte at de gikk inn og gjorde det som var faglig forsvarlig og nødvendig. En fortalte at de brukte PDA (håndholdt datamaskin) til å registrere tiden. Etterpå kunne hun oppdage at hun hadde brukt et kvarter i stedet for en halv time. Flere fortalte at det lå en faglig vurdering til grunn for beslutningene og tiden det tok. Flere fortalte at dersom det var sykdom blant personalet så omprioriterte de, de prioriterte de mest syke, og de viktigste oppdragene. Men flere påpekte at de ønsket de hadde bedre tid, spesielt til nye pasienter. Da ble grunnlaget lagt for tillitsforholdet til pasienten samtidig som den faglige vurderingen tok tid. De hadde jo flere andre pasienter på listen de skulle rekke. En synes det ikke var verdig for pasientene at hun skulle måle tiden hun brukte hos dem. Mange opplevde at tiden

ikke strekker til og at det er krevende at det er tiden som styrer. Flere fortalte at det var et stort fokus på den brukerrettede pasienttiden, de hadde et krav til tiden de skulle være ute hos pasientene i løpet av en vakt, såkalt dekningsgrad. Men flere opplevde at det i tillegg var veldig mye indirekte pasientrettet arbeid. Derfor opplevde de at kravet som var satt til direkte brukerrettet arbeid var høyt.

Undergrupper:

Noen fortalte at tiden man får i vedtakspapirene er en såkalt veiledende tid. Flere fortalte at de har jobbet i så mange år at de går inn og gjør det som er nødvendig. Hvis pasienten har et vedtak på et kvarter og de gjør det som skal gjøres på fem minutter, så går de. Da venter de ikke i ti minutter. Flere fortalte at om det er en pasient som har vedtak på medisindosering på femten minutter, og det hender uforutsette ting, for eksempel at de må ringe og bestille medisiner, så gjør de det. En fortalte at de bruker PDA til å registrere tiden, etterpå kan hun oppdage at hun hadde brukt et kvarter i stedet for en halvtime.

”jeg har jobbet i så mange år at jeg går inn og gjør det som er nødvendig”. Intervju 1

Flere fortalte de sørget for at de tiltakene de gjør ute hos pasientene er faglig forsvarlig og i tråd med forskriftene. Flere fortalte at de tilbød tjenesten man har, men det hendte at de tenkte at de burde ha vært der et kvarter ekstra, men det var ikke alltid mulig. De mente at de var veldig gode på det de gjør der ute. For eksempel opplevde de noen ganger at en pasient hadde en alvorlig helsesvikt, da prioriterte de den pasienten. Dersom det var sykdom blant personalet for eksempel i helgene, omprioriterte de på grunnlag av en faglig vurdering av pasientenes behov.

”Vi prioriterer ut fra at pasienten bare skal ha tilsyn, eller kan ta medisinene selv. Da kan vi ringe og si vi ikke kommer”. Intervju 4

Sykepleierne mente at grunnlaget for et godt samarbeid med pasientene ble lagt i det første møtet med pasientene og opplevde det som viktig.. Det hendte at de fikk en ny pasient på kveldstid, særlig etter innføringen av samhandlingsreformen. Da er det vanskelig å få satt av tid til en fullverdig informasjonssamtale. En fortalte at når noen kolleger er syke, kan hun få ekstra pasienter på listen. Det føles ikke godt. En annen fortalte at det oppleves som en lettelse hvis pasientene avbestiller

fordi de skal ut å reise. Det friga tid til de andre pasientene. Flere opplevde at det ikke er satt av tid nok til dokumentasjonen.

”..Det er jo det som er så vanskelig med de korte minuttene. Det tar jo halvannen time bare å ta imot den stakkars pasienten og de stakkars pårørende som står og sier ”hva skjer nå..”. Intervju 3.

«Men en gang hadde jeg 28 besøk på en vakt. Det gir kvantitet ikke kvalitet, og da sa jeg ifra at ledelsen måtte leie inn flere folk.» Intervju 4.

