

MASTEROPPGAVE

Mastergrad i organisasjon og ledelse

Kvalitetsarbeid i pleie- og omsorgstjenesten

En studie om iverksetting av Internkontrollforskriften, Kvalitetsforskriften og Nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten

av

Hanne-Marie Heggdal

Juni 2010

Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgave i: organisasjon og ledelse

Tittel:

Kvalitetsarbeid i pleie- og omsorgstjenesten –

En studie om iverksetting av Internkontrollforskriften, Kvalitetsforskriften og Nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten

Engelsk tittel:

Quality Work in nursing and care service –

A study on the implementation of the Regulations for the Internal Social and health services, the Regulations of Quality in nursing and care services and the National Strategy for Quality Improvement in Social and health services.

Forfatter: Hanne-Marie Heggdal

Emnekode og emnenavn:

MR690 Masteroppgave i organisasjon og ledelse

Kandidatnummer:

5

Publisering i institusjonelt arkiv, HSF Biblioteket (sett kryss):

JA x Nei__

Dato for innlevering:

01.07.2010

Eventuell prosjekttilknytning ved HSF
Lokal velferdsløiing i system under press

Emneord (minst fire):

Iverksettingsteori
Kvalitetsarbeid
En lærende organisasjon
Pleie- og omsorgstjenesten

Tittel

Kvalitetsarbeid i pleie- og omsorgstjenesten -

En studie om iverksettingen av Internkontrollforskriften, Kvalitetsforskriften og den Nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten.

Sammendrag

I iverksettingslitteraturen skilles det ofte mellom to hovedretninger, disse omtales som ovenfra-og-ned ("top-down") og nedenfra-og-opp ("bottom-up"). Jeg presenterer disse to hovedretningene, og benytter Paul Berman (1980) og Richard Matland (1995) sine iverksettingsmodeller som utgangspunkt for min analyse. I deres modeller er situasjons- og læringsperspektivet sentralt.

Studien er gjennomført i to institusjons avdelinger og i hjemmetjenesten i en kommune. Metoden som er benyttet er kvalitativ metode og dataene er samlet inn gjennom samtaleintervju og dokumenter.

Iverksettingen på kommunenivå beskrives ved hjelp av Matland sin "uklarhet og konflikt"-modell. Iverksettingen er avhengig av ressurser og makt, og den beskrives som styrt ovenfra-og-ned. Vilkårene for læring på dette nivået er av teknisk, kulturell, etisk og politisk art.

I det praktiske hverdagsarbeidet viser studien at det er forskjeller ved iverksetting av kvalitetsarbeidet i institusjonsavdelingene og hjemmetjenesten. Forklaringene på dette ligger i løseligere struktur i hjemmetjenesten og ustabiliteten i omgivelsene. Berman beskriver dette som en nedenfra-og-opp prosess. I avdelingene på institusjon har de ikke disse utfordringene, og iverksettingen av kvalitetsarbeidet vil der være sterkere tilknyttet avdelingens faste strukturer og stabilitet. Berman beskriver dette som en ovenfra-og-ned prosess. Iverksettingen på avdelingsnivå kan også beskrives ved hjelp av Matland sin "uklarhet-konflikt" modell. Nasjonalt og kommunalt nivå legger føringer for kvalitetsarbeidet gjennom sine styringsdokumenter, men i den praktiske hverdagen er det aktørene og konteksten som gir kvalitetsarbeidet innhold. Dette beskriver Matland som en nedenfra-og-opp prosessen. Læringsperspektivet på dette nivået viser at kommunen har et forbedringspotensiale innenfor disiplinene systemtenking, personlig mestring, mentale modeller og gruppelæring, og at ledelse og organisering av tjenestene er av stor betydning for å nå målet om å være en lærende organisasjon.

Title

Quality Work in nursing and care service - A study on the implementation of the Regulations for the Internal Social and health services, the Regulations of Quality in nursing and care services and the National Strategy for Quality Improvement in Social and health services.

Abstract

The implementation literature often distinguishes between two main directions, these are referred to as top-down and bottom-up. I present these two main directions, and use Paul Berman (1980) and Richard Matland (1995) implementation models as a starting point for my analysis. In their models, the situation and learning perspective is important.

The study was conducted in two institutional units and in the home-care services in one municipality. The method which is used is qualitative method, and the data is collected through personal interviews and documents.

The implementation at the municipal level is described by Matland's "ambiguity-and-conflict" model. The implementation is dependent on the Resources and Power, and it is described as driven top-down. The conditions for learning at this level are of technical, cultural, ethical and political nature.

In practical everyday work, the study shows that there are differences in implementation of quality work in institution units and home-care services. The explanations for this lies in more loose coupling with the structure in the home-services and a greater instability in the environment. Berman describes this as a bottom-up process. In the institution units they have not these challenges, and implementation of quality work there will be stronger connected to the permanent structures and stability of the units. Berman describes this as a top-down process. The implementation at the unit level can also be described using Matland's "ambiguity-and-conflict" model. National and municipal level adds guidelines for quality work through their key documents, but in practical life it is the actors and the contextual conditions that give quality work content. Matland describes this as a bottom-up process. The learning perspective at this level indicates that the municipality can improve in the disciplines of systems thinking, personal mastery, mental models and team learning, and that management and organization of the services is of great importance in achieving the goal of being a learning organization.

FORORD

Denne masteroppgaven inngår som en del av masterstudiet i organisasjon og ledelse ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling for økonomi, leiing og reiseliv. Oppgaven utgjør 30 studiepoeng av de 120 som masterstudiet består av. Oppgaven er skrevet som en del av prosjektet ”Lokal velferdsleiing i system under press”, et NRF prosjekt under ledelse av professor Oddbjørn Bukve.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder professor Oddbjørn Bukve for god og konstruktiv veiledning, og fordi han inviterte meg med i prosjektet ”Lokal velferdsleiing i system under press”. Det har vært spennende og utviklende å få være en del av dette fagmiljø i denne tiden.

En stor takk går også til informantene som deltok i studien og fagutviklingssykepleier i kommunen som la til rette for intervjuene, uten dere ingen studie.

En takk går også til min arbeidsgiver, Høgskulen i Sogn og Fjordane avdeling for helsefag, for tildelt forskningstid. En særskilt takk til dekan Eva-Marie Halvorsen og ledergruppen i avdelingen.

Og til slutt takk til Harald, Kristine og Petter, å skulle forholde seg til en studerende kone og mor krever både tålmodighet og en stor porsjon godt humør.

Innvik, juni 2010.

Innhold

1	Innledning.....	3
1.1	Nasjonale føringer.....	4
1.2	Kvalitetsarbeid og kvalitetssystem.....	6
1.3	Tidligere studier om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten.....	7
1.4	Tidligere studie om iverksetting av offentlig politikk.....	10
1.5	Oppsummering.....	11
2	Teori.....	14
2.1	Kvalitet og dimensjonene i kvalitetsbegrepet.....	14
2.2	Ledelse - Total kvalitetsledelse – læring i organisasjoner.....	15
2.3	Å skape en lærende organisasjon.....	18
2.4	Kvalitetsutvikling og forbedringsarbeid.....	19
2.5	Organisasjon og kvalitetsarbeid.....	20
2.6	Utvikling av verksettingsteori.....	21
2.7	“Ovenfra-og-ned” og “nedefra-og-opp”.....	22
2.8	Paul Berman og Richard Matland.....	24
2.9	Læringsperspektivet ved iverksettingsstudier.....	29
2.10	Problemstilling og oppsummering.....	31
3	Metode.....	35
3.1	Vitenskapsteori og kvalitativ metode.....	35
3.2	Primærdata fra kommunen – samtaleintervju.....	37
3.3	Sekundærdata – dokumenter.....	38
3.4	Analyse og tolkning.....	38
3.5	Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet.....	39
3.6	Etiske utfordringer.....	41
3.7	Videre oppbygging av oppgaven.....	42
4	Fra nasjonale kvalitetsambisjoner til iverksetting på kommunenivået.....	44
4.1	Nasjonale dokumenter.....	44
4.1.1	Internkontrollforskrifen.....	46
4.1.2	Kvalitetsforskriften.....	47
4.1.3	Strategien.....	48
4.2	Kommunale dokumenter.....	49
4.2.1	Økonomiplan, 2010-2013.....	49

4.2.2	Handlingsplan – 2010-2013.....	50
4.2.3	Administrative dokumenter	52
4.3	Funn i studien.....	54
4.3.1	Nasjonale dokumenter.....	54
4.3.2	Kommunale dokumenter	58
4.4	Drøfting	61
4.4.1	Iverksetting av kvalitetsarbeidet på kommunalt nivå.....	62
4.4.2	Vilkår for læring på kommunalt og nasjonalt nivå	65
5	Kvalitetsarbeidet møter praksisfeltet	69
5.1	Utfordringer i pleie- og omsorgstjenesten.....	69
5.2	Organisering av kvalitetsarbeidet på avdelingsnivå.....	70
5.3	Det praktiske hverdagsarbeidet.....	75
5.4	Oppsummering av funn.....	79
5.5	Drøfting	80
5.5.1	Iverksetting av kvalitetsarbeidet i praksisfeltet	80
5.5.2	En lærende organisasjon.....	84
6	Oppsummering og avslutning	89
6.1	Oppsummering.....	89
6.2	Funn i studien vs tidligere studier	91
6.3	Videre forskning på temaet.....	93
	Litteraturliste.....	94
	Vedlegg.....	99

1 Innledning

Tema for oppgava er kvalitetsarbeid i pleie- og omsorgssektoren (PLO), tjenesten omfatter både institusjon og hjemmebaserte tjenester. Målet med oppgava er ikke å evaluere kvaliteten på tjenestene, men å få kunnskap om hvordan kvalitetsarbeidet blir iverksatt, og hvilken betydning ledelse og organisering av tjenestene har å si for dette arbeidet.

Bakgrunn for valg av tema og problemstilling er egne erfaringer som leder i pleie- og omsorgstjenesten fra begynnelsen på 1990-tallet og frem til 2005, et økt fokus på temaet innen forskning de siste 15 årene og ikke minst media sin omtale av kvaliteten på tjenestene.

Siden 1995 har vi hatt flere offentlige dokumenter som har avløst hverandre i å sette fokus på kvalitetsarbeidet i de kommunale helse- og sosialtjenestene. For å avgrense oppgaven sitt omfang har jeg valgt å se på iverksetting av Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (Internkontrollforskriften 2003) og forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (Kvalitetsforskriften 2003) og Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (Strategien 2005). Internkontrollforskriften skal ha fokus på ”systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes” (§3). Kvalitetsforskriften ”skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester [...] får ivaretatt sine grunnleggende behov” (§1). Målet med Strategien er å skape tjenester av god kvalitet, og den sier i sin innledning at hovedansvaret for at dette skjer ligger hos ledelsen av tjenestene.

Fra 1990-tallet og frem til i dag har det skjedd store endringer både i ansvar og organisering av tjenestetilbudet og i lovverket som styrer tjenestene. Tjenestetilbudet har vokst i omfang og brukerne sine behov har endret seg. Kommunene får stadig nye brukergrupper å forholde seg til, som følge av omlegginger andre plasser i det offentlige systemet og kortere liggetid ved sykehusene. En ser en forskyvning fra velferdsstat til velferdskommune (Romøren/Svorken 2003). Ledelsefilosofier som New Public Management (NPM), Total kvalitetsledelse (TKL) og verdibasert ledelse (VB) påvirker tjenestene og ledere av tjenestene. Rapportsystemene i tjenestene øker i omfang fra ordinære regnskapstall til måling av kvalitetsindikatorer, og nå i den senere tid har det blitt snakk om etiske regnskap (Offerdal 2005). Kommunene rapporterer inn til staten gjennom KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering) og IPLOS (Individbasert Pleie- og

Omsorgsstatistikk), og det lages statistikker og dokumenter som skal beskrive situasjonen i pleie- og omsorgstjenestene. Statens Helsetilsyn fører tilsyn med kommunehelsetjenesten, og Riksrevisjonen lager rapporter om kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten. I kommunene har organisasjonsutvikling, omorganisering, effektivisering, prioritering og kvalitetssystemer stått på dagsorden, de siste 15-20 åra, for å sikre og bedre kvaliteten på tjenestene.

Et av tiltaka som Regjeringa har satt i gang som en følge av et økt fokus på kvalitet i tjenestene er Undervisningssykehjem og Undervisningshjemmetjeneste. I 1996 ble ideen om et Undervisningssykehjemsprosjekt konkretisert for første gang gjennom det Nasjonale geriatriprogrammet. I 2009 kom et liknende prosjekt Undervisningshjemmetjenesten som en følge av Omsorgsplan 2015. Fra 2010 har en Undervisningssykehjem og Undervisningshjemmetjeneste i alle fylker i landet. Et av hovedmålene til disse er ”å bedre kvaliteten i tjenestene”. De skal med dette være sentrale og viktige bidragsyttere for å øke kvaliteten på pleie- og omsorgstjenestene ut mot andre pleie- og omsorgstjenester i landet. Innenfor dette ligger det også at de skal omdanne konkrete erfaringer til kunnskap som gir grunnlag for blant annet organisering og ledelse, og de skal jobbe systematisk for å skape gode læringsarenaer på arbeidsplassen. Min studie blir gjennomført i en kommune hvor institusjonen har hatt status som Undervisningssykehjem i noen år, og hvor hjemmetjenesten får status som Undervisningshjemmetjeneste i den perioden studien ble gjennomført. Dette skaper en forventning om at kvalitetsarbeidet er iverksatt i kommunen som inngår i studien.

1.1 Nasjonale føringer

Tre sentrale dokument i dette arbeidet er Internkontrollforskriften, Kvalitetsforskriften og Strategien. Disse griper inn i hverandre og skal være virkemidler i kvalitetsarbeidet i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Internkontrollforskriften retter fokus mot den enkelte virksomhets egne systemer, mot ledelse og organisering. Kvalitetsforskriften har fokus på brukeren og den enkelte ansatte og Strategien har som målsetting å bygge ”bro” mellom disse to forskriftene. Den skal styrke både bruker, utøver, ledelse og organisering av tjenestene.

Loven om statlig tilsyn med helsetjenesten påla all helsetjeneste å etablere et system for internkontroll fra og med 1994 (IS-1183, 2004). Dette pålegget ble senere utvidet til å omfatte deler av sosialtjenesten og den 01.01.2003 trådte Internkontrollforskriften i kraft. I denne forskriften stilles det krav til virksomheter i helse- og sosialtjenesten om systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. I prinsippet ligger ansvaret for internkontrollen hos kommunens øverste ledelse, men i hverdagen er den praktiske gjennomføringen delegert til den som har lederansvaret for tjenesten den omfatter. Internkontrollforskriften retter søkelyset mot tjenestenes egne systemer.

Den første Kvalitetsforskriften kom i 1997, og var hjemlet i Lov om helsetjenesten i kommunene (Kommunehelsetjenesteloven). Den 1.juli i 2003 trådte Kvalitetsforskriften slik vi kjenner den i dag i kraft, denne er hjemlet både i Kommunehelsetjenesteloven og i Lov om sosialetjenester m.v.(Sosialtjenesteloven). Dette ble gjort for å harmonisere regelverket for disse tjenestene. Erfaringer fra den første Kvalitetsforskriften var at det ofte ble kunstige skiller mellom pasienter. En pasient som hadde fått vedtak om tjenester etter Sosialtjenesteloven (plass på aldershjem eller praktisk bistand i hjemmet) hadde ikke samme rettigheter i forhold til Kvalitetsforskriften som en pasient med vedtak om tjenester etter Kommunehelsetjenesteloven (plass på sykehjem eller hjemmesykepleie). Kvalitetsforskriften er en prosessuell forskrift, det vil si at den i utgangspunktet ikke gir brukerne av pleie- og omsorgstjenesten materielle rettskrav, men at det stilles krav til tjenesten om å utarbeide skriftlige prosedyrer for å tilfredsstille brukerne sine grunnleggende behov. En sentral målsetting for forskriften er at brukernes behov skal stå i sentrum for de tjenestene som blir tildelt.

Strategien ”...og bedre skal det bli” kom i 2005, og den har et tidsaspekt på 10 år (2005-2015). Føringerne for Strategien finner en i Regjeringa sin politikk som blir presentert i flere offentlige dokumenter, de årlige statsbudsjettene og Nasjonal Helseplan. Gjeldende lovverket og forskrifter legger også føringer for innholdet i Strategien. Den har blant annet som mål å styrke både brukeren og utøveren og å forbedre ledelse og organisasjon. Arbeidet skal ha fokus på hvordan tjenestene ytes, er organisert og ledes. Kvalitetsforbedringsarbeidet skal ikke komme i tillegg til andre oppgaver, men være en del

av det daglige arbeidet i organisasjonen. Strategien i seg selv er ikke et myndighetskrav som kommunene er forpliktet til å etterleve, men direktoratet har en klar forventning om at kommunene følger opp arbeidet som denne strategien omhandler. Kommunene er selvstendige forvaltningsenheter med ansvar for utforming, organisering og innhold i tjenestene sine og strategien gir uttrykk for forventninger fra statlige myndigheter til dette arbeidet. I det videre arbeidet med Strategien har Sosial- og helsedirektoratet, gjennom arbeidsgrupper bestående av erfarne fagpersoner og ledere, laget praksisfeltets egne anbefalinger for å iverksette Strategien. To av de områdene det settes fokus på er interessante for min studie: ”forbedre ledelse og organisasjon” og ”styrke utøveren”. I dette arbeidet er det viktig, og helt avgjørende for at en skal lykkes, at ledere har kompetanse om hvorfor og hvordan dette arbeidet skal gjennomføres. Et annet viktig moment for å lykkes er at utøveren av tjenestene også har kunnskap og kompetanse til å iverksette og evaluere kvalitetsarbeidet.

Samtidig med at denne strategien kom inngikk Kommunenes Sentralforbund (KS) en ny fireårig avtale med Regjeringa om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten (2006-2015). Avtalen er forankra i konsultasjonsordningen mellom regjering og kommunesektoren (St.m. 25, 2005-2006), og den skal evalueres årlig. En av målsettingene i konsultasjonsordningen har vært å redusere bruken av sterke statlige styringsvirkemidler ved å etablere enighet om prioriteringer knyttet til kommunesektoren sine ressurser. I avtalen blir det lagt vekt på tverrfaglig kompetanseheving, kommunal planlegging og organisasjons- og ledelsesutvikling. Både KS og regjeringa ser et stort potensial i å øke og bedre kvaliteten på tjenestene gjennom denne avtalen.

1.2 Kvalitetsarbeid og kvalitetssystem

Kommunene er selvstendige forvaltningsenheter med ansvar for utbygging, utforming og organisering av pleie- og omsorgstjenestene, i dette ligger det også et ansvar for kvalitetsarbeidet. Kvalitetspolitikken til kommunen skal komme fra øverste ledelse og handle om formålet med tjenestene, tjenestens hovedoppgaver, verdiene og visjonene til kommunen (Arntzen 2007).

I hverdagen er ansvaret for kvalitetsarbeidet delegert til lederne for den enkelte tjeneste. Dette betyr at iverksetting av forskriftene og den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring er en av lederens viktigste oppgaver i pleie- og omsorgstjenesten. Med kvalitetsarbeid menes det ikke bare utvikling og oppbygging av systemer, men også det å skape arenaer og et klima for læring i organisasjonen. Mange ledere opplever at dette er et utfordrende arbeid som er pålagt dem innenfor stramme økonomiske rammer. Dette kan resultere i at områder som for eksempel kompetanseheving og internopplæring blant personale blir nedprioritert til fordel for fokus på oppbygging av egne kvalitetssystem (Strategien).

Kvalitetssystemet er lederens verktøy for å sikre at roller og oppgaver avklares, kvalitetsnivået bestemmes, følges opp og forbedres ved behov. Ved etablering av systemet er det viktig at en tar utgangspunkt i egne aktiviteter, prosesser og erfaringer (Arntzen, 2007). Ledere av tjenesten har ansvar for utvikling av dette verktøyet for tjenestene. Dette systemet inneholder en beskrivelse av organisasjonen, hvem som har ansvar for hva, skriftlige prosedyrer for hvordan tjenestene skal utføres, evaluering og avvikshandtering. I tillegg vil en som leder ha ansvar for dokumentasjon av kompetansen som trengs og hvordan fagutvikling gjennomføres/drives i virksomheten. Kvalitetssystemet skal også inneholde en plan for kvalitetsutvikling og forbedringsarbeid. Kvalitetssystemet er et viktig redskap for å oppnå administrativ og faglig styring med virksomheten. Kommunene er pålagt å ha dette systemet gjennom Internkontrollforskriften og staten fører kontroll med kvalitetssystemet gjennom Helsetilsynet i fylkene (Huseby/Paulsen 2009).

1.3 Tidligere studier om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten

Prosjektet ”Kvalitetsarbeid i kommunal pleie- og omsorgstjeneste” startet i 2006 og i juli 2008 ble den første artikkelen (Kjøs/Botten/Romøren 2008) fra prosjektet publisert. Målet med prosjektet er å få kunnskap om kvalitetsforbedringsarbeid i eldreomsorgen i Norge. Prosjektet har kartlagt hvilke type kvalitetsforbedringsaktiviteter som er i bruk, og om variasjonen i disse aktivitetene kan forklares i leders utdanning, erfaring som leder, type tjenester (institusjon og hjemmebaserte tjenester) eller i kommunestørrelse.

Data er samlet inn gjennom telefonintervju av 64 førstelinjeledere i pleie- og omsorgstjenesten i 32 kommuner i Norge, tall fra Statistisk sentralbyrå og kommunenes hjemmesider.

Undersøkelsen har kjernekomponentene i ledelsesfilosofien Total Kvalitetsledelse (TKL), som et utgangspunkt. Disse er sett opp imot et sett på 13 variabler (kvalitetsforbedringsaktiviteter) og 4 uavhengige variabler (formell utdanning, ledererfaring, sektor og kommunestørrelse). Resultatene, målt opp mot kjernekomponentene, viser at de fleste ledere prioriterer (77-84 %) og engasjerer (56%) seg i dette arbeidet, ansattes deltakelse er stor (34-53 %), og at brukerne er i fokus gjennom brukerundersøkelser (52%). De komponentene som får lavest score er de som i TKL blir omtalt som faktabasert ledelse (å anvende kunnskap og resultater fra tidligere rapporter og kartlegginger i forbedringsarbeidet (0-34 %) og kontinuerlig forbedring gjennom bruk av bestemte arbeidsmetoder (flyt skjema, 14% og Demings sirkel, 6%). En av forklaringene på dette kan være utdanningstidspunktet for lederen av tjenestene. Kvalitetsforbedringsarbeid kom først inn som en del av grunnutdanningene etter 2000, og de fleste av lederne (59 av 64) hadde sin utdanning fra før dette tidspunktet.

Artikkelen konkluderer videre med at av de uavhengige variablene som er brukt, så er det kommunestørrelsen som er mest utslagsgivende for forbedringsarbeidet. Små kommuner scorer lavest på bruk av de tekniske aktivitetene/arbeidsmetodene (flytskjema og Demings sirkel) i forbedringsarbeidet. Dette kan forklares med at det TKL som filosofi er bedre implementert i store kommuner. Store kommuner kan ha et større behov for styring og kontroll, gjennom kontrollsystemer, i motsetning til små kommuner som har større nærhet til brukerne og dermed lettere kan ha kontroll med praksis og å avdekke avvik. Både organisering, tilgang til fagpersonale og nettverksbygging blir trukket frem som fordeler som store kommuner kan ha. Rapporten trekker opp noen faktorer som bør sees på i fremtidige studier for å finne flere svar på spørsmåla omkring kvalitetsforbedringsarbeidet i PLO. Noen av disse kan være aktuell for min studie som: ”i hvor stor grad er kvalitetsforbedringsfilosofien implementert i PLO, og har dette noe med hvordan den er blir presentert i organisasjonen og brukt av ledere?”, ”har ledere og ansatte kunnskaper og opplæring i å bruke aktivitetene?”. I PLO finner vi ofte mange ansatte pr leder, og mange

av de ansatte har svært små stillingsprosjekter (St.meld. nr.25, 2005-2006), har dette betydning for implementeringen?

Mia Vabø (2002) har i sin studie "Kvalitetsstyring og kvalitetsstrev. Nye styringsambisjoner i hjemmetjenesten" studert styringsdiskursens betydning for hvordan kvalitetsideen har blitt innført og omsatt i praksis i den hjemmebaserte tjenesten. Studien har to deler, første del er en kartlegging av kvalitetsarbeidet som blir gjort blant ledere og utviklingskonsulenter. I den andre delen av prosjektet ser hun nærmere på hvordan dette arbeidet "lander" i en praktisk hverdag i 5 kommuner/distrikter. Utgangspunktet for prosjektet er føringer fra sentrale myndigheter om kvalitetsarbeid i pleie- og omsorgstjenesten. I første fase av studien ble det foretatt intervju av administrative ledere i 30 tilfeldig valgte kommuner/distrikter. I den andre fasen av studien ble det gjennomført intervju av ansatte i fem av disse kommunene/distriktene. Dette var kommuner/distrikter som hadde erfaring med kvalitetsarbeid. Intervjuobjektene her var ledere, interne utviklingskonsulenter og ansatte i hjemmetjenesten.

Studien viser at aktørene i tjenesten har ulike ideologiske ståsteder. Mens ledere og utviklingskonsulenter ser tjenesten i lys av en importert managementideologi, så holder de ansatte fast ved tidligere velferdspolitiske idealer og praksisformer. "Disse to diskursene tegner et ulikt bilde av hva hjemmetjenesten er, og hva som må til for å sikre hjelpemottakerne god kvalitet" (s.10). Pådriverne av kvalitetsarbeidet er inspirert av ideen om "total kvalitetsledelse", og tolkningen av denne preges av tidligere erfaringer og posisjon. Vabø finner at ledere og ansatte i tjenestene opplever og tolker arbeidet med kvalitetsideen på forskjellig måte. Mens ledere er opptatt av å skape en tydeligere tjeneste for å få bedre innsyn og kontroll, de "harde" aspektene ved TKL, så er det de "myke" aspektene (ansvarlighet, deltakelse og engasjement) ved ideen som skaper entusiasme hos de ansatte. Dette er interessante funn i forhold til min studie hvor elementene i TKL filosofien vil være sentral. Skaper denne filosofien uklarhet blant de ansatte? Er de velferdspolitiske utfordringene og institusjonelle særegenhetene i omsorgstjenesten så spesielle at denne filosofien er vanskelig og kanskje umulig å implementere? Tjenesten krever også et visst beredskapselement, det handler om å "redde" pasientene og handtere det uforutsette i en travel hverdag, er dette forenelig med elementene i TKL?

1.4 Tidligere studie om iverksetting av offentlig politikk

Studie ”Iverksetting av ”Handlingsplan for eldreomsorgen” i kommunene i Nord-Trøndelag” (Romøren/Svorken 2003) har studert hvordan idealer og målsettinger i handlingsplanen fikk bryne seg mot den kommunale hverdagen, og hvilke resultater den gav på lokalt nivå. Målene til handlingsplanen var å styrke hjemmetjenesten, bygge ut omsorgsboliger, øke sykehjemskapasiteten og legge til rette for enerom i sykehjem. Bakgrunnen for idealene i handlingsplanen hadde sitt opphav i en tidligere rapport (NOU 1992:1) hvor boliggyringstanken i eldreomsorgen var sentral. Her var konklusjonene at kommunene i fremtiden skulle satse på ulike former for omsorgsboliger istedenfor aldershjem. Tjenestemottakeren skulle selv ha ansvar for og betale for boligdelen i tjenestetilbudet enten han hadde omsorgsbolig eller bodde på sykehjem.

Studien viser at iverksettingsarbeidet både bar preg av å være ovenfra-og-ned (beslutningsorientert) styrt gjennom økonomiske virkemidler, sterk statlig styring og kontroll. Samtidig viser den at prosessen også har vært neden-fra-og-opp (prossorientert) styrt, da kommunene selv utformet planene sine og gjorde egne valg i hva de ville prioritere av type bygninger (boliger eller institusjoner). Kommunene greide gjennom denne prosessen å få Staten og Husbanken til å endre sine retningslinjer for tildeling av midler. Studien viser at sentrale faktorer som påvirket prosessen var kommunene sine forutsetninger for gjennomføring (PLO sin historie og utvikling, topografi og kommunestørrelse), diskusjoner innad i kommunen om ulike løsningsforslag, ”ildsjeler” blant ansatte og politikere/innbyggere, kommunalt initiativ og den statlige styringen.

Studien viser også at kommunestørrelsen virker inn på hvilke løsninger en valgte. I store kommuner ble det primært bygd boliger, i mellomstore kommuner en kombinasjon av boliger og institusjon, mens noen av de små kommunene valgte institusjonsplasser. Studien viser at det er en sammenheng mellom tjenesteprofil og kommunestørrelse. I større kommuner har omsorgsideologiske synspunkter påvirket valgene både når det gjelder type bolig og beliggenhet, store kommuner er sterkere boligorienterte enn små kommuner. Disse synspunktene påvirket også framdriften i arbeidet, og de skapte en mer konfliktfylt prosess. I tråd med en prossorientert iverksettingsteori ble idealene som Regjeringa la til grunn for Handlingsplanen endret i møte med hverdagen i kommunene, dette førte til en læringsprosess både lokalt og nasjonalt. Iverksettinga av Handlingsplanen ble derfor mer

vellykket enn den ellers kunne ha blitt. Hvordan skjer så iverksettingen av kvalitetsarbeidet i pleie- og omsorgstjenesten? Styres iverksettingen gjennom beslutninger ovenfra-og-ned eller skjer det gjennom prosesser nedenfra-og-opp? Eller er den en kombinasjon av disse prosessene, og at dette avhenger av aktørene som deltar og omgivelsene til pleie- og omsorgstjenestene?