For flere strekker ikke tiden til, man skal både være ute og være inne og skrive. Det ble det ikke tatt hensyn til. I forhold til at man er tjenesteansvarlig så synes de ikke at alle de arbeidsoppgavene de hadde ble tilstrekkelig synliggjort. Flere mente at det bare er fokus på arbeidslisten, - og den direkte brukertiden. De opplevde det som stressende å se på klokken hele tiden. De planla dagen ut fra arbeidslisten og brukte den tiden de trenger. Men samtidig synes noen av dem at det jo på en måte godt at en blir målt på noe. Men flere syntes ikke at det er greit, de jobber med mennesker, de jobber ikke på en fabrikk.

«Det påvirker veldig mye at vi hele tiden skal ha klokken i bakhodet, vi jobber med mennesker og da kan du ikke jobbe etter klokken.» Intervju 2.

«jeg merker at det er prosesser man er i og i perioder så kjenner du på at det er tiden som styrer hele tiden, at du har den der klinkende klokken..». Intervju 3.

Flere mente at det kunne gis inntrykk av at fire og en halv time brukerrettet tid er lite effektiv arbeidstid. Men mange arbeidsoppgaver er indirekte brukerrettet arbeid, for eksempel å pakke sårutstyr eller å bestille medisiner. Det hendte at de skulle kjøre kolleger som ikke hadde bil. Noen understreket at jobben deres bestod av mye telefoner, opplæring av kolleger og koordinering. Alt det kommer i tillegg til det utøvende som de gjør hos pasienten.

«Jeg tenker vi har veldig mye å gjøre, men det er ikke alt som er direkte brukerrettet tid, bare indirekte brukerrettet tid.» Intervju 3.

”Hva skjer når sykepleierne har foretatt en vurdering av pasientens behov?”

Innholdsbeskrivelse av kategori «oppfølgingsprosedyrer.»

Flere av deltagerne hadde tjenesteansvarlig ansvar. Det var innført brukerstyrt bemanningsprinsipp, det innebar at de var primær for 25 pasienter. De hadde ansvar for å lage tiltaksplaner, men det ga mye ekstra papirarbeid, tid som kunne vært brukt ute hos pasienten. Hos en av deltagerne var ikke prosessen med innføringen av brukerstyrt bemanningsprinsipp kommet så langt, derfor hadde enten de som kjente pasienten godt eller koordinatoren ansvaret for tiltaksplanene. En av sykepleierne var bekymret for at de uerfarne sykepleierne som fikk tiltaksplanene, der det står «gi medisiner, lag mat, ta på strømper», så trodde hun at noen sykepleiere sluttet å tenke. Hun forklarte at hun gikk inn og vurderte fortløpende. Hun trodde det var ulempen med vedtak på tid og minutter og en innholdsliste. En av deltagerne la opp sitt eget program for dagen. Hun hadde en egen pasientgruppe som krevde tett oppfølging. Hun skrev tiltaksplaner, men fordi pasientene var dårlige, hendte det at de ikke var oppdaterte. Det var derfor viktig at hun fulgte med på at den håndholdte datamaskinen som inneholdt tiltaksplanen var oppdatert, den ble ofte laget på forhånd og da var den ikke oppdatert ved forandringer. Det var spesielt viktig ved medisiner, enten ved at pasientene ikke kan svelge pillene, eller ved forandringer på dosen ved for eksempel ved Marevan. Feilmedisinering kan gi fatale følger. Hun forandrer tiltaksplanene manuelt på den håndholdte datamaskinen og skriver samtidig i beskjedboka. En av de andre sykepleierne kontaktet firmaet som leverer sårutstyret til pasientene. Hun forklarte at etter å ha fått samtykke fra en av pasientene tok hun et bilde av såret og viste frem det for konsulenten fra firmaet. Hun skrev rådene hun fikk i tiltaksplanene og etter en tid ble såret mye bedre.

Undergruppe:

Flere av sykepleierne forklarte at de diskuterte tiltaksplanene med kollegene. Det var også flere som fortalte at de fulgte for eksempel et ernæringsprosjekt, som var sentralt initiert, hvor de fylte ut skjema og veide pasientene.

«vi kan sitte og å diskutere ting og så kanskje tar vi for oss en eller to av pasientene og sitter og reflekterer over hva skal vi gjøre». Intervju 4

«la meg si at en av mine primærpasienter har et sår som trenger, for det lar seg jo ikke gjøre at jeg går dit hver dag, trenger hjelp to ganger pr dag så er det litt avhengig av at jeg legger premissene eller tiltakene godt til rette slik at den som går etter meg og de som går der de nærmeste dagene vet hva de skal gjøre og da er det mitt ansvar å sørge for at tiltakene på tiltaksplanen er oppdaterte».

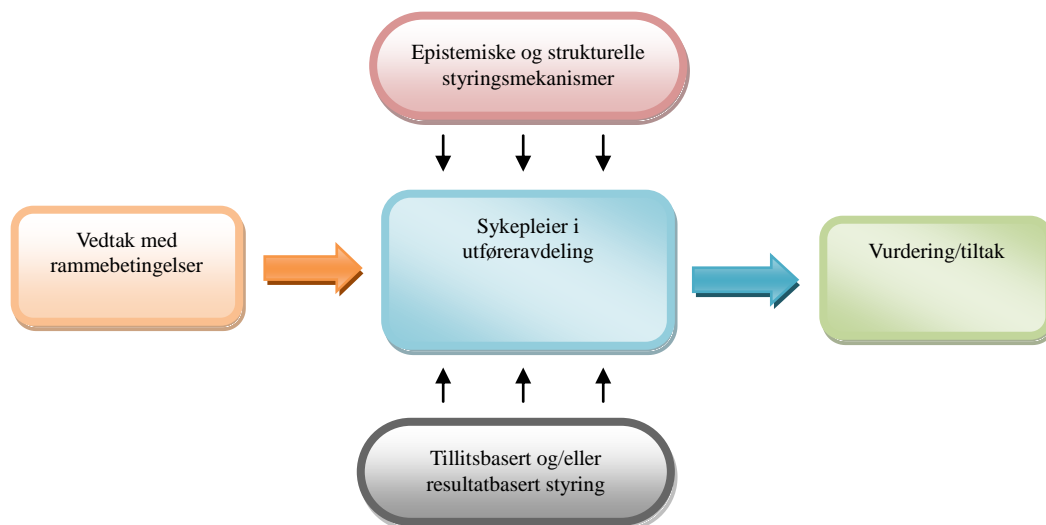
Intervju 2

5.4. Diskusjon del 2.

Kontraktstyring skal i prinsippet være en form for mål- og resultatstyring samtidig som det er vanskelig å måle resultatene i tjenesteytende sektor. Det kan medføre at det vektlegges kvalitetssikring og oppgaveregulering hos utfører. Som tidligere nevnt har interne markeder som hovedformål at de skal bidra til å bedre produktivitet og atferd. Styringsparameterne er pris, tillit og autoritet.

Ansvarliggjørende mekanismer er med på å kvalitetssikre den skjønsmessige vurderingen for sykepleierne i deres utøvelse av sykepleie.

Den ene av styringsparameterne er altså pris. I og med at pengene følger pasientene, det vil si at pengene følger vedtakene, er vedtakstiden en indikator for prisen på oppgavene. Vedtakene er også en regulering av oppgavene. Jeg har allerede diskutert hvordan sykepleierne opplevde å få gjennomslag for å endre vedtakene. Figur tre viser ulike styringsmekanismer som påvirker sykepleierne i utføreravdelingen.



Figur 3. Styringsmekanismer i utføreravdelingen.

Utføreravdelingene får betaling for utført brukerrettet pasientarbeid (to av tre av avdelingene som informantene jobber i). Det er innført et krav til dekningsgrad for sykepleierne, over 55 % av arbeidsdagen skal være brukerrettet pasientarbeid. Som jeg tidligere har diskutert, er vedtaket og tidsestimatet en ramme for hvordan sykepleierne kan disponere tiden og hvilke oppgaver de skal utføre.

Sett i lys av NPM, kan kravet til dekningsgraden settes i sammenheng med økt fokus på resultater, da særlig produktivitet og effektivitet. Direkte brukerrettet pasientarbeid danner grunnlaget for betalingen til utføreravdelingen. Samtidig har sykepleierne et krav til dekningsgrad. Flere av sykepleierne opplevde at det var mye oppmerksomhet på tiden de brukte på direkte brukerrettet pasientarbeid. Men det var også veldig mye indirekte pasientrettet arbeid, derfor opplevde de at kravet til dekningsgrad var høyt.