1.5 Oppsummering

Kjøvs m.fl.(2008) har i sin studie sett på hvilke aktiviteter som er i bruk i kvalitetsforbedringsarbeidet i pleie- og omsorgstjenesten, og om bruk av disse aktivitetene kan forklares med bakgrunn i egenskaper ved 1.linjeledere, tjenestested og kommunestørrelse. Disse aktivitetene knyttes til kunnskap om ledelsesfilosofien Total kvalitetsledelse (TKL). Det er ledernes tilnærming til iverksetting av kvalitetsarbeidet gjennom bruk av komponentene i TKL som har vært i fokus i studien. Vabø (2002) har i sin studie intervjuet ledere, kvalitetskonsulenter og ansatte om deres arbeid og erfaringer med kvalitetsarbeidet i hjemmetjenesten. I denne studien har hun prøvd å få tak på hva som skjer når kvalitetsarbeidet lander i den praktiske hverdagen. Gjennom å sitere fra intervjuene formidler hun de ansattes ansvarlighet, deltakelse og engasjement i arbeidet. Vabø omtaler dette som de ”myke” aspektene ved TKL og hun knytter disse opp til velferdspolitiske idealer. Studien viser også at ledere er mer opptatt av de ”harde” aspektene, som innsyn og kontroll, ved TKL.

Romøren og Svorken (2003) formidler i sin studie at iverksetting av offentlig politikk i kommunene både er beslutningsorientert (ovenfra-og-ned) og prosessorientert (nedenfra-og-opp), og at denne kombinasjonen har en positiv effekt på iverksettingen. Det som skjedde i kommunene skapte en læringsprosess både på lokalt og nasjonalt nivå. Kanskje er det denne kombinasjonen som er mest fruktbar når offentlig politikk skal iverksettes på lokalt nivå? Utgangspunktet for de beslutningsorienterte iverksettingsteoriene er det overordnede styringssystemet sine oppgaver og interesser. Hva har kommunen på politisk og administrativt nivå gjort for å iverksette prosessen? Vurderingskriteriet for at denne prosessen skal være vellykket er at det er samsvar mellom de overordnede målene og resultatet lokalt med det målet at statlig styring skal gjøres effektivt. Skulle iverksettingen

av kvalitetsarbeidet være prosessorientert vil dette være en prosess hvor kommunene skulle tilpasse seg den statlige styringen gjennom forhandlinger og kompromisser på lokalt nivå. Vurderingskriteriene her er mer sammensatt. Det vil ikke alene være nok at de overordnede målene med kvalitetsarbeidet blir nådd, men at det også foregår en fornuftig endring i forvaltningspraksisen i pleie- og omsorgstjenesten. Og at de som skal gjennomføre iverksettingen lærer av det som skjer (Romøren/Svorken 2003). Dette er en prosess hvor man gjennom kunnskap og forståelse forbedrer organisasjonen. I Ledelsesfilosofien TKL er læring i organisasjoner et viktig element.

Læringsperspektivet er blitt en fellesnevner for nyere iverksettingsstudier. For at læring skal skje trekkes det fram fire vilkår: tekniske, kulturelle, etiske og politiske (Offerdal 2005). De tekniske vilkår handler om kvaliteten på tilbakemelding til staten om iverksatt politikk, eksempler på dette i PLO er rapporteringssystemene KOSTRA og IPLOS. De kulturelle vilkårene handler om at informasjonsflyten i organisasjonen blir preget av den kulturen en har, eksempler på dette er hvor lett eller vanskelig det er å melde om avvik. De etiske vilkårene handler om etikken i eller omkring iverksetting av politikken og etiske problemstillinger knyttet til dette. Og de politiske vilkårene handler om generalistkompetansen som kommunen har, om samordning og prioritering blant mange politiske vedtak som er vedtatt på statlig nivå.

Målet med min studie er å få kunnskap om hvordan kvalitetsarbeidet blir iverksatt i pleie- og omsorgstjenesten, og hvilken betydning ledelse og organisering av tjenestene har å si for dette arbeidet. Denne oppsummeringa har avdekket følgende spørsmål:

- Hvordan følger kommunen opp, på politisk og administrativt nivå, de nasjonale dokumentene for kvalitetsarbeidet?
- Hvordan forstår de forskjellige organisasjonsleddene sin rolle i dette arbeidet?
- Er det forskjeller mellom institusjon og hjemmebaserte tjenester i dette arbeidet?
- Blir alt styrt ovenfra eller blir personalet involvert i denne prosessen?
- Vil iverksettingsteoriene til Berman og Matland kunne anvendes for å forklare hva som skjer ved iverksetting av kvalitetsarbeidet?
- Hvordan ser kvalitetsarbeidet ut i den praktiske omsorgshverdagen?

- Legger en til rette for undervisning og opplæring? Jobber leder og ansatte sammen, teamarbeid? Hvordan er læringsklimaet i organisasjonen?
- Finner jeg likheter eller forskjeller i min studie sett i forhold til tidligere studier om temaene ”kvalitetsarbeid i pleie- og omsorgstjenesten” og ”iverksetting av offentlig politikk i kommunalsektor”?

I tillegg til dette kapittelet har oppgaven 5 kapitler. I kapittel 2 blir det gjort rede for teorier omkring begrepet kvalitet, ledelse, læring i organisasjoner og iverksetting. Kapittelet blir avsluttet med en presentasjon av problemstillingen til studien og spørsmål knyttet opp til denne. I kapittel 3 blir metodevalget presentert, og det gjøres rede for studien sin troverdighet, bekreftbarhet og de etiske utfordringene. Kapittelet avsluttes med en beskrivelse av den videre oppbygningen av oppgava og forskningsspørsmålene som knyttet til problemstillingen. I kapittel 4 presenteres og drøftes de nasjonale kvalitetsambisjonene og iverksettingen på kommunenivå. I kapitel 5 presenteres og drøftes kvalitetsarbeidet sitt møte med praksisfeltet. I kapittel 6 oppsummeres funnene, og de knyttes opp til tidligere studier. Avslutningsvis presenteres det noen tanker om fremtidig forskning innen temaet for studien.

2 Teori

I dette kapitlet gjør jeg rede for kvalitetsbegrepet, ledelse og læring i organisasjoner, Senge (2004) sin teori for å skape en lærende organisasjon, kvalitetsutvikling og forbedringsarbeid og hvordan en ved hjelp av organisasjonsteori kan forstå og forklare det som foregår i organisasjoner. Videre vil jeg presentere utviklingen av iverksettingsteorier, Paul Berman (1980) sin teori om programmert og tilpassa iverksetting og Richard Matland (1995) sin ”uklarhet og konflikt” modell da jeg ser at disse to teoriene kan være med å forklare hvordan og hvorfor iverksettingen skjer. I nyere iverksettingsstudier er situasjons- og læringsperspektivet sentralt, dette kommer frem i disse to teoriene. Kapitlet avsluttes med en presentasjon av problemstillinga til oppgava hvor jeg knytter teori til spørsmålene som er presentert i kapittel 1.

2.1 Kvalitet og dimensjonene i kvalitetsbegrepet

Begrepet kvalitet er i betydelig grad verdiladet og subjektivt. Dette kan føre til at elementer i dette arbeidet kan komme i konflikt med hverandre, og at kvaliteten kan være vanskelig å vurdere (Øgard/Hovland, 2004). Hensikten med kvalitetssystemer er å drive en forsvarlig utøvelse av tjenesten i overensstemmelse med myndighetenes krav. Å drive kvalitetsutvikling er en kontinuerlig prosess som stadig må tilpasse seg samfunnets behov og krav.

Kvalitet kan defineres som: ”en helhet av egenskaper og kjennetegn et produkt eller en tjeneste har, som vedrører dets evne til å tilfredsstille fastsatte krav eller behov som er antydnet” (NS-ISO 8402). Arntzen (2007) skriver at begrepet kvalitet har 3 dimensjoner: en er knytta til opplevelsen, en til det faglige innholdet og den tredje til selve tilretteleggingen og ledelsen av tjenesten. Problemstillinga til oppgava setter fokus på den tredje av disse dimensjonene: tilrettelegginga og ledelsen av tjenesten. Denne dimensjonen vil påvirke utfallet av de to første dimensjonene, hvordan ansatte og brukere opplever kvaliteten og hvordan det faglige innholdet eller egenskapene til tjenestene er. Med faglig innhold og egenskaper menes her forskning, brukermedvirkning og prosedyrer.

2.2 Ledelse - Total kvalitetsledelse – læring i organisasjoner

Organisasjonsteoretikere har siden slutten av 1800-tallet studert og beskrevet styringssystemer i organisasjoner, og i så måte er ikke systematiske inspeksjoner og kontrollsystemer noe nytt. I dette bildet av organisasjonsteorier som har utviklet seg og blitt til gjenstand for studier er ledelsesfunksjonen og hva denne inneholder sentralt. Ledelse er en prosess mellom mennesker. Hensikten med disse prosessene er å få andre (medarbeidere) til å gjøre noe for å nå organisasjonens mål (Jacobsen/Thorsvik 2002). Personer som er ansatt som ledere i pleie- og omsorgstjenesten (PLO) har ofte både en administrativ funksjon og en ledelses funksjon. Den administrative funksjonen legger blant annet vekt på planlegging, fordeling av ansvar, kontroll og problemløsning. Ledelsesfunksjonen legger vekt på dimensjoner som å skape visjoner, motivasjon, engasjement, empati og innlevelse (ibid). I kvalitetsarbeidet i organisasjonen er det en lederoppgave å ivareta både den subjektive opplevelsen av kvalitet og det objektive faglige innholdet (Arntzen 2007). Kvalitetsledelse handler om å styre organisasjonen etter et styringsideal som har kunden/brukeren, medarbeideren og prosessene i organisasjonen i fokus. Gjennom dette har en som mål å skape en kultur for forbedring og et klima for utvikling og selvstendighet hos den enkelte medarbeider (Adam/Hansson, 2002).

Total kvalitetsledelse (TKL) er en ledelsesfilosofi med røtter i japanske industri som nådde vesten i 1980-åra (Strand 2001; Vabø 2002). Fra å være en ledelsesfilosofi i industribedrifter verden over finner vi den nå innenfor de fleste typer organisasjoner. Dette kommer til uttrykk både i offentlig politikk, forskning og i lærebøker for sosial- og helsetjenesten. Måla i Strategien bygger på det som er kjernen i TKL: kundeperspektivet, teamarbeid, kostnadseffektivitet, faktabasert ledelse og kontinuerlig forbedring (Levin/Klev 2002; Vabø 2002).

Målet med TKL er at kvalitetsbegrepet skal gjennomsyre hele organisasjonen, og at en skal flytte fokuset fra ekspertene til kunden. I pleie- og omsorgstjenesten vil dette være fra fagpersonale til pasientene/brukerne. Teamarbeid innebærer at både ledere og ansatte i organisasjonen skal involveres i dette arbeidet. Et annet begrep som blir brukt om dette er kvalitetssirkler hvor ledere og ansatte jobber i grupper for å løse kvalitetsutfordringer. Skal en lykkes med omstilling – og utviklingsprosesser må alle ansatte på alle nivå og i alle

funksjoner i organisasjonen være en del av dette arbeidet (Levin/Klev 2002). Gjennom dette skapes det en kultur i organisasjonen for kvalitetsarbeid, det blir styrt ovenfra-og-ned (top-led), men gjennomført nedenfra-og-opp (bottom-fed) (Vabø 2002). Lederen må ha kunnskap om hva som hemmer og fremmer læring, og hva som skal til for å skape en lærende organisasjon. ”En lærende organisasjon er en plass hvor mennesker kontinuerlig finner ut hvordan de skaper sin egen virkelighet, og hvordan de kan forandre den” (Senge i Jacobsen/Thorsvik 2002, s.327).

Den kostnadseffektive siden ved TKL er kanskje den siden som skaper de største diskusjonene blant personalet. Tanken bak dette er at organisasjonen skal produsere kvalitet til lavest mulig kostnad. En kan snu på dette å si at det handler om å utnytte ressursene på en best mulig måte slik at en får mest mulig igjen for de ressursene en har. Tanken er at kvalitetsforbedring vil redusere sløsing og dermed også kostnader (Levin/Klev 2002). ”God ressursutnyttelse betyr å tilby rett tjeneste, til rett bruker, på rett måte og til rett tid” (Strategien, s.24). For at kvalitetsforbedring skal skje er det viktig at arbeidet er planlagt og at det bygger på pålitelig kunnskap. Tanken er at kvalitetsarbeidet skal gjennomføres og dokumenteres slik at det er mulig å kontrollere dette, og derigjennom kunne avdekke eventuelle mangler eller avvik for så å kunne korrigere disse. Avvik i systemene blir forklart med feil i systemet og ikke hos enkeltindivider (Øgard/Hovland 2004). Det siste av de fem punkta i TKL er forbedringsarbeidet i organisasjonen. Tanken her er at en aldri gjør seg ferdig med kvalitetsarbeidet, og at det må være en kontinuerlig prosess som forutsetter aktive og deltakende medarbeidere.

Kritikken av ledelsesfilosofien TKL har selvfølgelig ikke uteblitt. Kritikere har hevdet at TKL ikke handler om å gi ansatte mulighet for selvrealisering, men at det er å utnytte og intensivere arbeidskraft. Et av spørsmåla som blir stilt er om dette er en ledelsesfilosofi som er i ”slektskap” med New Public Management filosofien (NPM). Både TKL og NPM kan ”sies å være budbærere av en styringsmentalitet som legger til grunn at offentlige institusjoner kan forstås som om de var private bedrifter i et marked” (Vabø 2002, s.44-45) hvor effektivisering og rasjonalisering er målet. Det blir hevda at TKL er en filosofi i retorisk ”fløyelsinnpakning” hvor det skjuler seg en autoritær styringsideologi bakom. Den er vanskelig å overføre fra industri til offentlig sektor, og at den i helsevesenet kan brukes

som en strategi for å begrense helseprofesjoners makt (ibid). Karlsson (2002) har i sin artikkel ”TQM, individen och kollektivet” stilt spørsmål om menneskesynet til TKL flyter sammen med produksjonsprosessen.

Til tross for skepsis og kritikk mot TKL vil styrken til denne ledelsesfilosofien være vinklingen den har mot kontinuerlige omstillingsprosesser hvor både ledere og medarbeidere deltar. Læringsprosessen i dette arbeidet blir sentral for at en skal lykkes. Leder og ansatt må ha tillitt til hverandre, ansatte må bli sett og hørt og dialogen blir et sentralt redskap for å få dette til. Visjoner, motiver og mål som skal styre dette arbeidet må eies av alle og gode læringsarenaer må skapes. Målet må være at en gjennom dette arbeidet skal skape reflekterte praktikere og en lærende organisasjon. Erfaringer fra slik arbeid viser at forhold i organisasjonen kan både fremme og hemme læring. Med forhold menes her organisasjonen sine mål, struktur, kultur og maktforhold (Jacobsen/Thorsvik 2002). Både ledere og ansatte bærer med seg en individuell kompetanse. For å skape en lærende organisasjon er det viktig at denne kompetansen deles med andre og at den slik blir til kollektiv kompetanse (Levin/Klev 2002).

Nonaka og Takeuchi (i Jacobsen/Thorsvik 2002; Levin/Klev 2002) beskriver at kunnskapen som ledere og ansatte har, både kan være taus kunnskap eller eksplisitt kunnskap. Den tause kunnskapen kommer til uttrykk gjennom det personene gjør, den er personlig og den er vanskelig å dele med andre gjennom det verbale språket. Den eksplisitte kunnskapen er faktakunnskap som vi kan finne i bøker og prosedyrer. Budskapet deres er at en må bli flinkere til å verdsette den tause kunnskapen, og at en gjennom prosesser kan omsette den tause kunnskapen til eksplisitt kunnskap og omvendt slik at kunnskap kommer både individet og hele organisasjonen til gode. Argyris og Schön (ibid) beskriver at ved læring skjer det en endring i organisasjonen sin handlingsteori. Denne endringen kommer som følge av at det oppstår et avvik mellom det en ønsker å oppnå og det som blir resultatet. De bruker begrepene uttrykt teori (theory espoused) om det de ansatte i en organisasjon sier at de gjør begrunnet i kunnskap, og begrepet bruksteori (theory in use) om det de egentlig gjør bygd på intuisjoner og erfaringer.

2.3 Å skape en lærende organisasjon

Peter Senge (2004) sine fem disipliner for å skape en lærende organisasjon er systemtenking, personlig mestring, mentale modeller, skaping av felles visjoner og gruppelæring. Disse disiplinene er i fellesskap viktig for at det skal foregå læring mellom individene i organisasjonen og ikke bare hos enkelt individer. Han beskriver disiplinene som ”personlige” disipliner, de dreier seg om hvordan vi tenker, hva vi ønsker, hvordan vi samhandler og lærer sammen med andre. I tillegg til disse fem disiplinene er lederens rolle som konstruktør, forvalter og lærer i organisasjonen avgjørende for å skape en lærende organisasjon.

Systemtenkingen er en disiplin for å oppfatte helheter. I denne helheten ligger det å ha kunnskap om og forståelse av roller, aktiviteter, prosesser og strukturer i organisasjonen. I en kommune handler dette om å ha kunnskap om og å forstå organisasjonen som en helhet, om systemene og de offentlige dokumentene som styrer denne, og den enkeltes rolle i kommunen sitt arbeid. Senge (ibid) beskriver denne disiplinen som et ”begrepsmessig skjelett” og at den er hjørnesteinen i en lærende organisasjon. Personlig mestring handler om den enkelte arbeidstakers evne og vilje til læring og mestring av nye ferdigheter og kunnskaper. En lærende organisasjon er avhengig av at alle medlemmene har evne og vilje til å lære, og at organisasjonen må jobbe målbevisst for å utvikle denne disiplinen. Mentale modeller handler om den enkeltes forståelse av hvordan organisasjonen fungerer, om indre bilder av hva som skjer, og at disse indre bildene kan styre handlingene våre. I et læringsperspektiv er det viktig å hente frem disse. ”Våre mentale modeller bestemmer ikke bare hvordan vi forstår verden, men også hvordan vi handler” (ibid s.178). En felles visjon er et ”bilde” som vi bærer i fellesskap om organisasjonen. Den skal gi alle ansatte en fellesskapsfølelse som gir retning for arbeidet. I et læringsperspektiv er dette en visjon som skapes av de ansatte og deres ledere nedenfra og opp i organisasjonen – en nedenfra-og-opp (”bottom-up”) prosess. En slik felles visjon vil også gjenspeile de ansattes egen personlige visjon. ”En felles visjon er avgjørende for den lærende organisasjon fordi den gir læringen fokusering og energi” (ibid s.212). I en lærende organisasjon betyr gruppelæring av alle medlemmene i gruppen lærer av og fra hverandre. Gruppen skal i fellesskap fremstå som noe mer enn summen av medlemmene i gruppen. Senge (ibid) mener at gruppelæringen har tre kritiske dimensjoner. Disse er at det er behov for å tenke

innsiktsfullt over komplekse spørsmål, det er et behov for innovativ og koordinert handling og påvirkningen gruppemedlemmene øver på andre grupper.

”I en lærende organisasjon er ledere konstruktører, forvaltere og lærere. De er ansvarlige for å skape organisasjoner der mennesker hele tiden kan utvide sine evner til å forstå kompleksitet, klarlegge visjoner og forbedre felles mentale modeller – det vil si at de er ansvarlige for læring” (ibid, s.344).

Å være konstruktør beskrives som den stille rollen til en leder. Utvikling av visjoner, verdier og hensikt med de arbeidsoppgavene som foregår i avdelingen er viktige for konstruktørrollen. Målet er at de ansatte skal ha en opplevelse av at det er de som utfører jobben, og at deres innsats er av stor betydning for resultatet. Lederen som forvalter peker på at lederen ikke bare forvalter sin egen visjon, men at han/hun også ser denne som en del av en større helhet. Denne helheten har lederen ansvar for å forvalte slik at læring kan skje. Ledere som lærere peker for lederens evne til å hjelpe de ansatte til å se mulighetene som ligger i å skape noe framfor å se alle begrensningene som hverdagen kan gi. De er opptatt av systemstrukturene i organisasjonen og hensikten med det en driver med, dette skiller de fra mange andre type ledere. Med systemstrukturene menes systemtenkingen og mentale modeller, gjennom denne hjelper lederne de ansatte med å forstå sammenhenger og hvordan det mentale tankegodset kan påvirke og forme organisasjonen og derigjennom fremme læring. En leder som innehar disse tre rollene, konstruktør, forvalter og lærer, evner å knytte visjoner og virkelighet sammen slik at det utløses en kreativ spenning hos de ansatte. Det er denne spenningen som utløser læringsmulighetene hos den enkelte. I fellesskap kan leder og ansatte skape en lærende organisasjon hvor en når de målene en ønsker å nå (ibid).

2.4 Kvalitetsutvikling og forbedringsarbeid

Kvalitetsutvikling er aktiviteter og metoder som har til hensikt å fremme kvalitet på en systematisk og målrettet måte. Arbeidet skal sikre en kontinuerlig forbedring av de prosessene som er med på å løse kjerneoppgavene i organisasjonen. Den første Nasjonale strategien for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (1995-2001) inneholdt 6 prinsipper for kvalitetsutviklingsarbeid, et av disse prinsippene var ”kontinuerlig forbedring”. I Strategien (2005-2015) er det kvalitetsforbedringen som er i fokus. Lederen har en viktig

og sentral rolle i dette arbeidet for å sikre at det implementeres i den daglige driften. Forbedringsarbeid setter krav til læringsmuligheter og kulturen i organisasjonen. Ledelse betyr å se den daglige driften i sammenheng med kvalitetsutvikling og forbedringsarbeid, og ikke lage kunstige skiller for arbeidet.

Det finnes mange modeller for systematisk forbedringsarbeid. En av de som ofte blir brukt, og som det refereres til i forskning om temaet, er Demings sirkel. Deming utviklet denne modellen for systematisk forbedringsarbeid. Denne modellen har 4 faser, disse er 1) ”plan” hvor en identifiserer og planlegger forbedringstiltaket, 2) ”do” en gjennomfører planen, 3) ”check” en kontrollerer og evaluerer og den 4) ”act” en korrigerer den (Arntzen, 2007; Kjøs m.fl. 2008; Øgar/Hovland 2004). Korrigeringen vil da kunne få konsekvenser for praksis, slik blir kvalitetsutvikling en kontinuerlig prosess. En annen mye bruk metode er ”flyt-skjema”, dette skjemaet er et ”verktøy for å synliggjøre arbeidsprosessen, avdekke unødvendige arbeidsoperasjoner og finne flaskehalsen” (Øgar/Hovland 2004, s.151).

2.5 Organisasjon og kvalitetsarbeid

Organisasjonsteori blir ofte trukket inn i forskning omkring iverksetting av offentlig politikk. Den handler i hovedsak om hvordan vi skal forstå og forklare det som foregår i organisasjoner. Den kan forklare hvordan organisasjoner er bygd opp, hva de driver med, hvordan de kan påvirke samfunnet og hvordan samfunnet kan påvirke dem. I denne oppgava vil organisasjonen både kunne være kommunen som helhet, men også pleie- og omsorgstjenesten eller deltjenester under den som for eksempel sykehjem og hjemmesykepleie. Disse organisasjonene er blitt skapt for å utøve en bestemt politikk og for å nå denne politikkenes mål (Jacobsen/Thorsvik 2002).

Organisasjoner er sosiale systemer hvor mennesker samhandler, og de er konstruerte for å løse bestemte oppgaver. Organisasjonsteori kan være aktuelt i forhold til analyse av funn i oppgava. Kvalitetsarbeid er teamarbeid, det er ikke nok at lederen driver med dette alene (Vabø 2002). Medarbeidere må bli sett og hørt, og det må skapes en kultur i organisasjonen som preges av vilje og evne til å se kritisk på egen praksis. Også hvordan en håndterer avvik blir viktig. Det må ikke oppleves som at den som rapporterer om avvik

blir straffet, men at dette kan være en mulighet for ny læring og videre ny og forbedret praksis. Målet må være at kvalitetsutviklingsarbeidet blir en del av den daglige praksisen i organisasjonen og at dette ikke oppleves som et prosjektarbeid, men et arbeid som skal implementeres i organisasjonen.

2.6 Utvikling av verksettingsteori

Grunnsteinen for iverksettingsteorien kom i boka til Pressmann & Wildavskys

”Implementation - how great expectations in Washington are dashed in Oakland” fra 1973 (Offerdal 2005). Dette var en beskrivelse av hvordan sentralt vedtatt politikk i Washington ble iverksatt i Oakland, og at denne politikken ikke nødvendigvis oppnår de intensjonene en ønsker seg i praksis. Bakgrunnen for denne studien var ønsket om å problematisere skillet mellom politikk og administrasjon. De første studiene på dette feltet var beskrivende(deskriptive) og ikke-teoretiske (ateoretiske) case studier, disse blir omtalt som første generasjons iverksettingsstudier. Den neste generasjonen av iverksettingsstudier la vekt på å bygge modeller som kunne beskrive og forklare hva som skjedde i prosessen. Begrepene som ble bruk var ”ovenfra-og-ned” studier (top-down) og ”nedenfra-og-opp” studier (bottom-up). Den tredje typen iverksettingsstudier la vekt på å teste ut teorier ved bruk av mer systematiske (rigorøse) forskningsopplegg. Her skulle en analysere forholdet mellom de mange variablene som inngikk i de ulike perspektivene som skulle studeres (ibid).

På 1990-tallet ble de områdene som iverksettingsstudier er opptatt av avløst av andre begreper som evaluering, læring, politikktutforming og administrasjon. Det som er det spesielle ved iverksettingsstudier at en ønsker å studere mer enn ren administrasjon av vedtatt politikk. Politiske vedtak, faktorer som påvirker iverksettinga og måloppnåelse er sentrale element i dette. En ønsker å se hvordan politiske vedtak blir implementert i organisasjonen og i samfunnet. Det kan være mindre eller større forskjeller på hva som blir vedtatt, og hvordan dette ser ut for de menneskene som møter politikken. Behovet for slike studier har ikke blitt mindre etter at en har fått en forskyvning i vedtak og utforming fra stat til kommune. I Norge vil iverksettingsorganet ofte være kommunene (ibid). I dette bildet

blir vekst, profesjonalisering og endringer i samspillet mellom politiske organ og offentlig administrasjon sentralt.

Utbygging av velferdsstaten har også gitt oss et nytt begrep velferdskommuner (Romøren/Svorken 2003). Antall politikere i kommunene har blitt mindre, mens den kommunale administrasjonen har økt i omfang. Dette har også ført til at en trenger et skarpere skille av hva som er politikerne sine oppgaver og hva de ansatte i kommunen skal ha ansvar for. Politikere skal legge strategiene for arbeidet og gjøre vedtak, mens de ansatte skal iverksette og gjennomføre. Dette er i mange tilfeller en lang prosess hvor fasene vil gli over i hverandre, og hvor forskjellige faktorer vil påvirke forskjellig alt etter hvor en er i iverksettingsprosessen. En studie av hva som skjer fra et vedtak blir gjort og til en er i ”mål” vil i denne sammenhengen være viktig for framtidige vedtak. Å bruke ordet ”mål” kan være misvisende da det ofte er en utfordring å si hvor politikken starter og stopper.

2.7 “Ovenfra-og-ned” og “nedefra-og-opp”

Iverksettingsteorier retter søkelyset på hva som skjer etter at politiske vedtak er fattet.

”Iverksetting dreier seg om å etterspore samsvar eller mangel på samsvar mellom politiske vedtak og de handlingene vedtaket pålegger leddene i en offentlig forvaltning å gjennomføre, og kunne forklare eventuelle avvik” (Offerdal 2005, s.273).

Når en snakker om politiske vedtak og iverksetting av disse så er det i iverksettingsfasen at politikken blir satt ut i livet, her blir politikken gitt innhold. En snakker og om at det er her forskjellen mellom politikk og administrasjon ligger. Ansatte sin rolle er størst i iverksetting av vedtatt politikk (ibid). Å studere iverksetting i denne oppgava betyr både å se på den politiske beslutningen på nasjonalt nivå, kommunale politiske og administrative vedtak, aktørens atferd (på kommunalt nivå) og omgivelsene (pleie- og omsorgstjenestene).

I ovenfra-og-ned (”top down”) teoriene (ibid), vil beslutningsorganet, her staten, pålegge organ lenger nede i organisasjonen, her kommunen, å iverksette vedtatt politikk. Denne formen for iverksetting har også fått navn som: beslutningsorientert (Kjellberg/Reitan 1995) eller programmerte (Berman 1980) iverksettingsmodeller.

Sentrale forskere innen for denne retninga er Sabatier & Mazmanian (1980). I denne retningen ligger det at sentral styring i gjennomføring av offentlige tiltak er viktig. De som skaper politikken har kontroll over den og personene som skal iverksette den.

Utgangspunktet her er at vedtak på nasjonalt nivå skal iverksettes av kommunene, i det ligger det at kommunene er et redskap for staten i å nå målet med vedtaket. Kommunen sin oppgave er å gjennomføre tiltaket uten å påvirke innholdet i det. En er i denne teorien opptatt av å se på hva som skjer i den organisasjonen som er iverksetter, og hvilke elementer som bidrar eller svekker iverksettinga, og ikke på andre utenforstående faktorer eller organer.

Lederne i organisasjonene som er iverksetterne må ha kunnskap om og lojalitet til den politikken som skal iverksettes. Politikken må også unngå å komme på kollisjonskurs med andre offentlige vedtak. Et sentralt moment her er at vedtaket og målet som skal nåes må være klart og tydelig. Hvorfor det kan oppstå problemer med iverksetting av vedtaket er at det har uklare mål, mangel på autoritetsstruktur i organisasjonen og motstand hos de som skal iverksette. Samtidig må en heller ikke glemme at klare mål i seg selv kan føre til motstand mot å iverksette med bakgrunn i at en er uenig i vedtaket (Offerdal 2005).

Noen vedtak fra staten gir også en viss rom for frihet i utforming og iverksetting, dette vil være en utfordring både for stat og kommune. Iverksettinga kan gjennomføres på forskjellige måter og evalueringer av tiltakene kan bli forskjellig. Hvordan kan en da se om en har nådd målet? Dette er ikke noe ukjent fenomen i pleie- og omsorgssektoren. Det er ikke enkelt å måle subjektiv opplevelse av virkningen av vedtak. I denne studien vil jeg finne intensjonene bak kvalitetsarbeidet i flere offentlige dokumenter (stortingsmeldinger, veiledningsdokumenter til forskriftene og strategien). Dokumentene skal gi kommunen og lederen økt kunnskap om kvalitetsarbeidet og hva som er målet med dette. Iverksetting av offentlig politikk har også en annen utfordring i kommunene, da kommunen ikke er opprettet som prosjektorganisasjoner hvor en ansetter personer som skal iverksette bestemte vedtak. I pleie- og omsorgstjenesten kan en ikke bare skifte ut ansatte, etter hvert som det kommer nye vedtak om utforming av tjenestene eller tilbud om nye tjenester. Dette betyr at en vil kunne trenge lenger tid både til å informere, men også til å øke kunnskapen blant de ansatte, slik at en er i stand til å gjennomføre vedtaket (ibid).

I nedendra-og-opp ("bottom up") teoriene, vektlegges prosessen som skjer nedendra-og-opp når vedtak skal iverksettes framfor vedtaksfestinga og kommandolinjene (ibid). Det er sentralt i disse teoriene at en får identifisert hvem som er iverksetterne og iverksettingsstrukturen. Disse teoriene går også under benevnelsen prosessorienterte (Kjellberg/Reitan 1995) eller tilpassede (Berman 1980) iverksettingsteorier. Disse teoriene kom som en reaksjon på styringsiver og styringsoptimisme. Og et sentralt spørsmål er om alt kan styres ut ifra offentlige vedtak eller vil samfunnet hvor politikken skal utøves påvirke denne. Sentrale forskere innen denne teorien er Benny Hjern, David O. Porter og Chris Hull (Offerdal 2005). Spørsmålene til disse forskerne var hvordan kan en iverksettingsprosess bidra til å løse et samfunnsproblem, og har offentlige vedtak betydning for løsning av samfunnsproblemer? De så på at flere vedtak og at andre aktører enn det offentlige kunne gi relevante løsninger, iverksetterne var ikke definert på forhånd. Gjennom kartlegging og forskning vil en finne hvem de virkelige iverksetterne er, og hvordan strukturen for å få iverksatt offentlig politikk gjøres. Det er hevda at en gjennom nedendra-og-opp modellen får en bedre beskrivelse av hva som faktisk skjer når politikk skal iverksettes enn når en bruker ovenfra-og-ned modellen (ibid).

2.8 Paul Berman og Richard Matland

Flere forskere har prøvd å kombinere disse teoriene med utgangspunkt i at det er ikke et enten eller, men at iverksetting av offentlig politikk foregår både ovenfra-og-ned og nedendra-og-opp i organisasjoner. Utgangspunktet deres er at situasjonen omkring iverksettinga påvirker prosessen. I Paul Berman (1980) og Richard Matland (1995) sine iverksettingsteorier er dette situasjonsperspektivet sentralt.

Paul Berman (1980) bruker begrepene programmerte (programmed) om ovenfra-og-ned og tilpassede (adaptive) om nedendra-og-opp i sin iverksettingsteori. Iverksetting av politiske vedtak er ofte så komplekse at en trenger begge tilnæringsmåtene for å lykkes. Han drøfter fem variabler (parameters) som påvirker prosessen. Disse kan brukes i begge tilnærings måtene. Resultatet av å bruke disse vil gi en retning for hvilke av tilnærmingene, ovenfra-og-ned eller nedendra-og-opp, som vil være best egnet i iverksettingsprosessen.

Variablene	Programmert iverksettingsprosess	Tilpasset iverksettingsprosess
Omfanget av endringene	Små	Store
Sikkerhet om teknologi eller teori	Sikker	Usikker
Grad av enighet om politikken	Lavt konfliktnivå	Høyt konfliktnivå
Organisasjonsstrukturen	Sterk tilknytning	Løselig tilknytning
Stabilitet i omgivelsene	Stabile	Ustabile

Figur 1: Berman (1980, s.214) sine variabler (min oversettelse).

Berman sin teori knytter sammen den politikken som skal iverksettes med organisasjonen og omgivelsene. Studien til Romøren og Svorken (2003) viser at iverksettingen av ”handlingsplanen for eldreomsorgen” gjennomføres både som en programmert og en tilpasset iverksetting. I studien omtaler en den programmerte iverksettingen som en beslutningsorientert iverksetting, denne blir styrt gjennom økonomiske virkemidler og sterk statlig kontroll. Mens utforming av planene og gjennomføring av disse i kommunene, prioriteringa av type boligtilbud (bolig/institusjon) var en tilpasset iverksetting eller prosessorientert som den blir omtalt som i studien.

I en studie av iverksetting av kvalitetsarbeidet i pleie- og omsorgstjenesten kan en ved å se på variablene som Berman bruker si noe om hvilke prosesser som blir tatt i bruk, og hvordan politikken som skal gjennomføres knyttes sammen med omgivelsene, her pleie- og omsorgssektoren. Den statlige styringa av kvalitetsarbeidet ligger først og fremst i de forskriftene som gir pålegg om tjeneste tilbudet i kommunen og hvordan kommunen skal drive sine tjenester. Den Nasjonale Strategien er en veileder for hva en bør fokusere på og vektlegge i kvalitetsarbeidet. Denne er ikke et lovpålagt dokument som kommunen må handle etter, men føringene for strategien finner en i lovverk og forskrifter for pleie- og omsorgstjenestene, i statsbudsjettet og Nasjonal Helseplan.

Vurderingskriteriene for om en iverksetting er vellykket vil være forskjellige for disse to prosessene. I en programmert prosess hvor statlig styring skal gjøres effektiv vil vurderingskriteriene for om den er vellykket være at det er samsvar mellom mål og

resultat. For å kontrollere dette bruker en i dag rapporteringssystem som KOSTRA og IPLOS, kvalitetsindikatorer og Statens Helsetilsyn gjennomfører tilsynsbesøk i pleie- og omsorgstjenesten. I en tilpasset prosess vil vurderingskriteriene være mer sammensatt. Det vil ikke være nok at organisasjonen når de overordna mål i kvalitetsarbeidet, men at det også skjer en læring i praksisfeltet, omtalt som organisatorisk læring. I nyere iverksettingsstudier har læringsperspektivet blitt en fellesnevner (Offerdal 2005). I studien til Romøren og Svorken (2003) skjedde det en læring ikke bare i kommunene, men også på nasjonalt nivå som førte til endring i tildelingsreglene fra Husbanken, og at ideene fra tidligere utredninger om fremtidens institusjonsliv og boligbehov blant eldre (ibid) ble nedtonet.

Et annet sentralt moment ved Berman sin teori er at den kan gi en større forståelse for hvordan iverksetting kan variere fra kommune til kommune (Offerdal 2005). Resultatet fra studien til Romøren og Svorken (2003) viser at iverksettingen ikke var lik i alle kommunene. I min studie kan dette aspektet trekkes inn ved å se på de forskjellige avdelingene/tjenestestedene som er med i studien. Studien foregår i en kommune hvor pleie- og omsorgstjenesten er organisert i fire avdelinger. Kan variablene påvirke hvordan iverksettingen skjer fra avdeling til avdeling?

Richard Matland (1995) har i sin modell ”ambiguity and conflict” (uklarhet og konflikt) skissert fire ulike perspektiver på iverksettingsprosessen: administrativ, politisk, eksperimentell eller symbolsk ut ifra uklarhet i vedtaket/politikken og konfliktnivået som ligger i det politiske vedtaket som er fattet.

”The ambiguity/conflict modell [...] is a contingency model that attempts to provide this more comprehensive and coherent basis for understanding implementation”. (ibid, s.155)

Denne modellen har også situasjonen omkring iverksettinga som en del av forståelsen for hva som skjer, men Matland gir det politiske aspektet større fokus enn hva Berman (1980) gjør.

		Konflikt	
		lav	høy
Uklarhet	lav	Administrativ iverksetting - avhengig av tilgjengelige ressurser	Politisk iverksetting – avhengig av makt
	høy	Eksperimentell iverksetting – avhengig av aktører og kontekst	Symbolsk iverksetting – avhengig av koalisjonsbygging

Figur 2: Matland sin uklarhet/konflikt modell ("Ambiguity-Conflict Matrix") 1995, s.160 (min oversettelse).

Den administrative iverksettingen skjer når uklarhet og konfliktnivået er lavt og kan sammenlignes med ovenfra-og-ned iverksetting. Alle vet hva de skal gjøre og prosessen foregår internt i organisasjonen. Det sentrale i denne iverksettinga er at resultatet er avhengig av tilgjengelige ressursene ("outcomes are determined by resources"). Med ressurser menes både kunnskaper, personell og økonomi. Iverksettingen av kvalitetsarbeidet i kommunene utløser ikke ressurser fra statlig side. Dette er et arbeid som skal gjøres innenfor de rammene som kommunene får i overføringer. Det er opp til hver enkelt kommune å gjøre vedtak om hvordan de vil iverksette den statlige politikken samtidig som kommunene skal rapportere om situasjonen i kommunen gjennom IPLOS og KOSTRA. Svaret på spørsmålet om hvordan kommunen følger opp dette arbeidet på politisk og administrativt nivå vil si noe om arbeidet har en form for administrativ iverksetting. Om det er klare vedtak om hvordan dette skal gjøres, og om det er satt av ressurser til dette arbeidet både i form av undervisning/opplæring og egne "kvalitetsstillinger".

Den politiske iverksettingen skjer når uklarheten omkring vedtaket er lav, men konfliktnivået er høyt. Resultatet i denne er avhengig av makt ("outcomes are decided by power"). Det politiske vedtaket blir gjennomført med makt og målet er å endre samfunnsforhold til tross for konflikt og motstand. Matland beskriver denne prosessen som en nyere ovenfra-og-ned modell for iverksetting. Offerdal (2005) omtaler denne modellen

som den egentlige politiske iverksettingsprosessen der utfallet blir bestemt av maktforholda. Politikken blir tvunget igjennom, og at den har som mål å endre samfunnsforhold. I kommunene foregår det ofte flere prosesser på samme tid. Maktforhold vil virke inn på hva som prioriteres opp og hva som prioriteres ned. Her blir det ikke bare vedtak fra politisk eller administrativt hold som vil være med på å bestemme. Også ledere og ansatte i pleie- og omsorgstjenesten har makt til å styre det som skjer i hverdagen. I en travel hverdag må det prioriteres mellom de oppgaver en skal gjennomføre. Både pålegg fra statlig side og besøk av tilsynsmyndighetene vil kunne legge føringer for hvordan kvalitetsarbeidet iverksettes og gjennomføres. Ingen liker å få avviksmeldinger etter et tilsynsbesøk. Dette kan være en årsak til at kommunene gjennom makt iverksetter kvalitetsarbeidet tross for at en i en travel hverdag på avdelingsnivå ikke ser at en har tid eller ressurser til å følge det opp.

Den eksperimentelle iverksettinga skjer når uklarheten omkring vedtaket er høy, men konfliktnivået er lavt, denne har sine likhetstrekk i nedenfra-og-opp modellen. Resultatet her avhenger av hvilke aktører som er involvert og konteksten det gjennomføres i ("contextual conditions dominates the process"). Det er her muligheter for å skape politikk tilpasset lokale behov og usikkerheten omkring vedtaket kan føre til ny læring hos aktørene. Offerdal (2005) beskriver dette som en prosess hvor prøving og feiling er tillatt, lokale forhold virker inn og ting kan skje ved ren tilfeldighet. Det har fra både pasienter og ansatte sin side blitt etterlyst en tydeligere politikk omkring innholdet i kvalitetsarbeidet. Formuleringene er ofte runde og uklare noe som fører til at utøvingen av denne kan være forskjellig fra kommune til kommune, og fra ansatt til ansatt. En vektlegger formuleringene forskjellig, og lokale behov blir styrende for gjennomføringen. Alle ønsker en best mulig kvalitet på tjenestene, både fornøye pasienter og ansatte. I denne modellen iverksetter en politikken gjennom å prøve og feile. Ansatte og ledere lærer av det de gjør, og gjennom dette skapes kvalitetsarbeidet i tjenesten.

Den siste modellen er symbolsk iverksetting, her er både uklarheten og konfliktnivået høyt. Resultatet her avhenger av koalisjonsbygging på lokalt nivå ("local level coalitional strength determine the outcome"). Politikken er avhengig av samhandling med aktører som har ressurser og profesjonene som spiller en sentral rolle i iverksettingen. Denne modellen

innehar både en nedenfra-og-opp og ovenfra-og-ned tilnærming, da lokale aktører dominerer prosessen, mens politikken blir styrt ovenfra. Denne modellen kan bidra til å forstå hvorfor kvalitetsarbeidet lander slik det gjør i hverdagen (Vabø 2002). Ledere skisserer arbeidet og lager prosedyrer, men i en travel hverdag blir dette ikke gjennomført som planlagt. De ansatte har andre prioriteringer i gjennomføringen, de lever mer eller mindre i en beredskapssituasjon som gjør at fastlagte prosedyrer ikke alltid kan brukes. Vedtak og prosedyrer blir uklare da de ikke er dekkende for behova til pasientene, og dermed øker konfliktnivået mellom ledelse og ansatte. Selv om kommunen ønsker å styre kvalitetsarbeidet så er den prisgitt de ansatte som skal gjennomføre dette.

For å forstå hva som skjer ved iverksetting av kvalitetsarbeidet i kommunene ser jeg at det kan være interessant å bruke både Berman (1980) og Matland (1995) sine modeller for iverksetting. Berman knytter sammen politikken som skal iverksettes med organisasjonen og omgivelsene. Dette kan være nyttig for å forstå hvorfor iverksetting av politikken (her kvalitetsarbeidet) kan være forskjellig fra kommune til kommune, eller som i min studie mellom avdelingene. Matland sin modell om uklarhet og konflikt omkring politikken vil utvide dette perspektivet. Ved bruk av denne modellen kan en forklare hva som skjer i selve prosessen, og hvilke trekk som kjennetegner den avhengig av graden av uklarhet og konfliktnivå om politikken som skal iverksettes. Forhåpentligvis vil dette kunne gi meg kunnskap om hvilke utfordringer iverksetting av kvalitetsarbeidet har for ledelse og organisering av tjenestene i de forskjellige avdelingene.

2.9 Læringsperspektivet ved iverksettingsstudier

I nyere iverksettingsstudier er læringsperspektivet ved iverksettingen blitt sentralt. Det som påvirker og utvikler læringsevne på nasjonalt og kommunalt nivå kan drøftes ved hjelp av fire vilkår som kjennetegner de daglige prosessene i en organisasjon. Disse er av tekniske, kulturelle, etiske og politiske art (Offerdal, 2005).

De tekniske vilkårene for læring på disse nivåene er avhengig av informasjonen som "flyter" oppover i organisasjonen (ibid). Politikere på nasjonalt og kommunalt nivå får tilbakemeldinger gjennom KOSTRA-tall og IPLOS-registreringer. I tillegg vil politikere

og administrative ledere på kommunalt nivå også få tilbakemelding fra avdelingene gjennom årsmeldinger. Dette skal sikre at informasjon om det som skjer i kommunene tilflytter politikere på nasjonalt nivå, og til politikerne og den øverste administrative ledelsen i kommunen. Dette er informasjon som vil være med å påvirke fremtidige vedtak eller omgjøringer av tidligere vedtak.

Organisasjonskulturen vil også kunne påvirke organisasjonen sin læringsevne (ibid). De kulturelle vilkårene for læring på disse nivåene avhenger av organisasjonen sin evne til å lytte til det som foregår i organisasjonen, og dens evne til å ta hendelser både av positiv og negativ art på alvor. Nasjonale og kommunale vedtak som berører kvalitetsarbeidet i pleie- og omsorgstjenesten vil påvirke og ansvarliggjøre de ansatte som skal iverksette disse. Hva skjer når vedtak ikke kan iverksettes eller at det oppstår avvik i forhold til det politiske vedtaket? Er det aksept for at det kan gjøres feil, og at disse ikke nødvendigvis tillegges enkelt personer men organisasjonen som en helhet. Å ha et avvikssystem som ikke fungerer, hvor arbeidstakere ikke rapporterer om avvik som skjer vil vanskeliggjøre de styrende organer sin evne og mulighet til å endre retning også på overordnet nivå. Avvik handler ikke bare om feil som skjer innad i kommunen, men også mellom kommunen og andre organisasjoner. I pleie- og omsorgstjenesten kan dette være i samhandling med helseforetaket.

Iverksetting av offentlig politikk reiser også etiske spørsmål (ibid). Dette dreier seg om problematiske sider ved den politikken som skal iverksettes. Oppslag i media om følge av nasjonale og kommunale vedtak som faller uheldig ut for brukerne er ikke uvanlig (Huseby/Paulsen 2009). Spørsmålet blir hvordan tar iverksettingsorganet tak i dette og hvilke læringsmuligheter gir slike situasjoner? Er det akseptert at en sier ifra og hvordan skal en gjøre dette? I pleie- og omsorgstjenesten er de fleste brukerne avhengig av den tjenesten de får eller ikke får, og personalet kan til tider oppleve å være brukeren sin advokat. Slike saker kan være vanskelig å handtere. Dette kan i noen tilfeller vise seg gjennom uttalelser i media fra personalet og kan oppfattes som illojalitet mot kommunen sine vedtak fra ansattes side. For å unngå dette har enkelte kommuner i Norge vedtatt et reglement om hvem som kan utale seg om hva i offentligheten (Offerdal 2005). For at læring skal skje også på overordnet nivå i kommunen må det være en mulighet for at

informasjon om det som skjer i avdelingene tilflyter de som fatter vedtakene, men at denne informasjonen må følge de retningslinjer som kommunen selv har vedtatt.

Vilkår for læring av politisk art viser seg i de prioriteringer som stat og kommunen gjør (ibid). Kommunene som iverksettingsorgan for statlig politikk står ofte overfor dilemmaer av større eller mindre art, dette handler om generalist kompetansen som kommunen skal ha. Staten kommer med nye pålegg til hva kommunene skal ha ansvar for, mens rammeoverføringene ikke alltid står i stil med dette. Statlige prioriteringer og en stram kommuneøkonomi vil derfor legge føringer for prioriteringene som blir gjort. Staten prøver på noen områder å kompensere for dette som for eksempel investeringstilskudd for etablering av dagtilbud og ny plasser for heldøgns omsorg og pleie som kom i 2008 (St.prp.nr 1, 2008-2009). Læringsperspektivet ligger i at en gjennom vedtak og erfaringer med disse skaper en mulighet for økt kompetanse om kommunen sitt ansvar og hva som må til for å ta dette ansvaret. ”Kommunene blir en politisk-administrativ læringsarena og samfunnslaboratorium” (Offerdal 2005, s.276) for nye vedtak som blir fattet på nasjonalt nivå. Det er først når disse vedtakene møter hverdagen at en ser om de er funksjonelle eller ikke.

2.10 Problemstilling og oppsummering

Utgangspunktet for oppgaven sitt tema ”kvalitetsarbeid i pleie- og omsorgssektoren” er egne erfaringer, media sitt fokus på tema og tidligere studier. Studiene om kvalitetsarbeid i pleie- og omsorgssektoren og iverksetting av offentlig politikk, som er presentert i den første delen av oppgaven, reiser nye spørsmål som jeg ønsker å se nærmere på i denne studien.

Problemstillingen for oppgaven er:

”Hvordan blir kvalitetsarbeidet iverksatt i pleie- og omsorgstjenesten, og hvilken betydning har ledelse og organisering av tjenestene å si for dette arbeidet?”

I problemstillingen vil begrepet iverksetting ikke avgrense seg til de skriftlige vedtakene og prosedyrene på ledelsesnivå, men også omhandle den iverksettingen som skjer når kvalitetsarbeidet møter det praktiske hverdagsarbeidet. Opplever personalet at kvalitetsarbeidet angår også dem i hverdagen, og kan de påvirke iverksettinga av de nasjonale føringene? Hvordan kan ledere skape engasjement og medvirkning, og hvordan skape gode læringsarenaer for kvalitetsarbeidet?

For å kunne lykkes må alle ledd i organisasjonen ha et eierforhold til kvalitetsarbeidet. Dette innebærer at arbeidet må forankres både i toppen av organisasjonen, hos politikere og administrasjonen, og blant ledere og ansatte i avdelingene. Som en del av denne studien vil kommunale vedtak om hvordan arbeidet skal iverksettes og hvilke mål kommunen har for arbeidet være sentrale. Har politikere og det øverste administrative nivå forankret den nasjonale Strategien i sine dokumenter, og hvordan vil de følge dette opp? Har en satt av ressurser til iverksettingen og oppfølgingen, eller tenker en at dette skal gjøres som en del av det daglige arbeidet? Innsyn i vedtak, kommunens visjoner og mål vil kunne gi svar på dette.

Hvert ledd i organisasjonen, fra topp til bunn, har en viktig rolle for at en skal lykkes i dette arbeidet. Alle nivå og alle funksjoner må være en del av dette arbeidet (Levin/Klev 2002). Ansatte sin rolle er størst i iverksetting av offentlig politikk, det er her politikken blir gitt innhold (Offerdal 2005). Hvordan forstår de forskjellige organisasjonsleddene i pleie- og omsorgstjenesten sin rolle i dette arbeidet? En av de fem disiplinene som Senge (2004) trekker frem som viktige for å skape en lærende organisasjon er ”systemtenking”. Denne omhandler kunnskap og forståelse av roller, aktiviteter, prosesser og strukturer i organisasjonen.

Vabø (2002) beskriver i sin studie at det oppstår problemer og utfordringer når kvalitetsideen lander i den praktiske hverdagen i hjemmetjenesten. Men hva skjer når den lander i institusjonshverdagen? Er det forskjell mellom institusjon og hjemmebaserte tjenester i dette arbeidet? Organisasjoner er sosiale systemer hvor mennesker samhandler, og de er konstruert for å løse bestemte oppgaver. Er samhandlingen forskjellig fra institusjon til hjemmebaserte tjenester? På en institusjon jobber en ikke alene, en har alltid

kollegaer rundt seg som en kan drøfte iverksetting av tiltak med. I den hjemmebaserte tjenesten vil kontakten og samhandlingen med andre kollegaer for det meste foregå i rapport situasjonen eller på telefon. Skaper dette forskjeller i kvalitetsarbeidet i hverdagen?

Iverksettingsteorier kan forklare hva som skjer når kvalitetsarbeidet skal utformes og iverksettes i pleie- og omsorgstjenestene. Berman (1980) beskriver disse prosessene som programmerte eller tilpassede. Den programmerte iverksettinga skjer ovenfra-og-ned i organisasjonen og den tilpassede nedenfra-og-opp. Det som skiller disse to er at i den første er omfanget av endringene små, det er stor sikkerhet om teknologi og teori, det er et lavt konfliktnivå om det som skal iverksettes, tilknytning til organisasjonsstrukturen er sterk og omgivelsene er stabile. Det er det motsatte som ligger til grunn når en bruker tilpassede iverksettingsteorier. Ved å bruke disse fem variablene for å vurdere den politikken som skal iverksettes vil en kunne finne den beste måten å gjøre det på. Matland (1995) har i sin iverksettingsteori beskrevet fire perspektiver på hva som skjer ved iverksetting av politikken. Han beskriver disse som administrativ, politisk, eksperimentell eller symbolsk iverksetting. Hvilke av disse som beskriver det som skjer avhenger av om konfliktnivået i forhold til politikken er høyt eller lavt og om uklarheten omkring politikken er høy eller lav. Ved bruk av disse modellene til Berman (1980) og Matland (1995) håper jeg på å kunne beskrive hva som skjer i pleie- og omsorgstjenesten ved iverksetting av kvalitetsarbeidet. Blir alt styrt ovenfra eller blir personalet involvert i denne prosessen? Hvordan ser kvalitetsarbeidet ut i det praktiske hverdagsarbeidet? Vil iverksettingsteoriene til Berman (1980) og Matland (1995) kunne anvendes for å forklare hva som skjer ved iverksetting av kvalitetsarbeidet?

I total kvalitetsledelse (TKL) er organisatorisk læring et viktig punkt. Læringsprosessen i dette arbeidet blir sentral for at en skal lykkes. Visjoner, motiver og mål som skal styre arbeidet må eies av alle og gode læringsarenaer må skapes. Lederen skal ivareta både den subjektive opplevelsen av kvalitet og det objektive faglige innholdet i tjenestene, og han/hun må ha kunnskap om hva som hemmer og fremmer læring. Har kompetanse og erfaringer hos lederen betydning for dette arbeidet, og påvirker arbeidet organiseringen av tjenestene?

Legger en til rette for undervisning og læring? Jobber leder og ansatte sammen, teamarbeid? Hvordan er læringsklimaet i organisasjonen? Kan Senge (2004) sine fem disipliner si noe om hvordan læringsprosessene foregår i organisasjonen? Studiene, som jeg har presenter i kapittel 1, beskriver hva som skjer på ledelsesnivå i pleie- og omsorgstjenesten (Kjøs m.fl.2008) og hva som skjer når kvalitetsarbeidet lander i den praktiske hjemmetjeneste hverdagen (Vabø 2002). Finner jeg likheter eller forskjeller i min studie? Står Undervisningssykehjem og Undervisningshjemmetjenesten i en særstilling i dette arbeidet? Et av hovedmålene til tjenestene som har fått denne statusen er ”å bedre kvaliteten i tjenestene”. De skal med dette være sentrale og viktige bidragsytere for å øke kvaliteten på pleie- og omsorgstjenestene ut mot andre pleie- og omsorgstjenester i landet. I dette ligger det også at de skal omdanne konkrete erfaringer til kunnskap som gir grunnlag for bla. organisering og ledelse, og de skal også jobbe systematisk for å skape gode læringsarenaer på arbeidsplassen.

3 Metode

Oppgavens størrelse og omfang gir ikke rom for en større vitenskapsteoretisk diskusjon. Innledningsvis presenterer jeg vitenskapsteori og metoden/designet jeg har valgt for å samle data til studien. Jeg skiller mellom primærdata (intervju) og sekundærdata (dokumenter). Videre går jeg inn på hvordan analyse og tolkningsarbeidet har foregått, og vurderinger av troverdighet, bekreftbarhet, overførbarhet og etiske utfordringene i studien. Avslutningsvis presenterer jeg oppbyggingen av kapittel 4, 5 og 6 og forskningsspørsmålene som er knyttet til studien.

3.1 Vitenskapsteori og kvalitativ metode

Vitenskapelig kunnskap skapes i møte mellom teori og observasjoner av virkeligheten, dette kan skje gjennom tekst eller fysisk tilstedeværelse. Det en ser i disse observasjonene avhenger av tidligere erfaringer, kunnskap og forventninger. I dette ligger det at en må ha kunnskap om det fenomenet en studerer, at disse kan knyttes til teoretiske begreper og at forståelsen bygger på en forforståelse av det informantene formidler. Objektiviteten til forskeren vil også avhenge av tidligere erfaringer, verdier og teoretisk kunnskap (Ringdal 2007; Thagaard 2003). I denne studien vil det være egne erfaringer fra pleie- og omsorgstjenesten, tidligere forskning og teori om iverksetting og læring i organisasjoner. I kvalitativ forskning blir den hermeneutiske vitenskapstradisjonen ofte brukt. Ordet hermeneutikk kommer fra det greskordet hermeneuin som har en tredelt betydning 1) å uttrykke eller uttale, 2) å utlegge eller forklare og 3) å oversette eller fortolke (Ariadne 2010). Dette er en vitenskapsteori som beskriver hvordan en finner mening og skaper forståelse av handlinger som studeres. Dette gjøres gjennom å beskrive og fortolke fenomen som forskeren møter i intervjuet med informanten og i tolkningen av intervjueteksten. Denne fortolkningen har en sentral plass i samfunnsvitenskapene. Tolking av det som blir formidlet til forskeren foregår ofte på flere plan og blir omtalt som fortolkninger av første, andre og tredje grad (Thagaard 2003). I dette ligger det at forskeren først tolker det informantene formidler, for så å tolke informantens fortolkninger og så knytte disse fortolkningene til tolkninger av teori som kan avdekke betydningen i det informantene formidler til forskeren. Et annet aspekt ved hermeneutikken er at delene i studien må forstås i lys av helheten (ibid). I denne studien vil det være å se sammenhengen

mellom det informantene formidler, de kommunale dokumentene/vedtakene og de nasjonale dokumentene om kvalitetsarbeid i pleie- og omsorgstjenesten.

I kvalitativ metode legges det vekt på nærhet og små utvalg av analyseenheter (case) som gjøres til gjenstand for inngående studier (Corbin/Strauss 2008; Ringdal 2007; Thagaard 2003). Innenfor denne metoden velger jeg å gjøre en case-studie i en kommune. Studien vil også ha et tilsnitt av komparativ design da et av forskningsspørsmålene er om det er forskjeller mellom avdelingene i utvikling og iverksetting av kvalitetsarbeidet (Ringdal 2007). Et annet perspektiv er at det kan være interessant å sammenligne funn i denne studien med tidligere studier som er presentert i kapittel 1 (Corbin/Strauss 2008). I en case studie studerer en mye informasjon om en enhet, i denne studien er enheten pleie- og omsorgstjenesten i en kommune. Denne enheten er en tjeneste med flere avdelinger og flere enhetsledere. På institusjon er det 3 forskjellige avdelinger med forskjellige pasientgrupper, disse avdelingene har hver sin enhetsleder. Den hjemmebaserte tjenesten er delt i hjemmesykepleie og praktisk bistand (hjemmehjelp) disse har en felles enhetsleder. Datasamlingen vil inneholde både primærdata (samtaleintervju) og sekundærdata (nasjonale og kommunale dokumenter). Studien ble gjennomført i to av institusjonsavdelingene, en stor og en liten avdeling, og i hjemmesykepleieavdelingen i hjemmetjenesten.

Den kvalitative forskningsprosessen kan betraktes som inndelt i ulike faser, hvor disse fasene vil overlappe hverandre (Thagaard 2003). En tidlig fase i forskningsprosessen består i å formulere de forskningsspørsmålene som utgjør utgangspunktet for undersøkelsen. Jeg hadde i utgangspunktet formulert flere forskningsspørsmål, men var åpen for at antallet kunne endre seg, bli færre eller øke under gjennomføring av prosjektet. Den neste fasen er knyttet til innsamling av materialet, en senere fase i forskningsprosessen er knyttet til videre analyser og tolkninger av dataenes meningsinnhold. Det er viktig at datainnsamling og analyse foregår parallelt, det vil gi en mulighet til å korrigere spørsmål og tema, da det kan dukke opp nye moment undervegs som bør komme med i prosjektet (ibid). Utfordringen i kvalitativ metode er at den har en begrenset verdi hvis det er ønske om generalisering av resultatet. Hvis resultatet av tolkingene i prosjektet kan være relevante i andre sammenhenger snakker en om overførbarhet i kvalitativ metode (ibid). Et viktig område

som Undervisningssykehjem og Undervisningshjemmetjenesten jobber med er formidling av kunnskap omkring eget arbeid og resultater til andre pleie- og omsorgstjenester.