For utføreravdelingen er ligger belønningsmekanismen, eller det økonomiske incentivet i utbetalingen for produsert arbeid. Flere av sykepleierne forklarte at mange av arbeidsoppgaver er indirekte brukerrettet arbeid, for eksempel å pakke sårutstyr eller å bestille medisiner. Noen understreket at jobben deres bestod av mye telefoner, opplæring av kolleger og koordinering. Alt det kommer i tillegg til det utøvende som de gjør hos pasienten. I og med at indirekte brukerrettet pasientarbeid ikke utløser betaling, vil det fra et ledelsesmessig synspunkt være et økonomisk incentiv å sørge for at de produktive sykepleierne benytter mest mulig tid ved direkte brukerrettet pasientarbeid. Flere av sykepleierne opplevde at kravet til dekningsgraden var for høyt og at tiden de brukte på ekstraarbeidet ikke var synliggjort. De opplevde det stressende.

Det er interessant å merke seg at de økonomiske incentivene gjelder for avdelingen og ikke for den enkelte sykepleieren. Det er selvfølgelig problematisk med tanke på etiske prinsipper å utløse en økonomisk gevinst for antall sårskift i løpet av en dag. Det fremkommer heller ikke ut fra empirien om sykepleierne har andre belønningsmekanismer av materiell karakter. Hovedsaken er at de økonomiske incentivene utløses på avdelingsnivå, ikke for den enkelte sykepleieren. Dermed er ikke økonomiske incentiver en motivasjonsfaktor, tvert i mot kan kravet til dekningsgrad (les inntjening) virke demotiverende for sykepleierne fordi det oppleves at det ikke er samsvar mellom tiden de har til rådighet til indirekte brukerrettet arbeid og kravet til tiden de skal bruke på direkte brukerrettet pasientarbeid (produksjon).

Hva gjør de? Andre motiverende mekanismer baserer seg på tillit og anerkjennelse, eller ved å legge føringer på aktørens beslutningssituasjon med en målsetning om å gi mer reflekterte handlinger.

Flere av sykepleierne oppfatter altså at det i vedtaket er avsatt en viss tid med en forventning om hvor lang tid oppdragene tar. Samtidig utførte alle jobbene hos pasientene basert på egne vurderinger av pasientenes behov uavhengig av hvilken tid som var avsatt. Det gjaldt både om det var avsatt for mye tid, eller om tiden ikke strakk til.

I utgangspunktet er sykepleierne lovpålagt til å handle forsvarlig. Det indikerer at det er ulike strukturelle mekanismer som ligger til grunn for handlingsalternativene deres, eller rommet for skjønn. Kravet til forsvarlighet er en innskrenkende mekanisme og står over en annen innskrenkende mekanisme, vedtaket. Det blir kanskje meningsløst å diskutere tid, siden tiden er omtrentlig og inneholder en viss frihet i rommet for skjønn, men sykepleierne har en arbeidsliste som er bygget opp på de estimerte tidene, og det fremkommer i empirien at det er lite slakk. Det betyr at dersom sykepleieren velger å bruke mer tid enn estimert, må sykepleieren omprioritere, enten ved å få hjelp fra andre, eller å redusere tiden hos andre pasienter. På den andre siden forekommer det at de bruker mindre tid enn beregnet, og pågår det over tid, fører det til tilbakemelding til bestillerkontoret og endring av vedtaket. Det understøtter en styringsform basert på tillit.

Formende mekanismer har til hensikt å innprente visse typer verdier, kunnskap og måter å tenke på. Utdannelsesinstitusjonene overfører kunnskap, normer og verdier som danner grunnlaget for å oppnå autorisasjon og praktisere som profesjonell. Samtidig bidrar formende mekanismer til indre motivasjon. Kravet til forsvarlighet er innprentet, flere fortalte at de selvsagt prioriterte en dårlig pasient. En av sykepleierne opplevde det som lite verdig å måle tiden hun brukte ute hos pasientene. Flere av sykepleierne mente det var feil å måle tiden, de jobbet med mennesker og ikke på en fabrikk. Kanskje er nettopp motsetningene om å bidra til produksjonen med krav om dekningsgrad og menneskesynet (verdigrunnlaget) som er overført via utdannelsesinstitusjonen, motsetninger, som er vanskelig å forene.