3.2 Primærdata fra kommunen – samtaleintervju

Samtaleintervjuene blir i litteraturen omtalt som primærdata i kvalitativ metode. Data fra et slikt intervju har en høy grad av nærhet, men det har en lav grad av standardisering i motsetning til spørreskjemaer (Ringdal 2007). Samtalene/ samtaleintervjuene, foregår ved at informant og forsker møtes enten ansikt-til-ansikt, kalles besøksintervju, eller ved telefonintervju (ibid). Intervjuundersøkelser er særlig egnet til å gi informasjon om personers opplevelser, synspunkter og selvforståelse. De som intervjues, kan fortelle om hvordan de opplever sin situasjon, og hvordan de forstår sine erfaringer (Thagaard 2003).

Jeg har gjennomført delvis strukturerte samtaleintervju/besøksintervju ved hjelp av tematiserte spørsmål (vedlegg 2). Dette kalles også for ”det kvalitative forskningsintervju”, dette er et intervju hvor hovedtemaene er fastlagt mens rekkefølgen kan variere (ibid). Begrunningen for at jeg gjennomførte intervjuet ved hjelp av tematiserte spørsmål var at jeg ønsket å kunne sammenligne svarene og drøfte disse opp mot teori (kap.2) og funn i tidligere studier (kap.1). Intervjuene, som hadde en varighet av en til en og en halv time, ble tatt opp på band samtidig med at jeg gjorde notater. Notatene inneholdt beskrivelse av den non-verbale kommunikasjonen, og egne refleksjoner om det som ble formidlet av informantene. Det var også et ønske om at spørsmålene skulle åpne for refleksjoner hos informantene. Det var viktig at jeg var åpen og mottaklig for den informasjonen som informantene kom med, dette for å skape god kontakt mellom informanten og meg. Intervjuene forgikk på arbeidsplassen til informantene, og det var fagutviklingssykepleier i kommunen som kontaktet avdelingene for å skaffe informanter.

I studien ble det ikke gjort observasjoner i praksisfeltet, dette begrunnes i oppgava sin størrelse og tidsaspektet. Observasjoner er også en teknikk som brukes til å samle inn primærdata (Ringdal 2007; Thagaard 2003). Som et alternativ til observasjoner ble informantenes fortellinger om hvordan organisasjonens kvalitetsarbeid kommer til uttrykk

i praksis, hverdagshistoriene, viktig. Dette kan ikke erstatte observasjoner fullt ut, men de kan si noe om hvordan kvalitetsarbeidet utformes og omsettes i praksisfeltet.

Informantene i undersøkelsen var enhetslederne i disse tre avdelingene, arbeidsleder/soneledere i avdelingene og ansatte i avdelingene, totalt ti personer. Ni av disse var utdannet sykepleiere og en var hjelpepleier. Enhetslederne hadde mer enn 6 års erfaring som ledere. Alle informantene hadde videreutdanning innen sitt fagområde og de var ansatt i heltidsstillinger.

3.3 Sekundærdata – dokumenter

I tillegg til intervjuene, primærdata, kan en også ved forskning kombinere dette med dokumentanalyser, sekundærdata (Ringdal 2007). Relevante kilder for analyser kan være offentlige eller private dokumenter som er knyttet til organisasjonen. Et fellestrekk for analyse av ulike type dokumenter er at teksten foreligger før forskningsprosjektet begynner (Ringdal 2007; Thagaard 2003). De dokumentene som var aktuelle for studien var kommunen sin økonomiplan (2010-2013), handlingsplan (2010-2013), årsmeldinger, delegeringsregulativet, etiske reglement, informasjonsbrosjyrer om tjenestene og pågående prosjekter, introduksjonsskriv for ny ansatte, prosedyrer og rapporteringssystemer. Informasjon som jeg fikk gjennom å lese kommunen sitt skriftlige materiale gav meg kunnskaper om kommunen sitt fokus på kvalitetsarbeidet, og var til hjelp ved utforming av intervjuguiden og under intervjuene.

Sekundærdata i denne studien er også Forskriftene med veiledere, Strategien og dokumentene som hører til denne. Likeså resultater fra tidligere forskning, Stortingsmeldingene og Lovene som det blir referert til i studien, og Tilsynsmeldingen (2009) og Riksrevisjonen sin administrative rapport(nr.1/2009).

3.4 Analyse og tolkning

I det kvalitative forskningsintervjuet starter analysen og tolkningen allerede under intervjuet (Thagaard 2003). Derfor blir notatene som gjøres underveis i intervjuet viktig

når en starter på analysen av det transkriberte intervjuet. Intervjuguiden jeg brukte var inndelt i tre temaer: 1)organisering av arbeidet, 2)ledelse og 3)kunnskap, opplæring og støtte (vedlegg II). Dette var gjort med bakgrunn i problemstilling, forskningsspørsmål og teoretisk tilnærming til problemstillingen. Etter at intervjuene var gjennomført transkriberte jeg disse og fjernet informasjon og tenkepauser som ikke var relevant for studien. I sitater som blir brukt i oppgaven markeres disse med [...]. Svarene ble så satt inn i en matrise og kodet. Formålet med matrisen var å kunne sammenligne svarene fra informantene både mellom avdelingene og mellom de forskjellige informantene og deres funksjoner. Den første matrisen var svært omfattende da den inneholdt alle svarene fra informantene. Jeg laget på dette nivået en matrise for hver informant slik at jeg kunne ivareta helheten samtidig som jeg begynte å se nærmere på de tre temaene. Prosessen ble gjennomført i flere omganger i et forsøk på å sammenfatte informasjonen slik det skulle bli lettere å sammenligne funnene mellom informantene (Corbin/Straus 2008; Thagaard 2003). Et annet moment for å gjøre dette var at jeg ønsket å samle funnene for hver avdeling slik at det kunne bli en mulighet for å sammenligne avdelingene sitt kvalitetsarbeid. Kodeordene jeg brukte var ord/begreper fra spørsmålene i intervjuguiden som var beskrivende for spørsmålene og svarene fra informantene (Thagaard 2003).

3.5 Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet

Begrepet troverdighet knyttes til fremgangsmåte for utviklingen av data og vurdering av dataenes kvalitet, og om forskningen utføres på en tillitsvekkende måte (Ringdal 2007; Thagaard 2003). Jeg har tidligere i dette kapittelet gjort rede for hvordan informantene ble valgt ut, hvor og hvordan intervjuene ble gjennomført og hvordan jeg har handtert materialet i etterkant. Et annet viktig moment er min bakgrunn som sykepleier og tidligere leder av pleie- og omsorgstjenesten i en kommune. Jeg kjente ikke informantene fra før så det var viktig at jeg presenterte meg og informerte dem om bakgrunnen for studien. Denne informasjonen hadde de også fått skriftlig før jeg møtte dem (vedlegg I). Det var min kontaktperson (fagutviklingssykepleier) i kommunen som hadde formidlet dette brevet. I brevet ble det også informert om hvordan dataene skal brukes i studien. Dette ble også gjentatt for informantene før intervjuet startet. Sentralt i dette arbeidet, både i intervjusituasjonen og i analysering av dataene, blir også min evne til å reflektere over

konteksten for innsamlinga av data og min relasjon til informantene. Har prosessen vært åpen eller har den vært begrensende og overfladisk. Et annet aspekt ved kvalitativ metode er kjønnspektivet og yrkesbakgrunn, vil resultatet bli påvirket av hvem som intervjuer hvem? Har det betydning for resultatet at jeg som intervjuer har samme yrkesbakgrunn og yrkeserfaring som informanten? (Thagaard 2003). Flere av informantene hadde vært litt usikker på om de skulle la seg intervju da det alltid er en viss spenning med slike intervju. Etter å ha gjennomført intervjuene var det ingen som gav uttrykk for at de angret på at de deltok. Noen kommenterte også på at de opplevde dette som positivt, og at det hadde gitt dem nye tanker om kvalitetsarbeidet.

Begrepet validitet knyttes til at en forholder seg kritisk til egne tolkninger og at prosjektets resultater kan bekreftes av annen forskning (Ringdal 2007; Thagaard 2003). En kritisk gjennomgang av analyseprosessen hvor jeg også viser til alternativ tolkninger hvor disse er mindre relevante vil gi styrke til den tolkningen som jeg legger fram. Egen tolkning vil også kunne bli bekreftet ved at jeg viser til tidligere forskning som gir sammenlignbare resultater. Et utgangspunkt for dette er de studiene som jeg har funnet frem til om det samme temaet. Det er også viktig å kunne gjøre rede for fremgangsmåtene som er benyttet til hente dataene, og at det er dokumentasjon for all tolkning som blir gjort. Punktet om kjennskap og tilhørighet til det miljøet som det forskes på vil også kunne ha betydning for bekræftbarheten til forskninga. Det er ikke nødvendigvis slik at dette bare er en styrke, det kan også ha en begrensning.

Denne bakgrunnskunnskapen, som sykepleier og tidligere leder i pleie- og omsorgstjenesten, kan gjøre meg mindre åpen for å se nyanser i det som blir formidlet av informantene. Det var derfor viktig å få informantenes bekræfting på hvordan jeg tolket dataene. Dette gjorde jeg i intervjusituasjonen ved at jeg fikk bekreftet eller avkreftet min forståelse av det som ble fortalt, og at jeg hadde oppfølgingsspørsmål for å få informanten til å utdype svarene. Jeg har valgt ikke å la informantene lese min tolkning av datamaterialet før oppgaven er ferdig. Dette er en tidkrevende prosess som jeg har valgt vekk på bakgrunn av tidsaspektet for oppgaven. Prosjektets og tolkningen sin bekræftbarhet må derfor knyttes til at jeg gjør rede for grunnlaget for min forståelse av det materialet som er innsamlet (Thagaard 2003).

Begrepet overførbarhet brukes når tolkningen av dataene i studien også kan være relevant i andre sammenhenger (Ringdal 2007; Thagaard 2003). En tolkning som gir grunnlag for overføringer vil kunne bidra til en mer generell forståelse og/eller økt kunnskap og kompetanse omkring teorien som blir bruk i studien. I denne studien vil tolkningen av dataene være knyttet til iverksettingsteorier og teorier om læring i organisasjoner. Dette vil også kunne danne grunnlag for en overføringsverdi til andre studier med samme teorigrunnlag, og det vil kunne bidra til ny forskning om temaet. I kapittel 1 har jeg presentert tidligere studier om temaet kvalitetsarbeid og iverksetting av offentlig politikk. Intensjonen med det er at jeg ønsker å sammenligne funn og tolkninger av data fra disse studiene med funn og tolkninger i min studie. Et annet moment er at overføring av tolkningen knyttes til spesielle trekk ved caset som studeres. Dette kan være samme type organisasjoner, profesjoner eller arbeidsoperasjoner. I denne studien kan disse spesielle trekkene være pleie- og omsorgstjenesten, ledere, sykepleiere eller kvalitetsarbeidet (Thagaard 2003).

3.6 Etiske utfordringer

Dette er et sentralt moment i all forskning. De valgene jeg gjør gjennom forskningsprosessen vil få konsekvenser for informantene. Det var derfor viktig at jeg var klar på dette og tydeliggjorde det overfor informantene. Dette innbefatter alt fra metoden for innsamling av data, analysemåter, tolkning av teori og data og presentasjon av prosjektet. Det er tre hovedprinsipper som er forskerens ansvar i kvalitativ forskning: informert samtykke, konfidensialitet og konsekvensene det kan ha å delta i forskningsprosjektet (Thagaard 2003).

I *informert samtykke* ligger det at informanten skal ha informasjon om prosjektets formål og metoder før han/hun bestemmer seg for å delta i prosjektet. Det er frivillig å delta og informanten kan trekke seg ut under prosessen (Ringdal 2007). Informantene skrev under på et eget skjema om informert samtykke (vedlegg 1) for at jeg skulle kunne bruke informasjonen i studien. De ble også informert om at de på hvilket som helst tidspunkt i prosessen kunne trekke seg. Tidsaspektet her er frem til rapporten blir levert. Et annet

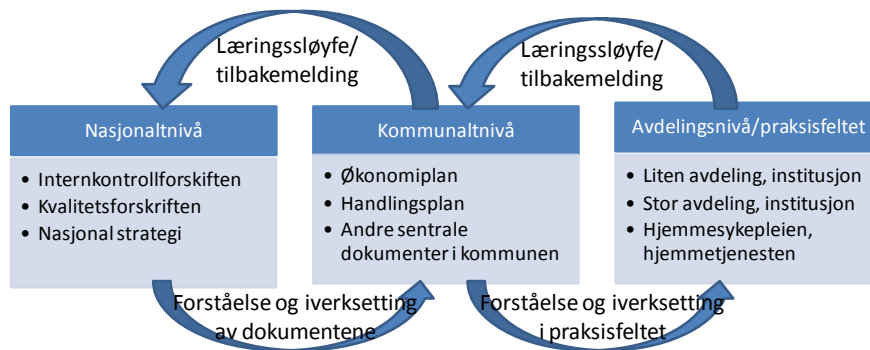
spørsmål omkring informert samtykke er om dette også skal omfatte tolkningen av dataene. Utfordringen ligger i at fleksibiliteten i kvalitativ forskning gjør det vanskelig å vite hva som blir resultatet av forskningen. Thagaard (2003) skriver at det finnes ingen enkle løsninger på dette, men det er viktig at informantene ikke tar skade av å være med i forskningen.

I *konfidensialitet* ligger det at alle opplysningene som samles inn i prosjektet skal behandles konfidensielt og at informanten ikke skal kunne gjenkjennes i det ferdige produktet. I kvalitativ forskning er dette et større problem enn i kvantitativ forskning. Intervjuene som er gjort blir skrevet ut og det er vanlig at sitater fra disse blir presentert i rapporten. Det er da viktig at mengden av sitater ikke blir så stor at informanten gjenkjennes (Ringdal 2007). En måte å øke konfidensialiteten på er å tematisere resultatene fra intervjuet. Fokuset i analysen blir da flytta fra den enkelte informanten til sammenlikning mellom alle informantene (Thagaard 2003). I presentasjonen av data fra avdelingene, enhetsledere og informantene har jeg valgt å omtale soneledere og arbeidsledere som arbeidsledere for å ivareta dette aspektet.

Konsekvensene av å delta i et forskningsprosjekt kan være både positive og negative. Med positive tenker jeg på at prosjektet kan øke fokuset på kvalitetsarbeidet i den kommunen som deltar. Det som er viktig å huske på er at utsagn fra informantene ikke må få negative konsekvenser for den/deres arbeidsforhold som en følge av prosjektet (ibid).

3.7 Videre oppbygging av oppgaven

I de gjenværende kapitlene i masteroppgaven skal jeg ved hjelp av de dataene jeg har samlet inn presentere hvordan forståelsen og iverksetting av de nasjonale dokumentene skjer på lokalt nivå. I kapittel 4 utdyper og analyserer jeg det nasjonale kvalitetsarbeidet og den lokale forståelsen. I kapittel 5 presenterer jeg kvalitetsarbeidet sitt møte med praksisfeltet. I disse to kapitlene vil jeg bruke iverksettingsteorier og læringsteorier for å drøfte hvordan iverksetting skjer på de forskjellige nivåene og læringsløyene mellom disse. I en figur vil dette se slik ut:



Figur 3: Iverksetting og læringsløyfer mellom nivåene

Gjennom kapittel 4 og 5 vil jeg ved hjelp av fem forsknings spørsmålene prøve å gi svar på oppgaven sin problemstilling:

- Er det forskjeller mellom utvikling og iverksetting av kvalitetsarbeidet mellom avdelingene?
- Er det forskjellig forståelse av kvalitetsarbeidet mellom organisasjonsleddene?
- Hvilken betydning har ledelse å si for organisasjonen sin forståelse og praksis av kvalitetsarbeidet?
- Har organisering av tjenestene betydning for kvalitetsarbeidet?
- Hvordan kommer det vedtatte kvalitetsarbeidet til uttrykk i praksisfeltet?

I kapittel 6 oppsummerer jeg funnene og sammenligner disse med tidligere studier som jeg har presentert i kapittel 1. Avslutningsvis presenterer jeg noen tanker om fremtid forskning på temaet.

4 Fra nasjonale kvalitetsambisjoner til iverksetting på kommunenivået

Dette kapittelet omhandler de nasjonale kvalitetsambisjonene og den kommunale iverksettingen av disse. Iverksetting på kommunenivået gjenspeiler seg i kommunen sin implementering av dokumentene og informantene sine kunnskaper og forståelse av disse. Innledningsvis presenterer og analyserer jeg det nasjonale kvalitetsarbeidet, Internkontrollforskriften, Kvalitetsforskriften, Nasjonal strategien for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten og noen sentrale kommunale dokumenter. Videre presenterer jeg funn i studien og avslutningsvis drøfter jeg iverksettingen av det nasjonale kvalitetsarbeidet i kommunen ved hjelp av Matland (1995) sin ”Ambiguity-Conflict”-modell, og vilkårene for læring ved iverksettingen på kommunalt og nasjonalt nivå (Offerdal 2005).

4.1 Nasjonale dokumenter.

Staten har i de siste 20-årene hatt et stort fokus på kvalitetsarbeidet i pleie- og omsorgstjenesten i norske kommuner. Både lovverk, de årlige statsbudsjettene, Stortingsmeldinger og Handlingsplaner er dokumenter som har hatt høy prioritet på nasjonalt nivå. I tillegg blir det av Statens helsetilsyn gjennomført tilsyn med tjenestene gjennom Fylkesmennene og Fylkeslegene, og det blir utgitt årlige tilsynsmeldinger i hvert fylke og en samlet Tilsynsmelding fra Helsetilsynet som gjelder hele landet. Riskrevisjonen har også gjennomført en undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenesten til eldre (Administrativ rapport nr.1/2009), og i 2009 kom det en rapport fra Sintef (Huseby/Paulsen) på bestilling fra Kommunenes Sentralforbund hvor formålet var å undersøke nordmenns vurderinger av eldreomsorgen. Disse meldingene og rapportene er viktige da de sier noe om resultatet av iverksetting av de nasjonale dokumentene i kommunene.

Internkontrollforskriften, Kvalitetsforskriften, og Strategien griper inn i hverandre og skal være virkemidler i kvalitetsarbeidet i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. En forskrift har som mål å utdype og supplere eksisterende regelverk, her Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven. Internkontrollforskriften retter fokus

mot den enkelte virksomhets egne systemer, mot ledelse og organisering.

Kvalitetsforskriften har fokus på brukeren og den enkelte ansatte, og Strategien har som målsetting å bygge ”bro” mellom disse to forskriftene. Den skal blant annet styrke utøveren og forbedre ledelse og organisering av tjenestene. For å forstå bakgrunnen for disse vil jeg måtte trekke inn andre nasjonale dokumenter som for eksempel Lover, Stortingsmeldinger og Nasjonale utredninger (NOU).

I evalueringen av St.meld. nr.50 (1996-97) ”Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt - kvalitet” viser resultatene at kommunene organiserer tjenestene sine på forskjellige måter, og at denne organiseringen er avhengig av lokale behov. I etterkant av denne evalueringen ble det satt fokus på å få til en samordning av statlige styringsdokumenter, og i Nasjonal Strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (1996-2000) satt en seg som mål at det skulle etableres internkontroll og et helhetlig kvalitetssystem innen år 2000. Kvalitetsforskriften for helsetjenesten kom i 1997, for sosialtjenesten kom den først kun som en rettledning. I St.meld. nr.28 (1999-2000) ”Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene” ble det trukket frem at det er et stort behov for å samordne regelverket for helse- og sosialtjenestene både når det gjelder kvalitetskrav, internkontroll og tilsyn med tjenestene., og i St.meld. nr.45 (2002-2003) ”Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene” ble en samordning for å gi større rettsikkerhet til brukerne sentral. I 2003 fikk vi en felles Internkontrollforskrift for Sosial- og helsetjenestene (01.01.2003) og en felles Kvalitetsforskrift for Sosial- og helsetjenestene i kommunene (01.07.2003). Stortingsmeldingen (nr 45, 2002-2003) la også føringer for det videre arbeidet med harmonisering av lovverket for de kommunale helse- og sosialtjenestene. Dette arbeidet resulterte i en offentlig utredning, NOU 2004:18 ”Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten”, hvor en presenterte et forslag til en felles lov for disse tjenestene med bakgrunn i behovet for å samordne tjenestene, loven er ennå ikke vedtatt. Den foreløpige siste Stortingsmeldingen som er sentral for kvalitetsarbeidet i kommunene er St.meld. nr.25 (2005-2006), denne meldingen er ”mer innrettet mot stimulering til et kontinuerlig forbedringsarbeid blant utøvere og brukere” (Huseby/Paulsen 2009, s.30) og den blir ofte omtalt som Omsorgsplan 2015 eller Omsorgsmeldingen.

4.1.1 Internkontrollforskrifen

Internkontrollforskrifen har fokus på pleie- og omsorgstjenestens egne systemer hvor hensikten er å oppnå kvalitetsforbedring i tjenestene. I veilederen (IS-1183, 2004) til forskriften står det at internkontroll handler om kommunen sin interne styring og egen kontroll. Den skal være et hjelpemiddel i styring og utvikling av den daglige driften i kommunen og på avdelingene.

”Med denne veilederen vil vi trekke fram de positive verdiene i internkontrollarbeidet.[...] Denne veilederen [...] er ment som et hjelpemiddel for virksomheter som er i ferd med å etablere internkontroll, eller som sjekklister for de som allerede har internkontroll eller andre mer omfattende kvalitetssystemer” (ibid, s.5).

Innholdet i veilederen sier noe om bakgrunnen for internkontroll, hva dette er og virkeområdet for denne. Et av kapitlene utdyper § 4 som omhandler innholdet i internkontrollen. Her forklares både teksten i forskriften, og det gis eksempler på tiltak og dokumenter som kan brukes i dette arbeidet. § 5 som omhandler dokumentasjon blir også utdypet i veilederen, og det blir presisert at dette er ”et virkemiddel som skal bidra til å sikre at internkontrollen fungerer som forutsatt” (ibid, s.24).

Forskriften er først og fremst rettet mot ledelse og organisering av tjenestene. Den sier noe om organisasjonens tilgang og kunnskap om regelverket for tjenesten, de ansattes kompetanse, om medvirkning, bruk av pasienterfaringer, trygge tjenester, risikoanalyser og kontinuerlig forbedring av tjenestene. Internkontrollen er en del av kvalitetssystemet, og det skal komme klart frem hvem som har ansvar i forhold til denne. I det praktiske hverdagsarbeidet er ansvaret delegert fra øverste leder i en kommune til lederen på avdelingsnivå. For å kunne gjennomføre dette i hverdagen kreves det også medvirkning fra de ansattes side. Dette arbeidet ”bør være nært knyttet til ordinære daglige gjøremål og søkes integrert i de løpende oppgaver” (ibid, s.8). Forskriften har ikke et detaljert oppsett over hvordan internkontrollen skal se ut, men den beskriver de funksjonene som skal ivaretas. Noen av elementene i disse funksjonene vil være sentrale for studien, som tilgang til lover og forskrifter, kunnskap og ferdigheter innenfor fagfelt og internkontroll og avviksbehandling (§4). Både i gjennomgangen av kommunale dokumenter og i intervjuene vil disse elementene bli etterspurt.

4.1.2 Kvalitetsforskriften

Det er kommunene selv som bestemmer hvordan de skal organisere tjenestene sine, men lovverket legger føringer for hvilke tjenester en skal tilby som for eksempel hjemmesykepleie og institusjoner med heildøgns omsorg og pleie (Kommunehelsetjenestelova §1-3) og praktisk hjelp, avlastningstiltak og plass i institusjon (Sosialtjenestelova §4-2). Da Kvalitetsforskriften ble endret i 2003 var det for å harmonisere regelverket for tjenestene, og for å ivareta nye momenter som var komt til. Det ble også utarbeidet en veileder (IS-1201, 2004) til forskriften.

”Formålet med denne veilederen er å bidra til å styrke kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene. Vi vektlegger den nære sammenhengen mellom kvalitetsforskriften, internkontrollforskriften og forslag til Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten fra Sosial- og helsedirektoratet” (ibid, s.2).

Veilederen er delt i to hvor den første delen sier noe om bakgrunn for forskriften, de nye momentene som kom i 2003 og andre lover og forskrifter som er knyttet til denne forskriften. I den andre delen av veilederen knyttes forskriften til det praktiske hverdagsarbeidet.

”En samordnet forskrift skal medvirke til at brukere av helsetjenester og sosialtjenester får bedre ivaretatt sine grunnleggende behov gjennom et mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud” (ibid, s.6). Selvbestemmelsesrett, individuell plan, brukermedvirkning og styrking av rettssikkerheten var nye viktige moment i dette arbeidet. Det at det heller ikke bare dreier seg om pleie- og omsorg i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten var også viktig å få fram. En ønsket å rette fokuset over på brukerstyring og assistanse i stedet for bare pleie og omsorg, noe som også er lovfestet i Sosialtjenesteloven. Kommunen skal som en følge av forskriften etablere et system av prosedyrer for å dekke de grunnleggende behovene til brukerne. Tilbakemeldinger fra tilsyn gjennomført av Fylkesmenn og Fylkeslegene viser at kvalitetsforskrifta har vært en viktig faktor i arbeidet med vurderingskriterier for tilsynene (St.meld.nr 45, 2002-2003).

4.1.3 Strategien

Strategien som kom i 2005 har et tidsperspektiv frem til 2015. Den er en videreføring og videreutvikling av tidligere dokumenter i tjenestene. I 1995 fikk vi en ”Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (1995-2001)” hvor innføring av internkontroll var et ledd i dette arbeidet. I 1997 kom handlingsplanen ”Kunnskap og brubygging i sosialtjenesten (1997-2001)”. Denne hadde som mål å forbedre kvaliteten på tjenestene gjennom organisasjonsutvikling, opplæring, fagutvikling og bedring av levekårene for brukerne av tjenestene. Utgangspunktet for dette dokumentet var et utviklingsprogram (1991-1994) og et styrkingsprogram (1994-1997) for sosialkontorene (IS-1162, 2005). I 2006 ble Nasjonal Helseplan for perioden 2006-2010 vedtatt i Stortinget. Denne planen peker på Strategien som den gjeldende strategien for kvalitetsarbeidet i tjenestene (IS-1502, 2007). Dagens føringer for Strategien er de årlige statsbudsjettene, lover og forskrifter som styrer tjenestene, Kvalitetsforskriften og Internkontrollforskriften er to av disse. Strategien resulterte også i en avtale mellom Regjeringen og Kommunenes Sentralforbund (KS) fram til 2010, den første avtalen var fram til 2006 og ble så fornyet fram til 2010. Arbeidet i denne avtalen danner rammene for kvalitetsarbeidet i tjenestene i kommunene. KS har i tillegg hatt en satsing på ledelse og kvalitetsutvikling i sektoren, kjent som ”Flink med folk” (2006), denne satsingen har hatt betydning for Strategiens fokus på ledelse og organisasjon (IS-1162, 2005).

Det er også utarbeidet flere dokumenter som skal veilede kommunene i iverksettingen av Strategien. Den første veilederen (IS-1162) kom i 2005, den var adressert til leder og utøver og var ment som en inspirasjon til lokalt forbedringsarbeid. I denne veilederen ble det formidlet at det skulle utarbeides handlingsplaner for hvert av innsatsområdene i Strategien, og ansatte i tjenestene ble invitert til å komme med forslag til disse planene. Planene som ble utarbeidet resulterte så i en ny veileder (IS-1502) som kom i 2007, denne omhandler ”praksisfeltets egne anbefalinger innenfor de ulike innsatsområdene i kvalitetsstrategien” (ibid, s.3). Når det gjelder innsatsområdet ”å forbedre ledelse og organisasjon” står det i dokumentet at ledere har et ansvar for å prioritere og å lede dette arbeidet. Ledere har en sterk innvirkning på det praktiske kvalitetsarbeidet i sin organisasjon, og at arbeidet er krevende og utfordrende innenfor stramme økonomiske rammer. Noen av de anbefalte tiltakene i dokumentet er: å utvikle en åpen og

endringsvillig organisasjonskultur, utøve ledelse som fremmer systematisk forbedring og å involvere og å motivere medarbeidere i forbedring av tjenestene.

Strategien gir uttrykk for nasjonale myndigheters forventninger til kommunene sitt arbeid på dette området, men det er kommunene sitt ansvar, som selvstendige forvaltningsenheter å utforme og organisere tjenestetilbudet. Dette arbeidet skal ikke komme i tillegg til de daglige oppgavene, men være en integrert del av disse. Strategien er ikke et myndighetskrav som kommunene er forpliktet til å etterleve, men direktoratet har en klar forventning til at de følger opp arbeidet i Strategien (IS-1162). Som tidligere nevnt har Strategien som mål at tjenestene skal være av god kvalitet. Da masteroppgaven ikke skal undersøke kvaliteten på tjenesten blir det Strategien sitt fokus på hvordan vi skal komme dit som er interessant. Strategien skisserer fem innsatsområder som det skal fokuseres på, to av disse er ”forbedre ledelse og organisasjon” og ”styrke utøveren”.

4.2 Kommunale dokumenter

To sentrale dokumenter for studien, som er behandlet på politisk nivå, er Økonomiplan og Handlingsplan, dette er 4-årige dokumenter. Disse dokumentene legger føringer for kommunen sine administrative dokumenter i kvalitetsarbeidet. Av disse er tiltaksplaner for avdelingene, det administrative delegeringsreglement, velkomsthefte for nyansatte, etikkreglementet og informasjonsfoldere for Undervisningssykehjemmet og prosjekter i pleie- og omsorgstjenesten aktuelle for studien.

4.2.1 Økonomiplan, 2010-2013

Denne planen bruker funn fra KOSTRA for å beskrive, sammenligne og plassere kommunen i forhold til andre kommuner, og IPLOS registreringene for å kunne si noe hvilke typer tjenester brukerne trenger, og der igjennom hvilke behov en har for pleie- og omsorgstjenester. Disse tallene er grunnlag for kommunen sine vedtak, hvor ressursene må settes inn og hvilke prioriteringer politikerne må gjøre. I tillegg sier planen noe om hvorfor en gjør disse valgene, og hva som blir forventet av kommunen og de ansatte for at tiltak skal kunne gjennomføres og at resultat skal kunne måles. Kvalitetsfokuset er sentralt i

planen, arbeid i kommunen skal ha fokus på å iverksette offentlig politikk på en kvalitetsmessig god måte. I innledningen til planen blir det poengtert at kommunen er lovpålagt å ha et kvalitetsvurderingssystem med måling av resultater, og et system for oppfølging av det som kommer frem av mulige forbedringer. Handlingsplaner og budsjett skal følge planen og resultatene vil bli etterspurt i årsmeldingene fra avdelingene.

Hjemmetjenesten har fått et ekstra fokus i økonomiplanen med bakgrunn i at den høsten 2009 fikk status som Undervisningshjemmetjeneste. Bruk av elektroniske arbeidslister og handterminaler (PDA) for å finne informasjon om brukerne når en er utenfor kommunen sine lokaler er et prioritert område. Multidosesystem for medisiner er også tatt med som en viktig kvalitetssikring av tjenestene. Dette er et system hvor den daglige doseringen av medisinene til brukerne kommer ferdig pakket fra apoteket, systemet brukes også på institusjonen. Målsettingen for Undervisningshjemmetjenesten og samhandlingen med andre avdelinger er tatt med i planen. Det er viktig at de ansatte får utviklet og økt sin kompetanse. Dette vil gi økt kvalitet på tjenestene og skape samarbeid og samhandling mellom avdelingene, noe som kommer brukerne til gode. Institusjonen i kommunen sin pleie- og omsorgstjeneste har de siste årene hatt status som Undervisningssykehjem, og tiltak som er gjennomført her har også fått konsekvenser for hjemmetjenesten.

Et annet sentralt moment i planen er at kommunene skal være en lærende organisasjon. Tjenestene som pleie- og omsorgssektoren utfører skal være kunnskapsbaserte og ikke basert på myter og lokale tradisjoner. Å vedlikeholde og utvikle dette videre skal finansieres gjennom eksisterende drift. Kommunen har en egen fagavdeling som skal følge opp og være en ressurs for avdelingene på dette området, og de har iverksatt prosjekter for å utvikle kompetanse og kunnskap i lag med høgskole og forskningsmiljø.

4.2.2 Handlingsplan – 2010-2013

Planen inneholder både felles kommunale mål, mål for helse- og sosialsektoren og mål for hver avdeling. For å nå disse målene sier planen noe om hvilke fokus- og satsingsområder de hører til, milepæler og hvordan en skal kunne måle dette. Alle områdene i planen vil være av betydning for kvaliteten på det arbeidet som utføres i kommunen. Jeg har valgt å

trekke frem noen av punktene som har en sterk tilknytning til de offentlige dokumentene som er utgangspunkt for masteroppgaven. Fokusområdene som er av interesse for oppgaven er ”medarbeidere” og ”interne prosesser”, disse er gjennomgående på alle nivåene i planen. Skjematisk kan dette settes opp slik:

Fokusområde	Satsingsområde – felles for kommunen	Satsingsområde – helse/sosial sektoren	Satsingsområde – hjemme- tjenesten	Satsingsområde – avdeling, institusjon
Medarbeidere	*kompetente og fornøyde ansatte *etikk	*læring på arbeidsplassen *kompetanse- utvikling *fagutdannet personale *oppfølging av ansatte *etikk	*læring på arbeidsplassen *kompetanse heving *fagutdannet personale *oppfølging av ansatte *etikk	*læring på arbeidsplassen *kompetanse heving *fagutdannet personale *oppfølging av ansatte *etikk
Interne- prosesser	*lærende organisasjon *styringssystem	*lærende organisasjon *styringssystem *kvalitetssikring *avvikshandtering *prosjekt multidose *prosjekt PDA	*system *tverrfaglig samarbeid	*kvalitetssikring *prosjekt *aktivitet *kultur og eldre

Figur 4: Handlingsplan med fokus- og satsingsområder.

På overordna nivået har kommunen innen disse to fokusområdene blant annet valgt satsingsområder som ”kompetente og fornøyde ansatte”, ”etikk”, ”en lærende organisasjon” og ”styringssystem”. For å kunne vurdere om disse målene er nådd skal det gjennomføres medarbeiderundersøkelser annen hvert år, og det skal ikke være brudd på de etiske retningslinjene. Alle avdelingene skal levere en intern vurdering av egen avdeling til

kommunalsjefen, og årsmeldingene fra avdelingene skal ha med en vurdering av kommunen sitt styringssystem.

På sektornivå er det flere satsingsområder som er av interesse for oppgaven. Når det gjelder fokusområde ”medarbeidere” skal kommunen satse på læring på arbeidsplassen, kompetanseutvikling, fagutdannet personale, oppfølging av medarbeidere og etikk. Dette måles/vurderes gjennom medarbeiderundersøkelser og brukerundersøkelser. For å kunne måle dette blir de ansatte ufordret på faglig og personlig utvikling, og kunnskap og kompetanse om kvalitetsforskriften sine intensjoner. Fokusområde ”interneprosesser” har som satsingsområde en lærende organisasjon, styringssystem, kvalitetssikring, avvikshandtering, prosjekt multidose og prosjekt PDA. Dette måles/vurderes gjennom rapporter for internkontroll, revisjonsmeldinger og årsmeldinger fra avdelingene til kommunalsjef.

Fra sektornivå til avdelingsnivå har begrepet kompetanseutvikling hos medarbeidere endra seg til kompetanse heving. Planen beskriver det første (kompetanseutvikling) som at pleie- og omsorgssektoren skal gi alle ansatte nødvendig kunnskap, holdninger og kompetanse til å gjennomføre intensjonen i kvalitetsforskriften, og den andre (kompetanseheving) som oppfølging av plantallene som er rapporter til Fylkesmannen når det gjelder kompetanseheving. Dette måles/vurderes gjennom bruker- og medarbeiderundersøkelser. Begrepsbruken ved ”interne prosesser” er noe mer forskjellig på de to nivåene. Mens det på sektornivå brukes ord som en lærende organisasjon, styringssystemer, kvalitetssikring, avvikshandtering, prosjekt multidose og elektroniske håndterminaler, brukes det på avdelingsnivå ord som system (hjemmetjenesten) og kvalitetssikring (institusjon). Dette måles/vurderes gjennom antall avviksmeldinger og oppfølgingen av disse, og gjennom brukerundersøkelser og gjennomgang av tiltaksplaner for brukerne.

4.2.3 Administrative dokumenter

Tiltaksplaner blir utarbeidet av enhetslederne med utgangspunkt i kommunen sin økonomiplan og handlingsplan. Disse er konkrete og formidler hva avdelingene skal ha fokus på i det praktiske hverdagsarbeidet som for eksempel undervisning, kurs, prosedyrer,

medarbeidersamtaler og oppfølging av ansatte ved langtidsfravær. Tiltaksplanene er utgangspunkt for årsmeldingene fra avdelingene til kommunalsjef.

Rådmannen i kommunen har fått fullmakt fra kommunestyret til å gjøre vedtak innenfor rammene av Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven. Kommunen sin omorganisering fra en tre-nivå til en to-nivå kommune har ført til økt delegering av ansvar fra Rådmann til enhetslederne. Delegeringen omfatter vedtak om individuell plan, plass i institusjon, hjemmesykepleie, omsorgslønn, praktisk bistand og opplæring, vederlag for tjenestene om institusjonsplass, sosiale tjenester i hjemmetjenestene, aktivitets- og dagsenter.

Velkomsthfte for nyansatte brukes i introduksjonen av nye ansatte og studenter som gjennomfører praksistid i kommunen. Dette hefte informerer om kommunen sine mål, organisasjonsstruktur, organisering av pleie- og omsorgstjenestene, en sjekklister for opplæring i prosedyrer og et evalueringsskjema hvor den nyansatte/student skal evaluere dette. I dette heftet er det tre punkt som er satt opp under ”gjennomgang av kvalitetssikring”, dette er avviksskjema, rett bruk av utstyr og løfteteknikk.

Etikk reglementet til kommunen er utgitt som en informasjonsfolder. Dette reglementet sier noe om visjon, verdier, ansvar og de etiske retningslinjene som kommunen sine ansatte skal arbeide etter. Tittelen på reglementet er ”en drivkraft med menneskene i sentrum”. Dokumentet formidler kommunen sine verdier som omhandler engasjement, inkludering, være tydelige og å vise innbyggerne respekt. Folderen presenterer ledelsesprinsipper og lederansvar i kommunen, de etiske retningslinjene som setter menneskeverd og respekt for enkelt individet i sentrum, og den viser til egne retningslinjer for informasjonsflyten blant ansatte og ledere i kommunen.

I tillegg til disse dokumentene har kommunen laget to informasjonsfoldere, en om Undervisningssykehjemmet og en om Kultur- og eldreprosjektet. Tittelen på folderen til Undervisningssykehjemmet er ”I trygge hender”. I denne står det at målene for Undervisningssykehjem er å sikre kvaliteten på pleie- og omsorgsarbeidet, løfte geriatrisk omsorgsarbeid opp på et høyt faglig nivå og utvikle gode læringsmiljø. Kultur- og

eldreprosjektet er et av satsingsområdene til Undervisningssykehjemmet, og det har som mål å forankre kulturaktiviteter bedre i eldres hverdag og bedre helsepersonell sin kompetanse på dette området. Dette skal så skape en helhetstenkning om behandlingstilbudet og gjøre kulturperspektivet til en integrert del av dette.

4.3 Funn i studien

Funn i dette kapittelet velger jeg å dele i to. I den første delen presenterer jeg funn knyttet til de nasjonale dokumentene, både på nasjonalt og kommunalt nivå. I den andre delen presenterer jeg funn knyttet til de kommunale dokumentene. Funnene er hentet både fra informantene (primærdata) og dokumenter (sekundærdata).

4.3.1 Nasjonale dokumenter

Føringer for kvalitetsarbeid fra nasjonalt til kommunalt nivå er omfattende. Gjennom snart to tiår er det blitt vedtatt forskrifter, strategier, Stortingsmeldinger og NOUer for å forklare og legge premisser for dette arbeidet. I tillegg er det utarbeidet veiledere for Internkontrollforskriften (IS-1183, 2004), Kvalitetsforskriften (IS-1201, 2004) og Strategien (IS-1162 og IS-1502) og det er inngått avtale mellom KS og Regjering. Dette sier noe om behovet for å forklare innholdet, men også for å sette Forskriftene og Strategien inn i en sammenheng.

I Tilsynsmeldingen for 2009 står det innledningsvis:

”Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetenesta har i § 4 så å seie oppskrifta på kva som må vere med i eit styringssystem for yting av velferdstenester. Sett med våre augo skulle gjerne forskrifta ha endra namn til forskrift om styringssystem i sosial- og helsetenesta. Det hadde vore ei kraftig påminning om at internkontroll eigentleg handlar om fagleg styring.” (s.3).

Dette er et signal om at kunnskap og forståelse om både internkontroll- og kvalitetsarbeidet ute i kommunene har et forbedringspotensiale. Av de områdene som blir omtalt i Tilsynsmeldingen er det feilbehandling av pasienter, tannhelsetjenestetilbudet til eldre brukere av pleie- og omsorgstjenestene og svikt i behandling med legemidler i sykehjem som har direkte tilknytning til kvalitetsarbeidet i pleie- og omsorgstjenesten. Meldingen

beskriver at det har skjedd en viss forbedring på disse områdene, men at en ennå har et stykke igjen for å oppfylle Internkontroll- og Kvalitetsforskriften. Tilsynsmeldingen trekker også frem at gjennom tilsyn med tjenestene er det ønske om å bidra til dialog og spredning av kunnskap om kvalitetsarbeidet. Denne kunnskapsspredningen gjelder både for politikere, administrative ledere og personale som utøver det praktiske hverdagsarbeidet. Som en følge av tidligere tilsynsmeldinger og denne (2009) vil det bli gjennomført et landsomfattende tilsyn med tjenestene i 2010, dette tilsynet vil bli gjennomført etter en felles rettleder for å sikre at funn blir vurdert likt.

Riksrevisjonen sin rapport (nr.1/2009) viser at alle kommunene i undersøkelsen har etablert et intern- og kvalitetskontrollsystem, men at ansatte har varierende kjennskap til systemet grunnet manglende opplæring. Til tross for at kommunene har utarbeidet systemer for avvikshåndtering, viser undersøkelsen at det er en klar underrapportering av avvik. At uheldige hendelser i liten grad identifiseres og innrapporteres innebærer at kommunene har mangler i systemene for å korrigere svakheter i tjenesten.

Sintefrapporten (Huseby/Paulsen 2009), som skulle undersøke nordmenns vurderinger av eldreomsorgen, viser at nordmenn har stor tillit til de som jobber i omsorgstjenestene, men mindre tillit til systemene. Brukerne av tjenestene formidler også at de har tillit til de som jobber i tjenestene, men at det er en viss misnøye med manglende aktivitetstilbud og medbestemmelse i det tilbudet de får. Ved oppslag i media er det temaet om et tilgjengelig tjenestetilbud som oftest blir trukket frem, at gamle ikke får sykehjemsplass når de trenger det eller at tjenestetilbudet på andre måter ikke er tilfredsstillende. Rapporten konkluderer med at mangelen på absolutte standarder for tjenestene fører til forskjeller i tilbudet fra kommune til kommune.

Funn i studien viser at kommunen har fattet vedtak om iverksetting av Internkontrollforskriften gjennom sin Handlingsplan. På overordna og sektor nivå blir dette omtalt som styringssystemer som skal brukes i enhetene sin daglige drift for å justere innhold og type tjenester som kommunen skal tilby. Rapporter fra enhetene om vurdering av internkontrollen skal innarbeides i årsmeldingene til kommunen. På avdelingsnivå blir dette satsingsområde i Handlingsplanen omtalt som system eller kvalitetssikring. Dette

skal være oppdatert og tilgjengelig for de ansatte. Mål på om dette fungerer registreres og rapporteres ved hjelp av antall avviksmeldinger og oppfølging/bruk av disse. Funn i studien viser at alle informantene hadde hørt om Internkontrollforskriften. Fem av informantene hadde noe kunnskapen og forståelse om hvordan denne kommer til uttrykk i hverdagsarbeidet. To av disse hadde hatt verv som tillitsvalt/verneombud, de andre tre var enhetslederne. Enhetslederne knytter Internkontrollforskriften til eget ansvarsområde og systemene som styrer tjenestene. Kunnskap og forståelse har de fått gjennom utdanning og informasjon fra overordnede og fagavdelingen. Prosedyrer blir utarbeidet i samarbeid med fagavdelingen, og enhetslederne har ansvar for å tilpasse disse til avdelingene sitt arbeid og revisjonen. Avviksmeldinger blir sendt til overordnede hvor de blir behandlet før de kommer tilbake i avdelingene. Tilsynsmeldinger fra Fylkeslegen har ikke avdekket avvik i tjenesten, men det er avdekket avvik ved farmasøytisk tilsyn. Avvik som blir avdekket i en avdeling får konsekvenser for alle avdelingene, dette forklares med at alle avdelingene har i utgangspunktet det samme prosedyresystemet. De rapporterer til overordnet nivå både muntlig i faste møter og skriftlig gjennom årsmeldingene. De har ansvar for oppfølging av personalet gjennom møter med tillitsvalgte/verneombud, avdelingsmøter/personalmøter og medarbeidersamtaler. Det er et nært samarbeid mellom enhetslederne og fagavdelingen for å utarbeide rutiner for å ivareta vedtak som kommunen har gjort om oppfølging av styringssystemene i kommunen.

Kommunen viser i sin handlingsplan til Kvalitetsforskriften. Det er et overordnet mål for helse- og sosialsektoren at alle ansatte i pleie- og omsorgssektoren skal ha nødvendig kunnskap og kompetanse til å gjennomføre intensjonene i Kvalitetsforskriften. Dette skal måles gjennom medarbeider- og brukerundersøkelser. Handlingsplanen til kommunen viser at de skal bruke forskriften i utarbeiding av prosedyrer for det direkte pasientretta arbeid i avdelingene både på institusjon og i hjemmetjenesten. Alle informantene formidlet at de hadde gode prosedyrer på hvordan tjenestene skulle utøves, men det var kun fem av de som knyttet det praktiske hverdagsarbeidet til Kvalitetsforskriften, tre av disse var enhetslederne. Denne forståelsen av sammenheng mellom forskrift og praktisk hverdagsarbeid hadde en av informantene fått gjennom utdanning, de fire andre gjennom informasjon fra overordnet leder.

Jeg finner ikke Strategien omtalt i noen av de kommunale dokumentene, men kommunen har gjennom sine tidligere vedtak om organisering av tjenesten hatt et stort fokus på ledelse, økt kompetanse hos de ansatte og hvordan organisere tjenestene for å gi en bedre tjeneste til brukerne og deres pårørende. I Handlingsplanen ser en dette igjen i fokusområdene ”medarbeidere” og ”interne prosesser”. Kompetanse blant ansatte og gode styringssystemer som skal gi informasjon på alle nivå er sentrale satsingsområder. Funn i studien viser at Strategien er det kun enhetslederne som har hørt om, de vurderer ikke kunnskapen og forståelse av innholdet som veldig god. De viser til at det er gjennom fagavdelingen at de har fått tilgang og kunnskap om denne.

Felles for disse tre dokumentene er at enhetslederne har et ønske om at slike dokumenter skal bli kortere, mer presise og knyttet mer direkte opp til det praktiske hverdagsarbeidet.

Informant C: ” for det første skulle en ønskt at en skreiv mye kortere og mye mer tydelig, og at det var konkrete ting for de at veldig mye av dette er nødt å tilpasses hverdagen ute, og det som står i disse der er ganske gode tanker som kan brukes i å tenke ute, men mye av dette kan du ikke bruke sånn som det er.[...] jeg føler vel egentlig at en god del av disse planene som vi får utsendt er for lite forankra i det virkelige liv”.

De trekker også frem at de ansatte har et selvstendig ansvar for å skaffe seg kunnskap om disse og viser til Lov om helsepersonell §4 (Helsepersonelloven). Fra de ansattes side er det et ønske om mer kunnskap og internundervisning om styringssystemene og de offentlige dokumentene slik at de kan bruke de mer aktivt i utviklingen av hverdagsarbeidet.

Informant H: ”[...] jeg har sikkert mest kunnskap om det som er mer i avdelinga, det som vi brukar til dagen, men jeg trenger nok mer kunnskap om mer generelle ting. Litt mer om systema og offentlige dokument”.

Informant G: ”Egentlig så burde vi hatt internundervisning om det for lenge siden. For jeg tror dette ligger litt bak og under teppet for de aller fleste”.

De beskriver en hverdag som gir liten mulighet for å oppdatere seg på egenhånd og begrunner dette med stort arbeidspress og manglende tilgang til dokumentene. Fritiden blir ikke prioritert til å tilegne seg disse kunnskapene selv om de er klar over eget ansvar som følge av Helsepersonelloven. Tilsynsbesøk for å kontrollere tjenestene sine oppfølginger

av statlige krav knyttes av de ansatte til farmasøyttilsyn og Forskriften for legemiddelhåndtering, og ikke til de statlige tilsynene med internkontroll av systemene og kvalitetssikring av tjeneste tilbudet. Det er kun to av informantene som har erfaring fra statlige tilsyn (Fylkeslegen), dette tilsynet avdekket ikke avvik i tjenestene. Det skapte heller ingen diskusjon i ettertid, annet enn at de ble informert om resultatet på et personalmøte og gjennom lokalavisa.

4.3.2 Kommunale dokumenter

Kommunene sin iverksetting av kvalitetsarbeidet styres av de politisk vedtatte styringsdokumenter som økonomiplan og handlingsplan. Det utarbeides årlige budsjett og handlingsplan etter drøfting med enhetslederne, disse igjen lager tiltaksplaner for sin avdeling. Enhetslederne rapporterer tilbake til administrasjonen gjennom sine årsmeldinger, dette kommer også klart frem i Handlingsplanen til kommunen som et av vurderingspunktene for denne. Kommunen har i tillegg et administrativt delegeringsreglement, her kommer det tydelig frem hva enhetslederne har ansvar for av det som er hjemlet i lover og forskrifter. Kommunen har også dokumenter som beskriver innhold og mål for forskjellige tiltak og/eller aktiviteter i kommunene som etikk, undervisningssykehjem og introduksjon til nyansatte. Kommunen gjennomfører flere prosjekter i pleie- og omsorgssektoren i nært samarbeid med høgskole og forskningsmiljø. Kommunen har opprettet en fagavdeling som skal bistå alle avdelingene i utvikling og iverksetting av de kommunale dokumentene.

Både kommunen sin økonomiplan og handlingsplan har fokus på kvalitetsarbeidet i kommunen generelt, og i pleie- og omsorgstjenesten spesielt. Dette viser de gjennom felles satsingsområdene i kommunen hvor kompetente ansatte, en lærende organisasjon og styringssystemer er prioriterte områder for at kommunen skal lykkes i sitt arbeid. Disse områdene blir utdypet videre på sektor- og avdelingsnivå til å omfatte kompetanse utvikling hos de ansatte, aktiv bruk av styringssystemene i avdelingene, et tilgjengelig kvalitetssikringssystem og oppfølging av avviksmeldinger. Kommunen har gjennom stipend og lønnet permisjon lagt til rette for kompetanseheving gjennom videreutdanninger for de ansatte i pleie- og omsorgstjenesten. Dette er et tilbud som mange av de ansatte har

benyttet seg av, studien viser at alle informantene har gjennomført videreutdanning innenfor forskjellige felt.

Kommunen har nylig omorganisert tjenestene sine og gått fra å være en tre-nivå kommune til en to-nivå kommune, hvor enhetslederne har fått større ansvar og det er opprettet en egen fagavdeling (i stab) som skal være en ressurs i kvalitetsarbeidet i alle sektorene i kommunen. Denne avdelingen er også inne i prosjektene som er i pleie- og omsorgssektoren, og de jobber tett med høgskole og forskningsmiljø om utvikling av tjenestene. Enhetslederne omtaler den nye organiseringen i kommunen fra tre-nivå til to-nivå som en bedre løsning enn slik de hadde det tidligere. De har fått større ansvar på alle områder. De blir målt på resultat gjennom årsmeldingene, og at en fagavdeling med spesialkompetanse innen sykepleiefaget og juss er til stor hjelp i iverksettingen av det praktiske hverdagsarbeidet gjennom utarbeiding av prosedyrer, igangsetting av prosjekter og internundervisning.

Enhetslederne sin forståelse og kunnskap om dokumentene skiller seg tydelig ut da de bruker alle dokumentene i sitt daglige arbeid. De bruker handlingsplanen aktivt i utarbeidelsen av egne tiltaksplaner for avdelingen, i disse planene blir kvalitetsarbeidet mer synlig for personalet. Enhetslederne formidler at det på personalmøter blir gitt noe informasjon om dokumentene og at personalet finner disse på nettsidene til kommunen. To av de andre informantene hadde gjennom tidligere verv som tillitsvalgt og verneombud en viss kjennskap og forståelse av at både økonomiplan og handlingsplan påvirker hverdagsarbeidet. De fem andre informantene fra praksisfeltet var usikre på om økonomiplanen og handlingsplanen hadde noen praktisk betydning for kvalitetsarbeidet.

Informant F: ” Handlingsplanen da tenker jeg ikke på kvalitetssikring da tenker jeg på at da skal du ha gjort det du har tenkt å gjøre. Kvalitetssikring da tenker jeg på prosedyrer og hvordan vi gjør ting her sånn på det generelle. Hvordan vi tar imot nyansatte om du sa, og hvordan vi utfører det daglige arbeidet”.

Informant G: ” Jeg tror det er veldig mange som ikke kjenner til de. Jeg tenker at det er helt feil. Det er sjeldent at ledere egentlig legger fram, de legger jo gjerne fram et budsjett, men det er ikke alltid at alle er på et personalmøte. Veldig mange skjønner kanskje ikke alle disse trinnene som er imellom ting sant, og de ser det bare langt vekk isteden for å vite at alt har egentlig med hverandre å gjøre på en måte”.

Det var først når jeg tok opp enkelt elementer i dokumentene som for eksempel kompetanseheving, avvikshandtering, brukerundersøkelser og medarbeidersamtaler at informantene så sammenhengen mellom dokumentene og det praktiske hverdagsarbeidet. Ingen av de syv informantene i praksisfeltet opplever å ha reel påvirkning på økonomiplan og handlingsplan, og de formidlet at informasjonen de får er begrenset. Ansatte ønsker mer informasjon om disse dokumentene.

Enhetslederne trekker også frem det administrative delegeringsreglementet som sentralt i deres utøvelse av den administrative funksjonen som ligger til stillingen. De andre informantene hadde liten kjennskap til dette dokumentet, men gjennom intervjuet kommer det frem at i velkomsthfte for nyansatte er det et punkt om delegeringsreglementet i kommunen. Velkomsthfte kjenner alle informantene til og dette knytter de til kvalitetsarbeidet i avdelingene.

Informant H: ” det kjenner jeg veldig godt til [...]. Det har veldig mye å si for kvaliteten”.

Informantene kjenner til etikk reglementet og informasjonsfolderne for Undervisningssykehjemmet og Kultur- og eldreprosjektet. Informantene ser en sammenheng mellom informasjonsfolderne/prosjektene og det praktiske kvalitetsarbeidet i tjenestene. Etikk reglementet er noen av informantene usikre på hva skal brukes til og om det har en praktisk betydning i avdelingene sitt arbeid i hverdagen. Reglementet oppfattes forskjellig.

Informant E: ” Etikk reglement det har jeg hørt om. Det har jeg faktisk ikke sett det heller [...]. Jeg har jo nettopp skrevet en oppgave, og jeg har ikke sett dette, ikke er det snakk om det heller, så jeg lurer på hva det skal brukes til”.

I studien refererer flere av informantene til fagavdelinga sitt arbeid inn mot den enkelte avdeling, og enhetslederne er tydelige på at avdelinga er en ressurs i kvalitetsarbeidet i pleie- og omsorgstjenesten.

Informant C: ”Jeg er litt opptatt av at vi bruker fagavdeling, for jeg er mer en administrator, jeg er ikke så flink på fagdetaljer slik at jeg bruker nok folk på fagavdelinga som jobber med dette for å se at det er godt nok det som ligge der. [...]. Fagutviklingssykepleier har jo en hånd på rattet når det gjelder dette med undervisningshjemmetjenesten og undervisningssykehjem, så det er et nært samarbeid i forhold til det. Det er vel

fagutviklingssykepleier jeg drøfter mest med når vi står ved et veiskille, hva som kan være fornuftig. Og da er hun en av de som hjelper oss med å sette ting ut i praksis”.

4.4 Drøfting

For kommunen handler det om å gi de nasjonale dokumentene innhold slik at de kan brukes i avdelingene sine tiltaksplaner og i det praktiske hverdagsarbeidet, og derigjennom oppfylle kravene i forskriftene i hverdagen. Kommunen har på politisk nivå vedtatt en 4-årig økonomiplan og en 4-årig handlingsplan. Kommunen har i disse dokumentene et stort fokus på eget styringssystem og kvalitetsarbeid. De har også vedtatt et delegeringsreglement for å ansvarliggjøre ledere på alle nivå. På administrativt nivå er økonomiplan og handlingsplan videreført og konkretisert i de årlige tiltaksplanene, budsjett, introduksjon til nyansatt, etikkreglement og informasjonsbrosjyrer om prosjekter.

Delegeringsreglementet har sitt utspring både i lovverket og i Internkontrollforskriften, som omhandler systemene til kommunen. Disse systemene skal gi kunnskap til brukerne om hvem som har ansvar for tjenestene, og hva som ligger i dette ansvaret. Velkomsthette for nyansatte er direkte knyttet til Internkontrollforskriften sine krav. Ved gjennomføring av denne opplæringen for nyansatte kan kunnskap og kompetansen, som blir gitt den enkelte utøver, også knyttes til Kvalitetsforskriften sine krav. Strategien har, som ledd i å nå sine mål, anbefalt 6 innsatsområder. Et av disse områdene er å styrke utøveren. Tiltak innenfor disse områdene er å heve kompetansen i kvalitetsforbedring og kunnskapshåndtering. Dette forutsetter at hver enkelt ansatt får den nødvendige opplæringen i hvordan jobben skal utføres, men også hvordan forbedringer gjennomføres. Det vil gjennom opplæring av ansatte også skapes et klima for at hver enkelt ser og forstår behovet for kontinuerlig forbedring av tjenestene og at en lærende organisasjon skapes. Kommunen legger i tillegg til rette for videreutdanning og kurs for å oppfylle Internkontrollforskriften og derigjennom Strategien sitt fokus på utøveren.

Det etiske reglementet kan knyttes til Kvalitetsforskriften som sier at brukere av pleie- og omsorgstjenestene skal ”oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet”. I Strategien er det etiske perspektivet i tjenestene sentralt i alle

målsettingene. De skal være ”trygge og sikre”, involvere brukerne og gi dem innflytelse, være tilgjengelige og rettferdig fordelte. Den enkelte utøver sin evne til å handle etisk forsvarlig er også et sentralt punkt. Likeså kan informasjonsfolderen om Undervisningssykehjemmet og Kultur- og eldreprosjektet knyttes til Kvalitetsforskriften. Undervisningssykehjemstatusen er et ledd i å løfte det geriatriks omsorgsarbeid og sikre kvaliteten på tjenestene, og gjennom prosjektet ”Kultur og eldre” setter kommunen kulturbegrepet inn i en kvalitetssammenheng.

Det er også inngått avtaler med høgskole og forskningsmiljø for å utvikle tjenestene og å gjøre de kvalitetsmessig bedre. Disse avtalene er knyttet til kommunen sin Undervisningssykehjem/Undervisningshjemmetjeneste status. Dette er et nasjonalt program for utvikling av pleie- og omsorgstjenestene, hvor økt fokus på kvalitetsarbeidet og derigjennom å gi tjenester av god kvalitet er et overordna mål. Mens den eksterne kompetanse hevingen er styrt fra øverste administrative nivå i kommunen som følge av politiske vedtak, er ansvaret for den interne opplæring av ansatte blir flyttet ut i de enkelte avdelingene. I en hverdag som krever stadig mer fagkompetanse for å dekke brukernes behov, og slik oppfylle Kvalitetsforskriften, vil opplæring i offentlige dokumenter og kommunale systemer ofte bli nedprioritert, dette viser også funnene i oppgava. Å løfte disse opp fra skrivebordet å gjøre de til en del av det praktiske hverdagsarbeidet i pleie- og omsorgstjenesten er en utfordring når en må prioritere mellom opplærings- og utviklingsbehov i avdelingene.