Flere av deltagerne hadde tjenesteansvarlig ansvar, det var innført brukerstyrt bemanningsprinsipp, og de var primær for 25 pasienter. De hadde ansvar for å lage tiltaksplaner. Hensikten med brukerstyrt bemanningsprinsipp er kvalitetssikring. Det er i hovedsak to mekanismer som bidrar til å ansvarliggjøre sykepleierne. På den ene siden bidrar brukerstyrt bemanningsprinsipp til kontinuitet ute hos pasientene, på den andre siden synliggjør det ansvaret sykepleierne har for tiltaksplanene. Deliberative mekanismer retter seg mot argumentasjonen til aktørene. Ideen bak er at beslutningstageren kanskje må argumentere for beslutningene, og resonnementet bidrar til å resonnerer ytterligere ved utøvelsen av skjønn. Tiltaksplanene er et arbeidsverktøy for alle

sykepleierne som har kontakt med pasienten. Det er derfor alltid en risiko for at den ansvarlige sykepleieren som har utarbeidet planene, må argumentere for tiltakene i en sykepleiefora, noe som bidrar til enten å korrigere resonnementet, eller å forbedre resonnementet. Flere av sykepleierne diskuterte tiltaksplanene med kollegene. Men samtidig er den enkelte ansvarlig, og det er deres vurdering som legges til grunn for tiltaksplanen. Støttende mekanismer retter seg mot beslutningssituasjonen til dem som skal ta en skjønnsbasert beslutning. Prosedyrehåndboken er et eksempel på et slikt verktøy, og kanskje kan PDA (håndholdt datamaskin) bidra til å gjøre beslutningssituasjonen enklere for utøverne ved å inneholde ulike evidensbaserte prosedyrer eller forslag til tiltak. I denne sammenhengen fremkommer det ikke om PDA'ene inneholder forslag til tiltak.

Profesjoner må ha handlingsrom for å kunne utvise profesjonalitet, samtidig blir etterretteligheten lavere jo mer handlingsrom de profesjonelle får. Resultatindikatorer gir grunnlaget for målestokkanalyse og kvalitetssikring. I prinsippet gir gode resultatindikatorer et grunnlag for arbeidsgiveren til å evaluere de profesjonelle, forutsatt at resultatindikatorerne er operasjonelt valide. På den ene siden kan resultatmålinger oppleves som urettferdige dersom ikke store deler av innholdet fanges opp, på den andre siden kan målingene bidra til ansvarliggjøring og motivasjon. Flere av sykepleierne var med i et ernæringsprosjekt, blant annet var vekt en resultatindikator. Ved å delta i et ernæringsprosjekt, bidrar det til ansvarliggjøringen av sykepleierne. I og med at ernæringsprosjektet i tidspunktet for intervjuene nylig var igangsatt, er det i denne sammenhengen lite empiri som gjør at det er meningsfullt å diskutere langtidsvirkningene ved målestokkanalyse. Men, motiverende mekanismer er med på å legge føringer på aktørenes beslutningssituasjon med en målsetning om å gi mer reflekterte handlinger. Måling av vekt kan være en slik føring. Ved endring av vekt krever det en skjønnsmessig vurdering fra sykepleieren, det avhenger av årsaken til endringen om hvilken intervensjon sykepleieren foretar.

For eksempel fortalte en av sykepleierne om en dement pasient som gikk ned i vekt. Sykepleieren foretok en vurdering og satte i gang tiltak.