4.4.1 Iverksetting av kvalitetsarbeidet på kommunalt nivå

I en studie av iverksetting av den nasjonale politikken er graden av uklarhet og graden av konflikt omkring de vedtak som er fattet (Matland 1995) sentral. Med bakgrunn i de nasjonale dokumentene som er utgangspunktet for Forskriftene og Strategien ser en at det har vært et ønske om å heve og sikre kvaliteten på tjenestene i offentlig sektor. Dette har vært et arbeid som har pågått over flere år og som har resultert i Stortingsmeldinger og Nasjonale handlingsplaner. Både brukerorganisasjoner, kommuner og lokalbefolkningen krever trygghet og god kvalitet på tjenestene.

En iverksetting av nasjonal politikk hvor konflikt nivået og klarheten omkring vedtaket er lavt er avhengig av god informasjon og god ressurstilgang. Med ressurser menes det ikke bare økonomi men også kunnskap og personell. Dette beskrives av Matland (ibid) som en administrativ iverksetting eller ovenfra-og-ned prosess. Informasjonen omkring iverksetting av kvalitetsarbeidet har foregått over lang tid, både gjennom offentlige dokumenter og opplæring av kommunene ved hjelp av Fylkeslegene. På slutten av 1990-tallet hadde Helsetilsynet ansatt kvalitetskonsulenter ved alle landets Fylkeslegekontorer (Vabø 2002). Disse var ansvarlig for opplæring av kommunene i kvalitetsarbeid, hvor utgangspunktet var Kvalitetsforskriften fra 1997. Kommunene fikk gjennom Stortingsmelding nr.50 (1996-97) økt sine ressurser for å iverksette Handlingsplanen for eldreomsorgen. Denne Stortingsmeldingen hadde som mål å styrke hjemmetjenesten, bygge ut omsorgssektoren, øke sykehjemskapasiteten og legge til rette for enerom i sykehjem for de som måtte ønske dette (Romøren/Svorken 2003).

Utgangspunktet for kvalitetsarbeidet fra sentralt nivå var godt, gjennom både klare vedtak og god ressurstilgang. I dag har ressurstilgangen endret seg noe. Fra prosjekter og øremerkede midler får nå kommunene overføringer som rammetilskudd. Intensjonen er at kvalitetsarbeidet skal gå inn i den daglige driften, og kommunen selv må finne rom og legge til rette for dette arbeidet. utfordringene for kommunene er at en utformer strategier for kvalitetsarbeidet på nasjonalt nivå, og øker kravet til kommunene om å bedre kvaliteten på tjenesten uten at det følger øremerkede midler med. Iverksetting av kvalitetsarbeidet kan med dette ta nye veier hvor politikken må tilpasses i kommunene sin daglige drift og en slites mellom flere prosesser som styres fra sentralt hold. Matland (1995) beskriver dette som en politisk iverksetting hvor konflikt nivået er høyt og klarhet omkring politikken er lav, og hvor utfallet blir bestemt ut ifra maktforhold. Han ser på dette som en ny ovenfra-og-ned modell, hvor politikken tar sikte på å endre samfunnsforhold, her å bedre kvaliteten på tjenestene, til tross for konflikt og motstand på lokalt nivå.

Det er ingen indikasjoner i de kommunale dokumentene som tilsier at det er klarhet eller konflikt omkring de nasjonale dokumentene. Det som kommer fram er den økonomiske situasjonen som tilsier at kommunen har en stram økonomi, og at kommunen i denne planperioden (Økonomiplan) vil prioritere lovpålagte tjenester og at barnehage og skole vil

ha et ekstra fokus. At flere sektorer i en kommune kjemper om de samme ressursene kan føre iverksettingen over i en politisk iverksettingsmodell, hvor makt og et ønske om å kunne endre samfunnsforhold blir viktig (Matland 1995). På politisk nivå vil dette i en kommune kunne vise seg i kamp mellom politikere om hvilken sektor eller tiltak som skal prioriteres innenfor stramme økonomiske rammer. Studien avdekker ikke dette da de kommunale dokumentene ikke refererer til diskusjoner eller kamp omkring kommunale vedtak. Det studien avdekker er at kommunen i sin Økonomiplan har gjort vedtak om at lovpålagte tjenester skal prioriteres, men at det skal være et ekstra fokus på barnehage og skole. Dette kan tilsi at kvalitetsarbeidet i pleie- og omsorgssektoren må kjempe med andre sektorer som barnehage og skole for å få midler til sitt arbeid. Det kommer også frem i Økonomiplanen at det er ønskelig å sette av større økonomiske midler til opplæring og kompetanseutvikling i årene som kommer, men at dette innen for denne perioden ikke er mulig.

I ressurstilgangen må en også se på kommunen sine prioriteringer og vedtak når det gjelder fagpersonale og kunnskap/kompetanse heving i pleie- og omsorgssektoren. I tillegg til å ha en egen fagavdeling som skal bistå avdelingene i dette arbeidet har også kommunen satset på tilsetting av fagpersonale i de stillingene en har opprettet. De har et høyt antall sykepleierstillinger i avdelingene, og det er et ønske om at personale videreutdanner seg, dette gjelder både sykepleiere og hjelpepleiere. Studien avdekker at det er dekningen av fagpersonale i helgevaktene i institusjonsavdelingene som er utfordringen.

Internundervisning er også et prioritert område fra kommunen sin side, og en har knyttet til seg fagkompetanse både fra apotek og helseforetak for å bedre kvaliteten på tjenestene.

Med bakgrunn i de funnene som er gjort i studien kan iverksettingen av kvalitetsarbeidet på kommunenivå beskrives som en administrativ iverksetting (Matland 1995). Fra politisk og administrativt nivå blir dette arbeidet styrt ovenfra-og-ned gjennom klare vedtak hvor konfliktnivå og uklarhet omkring vedtakene er lavt.

4.4.2 Vilkår for læring på kommunalt og nasjonalt nivå

Ved iverksetting av det nasjonale kvalitetsarbeidet vil kommunene være viktige politisk-administrativ læringsarenaer for den statlig politikken. Det som påvirker dette læringsperspektivet kan beskrives som vilkår av teknisk, kulturell, etisk og politisk art (Offerdal 2005).

Læringsløyfen fra avdelingene til kommunen sitt administrative og politiske nivå og videre til nasjonalt nivå ved iverksetting av kvalitetsarbeidet, vil avhenge av avdelingene og kommunen sine muligheter for å rapportere ”oppover” i systemet (Jacobsen/Thorsvik 2002; Offerdal 2005). I kommunene blir de nasjonale og kommunale dokumentene gjort om til praktiske handlinger, og gjennom tilbakemelding fra et nivå til et annet kan læring finne sted. Tilbakemeldingen skjer gjennom årsmeldingene fra enhetslederne til Rådmann, bruker- og medarbeiderundersøkelser, rapportering fra Rådmann til kommunestyre og gjennom kommunen sine rapporteringer til nasjonalt nivå gjennom KOSTRA og IPLOS. I tillegg kan denne informasjonen tilflyte både administrative ledere og politikere på kommunalt og nasjonalt nivå gjennom Tilsynsmeldinger, rapporter fra Riksrevisjonen, studier om kvalitet og kvalitetsarbeid, i møte mellom lokale og sentrale politikere/administrative ledere og gjennom media. Vilårene for læring av teknisk art skjer gjennom denne informasjonsflyten mellom de kommunale nivåene og fra kommunalt til nasjonalt nivå (Offerdal 2005).

Kommunen sitt vedtak om at den skal være en lærende organisasjon innebærer at det også på øverste nivå i kommunen skal foregå en læring ved iverksetting av kvalitetsarbeidet. For at det skal skje en læring på dette nivået vil en være avhengig av informasjonsflyten i organisasjonen (Jacobsen/Thorsvik 2002; Offerdal 2005). Kommunen sin omorganisering fra å være en tre-nivå kommune til en to-nivå kommune har ført til en delegering av beslutningsmyndighet i kommunen. Dette gir politikerne og Rådmann nye utfordringer i hvordan de følger opp og handterer tilbakemeldinger fra de forskjellige avdelingene. Kommunen har vedtatt i sin Handlingsplan at tilbakemeldingene fra avdelingene skal skje i form av årsmeldinger, IPLOS-rapportering, brukerundersøkelser og medarbeiderkartlegginger. Disse skal gi innsikt i avdelingenes arbeid og de utfordringene de står ovenfor i kvalitetsarbeidet. Årsmeldingene skal inneholde en internvurdering av

avdelingen, og IPLOS-rapporteringen skal gi en oversikt over brukernes behov for tjenester.

KOSTRA og IPLOS sier ikke noe om de ansattes kompetanse om styringssystemene, men de formidler kunnskap om brukernes behov for tjenester og kommunens prioriteringer av ressurser for å dekke disse behovene. Samlet vil de gi en kunnskap hos nasjonale myndigheter om ressursbehovet og derigjennom kompetanse behovet i en kommune for å kunne oppfylle de nasjonale styringsdokumentene. Tilsynsrapportene fra Fylkeslegene og Riksrevisjonen sine rapporter blir brukt til å rette opp avvik som måtte bli meldt, til å forbedre tjenesten på lokalt nivå, og som bakgrunn for utarbeiding og korrigerende av statlige dokumenter i det videre kvalitetsarbeidet. Riksrevisjonen sin rapport (1/2009) viser at kommunene har etablert intern- og kvalitetskontrollsystemer, men at de ansattes kunnskap om forskriftene som styrer dette er varierende, og at det er en klar underrapportering av avvik. Funn i studien er i samsvar med Riksrevisjonen sine funn når det gjelder kunnskap om forskriftene som styrer kvalitetsarbeidet. Studien avdekker at det ikke har vært avviksmeldinger etter tilsynsbesøk fra Fylkeslegen, men etter farmasøyttilsyn. Vedtak på politisk nivå i kommunen om innføring av multidosesystem for medikamentadministrering kom som en følge av et ønske om å bedre kvalitetssikring på dette området.

Et annet vilkår for læring er organisasjonens evne til å lytte til det som foregår i organisasjonen, og dens evne til å ta hendelser både av positiv og negativ art på alvor, dette omtales som kulturelle vilkår for læring (Jacobsen/Thorsvik 2002; Offerdal 2005). Når kommunene blir en politisk-administrativ læringsarena for statlig politikk kan det skje uforutsette ting ved iverksettingen (Offerdal 2005). Er det aksept for at det skjer endringer når vedtak blir iverksatt eller at det gjøres feil, og at disse ikke nødvendigvis tillegges enkelt personer, men organisasjonen som helhet? Årsaken til at tiltaket ikke helt ble etter intensjonene kan ligge i vedtakets innhold og utforming og ikke hos enkelt personer eller organisasjoner. I handlingsplanen til kommunen er et av målene at en skal ha et avvikssystem som fungerer, og som en kan lære av. Å ha et avvikssystem som ikke fungerer, hvor arbeidstakere ikke rapporterer om avvik som skjer vil vanskeliggjøre kommunen sin evne og mulighet til å endre retning også på overordna nivå. Studien

avdekker ikke en underrapportering på avvik ”oppover” i systemet, men den avdekker en variasjon i tilbakemeldinger fra enhetsleder til ansatte i praksisfeltet, dette kommer jeg tilbake til i neste kapittel.

Iverksetting av offentlig politikk reiser også etiske spørsmål (Jacobsen/Thorsvik 2002; Offerdal 2005). Dette dreier seg om problematiske sider ved den politikken som skal iverksettes. Oppslag i media som følge av nasjonale og kommunale vedtak som faller uheldig ut for brukerne er ikke uvanlig. Sintefrapporten (Huseby/Paulsen 2009) har sett på bruken av media for å sette kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten på dagsorden i samfunnet, og de finner at medieoppslag kan deles i tre typer: 1) historier om uverdige forhold, uheldige konsekvenser eller faglige feil og overgrep. 2) ytringer fra fagpersoner i omsorgstjenestene gjennom intervjuer eller leserinnlegg. 3) privatpersoners generelle betraktninger eller historier fra situasjoner i sektoren. Spørsmålet blir hvordan påvirker og følger en dette opp på nasjonalt nivå, og hvilke betydning får dette for kommunen som iverksettingsorgan? I dette bildet vil ansatte, brukere, pårørende og media kunne være sentrale aktører, og det er ikke uvanlig at en ser at problemstillinger av etisk art kan føre til nye politiske vedtak på sentralt nivå, som igjen får konsekvenser på kommunalt nivå. Dette er en måte å vise handlekraft på fra politikernes side i spørsmålene som engasjerer og involverer mange mennesker.

Studien avdekker ikke at kommunen har vært gjenstand for medieomtale, men den avdekker at kommunen har vedtatt et etikkreglement for de ansatte, og de viser i dette dokumentet til egne retningslinjer for kontakt med media. Dette dokumentet sier noe om både leder og ansatte sitt ansvar om lojalitet overfor organisasjonene sine interesser, om informasjon, taushetsplikt og om varsling ved kritikkverdige forhold. For at læring skal skje også på overordna nivå i kommunen må det være mulighet for at informasjon om det som skjer i avdelingene tilflyter de som fatter vedtaka, men at denne informasjonen må følge de retningslinjer som kommunen selv har vedtatt.

De politiske vilkårene for læring viser seg i prioriteringer som stat og kommune gjør for kvalitetsutviklingen i kommunalsektor (Jacobsen/Thorsvik 2002; Offerdal 2005).

Kommunene som iverksettingsorgan for statlig politikk står ofte overfor dilemmaer av

større eller mindre art, dette handler om generalist kompetansen som kommunen skal ha. Staten kommer med nye pålegg til hva kommunene skal ha ansvar for, mens rammeoverføringene ikke alltid står i stil med dette. En stram kommuneøkonomi vil derfor legge føringer for prioriteringene som blir gjort. Kommunen har i sin Økonomiplan valgt å prioritere lovpålagte tjenester som barnehage, skole og helsetjenester. Men selv om de prioriterer disse områdene så vil det være mange politiske avveininger innenfor disse igjen. Læringsperspektivet ligger i at en gjennom vedtak og erfaringer med disse skaper en mulighet for økt kompetanse på administrativt og politisk nivå om kommunen sitt ansvar og hva som må til for å ta dette ansvaret. Både kommunene sine tilbakemeldinger på hvilke prioriteringer de har gjort innenfor de økonomiske rammene de har fått tildelt, og KS sine tilbakemeldinger i forhold til avtalen de har inngått med Regjeringen om satsingen på kvalitetsutvikling i sektoren er viktig for læring av en slik art. Avtalen mellom KS og Regjeringen har vært med på å redusere bruken av sterke statlige styringsvirkemidler for å få kommunene til å iverksette nasjonal politikk. Blir resultatene som forventet vil dette kunne gi en læring om at en viss frihet i kommunalsektor vil kunne gi de resultatene en ønsket å oppnå. På den andre siden kan et negativt resultat føre til en sterkere statlig styring med kvalitetsarbeidet i kommunalsektor.

5 Kvalitetsarbeidet møter praksisfeltet

I dette kapitlet presenterer og drøfter jeg iverksettingen av kvalitetsarbeidet i praksisfeltet og hvordan læring foregår på dette nivået. Kapitlet starter med noen av de utfordringer en står overfor i pleie- og omsorgstjenesten. Videre presenterer jeg funn omkring organisering av kvalitetsarbeidet på avdelingsnivå og i det praktiske hverdagsarbeidet. Avslutningsvis drøfter jeg funnene ved hjelp av iverksettingsteoriene til Paul Berman (1980) og Richard Matland (1995). For å drøfte læringsperspektivet på dette nivået bruker jeg Peter Senge (2004) sin modell om læring i organisasjoner.

5.1 Utfordringer i pleie- og omsorgstjenesten

Pleie- og omsorgstjenesten har i flere år stått overfor store utfordringer både når det gjelder bemanning, fagkompetanse hos de ansatte og stadig nye brukergrupper. Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) i 2005 viser at på landsbasis har om lag 60% av de ansatte i helse- og sosialsektoren en fagutdanning som er knyttet til tjenesten (St.melding nr.25, 2005-2006). I kommunen hvor studien er gjennomført var andelen av ansatte med fagutdanning knyttet til tjenestene høyere, om lag 80%. Dette er et resultat av at kommunen i de siste årene har satset mye på å rekruttere utdannet personale til pleie- og omsorgssektoren. Institusjonen sin status som Undervisningssykehjem, tilretteleggingen for videreutdanning og samarbeid med høgskole og forskningsmiljø kan også være medvirkende årsaker til dette. I følge Handlingsplanen til kommunen er det i helgebemanningen i institusjonsavdelingene utfordringene ligger i å skaffe fagutdanna personale. I den delen av hjemmetjenesten som studien er gjennomført i kreves det formell kompetanse for å bli ansatt (sykepleier, hjelpepleier, omsorgsarbeider). En annen utfordring er at Pasientrettighetsloven (1999) har gitt en mer brukerorientert tjeneste hvor ansatte sine roller er blitt endret til å ha mer fokus på å være veiledere og medspillere. Plikten til å utøve faglig forsvarlighet hos den ansatte og lederens faglige systemansvar kommer også tydeligere frem i denne loven.

I tillegg til organisatoriske utfordringer i pleie- og omsorgstjenesten vil det i årene fram til 2050 bli en stor økning i antall eldre over 90 år som er pleie- og omsorgstrengende (Strategien). Kortere liggetid og tidligere utskrivning av ferdig behandlede pasienter fra Helseforetakene er også en del av dette bildet. Mange av disse er for syke og

pleietrengende til å kunne overlates til seg selv, dette gir kommunene utfordringer på oppfølging, etterbehandling og rehabilitering. At dette vil gi kommunehelsetjenesten og de ansatte store utfordringer i årene som kommer er det liten tvil om.

5.2 Organisering av kvalitetsarbeidet på avdelingsnivå.

Avdelingene på institusjonen er av forskjellig størrelse og blir videre omtalt som ”stor avdeling” og ”liten avdeling”. Den store avdelingen har i tillegg til stillingen som enhetsleder en arbeidslederstilling, dette er en kombinert leder og sykepleierstilling med ansvar for å lede det daglige praksisarbeidet. Begrunnelsen for dette var avdelingen sin størrelsen, antall ansatte og antall brukere. I den lille avdelingen innehar enhetsleder denne funksjonen i tillegg til sin administrative funksjon. Hjemmetjenesten er delt i to soner, de har felles enhetsleder, men hver sin soneleder. Sonelederstillingene sidestilles med arbeidslederstillingen i den store avdelingen på institusjonen, disse blir videre omtalt som arbeidsledere. Informantene i dette underkapittelet er de tre enhetslederne.

Med bakgrunn i kommunen sin organisering som en to-nivå kommune har enhetslederne fått økt sin beslutningsmyndighet i forhold til tjenestene de utøver (Delegeringsreglementet) og de rapporterer direkte til Rådmann (v/kommunalsjef) i kommunen. Enhetslederne beskriver den nye organiseringen av kommunen som bedre ved at de har fått større myndighet og ansvar i egen avdeling, og at tjenestevei er blitt kortere.

Informant J: ”Jeg har et overordnet ansvar til å se at ting blir fulgt opp av de ansatte. [...] Jeg har fått flere oppgaver i den nye stillingen, dette med budsjettansvar. [...] Jeg vet jeg har fått flere og utvidede oppgaver.[...] Omorganiseringen skjedde for at det skulle være kortere tjenestevei var det sagt. Det skulle bli lettere for brukeren å nå helt fram på toppen”.

Stillingene/funksjonene som arbeidsledere og kontaktpersoner i avdelingene har også gjort kvalitetsarbeidet lettere å følge opp. Mens arbeidslederne omsetter kvalitetsarbeidet i praktisk hverdagsarbeid, beskriver enhetslederne sine arbeidsoppgaver som administrative hvor tiltaksplaner, budsjett, organisering av avdelingene, vedtak om tildeling av tjenester og medarbeidersamtaler som sentrale i kvalitetsarbeidet.

Informant C: ”Der er jeg nok nødt til å stole veldig på arbeidsleder fordi det er hun som har den daglige oppfølginga av at tinga vi har [...] skal fungere. Jeg har egentlig hovedansvar på dette med økonomi, og prøver å legge inn behovene våre i undervisningsplaner og handlingsplan for undervisning. Jeg har et overordna ansvar i forhold til dette, mens arbeidsleder [...] har et eget ansvar for den daglige drifta”.

Enhetsleders tilstedeværelse i det praktiske hverdagsarbeidet skiller seg også mellom avdelingene. Forskjellen ligger i den fysiske plassering av tjenestene og at enhetsleder i den minste avdelingen også har funksjon som arbeidsleder. Arenaen for utøving av det praktiske hverdagsarbeidet er forskjellig i hjemmetjenesten og på institusjon.

Enhetslederne på institusjon har sitt kontor i tilknytning til der de ansatte arbeider og brukerne bor, i praksisfeltet. Dette medfører at enhetsleder på den store avdelinga daglig opptrer på brukernes arena om enn ikke i det praktiske hverdagsarbeidet. I den lille avdelingen bidrar enhetsleder gjennom arbeidslederfunksjonen i det praktiske hverdagsarbeidet. I hjemmetjenesten har enhetsleder sin arbeidsplass i kommunen sine lokaler, mens de ansatte og brukerne møtes på brukerens arena, i hjemmet til brukeren. Enhetsleder deltar ikke i det praktiske hverdagsarbeidet, noe som gjør rollen som administrativ leder tydeligere enn for de to andre avdelingene.

Møtepunkt mellom enhetslederne og de ansatte i avdelingene skjer gjennom avdelingsmøter, personalmøter og intern undervisning. Frekvensen på disse møtepunktene er forskjellig mellom institusjon og hjemmetjenesten, de er hyppigere i hjemmetjenesten. Dette blir begrunnet med arbeidsform og bruker tilgang. I hjemmetjenesten har en ikke begrensinger på antall brukere på samme måte som i institusjon, hvem som er brukere skifter også oftere. Arbeidet er også av en mer selvstendig art, en møter kollegaer i vaktskiftet, resten av tiden jobber en på egenhånd. En slik arbeidsmåte krever et ekstra fokus på kommunikasjon mellom de ansatte, lederne og bruker/pårørende. Derfor blir møtene hvor en kan få og gi informasjon muntlig et viktig møtepunkt, og det er behov for at disse kommer jevnlig.

Samarbeid mellom avdelingene skjer gjennom enhetsledernes ukentlige møter med kommunalsjef og i Inntaksnemnda. I møtene med kommunalsjef blir rapporter, avviksmeldinger, budsjett og planer gjennomgått og diskutert. Disse møtene er enhetsledernes arena for å kunne påvirke oppover i systemet og for å få informasjon om

politiske og administrative vedtak. I Inntaksnemnda blir det gjort vedtak om tildeling av plass i institusjon for brukerne. Medlemmene i Inntaksnemnda er enhetsleder i hjemmetjenesten og en av enhetslederne på institusjonen. Oppdraget i Inntaksnemnda går på omgang mellom enhetslederne på institusjonen. I tillegg er det med andre yrkesgrupper som fysioterapeut og ergoterapeut i denne nemda.

Institusjonen har de siste årene hatt status som Undervisningssykehjem, hjemmetjenesten fikk denne statusen først høsten 2009. Et av hovedmålene for Undervisningssykehjemmene er å sikre kvaliteten på pleie- og omsorgstilbudet til brukerne. At det kun er institusjonstjenestene som har hatt denne statusen frem til høsten 2009 har ikke hatt betydning for kommunen sin totale fokus på kvalitetsarbeidet, dette viser både styringsdokumentene til kommunen og funn i intervjuene. Fagavdelinga er en aktiv aktør i dette arbeidet noe som har gitt felles gevinster for alle avdelingene. Flere av prosedyrene som er utarbeidet i tjenestene har en felles overbygning med lokale tilpassninger for hver avdeling. Avdelingene har kontaktpersoner eller grupper av personer med ansvar for forskjellige fagområder. Eksempel på dette er sårkontakt, hygienekontakt, kreftsykepleier, demensgruppe. Kommunen har avtale med Helseforetaket i fylket om bruk av hygiesykepleier i kvalitetsarbeidet, og med et apotek i kommunen om medikament administrering. I avtalen med apoteket ligger også avtalen om multidose systemet for medisiner.

Til å løse utfordringene omkring praktiske prosedyrer i hverdagen har kommunen gått til innkjøp av et felles dataprogram for praktiske prosedyrer i sykepleie (PPS) og de har tatt i bruk dataprogrammet Gerika for å ha et felles journalsystem for brukerne. Utarbeiding av prosedyrer og undervisning knytta til kvalitetsarbeidet organiseres, lages og gjennomføres av enhetslederne med hjelp fra fagavdelingen og kontaktpersoner i avdelingene.

Fagavdelinga, som er i staben til Rådmannen, har ansatt personer med kompetanse innen sykepleie og juss, avdelinga er også sterkt involvert i utviklingsarbeid i pleie- og omsorgstjenesten (PLO) ilag med høgskole og forskningsmiljø. Opprettingen av en egen fagavdeling har gjort kvalitetsarbeidet lettere ved at de har fått fagpersoner som rettleider og hjelper til med dette arbeidet. Avdelingene har et felles prosedyresystem, pasientjournaler og multidose system for administrering av medikamenter.

Informant A: ”Ja, jeg kan be om hjelp frå fagstaben, men det er jeg som har ansvaret og slik må det jo være. Det er jo jeg som vet hvor skoen trykker her på avdelinga, å komme med forslag til løsnning er det jeg som må gjøre”.

Informant C: ”Litt av hovedoppgaven min er på en måte å legge til rette så vi har rom for utvikling. Jeg er litt opptatt av at vi bruker fagavdeling, for jeg er mer en administrator, jeg er ikke så flink på fagdetaljer slik at jeg bruker nok folk på fagavdelinga så jobber med dette for å se at det er godt nok det som ligge der”.

Kommunens innføring av Gerika har gitt hjemmetjenesten en ny mulighet til å kvalitetssikre arbeidslistene til personalet gjennom bruk av elektroniske arbeidslister. Dette har lettet arbeidet med fordeling av brukere, hva de skal ha av tjenester og rapportering på hva som er utført/ikke utført av tjenester. Arbeidslistene tar de ansatte med seg ut til brukerne for å ha kontroll på arbeidsoppgavene som skal utføres. De er også til hjelp når de kommer tilbake til kontoret for å kunne gi rapport og kvittere for utført tjeneste. I handlingsplanen er det satt som mål at en skal ta i bruk handterminaler (PDA-prosjekt) som ansatte skal bære med seg ut til brukerne. Dette blir av informantene sett på som en bedre løsnning for å kunne utføre og rapporter på tjenestene.

Enhetslederne oppgaver i forhold til KOSTRA og IPLOS er at de i lag med personalet rapporterer på IPLOS, men ikke på KOSTRA. KOSTRA er det fagavdelingen som har ansvar for å rapportere på. Rapporteringen på IPLOS er et tidkrevende arbeid og de stiller spørsmål ved resultatene. De opplever at det kan være vanskelig å ha lik praksis, og at en tolker spørsmålene og vektlegging av verdiene som skal registreres forskjellig. Det er et ønske at det er de samme personene som skal utføre disse registreringene for å minske faren for feil rapportering og derigjennom få personalet til å forstå viktigheten ved denne rapporteringen.

Informant C: ”Når det gjelder IPLOS så brukar vi det mest som et verktøy i forhold til dette med å teste pasientene. [...] Så legger vi det inn i Gerika systemet. [...] IPLOS er og et verktøy så må forbedres betraktelig, og jeg er inne på tanken om vi bør ha faste folk som tar IPLOS eller om vi skal ha primærkontaktene som tar IPLOS. Jeg er vel i grunnen landa til at primærkontakten som kjenne pasienten best, må være den som utføre IPLOS testinga slik at det ikke blir dagen eller en dårlig dag eller en god dag som blir på en måte, men at det blir på en måte mer jevnt hvordan fungerer du på det jevne som blir lagt inn. Så der er vi i ferd med å lande på at vi vil bruke primærkontaktene”.

Informant J: ”Jeg rapporterer ikke på KOSTRA det er en på fagutvikling. På IPLOS er det primærkontaktene og jeg som oppdaterer. [...] Vi ser jo hvem som har de tyngste pasientene ikke sant. Det er vel mest det at en kan sammenligne hva slags avdeling som er

tungt belasta og lettere belasta og hvilke ressurser som må settes inn hvor og litt sånne ting”.

Kommunen sin innføring av brukerundersøkelser har også gitt konkrete resultater på avdelingsnivå. En brukerundersøkelse i hjemmetjenesten viste at det var et stort forbedringspotensiale i kommunikasjonen mellom tjenestene og bruker/pårørende. Dette har en prøvd å løse ved å innføre ”min historie”. Dette er et dokument som ligger hjemme hos brukeren hvor både tjenesteutøver og bruker/pårørende kan skrive rapport for å holde hverandre oppdatert om hva som skjer og hvilke tjenester brukeren får. Dette er ikke innført i institusjonsavdelingene, dette begrunnes med at personalet kontinuerlig er tilstede på brukerens arena.

Avdelingene har alle fokus på opplæring av nyansatte, internundervisning, videreutdanning for personalet, et felles avvikssystem og felles bruk av tilsynsrapporter. Prosedyrene for håndtering av avviksmeldinger er lik i alle avdelingene. Det fylles ut egne skjema som blir sendt videre til kommunalsjef, drøftet med fagavdelingen og tatt tilbake i avdelingene i møter med tillitsvalgte/verneombud og på personalmøter. Avvik eller merknader fra tilsynsbesøk ved en avdeling får konsekvenser i alle avdelingene som en følge av likhetene i systemene. Personalet i avdelingene bruker avvikssystemet, mens enhetslederne formidler at de heller prøver å ordne opp når avvik skjer. De forklarer dette med at avvik på dette nivået handler som regel om samhandling mellom avdelingene i kommunen eller avdelingene og Helseforetaket, og at det er lettere og bedre for samarbeidet å ta en telefon for å ordne opp enn å fylle ut avviksskjema for så å sende disse til overordnede.

Informant A: ”Vi skriver jo avviksmeldinger. Det er fagstaben som fører alle disse fra kommunen. Og da får jeg tilbakemelding jevnlig på hvilke type avvik vi har og hvor mange vi har. Er det mye så er det et tema på personalmøte.[...] Det er jevnlig møter med tillitsvalgte og verneombud. Avviksmeldingene er tema i disse møtene, vi har en gjennomgang av avviksmeldingene. Vi sitter sammen og jobber og kommer med forslag til hva som kan gjøres annerledes for at det skal bli bedre”.

Informant J: Vi har jo avvikssystem, og får vi avvik så må vi jo gå inn og se om det er noe som vi må endre på i forhold til rutineene, og lover og reglene våre eller, ja. Avviksmeldingene prøver vi jo å følge opp på personalmøter og ta det opp der. Og ellers har jeg jo møter med tillitsvalgt og verneombud og vi tar opp ting der så måtte ha vært kommet i det siste. Vi får kopi av alle avvika slik at vi har system på det, ja”.

Tilsynsmeldinger blir brukt aktivt i utviklingen av tjenestene og kvalitetsarbeidet. Enhetslederne har forskjellig erfaring med tilsynsbesøk og de omtaler tilsyn fra Fylkeslegen og farmasøyt som Tilsynsbesøk. Tilsyn gjennomført i en av avdelingene får følger for arbeidet i de andre avdelingene. Dette blir begrunnet med et felles prosedyresystem i pleie- og omsorgstjenesten med lokale tilpasninger.

Informant A: ”Vi bruker rapportene aktivt. Jeg synes det er veldig bra å ha kontroll fra apoteket, veldig bra med tilsyn fra farmasøyt. [...] Når de finner noe på tilsynsbesøk så blir dette et tema på personalmøte, hva må vi gjøre annerledes? Det blir jobba med å lage rutiner på ting som det ikke er rutiner på. Vi har jo blant annet gått over til multidosesystem”.

Informant J: ”Vi må jo forbedre oss på det viss der er avvik. [...] Så jeg ser på det som en hjelp til selvhjelp altså, rett og slett er jeg litt takknemlig for at vi blir gått litt i sømmene. [...]. Jeg har tatt opp på personalmøte når tilsynet er over og hva de fant. Det må vi jo også, vi må forbedre oss i etterkant det som vi har fått merknad på”.

Enhetslederne beskriver at de har en engasjert personalstab som er læringshungrige, og at dette har gitt seg utslag i at mange av de ansatte har tatt videreutdanning innenfor et fagområde og at det er et stort ønske om mer internundervisning.

Informant C: ”Jeg vil hevde altså at veldig mange av de unge sykepleierne og unge pleie- og omsorgsarbeiderne er veldig interessert i faget sitt, og de er veldig opptatt av tema som skal være på internundervisninga”.

Informant J: ”Jeg opplever at de er læringshungrige de som jobber hos meg, det er de”.

5.3 Det praktiske hverdagsarbeidet

Informantene i dette underkapittelet er de syv ansatte i praksisfeltet. I innledningen til intervjuene utfordret jeg informantene til å gi en beskrivelse av hva de tenker på når ordet kvalitet blir nevnt, og hva de gjør i det daglige arbeidet får å få dette til. Svarene fra informantene var at begrepet kvalitet forbandt de med gode og trygge tjenester for brukerne, at personalet skulle ha en god og trygg arbeidsplass, leders og ansattes ansvar for organisering av arbeidet og at prosedyrer for å få til dette må være på plass.

Informant B: ”Først tenker jeg på hvordan vi organiserer jobben vi gjør her på avdelinga. Hvordan lederen organiserer oss og behandler oss, og hvordan vi i personalet organiserer arbeidsdagen”.

Informant I: ” At ting skal være ordentlig. Jeg er primært på jobb for brukerne våres. [...] Jeg prøver å strekke meg så lang så over hode mulig. Både overfor beboerne og overfor medarbeidere og ledelse”.

Det at kommunen har opprettet stillinger for arbeidsleder i avdelingene blir også trukket frem som positivt da det øker forståelsen for helheten i arbeidet. I det daglige arbeidet for å oppnå god kvalitet på tjenestene svarte arbeidslederne at organisering og planlegging av det daglige arbeidet var viktig for å få dette til, og at de følger opp både ansatte og brukere/pårørende.

Informant E: ”Min oppgave det er å legge arbeidsoppgavene til rette for de ansatte kan du si. Jeg lager ruter og arbeidsoppgaver. Min oppgave er vel egentlig å ha den røde tråden, at beskjeder kommer fram. Jeg prøver å følge med om det blir fulgt opp og har kontakt med pårørende”.

Informantene gir uttrykk for at det har vært en positiv utvikling i kvalitetsarbeidet de siste årene, og at enhetsleder og arbeidsleder sitt fokus på kvaliteten på arbeidet som blir utført er sterkt medvirkende til at de ansatte prioriterer dette arbeidet høyt. Det å få mulighet til å ta en videreutdanning, og å delta i prosjekter i regi av høgskole og forskningsmiljø oppleves som positivt og inspirerende. De ansatte beskriver en hverdag hvor de deltar aktivt i utformingen og organiseringen av kvalitetsarbeidet. Utarbeiding og bruk av prosedyrene er ikke lenger bare er noe som skjer på papiret, det oppleves som praktisk hverdagsarbeid. At de har en fagavdeling som skal hjelpe til med prosedyrer beskrives som positivt, men at kommunikasjonen mellom personalet i avdelingene og fagavdelingen kan bli bedre. Dette forklarer de med at det er de som møter pasientene og ser hva som er best i den praktiske hverdagen. Prosedyresystemet har blitt mye bedre etter at de fikk tilgang til PPS og elektroniske pasientjournaler. De har fått et prosedyreverktøy som blir oppdatert jevnlig, som er forskningsbasert og de kan bruke dette i journalene til pasientene. Dette øker sikkerheten for den pleien de utøver, og at alle ansatte sitter med samme informasjon om behandling og oppfølging av brukerne.

Informant H: ” Jeg føler jo at det har blitt mer struktur på ting, [...] det er mer fokus på kunnskap i sykehjem nå enn det var før [...] mer fokus på kvalitet”.

Informant I: ” det ble mye enklere etter at vi fikk PPS. Det er jo et vidunderlig hjelpemiddel rett og slett. [...] Og nå i den nye versjonen av gerika kan vi lime inn prosedyrene for eksempel på et sårstell. Vi kan bare lime det rett inn i pleieplanen i Gerika. Det er så lett, det er ikke bare et pynteikon på data, PPS blir brukt, helt klart”.

Utfordringen ligger i at hele personalgruppen må bruke systemene. Informantene formidler at noen av de ansatte ikke er fortrolig med bruk av de elektroniske hjelpemidlene.

Bruk av bestemte arbeidsmetoder for å avdekke forbedringspotensialet og behov i kvalitetsarbeidet er ukjent for informantene. De beskriver at dette skjer som følge av økt fagkunnskap, og at resultater fra tilsyn av medikamentadministreringen blir brukt i utviklingen av kvalitetsarbeidet. Det at de i tillegg har en eget ansvarsområde gjør det mer interessant og utfordrende, ansvar og roller er blitt tydeligere etter omorganiseringen.

Informant B: ” Vi har jo tilsyn på medisinrommet, men jeg har aldri vært med på det. Jeg har sett rapportene. Vi bruker de, vi prøver å forbedre viss der er noe som skal forbedres”.

Informant I: ”Det at vi har ansvar for ulike ting gjør at vi har en større sjanse for å lykkes”.

Når det gjelder bruk og tilbakemelding på avviksmeldinger skiller dette seg mellom avdelingene. Alle informantene sier at de skriver avviksmeldinger og at disse gjelder både medikamentadministrering, arbeidslister og avvik som skjer direkte i møte med brukerne, for eksempel ved fall. I hjemmetjenesten opplever informantene at de får tilbakemelding fra enhetsleder på disse, og at avviksmeldingene er gjenstand for informasjon og diskusjon på personalmøtene. I avdelingene på institusjon beskriver informantene at tilbakemelding er noe varierende, og de stiller spørsmål om hvorfor de fyller ut disse. Informantene ønsker seg mer åpenhet omkring dette. Det bør være en fast post på personalmøtene hvor det blir lagt frem en oversikt over avvik, og at de i fellesskap kan komme frem til løsninger.

Informant D: ” [...] det blir diskutert på personalmøte, der blir avvika diskutert. Hva vi som personale skal gjøre for å unngå det. Avvik påvirker arbeidet mitt, jeg tenker jo på det”.

Informant B: ”[...] Jeg får ikke tilbakemeldinger på avviksmeldingene, så jeg vet jo hva jeg vil gjøre med det. Vi hører om andre som tar det opp på personalmøte når det kommer eksempler på avvik. Så diskuterer de situasjonen og finner kanskje en løsning. Det er slike ting jeg har lyst å etterlyse, men jeg har ikke gjort det enda. Det er ønske om en fast post på personalmøtene. Ikke for å ta den som var i situasjonen, men for å hjelpe oss alle. Det mener jeg er kvalitetssikring, å diskutere slike episoder og kanskje finne en løsning”.

Avdelingene har lagt opp til internundervisning en gang i måneden hvor de bruker både interne- og eksterneforelesere eller ansatte i fagavdelingen. Dette blir sett på som en viktig arena for å kunne dele kunnskaper med hverandre i en travel hverdag, og en arena hvor de kan få presentere ny kunnskap for hverandre som følge av videreutdanning og kurs.

Informant F: ” Vi har mye internundervisning og viss det er noe nytt så må vi kalle inn eksterne, og så har vi ønskeliste. Viss vi får ting som vi er litt usikre på eller føler at vi må kunne mer om, så har vi en egen gruppe som jobber med internundervisningen. De tar imot forslag ifra de andre ansatte her”.

Informant H: ” Viss det dukker opp kurs så vet vi og at da blir det den personen vi sender på kurs og som i ettertid har undervisning for oss, for det og er jo viktig”.

Et av områdene som de ønsker seg mer kunnskap om er dokumentene som styrer kvalitetsarbeidet. De sier at de har hørt om Forskriftene, og de vet at kommunen fatter vedtak med bakgrunn i disse, men de har ikke noe eierforhold til dokumentene. Offentlige dokumenter oppleves som fjerne og lite aktuelle for den praktiske hverdagen (jfr.kap.4).

Alle informantene etterlyser mer tid til refleksjon omkring arbeidet de utfører. At det ikke er så mye tid til refleksjon forklares med et stadig større arbeidspress. Et positivt bidrag her er sykepleiestudentene sitt engasjement og behov for at en stopper opp og diskuterer og reflekterer over handlinger og holdninger i arbeidet. I hjemmetjenesten øker både omfanget av brukere og hjelpebehovet til brukerne, mens det på institusjonen blir forklart med at brukerne stadig trenger mer hjelp. Informantene på institusjon trekker også frem at fokuset på aktiviteter i hverdagen for brukerne har økt etter at de fikk status som Undervisningssykehjem. De opplever dette som positivt, men samtidig er det ressurskrevende. Informantene beskriver en travel hverdag hvor de må foreta raske valg, men at dette er også en del av arbeidet. Å arbeide i disse tjenestene innebærer å ha et beredskapsfokus, å kunne omprioritere når situasjonen krever det. Informantene i hjemmetjenesten beskriver dette som ”ånda” til tjenestene.

Informant F: ” Det er del av å jobbe i hjemmesykepleien. Det er ånda i hjemmesykepleien, det er det som gjør det utfordrende sånn som jeg ser det”.

Informant G: ” Min rolle eller alle sin rolle i hjemmesykepleien, vi skal jo egentlig takle alt på en måte, vi kommer på jobb og vet aldri hva vi skal. Vi får en arbeidsliste med en rute der

du da skal reise ut å gjøre en jobb med de personene. Så vi må jo være holdt på å si fleksible, ja det er jo sånn det er i hjemmesykepleien”.

5.4 Oppsummering av funn

Med bakgrunn i funnene i studien avdekkes det både likheter og forskjeller ved utvikling og iverksetting av kvalitetsarbeidet mellom avdelingene i institusjonen og hjemmetjenesten.

Omorganisering av kommunen sin pleie- og omsorgstjeneste, oppretting av enhetsleder- og arbeidslederstillinger har ført til tydeligere roller og ansvar hos lederne av tjenestene. Det er faste møtepunkt mellom enhetslederne og Rådmann (v/kommunalsjef) og mellom enhetslederne og tillitsvalgte/verneombud for å rapportere og diskutere arbeidet i avdelingene. Oppretting av en egen Fagavdelinga har gitt kommunen en mulighet til å samordne kvalitetsarbeidet i tjenestene og løfte det faglige innholdet. De ansatte får tilbud om videreutdanning og kurs, og i tillegg har Fagavdelingen bidratt til et økt samarbeid med høgskole og forskningsmiljø. Kommunen kjøper tjenester fra farmasøyt og helseforetaket for å øke kvaliteten på tjenestene. Enhetslederne beskriver personale som læringsvillige og læringshungrige, og internundervisning er et prioritert område. Dette har gitt de ansatte og derigjennom tjenesten et faglig løft. Kommunen har investert i elektronisk prosedyresystem og pasientjournaler, og enhetslederne har utpekt enkelt personer til å være kontaktpersoner for områder som er sentrale i hverdagsarbeidet eks. sårkontakt, kreft, hygiene. Enhetslederne er aktive i registreringen av IPLOS for å gi best mulig likhet i disse, her vurderes det at dette i fremtiden skal gjøres av bestemte personer. Studien viser også at avdelingene bruker tilsynsmeldinger og rapporter fra farmasøytisk tilsyn og fra helseforetakets hygienesykepleier til å utvikle og forbedre tjenestene.

Det som skiller avdelingene er hjemmetjenesten sin bruk av elektroniske arbeidslister, kommunikasjonsform mellom tjenesten og bruker/pårørende (”min historie”) og møtefrekvens for de ansatte. I tillegg formidler informantene i institusjonsavdelingene at de i varierende grad får tilbakemelding på avviksmeldinger, dette står i kontrast til enhetsledernes formidling om at dette blir tatt opp på personalmøter. Når det gjelder

enhetslederne så er det deres tilstedeværelse i det praktiske hverdagsarbeidet som skiller dem.

5.5 Drøfting

5.5.1 Iverksetting av kvalitetsarbeidet i praksisfeltet

Kvalitetsarbeidet har stort fokus hos ledere og ansatte, og fagavdelinga er en god støttespiller for enhetslederne. Faktorer som påvirker dette arbeidet er kommunen sin organisering av tjenestene, statusen som Undervisningssykehjem, bruk av dataprogrammer som for eksempel PPS og Gerika, kompetanseheving hos personale gjennom videreutdanning, internundervisning, bruk av rapporter fra tilsyn og eksterne rettleidere og avvikshandtering. En annen faktor som vil kunne påvirke iverksettingen er de ytre omgivelse, institusjon og på brukerens arena. Situasjonsperspektivet er et forsøk på å forene iverksettingsteoriene om at politikk blir iverksatt ovenfra-og-ned og nedenfra-og-opp, det er ikke et enten eller men et både og (Offerdal, 2005). Berman (1980) og Matland (1995) har utviklet dette situasjonsperspektivet i sine iverksettingsteorier, og jeg vil ved hjelp av disse teoriene prøve å beskrive hva som skjer i praksisfeltet når kvalitetsarbeidet skal iverksettes.

Kommunen sitt utgangspunkt for dette arbeidet er de nasjonale og de kommunale dokumentene. Når de nasjonale dokumentene møter hverdagen i praksisfeltet oppstår det forskjeller i hvordan en når målet om kvalitetsmessig gode og sikre tjenester. Studien viser at disse forskjellene ligger i hjemmetjenesten sin bruk av elektroniske arbeidslister, dokumentet ”min historie”, at de har hyppigere møter mellom ansatte og enhetsleder, at enhetsleder ikke er til stede i praksisfeltet og at informantene i institusjonsavdelingene i varierende grad opplever å få tilbakemeldinger på avvik. Forklaringene på dette kan ligge i strukturen i hjemmetjenesten og stabiliteten i omgivelsene (Berman, 1980). Utøvelse av hjemmetjenesten og dermed mye av kvalitetsarbeidet foregår på brukeren sin arena, noe som vil kunne skape en løseligere tilknytning til kommunen sine systemer og struktur enn om en arbeider inne på en institusjon. Det er også en større ustabilitet i omgivelsene i hjemmetjenesten enn på institusjon, arbeidet foregår i forskjellige omgivelser siden de foregår på brukerens arena. Berman (ibid) beskriver dette som en tilpasset

iverksettingsprosess, en nedenfra-og-opp prosess. Det er brukerne og at tjenestene foregår på en arena som ikke kommunen har ansvar for, som er styrende for hvordan kvalitetsarbeidet iverksettes. I avdelingene på institusjon har de ikke disse utfordringene og kvalitetsarbeidet vil der være sterkere tilknyttet avdelingens strukturer og stabilitet, dette kaller Berman (ibid) i sin modell en programmert iverksetting, en ovenfra-og-ned prosess. De andre variablene som Berman (ibid) beskriver er omfanget av endringene, sikkerheten om teknologi og teori, og graden av enighet om politikken, disse er like for institusjonsavdelingene og hjemmetjenesten. Alle informantene gir uttrykk for at endringene de siste årene er store, men at de har ført til en bedre hverdag både for brukere og ansatte. Økt kunnskap har gitt de ansatte større sikkerhet i forhold til de arbeidsoppgavene de skal utøve, og det er stor enighet om at dette arbeidet er til det beste for brukerne. Prosessen kan ut ifra dette beskrives både som en programmert iverksettingsprosess som styres ovenfra-og-ned og en tilpasset iverksetting som styres nedenfra-og-opp i hjemmetjenesten, mens den har mer form av en programmert iverksetting i institusjonsavdelingene.

Det politiske aspektet ved iverksetting kommer tydeligere frem i Matland (1995) sin "uklarhet-konflikt" modell. Ved iverksetting av kvalitetsarbeidet på nasjonalt og kommunalt nivå har jeg ved hjelp av Matland sin modell beskrevet denne som en administrativ iverksetting. Her er konflikten og uklarheten omkring politikken er lav, og prosessen blir styrt ovenfra-og-ned. Når jeg nå beveger meg over på avdelingsnivå ser jeg at andre situasjonene i Matland sin modell trer frem. Iverksettingen på avdelingsnivå kan også ha en form av administrativ iverksetting, men at andre situasjonene som eksperimentell og symbolsk iverksetting blir tatt i bruk for å nå målet om kvalitetsmessige gode tjenester. Ved denne form for iverksetting blir prosessen styrt både nedenfra-og-opp og ovenfra-og-ned, og at aktører, kontekst og koalisjonsbygging vil påvirke prosessen.

På avdelingsnivå formidler informantene at konflikten omkring politikken er lav, god kvalitet på tjenestene er ønsket av ledere og ansatte, men det er større uklarhet omkring hva og hvordan dette skal gjøres. Aktører og konteksten blir viktige moment ved iverksettingen (ibid). Aktørene i denne sammenhengen er informantene. Studien viser at de har forskjellig forståelse av hva kvalitetsarbeidet omfatter. Noen knytter det til økt fagkompetanse,

prosedyrer og medikamentadministrering, mens andre ser at det handler også om organisering av dagen gjennom elektroniske arbeidslister, ”min historie”, møtepunkt mellom leder og ansatte og tilbakemelding på avvik. Både organisering av arbeidet i avdelingen, struktur, avklaringer av roller og ansvar, og at det er fokus på kompetanse blant de ansatte blir viktig for å nå målet om god kvalitet på tjenestene. Selv om kommunen legger føringer for arbeidet så utvikles og gis dette innhold av de ansatte. Dette beskriver Matland (ibid) som en eksperimentell iverksetting, en nedenfra-og-opp prosess. For å nå målet blir aktørene sin rolle i utviklingen og iverksettingen av arbeidet sentral, en utvikler og gir tjenestene innhold nedenfra.

Ved en eksperimentell iverksetting av politikken er også konteksten for iverksettingen sentral (ibid). Konteksten blir hvordan en legger til rette for at kommunen sine vedtak blir iverksatt i den enkelte avdelingen. Målet er å iverksette Forskriftene, Strategien og de kommunale dokumentene/vedtakene i det daglige arbeidet i avdelingene. Hvordan en skal nå disse målene har en høy grad av uklarhet. Kommunene har som selvstendige forvaltningsenheter stor kontroll og selvbestemmelse med hvordan de organiserer sine pleie- og omsorgstjenester (Huseby/Paulsen 2009). Kvalitetsforskriften gir ikke brukerne materielle rettskrav, men den er tydelig på hva som trengs for at tjenestene skal være av god kvalitet. Dette reiser spørsmålet om hvilke midler en tar i bruk for å utvikle tjenester med god kvalitet. Strategien har gjennom sine handlingsplaner og anbefalinger fra praksisfeltet kom med forslag til hvordan dette skal gjøre, men det er opptil den enkelte kommune hvordan de vil gjøre det. Studien viser at kommunen har valgt en felles strategi for alle de tre avdelingene for å iverksette kvalitetsarbeidet, men at det er rom for tilpassninger i den enkelte avdeling. Dette viser oppbygning av funksjoner som enhetsleder, arbeidsleder, kontaktpersoner og team i alle avdelingene, felles valg av prosedyresystemer og kontroll av disse, dokumentasjonssystem for rapportering, kompetanseheving hos personalet og hvordan avvik skal håndteres. De ansatte er med på å forme dette gjennom sine ansvarsområder, på personalmøter og i internundervisningen. Bruk av fagavdelingen er et felles middel i å nå målene. Forskjellen ligger i hjemmetjenesten sin bruk av elektroniske arbeidslister, kommunikasjon mellom bruker/pårørende og hjemmetjenesten (”min historie”), møtefrekvensen på avdelingsnivå, enhetsleders tilstedeværelse i det praktiske hverdagsarbeidet og at informantene fra

institusjonsavdelingene opplever i varierende grad å få tilbakemeldinger på avvik som blir rapporter.

En av faktorene som kan påvirke avdelingenes evne til å iverksette politikken er ansattes kunnskap om kvalitetspolitikken og ansattes fagkompetanse. Fagkompetansen blant informantene er høy, alle har en grunnutdanning og en videreutdanning innen fagfeltet. Kunnskap om politikken som skal iverksettes var lav, dette var heller ikke et prioritert område for internundervisning. De har tilgang til dokumentene ved hjelp av data, og papirutgaver som er oppbevart i avdelingene. At de ansatte til tross for dette hadde liten kunnskap om dokumentene ble forklart med tidspress på jobb, og at de på fritiden ikke prioriterer å sette seg inn i dokumentene.

Matland (1995) beskriver at et viktig element ved denne form for iverksetting er de som deltar (aktører) og deres intensitet i bidraget ved iverksettingen. For å kunne bidra må de oppleve at andre ønsker og er avhengig av denne kompetansen, og at de kan påvirke kvalitetsarbeidet. Denne form for iverksetting er mer åpen for miljømessige påvirkning enn andre former for iverksetting. Læringsklimaet i avdelingene blir viktig da denne form for iverksetting produserer læring blant aktørene (ibid). Informantene gir uttrykk for at roller og ansvar er blitt tydeligere og avdelingene sitt fokus på økt fagkompetanse og å ha kontaktpersoner for forskjellige områder i tjenesten er bra. Dette ansvarliggjør de ansatte, både ved at de følger opp sitt eget ansvarsområde, men også at de deler denne kunnskapen med andre ansatte.

Iverksetting av offentlig politikk kan også beskrives som en symbolsk iverksetting (ibid). Her er det høy uklarhet og høy konflikt omkring politikken som skal iverksettes. Lokale aktører dominerer prosessen, men den blir styrt ovenfra-og-ned. Evnen til å bygge koalisjoner blir viktig (ibid). Den innehar både et ovenfra-og-ned perspektiv og et nedenfra-og-opp perspektiv. Studien avdekker ikke at dette perspektivet er en del av hverdagen i avdelingene, men muligheten er til stede. Kompetanseheving hos de ansatte kan gi seg utslag i sterke grupper av aktører som kan påvirke og styre dette arbeidet. Viss det er uklarhet omkring målet kan koalisjonsbygging blant personalet legge føringer for hvordan kvalitetsarbeidet skal iverksettes og hvilke mål en ønsker å nå. En annen situasjon

som også kan gi iverksettingen en form av symbolsk iverksetting er at noen av fagområdene i tjenestene vinner i kampen om ressursene. Eksempler på dette kan være at en øker fokuset på lindrende behandling til fordel for fokuset på demens. Den største utfordringen her ligger i samarbeidet mellom høgskole og forskningsmiljø hvor en i perioder har forskjellig fokus på de forskjellige fagområdene. Et viktig bidrag fra kommunen sin side for å motvirke skjevheter i kvalitetsarbeidet er opprettingen av funksjonene som kontaktpersoner og en aktiv fagavdeling. Gjennom disse har en mulighet for å holde fokus på det totale kvalitetsarbeidet.

5.5.2 En lærende organisasjon

I en lærende organisasjon er utvikling og forandring sentrale trekk. Kommunikasjon mellom individene i organisasjonen og gode læringsarenaer er sentrale faktorer for at læring skjer (Jacobsen/Thorsvik 2002; Levin/Klev 2002), og ledere har en særskilt rolle for at dette er en del av den praktiske hverdagen til de ansatte. Senge (2004) beskriver at lederen i en lærende organisasjon må inneha rollen som konstruktør, forvalter og lærer. Gjennom å inneha disse tre rollene vil en leder evne å knytte visjoner og virkelighet sammen slik at det utløses en kreativ spenning hos de ansatte. Det er denne spenningen som utløser læringsmulighetene hos den enkelte. Læring handler om å reflektere over egne erfaringer, tilegne seg ny kunnskap og om hvordan denne omsettes i praksis. Noen av de grunnleggende prinsippene i ledelsesfilosofien TKL er at alle ansatte må være involvert i arbeidet som skal iverksette, og at det er en kultur for forbedring i organisasjonen. Læringsprosessen i dette arbeidet blir sentral for at en skal lykkes, hvor målet er å skape reflekterte praktikere og en lærende organisasjon (Levin/Klev 2002; Vabø 2002).

Systemtenkingen er en disiplin for å oppfatte helheter (Senge 2004). Denne helheten består i å forstå sammenhengen mellom det arbeidet som utøves i avdelingene og på kommunalt og nasjonalt nivå. For de ansatte i det praktiske hverdagsarbeidet handler dette om å ha kunnskap om offentlige dokumenter både på nasjonalt og kommunalt nivå, relasjonene mellom disse og kommunen sitt kvalitetsarbeid, og hvordan dette utformer og påvirker hverdagsarbeid. Alle disse elementene vil påvirke hverandre gjensidig i utformingen og iverksettingen av kvalitetsarbeidet (Skjørshammer 2004). Kommunen har i sin

handlingsplan som mål at de ansatte skal ha kompetanse om de styrende dokumentene, og ta i bruk de systemene som ligger i avdelingene for kvalitetsarbeidet. Årsmeldinger, brukerundersøkelser, medarbeiderundersøkelser og medarbeidersamtaler vil kunne gi svar på om dette fungerer etter intensjonene. Informantene gir en beskrivelse av at de forstår sammenhengen mellom prosedyrer og rutiner i avdelingen og den jobben de utfører, og at roller og ansvar mellom enhetsleder og ansatt har blitt tydeligere etter omorganiseringen. Det som er utfordringen for de ansatte er at det i en travel hverdag kan være vanskelig å løfte blikket og tilegne seg kunnskap om hva som er føringene for dette arbeidet fra nasjonalt og kommunalt nivå. Tidspresset i hverdagen gir lite rom for oppdatering i styrende dokumenter, og på fritiden blir ikke dette prioritert. Informantene i praksisfeltet ønsker at internundervisningen også skal omfatte dette og ikke bare ha et sykepleie-/medisinskfaglig fokus. De ønsker seg mer kunnskap for å kunne se sammenhengen mellom nasjonale og kommunale føringer og det de gjør i hverdagen. Både i Internkontrollforskriften (§ 4) og i kommunen sitt styringssystem er avvikshandtering er sentralt punkt, og kommunen har en prosedyre for hvordan dette skal håndteres i kommunen. At informantene fra institusjonsavdelingene formidler i studien at tilbakemeldinger til de ansatte ikke er gode nok, kan gi negative signaler til de ansatte om betydningen denne forskriften har i det praktiske hverdagsarbeidet.

I Strategien er det å styrke utøveren et av innsatsområdene for å nå målene om sosial- og helsetjenester av god kvalitet. Utøveren skal blant annet styrkes gjennom økt faglig kompetanse. Kommunen har en klar målsetting om at tjenestene som ytes skal være basert på kunnskap og ikke på myter og lokal tradisjon. I filosofien TKL beskrives dette som faktabasert ledelse (Kjøs m.fl. 2008). For å nå dette målet har kommunen gjennom sine styrende dokumenter lagt til rette for videreutdanning, kurs og internundervisning. Videreutdanning og kurs dekkes økonomisk av kommunen, og en videreutdanning gir også et løft lønnsmessig for de ansatte. En organisasjon som ser viktigheten i å øke de ansattes faglige kompetanse vil også organisatorisk kunne hente ut gevinster av dette (Senge 2004). Alle informantene har en videreutdanning innen sykepleie, og de er kontaktpersoner for hver sitt fagområde i avdelingene. De formidler at det til tider er utfordrende å ta en videreutdanning, men at det også er stimulerende og utviklende. At de har fått ansvar for et fagområde oppleves som positivt. Gjennom dette har de et ekstra ansvar for avdelingen sin

utvikling av kvaliteten på dette området. Senge (ibid) beskriver denne disiplinen som personlig mestring, og at den er organisasjonens ”åndelige” fundament. Organisasjonens evne til å lære er ikke større en den enkelte ansattes evne, igjen ser en at helheten henger sammen med delene. Opplæring av nyansatte, internundervisning, deltakelse i prosjekter i lag med høgskole og forskningsmiljø, håndtering av avviksmeldinger, bruk av tilsynsrapporter og rapporter fra farmasøyt og hygienesykepleier fra helseforetaket vil også være et ledd i utvikling av den personlige mestring hos de ansatte. Studien avdekker at til tross for klare retningslinjer fra kommunen om hvordan avvik skal håndteres, formidler informantene fra institusjonsavdelingene at dette ikke gjennomføres i tilstrekkelig grad. De melder inn avvik, men opplever liten grad av tilbakemelding på disse. Dette vil påvirke de ansattes personlige mestring, da det å avdekke avvik og lære av disse er viktig for utviklingen av denne disiplinen. Til tross for at kommunen har et stort fokus på økt faglig kompetanse hos de ansatte, har den også innen denne disiplinen et forbedringspotensiale ved å sette større fokus på tilbakemelding på avviksmeldinger fra de ansatte.