5.5. Konklusjon.

Funnene i denne oppgaven kan kort oppsummeres på i følgende fire punkter:

- Når vedtaket skal endres opplever sykepleierne at de stort sett får gjennomslag for revurdering av vedtakene. Strukturelle mekanismer bidrar til å styrke tillitsforholdet mellom bestillerkontoret og sykepleierne.
- Kravet til produksjonen i utføreravdelingen er høyt samtidig som sykepleierne opplever at det ikke blir tatt hensyn til tiden det tar ved indirekte brukerrettet pasientarbeid. Flere av sykepleierne opplevde det som stressende.
- Sykepleierne oppfatter vedtaket som en ramme som ligger til grunn for tiden som skal brukes, og oppgavene som skal gjøres ute hos pasientene. Flere av sykepleierne gjør jobben uavhengig av estimert tid og bruker tiden de mener er riktig. Samtidig rapporterer de tilbake dersom den estimerte tiden ikke stemmer overens med tiden de bruker, det gjelder både når det er for mye tid, og tiden er for knapp.
- Sykepleierne utfører sykepleie i henhold til egne vurderinger om hva de mener er forsvarlig. Oppgavene er definert som en ramme i vedtaket, på bakgrunn av det lager de tiltaksplanene. Ansvarliggjøring av sykepleierne retter seg mot epistemiske mekanismer som har til hensikt å øke kvaliteten i resonnementet i utøvelse av skjønn

Kilder.

Busch, T. og Johnsen, E. og Klausen, K. K. og Vanebo J. O. (2011) Modernisering av offentlig sektor. Trender, ideer og praksiser. Universitetsforlaget.

Deloitte. (2012) Kostnader og gevinster knyttet til bestiller-utfører modellen.
<http://www.ks.no/PageFiles/26173/Bestiller%20-%20utf%C3%B8rer.pdf> (lest 05.10.2013).

Gerica pleie og omsorgssystem.

<http://www.tieto.no/branscher/helse-og-velferd/kommunal-helse-og-omsorg-tieto/gerica-pleie-og-omsorgssystem> (lest 07.10.2013).

Johnsen, Å. (2007). Resultatstyring i offentlig sektor: Konkurransen uten marked. Bergen: fagbokforlaget.

Kommunenes sentralforbund. (2004) Bestiller-utfører organisering i pleie – og omsorgssektoren – en veileder. Agenda utredning og utvikling AS.

http://old.ks.no/uoddb/docs/2344_034022_samlet%20webutgave%20veileder%20BUM%20rev270404.pdf (Lest 25.02.2013).

Lillehammer kommune, Forvaltningsrevisjonsrapport (2013). Ytes hjemmesykepleie i samsvar med vedtak og andre forutsetninger.

<http://www.irev.no/Global/IREV/Forvaltningsrevisjonsrapporter/Rapport%202013-01%20Hjemmesykepleie.pdf> (lest 07.10.2013).

Malterud, K (2011) Kvalitative metoder i medisinsk forskning 3. utgave. Universitetsforlaget.

Midtsundstad, T og Bogen, H, Fafo-rapport 2011: 08, Flere hender i pleie – og omsorg. Hvordan kan seniorpolitikken bidra.

Mintzberg, H. (1983) Power in and Around Organizations. Englewood Cliffs. Prentice – Hall.

Molander, A og Smeby, JC (red) (2013). Profesjonsstudier II. Universitetsforlaget.

Molander, A. & Terum, L.I. (red.) (2008). Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforlaget.

Oslo kommune, Bydel Bjerke

www.bydel-bjerke.oslo.kommune.no (Lest 06.10.2013).

Oslo kommune (2012) bydel Bjerke, hjemmetjenesten. [http://www.bydel-bjerke.oslo.kommune.no/getfile.php/bydel%20bjerke%20\(BBJ\)/Internett%20\(BBJ\)/Politikk/Folkev](http://www.bydel-bjerke.oslo.kommune.no/getfile.php/bydel%20bjerke%20(BBJ)/Internett%20(BBJ)/Politikk/Folkev)

algtoppl%C3%A6ring/HT%20-%20Folkevalgtsoppl%C3%A6ring%20BU%2016.02.12.pdf (Lest 02.12.2013).Oslo kommune Bydel Ullern (2011). Årsmelding 2011 fra Bydel Ullern

<http://www.oslo.kommune.no/getfile.php/oslo%20kommune%20%28OSLO%29/Internett%20%28OSLO%29/Dokumenter/%C3%85rsberetninger/2011/%C3%85rsberetning%202011%20Bydel%20Ullern.pdf> (Lest 16.10.2013).

Oslo kommune Bydel Vestre Aker (2011) Årsmelding for Bydel Vestre Aker 2011.

<http://www.bydel-vestre-aker.oslo.kommune.no/getfile.php/bydel%20vestre%20aker%20%28BVA%29/Internett%20%28BVA%29/Dokumenter/Plandokumenter/%C3%85rsberetning%20for%20Bydel%20Vestre%20Aker%202011%20trykket%5B1%5D.pdf> (Lest 16.10.2013).

Oslo kommune Helseetaten Folkehelse – og omsorgsavdelingen. Samlerapport for kvalitetsrevisjonene 2011

[http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Helseetaten%20\(HEL\)/Internett%20\(HEL\)/Samlerapport%20for%20kvalitetsrevisjonene%202012.pdf](http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Helseetaten%20(HEL)/Internett%20(HEL)/Samlerapport%20for%20kvalitetsrevisjonene%202012.pdf) (Lest 20.10.2013).

Oslo kommune (2004). Innføring av innsatsstyrt finansiering i Oslo kommune – Ny organisering krever nye finansieringsformer -

https://www.google.fr/search?q=isf+kristiansandmodellen&rlz=1C1SFXN_enFR499FR520&oq=isf+kristiansandmodellen&aqs=chrome..69i57.15023j0j7&sourceid=chrome&espv=210&es_sm=93&ie=UTF-8 (Lest 19.10.2013).

Oslo kommune, undervisningshjemmetjenesten.(2010) Innføring av behovsstyrt bemanning – fra vedtak til oppstart. www.bydel-bjerke.oslo.kommune.no (Lest 05.12.2013).

Norsk sykepleierforbund. (2008) Dette bør du vite om faglig forsvarlighet. www.sykepleierforbundet.no (Lest 01.10.2013).

Regjeringen (2005) NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt.

Regjeringen (2013) Helse- og omsorgsdepartementet. Helse- og omsorgstjenesteloven.

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-_og_omsorgstjenester_i_kommunene/helseogomsorgstjenesteloven.html?id=667453 (Lest 07.12.2013).

Regjeringen (2008 – 2009) St.meld.nr 47. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Tjora, A. (2010) Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Gyldendal akademisk.

Vabø, M. (2007) Organisering for velferd. www.nova.no (lest 08.10.2013).

Walsh, K. (1995). Public Services and Market Mechanisms. Competition, Contracting and the New Public Management. Houndsmills: MacMillan Press.

Vedlegg 1.

Intervjuguide.

Åpningsspørsmål.

Fortell om bakgrunnen din - hvor lenge har du vært sykepleier?

Hvor lenge har du arbeidet i hjemmesykepleien?

Har du spesialisert deg?

Hovedspørsmål.

Hvem samarbeider du med i pasientarbeid i din pasientkategori? Hvem utfører tiltakene du setter opp? Hvem samarbeider du med utenfor hjemmesykepleien og hvordan synes du det fungerer? Hvordan er rapporteringsrutinene?

Dette omhandler jo struktur og organisering, hvordan opplever du at du får gjennomslag for egne vurderinger når du mener at vedtaket skal endres?

Hvordan er forholdet ditt til bestillerkontoret? Og hvordan foregår kommunikasjonen?

Samstemmer tiden som er avsatt i vedtaket med tiden du bruker ute hos pasienten?

Hva gjør du når du mener at det for eksempel kreves mye lengre tid?

Har du krav til dekningsgrad? Hvordan opplever du det? Gjør det noe med prioriteringen din? For eksempel ved tiltakene?

Hva skjer når tiden ikke strekker til? Prioriterer du bort oppgaver?

Hvordan opplever du handlingsrommet ditt når du har et vedtak å forholde deg til?

Etter samhandlingsreformen, er det noen endringer?

Avslutningsspørsmål.

Er det noe du kunne ønske deg annerledes?

Stikkord

Kvalitetssikring.

Pasientansvar, type pasienter.

Krav til kvalitet i pleien, ansvarlighet.

Kompetanseheving.

Dokumentasjon.

Rekruttering.