Et av områdene som informantene etterlyser er tid til refleksjon. De ansatte beskriver en arbeidsplass hvor det er stor takhøyde for å dele tanker med hverandre, men at arbeidspresset i avdelingene begrenser dette. Det å kunne stoppe opp i hverdag for å ”se” på egne tanker og opplevelse av det som skjer i hverdagen i lag med andre er en viktig del i alt læringsarbeid. Mentale modeller handler om den enkeltes forståelse av hvordan organisasjonen fungerer både på avdelingsnivå, men også i den praktiske hverdagen, om indre bilder av hva som skjer, og at disse indre bildene kan styre handlingene våre (ibid). Å kunne utvikle organisasjonen sine mentale modeller handler om å lære av nye ferdigheter og derigjennom utvikle ny praksis. For å kunne operasjonalisere ny kunnskap er det helt sentralt at de ansatte erkjenner og jobber med sine mentale modeller. Personalmøtene og andre møter på avdelingsnivå vil være arenaer for å stoppe opp og reflektere over egne tanker i møte med ny kunnskap. Informantene trekker frem at ansvar og rettleiing av sykepleierstudenter gir økt fokus på denne dimensjonen, men at utover dette så strekker ikke tiden til i hverdagen. Strategien trekker også frem at å skape refleksjonsarenaer mellom utøverne vil være et viktig bidrag i å skape tjenester av god kvalitet.

Kommunen har gjennom sin visjon, ”en drivkraft med menneskene i sentrum”, et ønske om at dette skal være en felles visjon for alle som er ansatt i kommunen. En felles visjon er et ”bilde” som vi bærer i fellesskap om organisasjonen (Senge 2004). I et læringsperspektiv er en felles visjonen en visjon som skapes av de ansatte og deres ledere i pleie- og omsorgstjenesten, nedenfra-og-opp i organisasjonen. Den skal gi alle ansatte en fellesskapsfølelse som gir retning og energi i det daglige arbeidet. I innledningen til intervjuene ba jeg informantene beskrive sine tanker om kvalitetsbegrepet, og hva som er viktig i møte med praksisfeltet og brukerne. Felles for informantene svar var at kvalitetsarbeidet skal gi gode og trygge tjenester til brukerne og pårørende. Dette skjer gjennom god organisering av hverdagen, god kommunikasjon mellom ansatte/ledere og ved å ha tid til brukere og pårørende. Dette forteller at informantene sin visjon for pleie- og omsorgstjenesten er ”å gi trygge og gode tjenester for brukere, pårørende og ansatte bygd på kunnskap og satt i et system som gjør dette mulig”, dette er sammenfallende med kommunen sitt Etikkreglement. De ansatte har store krav til seg selv og kommunen ved å ha dette som en felles visjon for arbeidet i pleie- og omsorgstjenestene. I intervjuene kommer dette også frem ved at informantene opplever fokuset på kvalitetsarbeidet som viktig for at de skal oppfylle visjonen, og at dette er en del av den norske velferdspolitikken (Vabø 2002). Det er ikke snakk om et enten eller, men at ting henger sammen. Om kommunen har utviklet sin visjon gjennom en dialog, en nedenfra-og-opp prosess, med de ansatte i kommunen gir ikke studien svar på, men det praktiske hverdagsarbeidet kan forstås som en operasjonalisering av visjonen ”en drivkraft med menneskene i sentrum”.

I praksisfeltet vil en møte på forskjellige grupper som samhandler. Disse gruppene kan være på ledernivå, avdelingen eller grupper innad i avdelingene. Enhetslederne har gruppetilhørighet både på ledernivå og i avdelingene. I hjemmetjenestene er personalet delt i to soner med bakgrunn i kommunens geografi. Innenfor disse igjen finner en grupper som har et bestemt arbeidsfelt for eksempel demens eller lindrende behandling. På den store avdelinga i institusjon ser en noe av det samme, mens en på den lille avdelinga har ei gruppe. Dette kan forklares med brukergruppene som er innlagt ved avdelingene, i den minste av avdelingene på institusjonen har brukerne samme innleggelses diagnose. I en lærende organisasjon betyr gruppelæring at alle medlemmene i gruppen lærer av og fra

hverandre (Senge 2004). For at læring, og derigjennom iverksetting av kvalitetsarbeidet, skal skje betyr det at samhandling og kommunikasjon mellom medlemmene i gruppene blir viktig. I hverdagen skjer dette gjennom møter, felles arbeid med rapporter, tilsynsmeldinger og avviksmeldinger, opplæring av nyansatte og opplæring i nye prosedyrer og rutiner, men også i det praktiske hverdagsarbeid. Her deles individuelle erfaringer og kunnskap, hvor summen at dette er større en den enkeltes erfaring og kunnskap (Senge 2004). Enhetslederne beskriver at møtene og samhandlingen mellom lederne er viktig for forståelsen av kommunens samlede oppgaver, brukernes behov og avdelingenes arbeid. I det praktiske hverdagsarbeidet i avdelingene formidler informantene at det å dele kunnskap er positivt og utviklende for egen læring, og for å kunne gi brukerne et best mulig tilbud. Også for utviklingen av denne disiplinen vil avdelingenes handtering av avviksmeldinger være sentral. Å kunne diskutere avvik, årsak til disse og hvordan gjøre forbedringer for at dette skal unngås i fremtiden er viktig både for den enkeltes personlige mestring, men også for at medlemmene i gruppen skal lære av og fra hverandre.

6 Oppsummering og avslutning

I dette avsluttende kapittelet vil jeg gi en oppsummering av studiens svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene. Videre ser jeg på funn i studien i forhold til funn i studiene som ble presentert i kapittel 1, og til slutt kort noen tanker om videre forskning på temaet.

6.1 Oppsummering

Studien har beskrevet hvordan kvalitetsarbeidet blir iverksatt i en kommune både på kommunalt nivå og i tre av avdelingene i pleie- og omsorgstjenesten. Kommunen har status som Undervisningssykehjem, Undervisningshjemmetjeneste og den samarbeider med høgskole og forskningsmiljø om utvikling av tjenestene. Funn i studien viser at kommunen har fokus på kvalitetsarbeidet gjennom sine styringsdokumenter, organisering av tjenestene, avklaring av roller og ansvar og kompetansebygging blant personale. Styringsdokumentene viser også at kommunen har en klar målsetting om å være en lærende organisasjon (Senge 2004). Kommunen har en intensjon om at styringssystemene skal brukes aktivt for å utvikle tjenestene, og at de ansatte skal ha nødvendig kunnskap for å kunne iverksette dette arbeidet. I avdelingene kommer dette til uttrykk gjennom utarbeiding av prosedyrer, bruk av dataprogram, avviksregistrering, internundervisning og oppretting av kontaktperson-funksjoner. Kvalitetsarbeidet er en del av det praktiske hverdagsarbeidet, og de ansatte har et medansvar for utviklingen av dette. Videreutdanning, brukerundersøkelser, medarbeiderundersøkelser og tilsynsrapporter er viktige instrumenter for å evaluere og korrigere innhold i og utøvelsen av tjenestene.

På kommunalt nivå kan iverksettingen beskrives ved hjelp av Matland (1995) sin ”uklarhet-konflikt” modell hvor en er avhengig av tilgjengelige ressurser og makt for å kunne iverksette kvalitetsarbeidet, og at dette skjer ovenfra-og-ned i organisasjonen. I det praktiske hverdagsarbeidet viser studien at forskjellene ved iverksetting av kvalitetsarbeidet ligger i hjemmetjenesten sin bruk av elektroniske arbeidslister, kommunikasjonsdokumentet ”min historie”, hyppigere møter mellom leder og ansatte, enhetsleders tilstedeværelse i det praktiske hverdagsarbeidet og at informantene i institusjonsavdelingene i varierende grad opplever å få tilbakemeldinger på avvik.

Forklaringene på dette ligger i løseligere struktur i hjemmetjenesten og ustabiliteten i omgivelsene. Berman (1980) beskriver dette som en tilpassa iverksettingsprosess, en nedenfra-og-opp prosess. I avdelingene på institusjon har de ikke disse utfordringene, og iverksettingen av kvalitetsarbeidet vil der være sterkere tilknyttet avdelingens faste strukturer og stabilitet, dette beskriver Berman (ibid) som en programmert iverksetting, en ovenfra-og-ned prosess. Iverksettingen av kvalitetsarbeidet i pleie- og omsorgstjenesten kan ut ifra dette beskrives både som en programmert iverksettingsprosess som styres ovenfra-og-ned og en tilpassa iverksetting som styres nedenfra-og-opp. Iverksettingen på avdelingsnivå kan også beskrives ved hjelp av Matland (1995) sin ”uklarhet-konflikt” modell. Nasjonalt og kommunalt nivå legger føringer for kvalitetsarbeidet gjennom styringsdokumenter, men i den praktiske hverdagen er det aktørene (de ansatte) og konteksten som gir kvalitetsarbeidet innhold. Dette beskriver Matland (1995) som en eksperimentell iverksetting, en nedenfra-og-opp prosess, og at en slik prosess vil produsere læring blant aktørene (ibid).

Studien avdekker at kommunen har fattet vedtak om å være en lærende organisasjon, og at dette skal oppnås ved økt kompetanse både om styringssystemene til kommunen, økt fagkompetanse, kvalitetssystemer og avvikshandtering. Kommunen har også, i sine styringsdokumenter, fokus på gjennomføring og bruk av brukerundersøkelser, medarbeiderundersøkelser, medarbeidersamtaler og tilsynsrapporter. Et annet sentralt moment i dette er kommunen sitt samarbeid med høgskole og forskningsmiljø. For å nå målet om å skape en lærende organisasjon viser funn at kommunen har et forbedringspotensiale når det gjelder systemtenkning, personlig mestring, mentale modeller og gruppelæring hos de ansatte (Senge 2004). De ansatte i avdelingene har liten kunnskap både om styringsdokumenter på nasjonalt og kommunalt nivå, noe som får betydning for de ansattes systemkunnskap. De har et stort fokus på personlig mestring gjennom økt faglige kompetansen, i form av videreutdanning, kurs og internundervisning og bruk av tilsynsrapporter i utviklingen av tjenestene. Utfordringen her er tilbakemeldingene på avvik fra enhetslederne til de ansatte på institusjonsavdelingene. Når det gjelder disiplinen mentale modeller har kommunen et forbedringspotensiale i å gi tid og rom for refleksjoner i hverdagen. Kommunen sin visjon for tjenestene gjenspeiles i de ansattes visjon om å gi trygge og gode tjenester for brukere og pårørende (ibid). For å

skape gruppelæring (ibid) deler de ansatte individuelle kunnskap og erfaringer, gjennom møter, rapporter, opplæring og praktisk hverdagsarbeid med en tanke om at summen av dette er større en den enkeltes kunnskap og erfaring. Forbedringspotensialet her vil være avdelingene sine oppfølging av avviksmeldinger fra de ansatte.

6.2 Funn i studien vs tidligere studier

Studien avdekker ikke store avvik fra tidligere studier om kvalitetsarbeid i pleie- og omsorgstjenesten, men noen forskjeller er det.

Kommunen har stort fokus på utvikling av tjenestene og iverksetting av kvalitetsarbeidet gjennom faktabasert ledelse. Det er et klart mål for kommunen at det skal være kompetanse i alle ledd, og at tjenesten skal være basert på kunnskap og ikke myter og lokale tradisjoner. I det praktiske hverdagsarbeidet viser dette seg i kommunen og avdelingene sin bruk av Tilsynsrapporter og rapporter fra farmasøyt og hygienesykepleier for å utvikle og forbedre tjenestene. Dette funnet skiller seg fra funn i studien til Kjøs m.fl. (2008) hvor det var lavt scor på brukt av faktabasert ledelse. Forklaringen på dette kan ligge i kommunen sitt fokus på dette i sine styringsdokumenter, men også gjennom økt fagkompetanse blant ledere og ansatte, og tjenestene sitt nære samarbeid med høgskole og forskningsmiljø.

Studien avdekker heller ikke at ledere og ansatte i avdelingene opplever og tolker kvalitetsarbeidet forskjellig, men at det er naturlig at enhetslederne har et større fokus på de ”harde” aspektene ved filosofien TKL (Vabø 2002), dette som en følge av deres ansvarsområde. Både ledere og ansatte er opptatt av å skape trygge og sikre tjenester for brukere og pårørende, samtidig som de formidler at det trengs kontroll og styring av tjenestene gjennom prosedyrer og rapporteringssystemene. De ansatte beskriver et hverdagsarbeid hvor situasjonen raskt endrer seg, og hvor det er stor takhøyde både blant ledere og ansatte for at det i slike situasjoner gjøres omprioriteringer. Deres arbeid er en del av den norske velferdspolitikken, det er ikke snakk om et enten eller men at ting henger sammen og at kvalitetsarbeidet er en del av dette. Både ledere og ansatte beskriver at alle deltar aktivt i utarbeidelse av kvalitetssystemene i avdelingene og rapportering på disse.

Studien avdekker ikke at det er større entusiasme for de ”myke sidene” ved TKL (ibid) hos de ansatte enn hos lederne, men at både de ”harde” og de ”myke” sidene er viktig i kvalitetsarbeidet. Dette skiller seg fra funnene i Vabø (ibid) sin studie som finner at ledere og ansatte i tjenestene opplever og tolker arbeidet med kvalitetsideen på forskjellig måte. Mens ledere er opptatt av å skape en tydeligere tjeneste for å få bedre innsyn og kontroll, de ”harde” aspektene ved TKL, så er det de ”myke” aspektene ved ideen som skaper entusiasme hos de ansatte. Funnene kan ha sin forklaring i tidspunktet for Vabø sin studie og denne studien. Både dagens Internkontrollforskrift, Kvalitetsforskrift og Strategien har kom til etter 2002. Fokuset på kvalitetsarbeid har økt både som en følge av nye offentlige dokumenter (St. meld. nr. 45, 2002-2003; St. meld. nr.25, 2005-2006; St.prp. nr.1 2008-2009) omkring dette og KS sin avtale (2006-2010) med Regjeringen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten. Andre forklaringer kan være kommunen sin status som Undervisningssykehjem, hvor et av hovedmålene er å bedre kvaliteten i tjenestene. Innføring av IPLOS registreringene som kommunene er pålagt, og hvor ansatte i kommunen i studiene har et medansvar for denne rapporteringen.

Funn omkring iverksetting av kvalitetsarbeidet på kommunalt nivå og i det praktiske hverdagsarbeidet samsvarer med studien til Romøren og Svorken (2003) om at iverksetting av offentlig politikk i kommunalsektor skjer både gjennom prosesser styrt ovenfra-og-ned (beslutningsorienterte) og nedenfra-og-opp (prossessorienterte). Sentrale faktorer i dette arbeidet er kommunene sine forutsetninger for gjennomføring, diskusjoner innad i kommunen om ulike løsningsforslag, ”ildsjeler” blant ansatte, kommunalt initiativ og statlig styring (ibid). I min studie blir disse faktorene beskrevet som tilgjengelige ressurser, og makt (Matland 1995) ved iverksettingen på kommunalt nivå, og at denne prosessen er styrt ovenfra-og-ned. Ved iverksettingen i det praktiske hverdagsarbeidet beskrives dette ved hjelp av faktorer som organisasjonsstruktur og stabilitet i omgivelsene (Berman 1980) og aktørene som deltar og konteksten det skjer i (Matland 1995). Iverksettingen i det praktiske hverdagsarbeidet skjer både gjennom prosesser styrt nedefra-og-opp, men også av prosesser som er styrt ovenfra-og-ned.

6.3 Videre forskning på temaet

Studien er gjennomført i en kommune som har hatt status som Undervisningssykehjem i noen år, og som nylig har fått status som Undervisningshjemmetjeneste. Funnene i denne studien avdekker noen forskjeller fra tidligere studier om kvalitetsarbeid i pleie- og omsorgstjenesten (Kjøs m.fl.2008; Vabø 2002). Med bakgrunn i dette ville det ha vært interessant å se på andre kommuner sitt kvalitetsarbeid, både for å få et bredere bilde av iverksettingen av kvalitetsarbeidet i pleie- og omsorgstjenestene, men også for å se om Undervisningsstatusen har betydning for dette arbeidet.

En kunne også ha utvidet studien gjennom å trekke inn eksterne omgivelser og eksterne aktører sin betydning for kvalitetsarbeidet mer enn det som er gjort i denne studien. Omgivelsene vil her være geografi og kommunestørrelse. De eksterne aktørene vil kunne være utdanningsinstitusjoner, forskningsmiljø og frivillige organisasjoner

Et siste interessant aspekt ved kvalitetsarbeidet i pleie- og omsorgstjenesten er utdanningsinstitusjonene sitt fokus på temaet kvalitetsarbeid og forbedringsarbeid utdanningen av hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og sykepleiere.

Litteraturliste

Adam, Katerina og Hansson, Johan (2002). "Den rekonstruerte ledarrollen". (kap.7, s.135-146). I: Bejerot, Eva og Hasselbladh, Hans 2002. *Kvalitet utan gränser. En kritisk belysning av kvalitetsstyrningen*. Lund: Academia Adacta

Arntzen, Elisabeth (2007). *En forutsigbar helsetjeneste. Kvalitet og orden i eget hus*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Berman, Paul 1980. "Thinking about programmed and adaptive implementation: Matching strategies to situations" (kap.8 s.205-227). I: Ingram, Helen M. and Mann, Dean E. (red). *Why policies succeed or fail*. Sage Publications, California/England

Corbin, Juliet. og Strauss, Anselm (2008). *Basics of Qualitative research 3e*. California: Sage Publications

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (FOR-2002-12-20-1731)

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. FOR-2003-06-27-792

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp FOR-2008-04-03-320

Helsetilsynet (2009). *Tilsynsmeldingen*.

Huseby, Beate M. og Paulsen, Bård (2009). *Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig eller best i verden?* Sintef-rapport A11522, oppdragsgiver Kommunenes Sentralforbund

Jacobsen, Dag Ingvar og Thorsvik, Jan (2002). *Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget

Karlsson, Anette (2002). "TQM, individen och kollektivet" (kap.6 s.98-134). I: Bejerot, Eva och Hasselbladh, Hans 2002. *Kvalitet utan gränser. En kritisk belysning av kvalitetsstyrningen*. Lund: Academia Adacta

Kjellberg, F og Reitan, M (1995). *Studiet av offentlig politikk – en innføring*. Oslo: TANO

Kjøs, Bente Ødegård, Botten, Grete og Romøren, Tor Inge (2008). *Quality improvement in a publicly provided long-term care system: the case of Norway*. International Journal for Quality in Health Care 2008 Dec;20(6):433-8.

Levin, Morten og Klev, Roger (2002). *Forandring som praksis. Læring og utvikling i organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget, 3.opplag 2006

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64

Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven). Lov-1982-11-19-66.

Lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven). LOV-1991-12-13-81

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. LOV-1984-03-30-15

Matland, Richard E. (1995). *Synthesizing the Implementation Literature. The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation*. Journal of Public Administration Research and Theory: J-Part, vol.5 No.2. pp.145-174.

NOU 1992:1. *Trygghet - Verdighet - Omsorg*. Sosialdepartementet.

NOU 2004:18. *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*. Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet.

Offerdal, Audun (2005). "Iverksettingsteori – resultatene blir sjelden som planlagt, og det kan være en fordel" (kap.11 s.253-279). I: Baldersheim, Harald og Rose, Lawrence E. (red) 2005. *Det kommunale laboratorium*, 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenesten til eldre. Riksrevisjonens administrative rapport nr.1, 2009

Ringdal, Kristen (2007). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskaplig forskning og mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget

Romøren, Tor Inge og Svorken, Borghild (2003). *Velferdsstat og velferdskommune. Iverksetting av "Handlingsplan for eldreomsorgen" i kommunene i Nord-Trøndelag*. NOVA Rapport 12/2003.

Sabatier, Paul & Mazmanian, Daniel (1980). *The Implemantation of public policy: A framework and analysis*. Policy studies journal, Ames IA Volum: 8 År: 1980 Heftenr: 4 Side 538-560

Senge, Peter M. 2004. *Den femte disiplin. Kunsten å utvikle den lærende organisasjon*. Oslo: Egmont Hjemmets Bokforlag

Skjørshammer, Morten (2004). *Betre planlegging i helsesektoren. I et systemisk perspektiv*. Kristiansand: Høyskole Forlaget

Sosial- og helsedirektoratet (2005) ...og bedre skal det bli! *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. IS-1162.

Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial- og helsetjenesten*. IS-1183.

Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten*. IS-1201.

Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Hvordan kommer vi fra visjoner til handling?...og bedre skal det bli*. IS-1502.

Stortingsmelding nr.50 (1996-97). *Handlingsplan for eldreomsorgen*.

Stortingsmelding nr.28 (1999-2000). *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene*.

Stortingsmelding nr. 45 (2002-2003). *"Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenesten"*.

Stortingsmelding nr.25, 2005-2006. *"Mestring, muligheter og mening"*.

St.prp.nr.1 (2008-2009) Helse- og omsorgsdepartementet

Strand, Torodd (2001). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget

Thagaard, Tove (2003). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget

Vabø, Mia (2002). *Kvalitetsstyring og kvalitetsstrev. Nye styringsambisjoner i hjemmetjenesten*. NOVA-rapport

Øgard, Petter og Hovland, Tove (2004). *Mellom kaos og kontroll. Leiing og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Nett dokumenter:

Ariadne (2010) "Hermeneutikk". [Online]. Web-adresse:

<http://www.intermedia.uio.no/ariadne/idehistorie/teori-og-metode/skoler/hermeneutikk>

[31.05.2010]

Kommunenes Sentralforbund (2006) "Flink med folk". [Online]. Web-adresse:

<http://www.ks.no/Portaler/Flink-med-folk-i-forste-rekke/Prosjektomtale/> [31.05.2010]

Kommunenens Sentralforbund (2006). ”Avtale om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten”. [Online]. Web-adresse:

http://www.ks.no/PageFiles/522/helse_omsorg.pdf [31.05.2010]

Iplos [2010]. ”Informasjon om IPLOS-registeret (IS-1441)”. [Online]. Web-adresse:

http://www.helsedirektoratet.no/iplos/publikasjoner/brosjyrer/informasjonsbrosjyre_om_iplos_registeret_390064 [31.05.2010]

Kostra (2010). ”Informasjonsside” [Online]. Web-adresse:

<http://www.ssb.no/kostra/> [31.05.2010]

Undervisningssykehjem (2010). “Informasjonsside” [Online]. Web-adresse:

<http://www.undervisningssykehjem.no/> [31.05.2010]

Vedlegg

- I. Informasjon til informantene og samtykke erklæringen
- II. Intervjuguide

Vedlegg I

Informasjon til informantene om studien og samtykke

Mitt navn er Hanne-Marie Heggdal og jeg er student på Høgskulen i Sogn og Fjordane, masterstudiet "Organisasjon og leiing", på avdeling for økonomi, leiing og reiseliv. Til daglig arbeider jeg ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling for helsefag, som studieleder og høgskolelærer. Studien er en del av prosjektet "Lokal velferdsleiing i system under press" ved Høgskulen under ledelse av professor Oddbjørn Bukve.

Temaet for studien: *"Kvalitetsarbeid i pleie- og omsorgstjenesten"*

Problemstillingen: *"Hvordan blir kvalitetsarbeidet iverksatt i pleie- og omsorgstjenesten, og hvilken betydning har ledelse og organisering av tjenestene å si for dette arbeidet?"*

For å kunne gjennomføre studien trenger jeg kvalitative data, og jeg ønsker derfor å intervjuere ledere og ansatte (10-12 personer) i pleie- og omsorgssektoren i din kommune.

Jeg har fått tillatelse fra konstituert kommunalsjef i kommunen til å gjennomføre disse intervjuene. Utviklingskoordinator i din kommune er utpekt til å være min kontaktperson, og skal være delaktig i utvelgelsen av informanter. Intervjuene vil foregå i arbeidstida på arbeidsplassen din, og vil ha en varighet på en til en og en halv time. Intervjuet blir tatt opp på lydband, og alt datamateriale (lydband og tekstutskrift) blir anonymisert og trygt lagret. Alt datamateriale fra intervjuene blir slettet ved prosjektslutt, den 01.06.2011. Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S (NSD).

I studien ønsker jeg å få kunnskap om hvordan kvalitetsarbeidet blir iverksatt i pleie- og omsorgstjenesten og om de forskjellige organisasjonsleddene forstår sin rolle i dette arbeidet? Involveres personalet i iverksettelsesprosessen og blir det lagt til rette for undervisning og opplæring? Hvordan ser kvalitetsarbeidet ut i den praktiske omsorgshverdagen? Har organisering av tjenestene betydning for arbeidet, og er det forskjeller mellom institusjon og hjemmebaserte tjenester?

Min veileder er professor Oddbjørn Bukve, Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Jeg kan kontaktes på e-post hanne.marie.heggdal@hisf.no eller på telefon 57 72 26 73 (arbeid)/57 87 43 82 (privat).

Samtykke fra informant

Jeg gir med dette mitt samtykke til å delta i en studie om kvalitet i pleie- og omsorgssektoren gjennomført av Hanne-Marie Heggdal. Jeg forstår og aksepterer at de samlede resultatene vil bli brukt som ledd i et forskingsarbeid og kan offentliggjøres gjennom konferanser, i vitenskaplige og akademiske tidsskrift og gjennom publikasjon av masteroppgaven.

Jeg har lest en kort beskrivelse av prosjektet og er innforstått med at formålet med studien er å få økt kunnskap om hvordan kvalitetsarbeidet iverksettes i pleie- og omsorgssektoren, og hvilken betydning ledelse og organisering av tjenestene har å si for dette arbeidet.

Deltaking i denne studien innebærer å delta i et individuelt intervju som vil vare i en til en og en halv time. Intervjuet vil bli gjennomført på arbeidsplassen i et dertil egnet rom. Intervjuet vil bli tatt opp ved hjelp av diktafon. Alle data vil bli oppbevart i et låst skap.

Å delta i masterprosjektet er frivillig, og jeg kan når som helst trekke meg fra prosjektet. Trekker jeg meg fra prosjektet blir alle dataene som jeg har bidratt med sletta.

Signatur.....

Sted/dato:.....

Vedlegg II

Intervjuguide

Innledning til intervjuet:

- **Demografiske data:** Stilling/funksjon, avdeling/tjenestested, stillingsstørrelse, antall år i nåværende stillinga/på tjenestestedet, anna utdanning
- **Hvordan oppfatter du kvaliteten i tjenestene og hva gjør du i det daglige for å få til god kvalitet på/i tjenestene.** (intensjon: snakke om kvalitet før kvalitetsarbeid. Hva tenker disse personene om god kvalitet, og hva gjør de for å få det til?)

Organisering av arbeidet:

- **Hvordan har avdelinga/tjenestestedet iverksatt kvalitetsarbeidet i praksisfeltet? Hvordan organiseres det?** (har noen et særskilt ansvar, finnes det ildsjeler?). Er læringsklimaet godt (jeg har i oppgaveteksten skrevet at jeg vil se nærmere på to av disiplinene til Senge: å skape felles visjoner og gruppelæring)?
- **Deltar du i utforminga av dette arbeidet?** I tilfelle ja: Hvilken rolle har du i dette arbeidet? Kan du gjøre deg nytte av dette arbeidet i hverdagen/i praksisfeltet?
- **Har det skjedd endringer i kvalitetsarbeidet de siste 3-4 åra?**
- **Kan du se at dette arbeidet har gitt positive/negative følger for arbeidet i hverdagen? Påvirker dette organiseringa av arbeidet?** (Hjelp spørsmål: Hva med velferdspolitikkenes fokus i forhold til kvalitetsarbeidet, hva med beredskapsfokus?)

Ledelse:

- **Har du kjennskap/ kunnskap om de vedtak som er fatta og dokumenter som kommunen har laga om kvalitetsarbeidet?** I tilfelle ja: Hvilke vedtak/dokument? Hvem gir informasjon om dette i avdelinga/på tjenestestedet? Andre informasjonskanaler?

(eksempler kan være: økonomiplan, årsmelding, handlingsplan, velkomsthefte for nyansatte, info folder om undervisningssykehjemmet, delegeringsreglement, etikkreglementet, kultur- og eldreprosjektet)

- **Har du kjennskap til/kunnskap om ledelsesfilosofien Total Kvalitetsledelse (TKL)?** (hjelpemoment: kundeperspektivet, teamarbeid, kostnadseffektivitet, faktabasert ledelse og kontinuerlig forbedring). I tilfelle ja: påvirker/legger filosofien føringer for hvordan du som leder iverksetter/gjennomfører kvalitetsarbeidet? TKL vs velferdspolitik vs beredskapsperspektivet i PLO
- **Kjenner du til IPLOS, KOSTRA og kvalitetsindikatorene?** I tilfelle ja: Rapporterer du på dette? Hvordan brukes resultatene i den daglige drifta?
- **Hvordan brukes avviksmeldingene?**
- **Hvordan brukes tilsynsrapporter?**

Kunnskap/opplæring/støtte – en lærende organisasjon:

- **Har du kjennskap til/kunnskap om kvalitetsforskrifta, internkontrollforskrifta og /eller den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring?** I tilfelle ja: hvordan og hvor har du fått denne kunnskapen? (Hvordan bedømmer du din kunnskap om dette? Er det områder du synes du mangler kunnskap om? Hvordan oppfatter du læringsklimaet på arbeidsplassen/i organisasjonen?)
- **Dokumenterer du det du gjør?** I tilfelle ja: hvordan gjøres dette?
- **Deltar du i utforming av prosedyrer?** I tilfelle ja: hvordan?
- **Melder du fra om avvik?** I tilfelle ja: Når og hvordan gjør du dette? Hvordan brukes avviksmeldingene? Påvirker dette arbeidet ditt?
- **Kjenner du til/har du fått opplæring i bruk av Demingssirkel og/eller flytskjema, evt andre arbeidsmetoder? Har du fått opplæring i dette arbeidet?** I tilfelle ja: Hvordan og når brukes disse arbeidsmetodene?
- **Har du erfaringer fra tilsynsbesøk? Kjenner du til tilsynsrapporter** I tilfelle ja: hvordan disse håndteres på arbeidsplassen?