



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Tilliten verdig

En kvalitativ studie av tillits- og faglighetsreformen i hjemmesykepleien i Bergen Kommune.

Trust worthy

A qualitative study of the trust- and professionalism reform in home nursing in the City of Bergen

Silje Woldseth Lussand

Masterstudium i organisasjon og ledelse, helse – og velferdsledelse og utdanningsledelse.

Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap. Institutt for samfunnsvitenskap

Innleveringsdato: 12 juni 2020.

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Forord

DET ER DEN DRAUMEN

*Det er den draumen me ber på
at noko vedunderleg skal skje,
at det må skje –
at tidi skal opna seg
at hjarta skal opna seg
at dører skal opna seg
at berget skal opna seg
at kjeldor skal springa –
at draumen skal opna seg,
at me ei morgonstund skal glida inn
på ein våg me ikkje har visst um.
(Av Olav H. Hauge, 1966)*

Diktet fra Olav H. Hauge kan på flere måter beskrive disse fire årene med masterstudie i organisasjon og ledelse. Dører er blitt åpnet, ny kunnskap ervervet og veier jeg ikke hadde trodd jeg skulle utforske, har jeg utforsket. Veien frem til masteroppgaven har vært innholdsrik og kunnskapsrik, men den har også vært utfordrende og strevsom. Hvor jeg har sjonglert utdanning, familieliv og arbeid -ja, til og med jobb bytter.

For å komme hit jeg er i dag har jeg mange og være takknemlige ovenfor for at masteroppgaven er blitt realisert. Først vil jeg takke min gode kollega, Marte som motiverte meg til å søke på masterstudiet og som har vært en god støttespiller gjennom hele mitt studie. Arbeidsgiver som har vist raushet ved å tilrettelegge for at jeg kan studere, samt åpnet nye dører for meg, takk. Veileder Jill Merethe Loga fortjener takk for god og konstruktiv veiledning, samt deling av kunnskap og din tålmodighet har vært viktig på denne veien. Takk til informantene som har bidratt til at denne studien kunne gjennomføres.

Den største takken går til min mann, Mikal som har gjort dette eventyret mulig. Ikke bare har han motivert, men han har kommet med innspill og tatt korrektur på alt jeg har skrevet. Sammen med guttakrutt, Laurits og Teodor har de skapt rom, så jeg har kunnet gjennomført studiet og avsluttet det med denne masteroppgaven. Takk.

Bergen, mai 2020

Silje Woldseth Lussand

Sammendrag

I denne studien undersøker jeg hvordan tillits- og faglighetsreformen har endret vilkårene i arbeidshverdagen for avdelingsledere og profesjoner i hjemmebaserte tjenester i Bergen kommune. Reformen erstattet de såkalte normtidene i januar 2018. Studien bygger på syv dybdeintervju fra avdelingsledere i hjemmesykepleien.

Med tillit- og faglighetsreformen vektlegges blant annet økt bruk av faglig kompetanse og større fokus på ansvarliggjorte medarbeidere. En forutsetning for å få til en slik reform er blant annet tillit. Hvordan iverksetting av politikk og styringsregimer påvirker offentlige tjenester i blant annet helse- og omsorgssektoren er andre moment denne oppgaven belyser.

Mine funn tyder på at tillit- og faglighetsreformen er en innovativ og ønsket reform, som skal sikre at eldre og syke skal kunne bo lengst mulig hjemme. Ved blant faglige vurderinger, samhandling mellom tjenester og tillit til at ressursene i de offentlige tjenestene blir utnyttet på best mulig måte. I lys av iverksetting av politikk og styringsregimer, ser vi hvordan tjenestene endrer og tilpasser seg.

Økonomi, uferdig reform og opplevd hierarkisk styring er noen elementer som beskriver hvorfor reformen ikke oppleves som ferdig implementert.

Summary

In this study, I will examine how the Trust- and Professionalism Reform have changed the working conditions for department leaders and professions in home care services delivered by the City of Bergen, The reform implemented in January 2018 was to replaced what has been known as usage of standard times for delivering services. This study builds upon seven in-depth interviews with department leaders within the home care services. The basis for the Trust- and Professionalism Reform was to surge focus on use of professional competence having enabled employees made responsible for their deliveries. A prerequisite for such a reform is amongst other trust. I will also aim to answer how initiation of politics and governance models affects delivering public services such as home care.

My findings indicate the Trust- and Professionalism Reform is an innovative and much sought for reform, aimed to secure elderly and sick people stay living in their home for as long as

possible. This is achieved through proficient evaluation, collaboration between health- and home care services and trust in the ability to utilize public services in the best possible manner. Looking at the initiation of politics and governance models, one can also observe how the services change and adapt to the new reality. Funding, an immature reform and perceived hierarchy governance are elements describing why the Trust- and Professionalism Reform is not perceived as fully implemented.

Innholdsfortegnelse

Figurliste.....	7
1.0 Innledning.....	8
1.1 Hjemmesykepleie i kontekst.....	9
1.1.1 Tillits - og faglighetsreformen i Bergen kommune	10
1.1.2 Hjemmesykepleien som profesjon	12
1.2 Formål og avgrensning.....	14
1.3 Problemstilling	14
1.3.1 Forskningsspørsmål.....	15
1.4 Tidligere forskning og oppgavens bidrag.....	16
1.5 Oppgavens relevans.....	20
1.6 Studiens oppbygging	22
2.0 Metode.....	23
2.1 Kvalitativ metode	23
2.1.1 Casestudie.....	24
2.2 Rekruttering av informanter	24
2.3 Datainnsamling.....	25
2.3.1 Dokumenter	25
2.3.2 Dybdeintervju.....	25
2.3.3 Min rolle som forsker	26
2.4 Bearbeiding og analyse av data	27
2.5 Validitet.....	27
2.6 Reliabilitet	29
2.7 Forskningsetikk	29
3.0 Teori	30
3.1 Styringsregimer, en historisk beskrivelse.....	30
3.1.1 Tradisjonell offentlig administrasjon	31
3.1.2 New Public Management	32
3.1.3 Samstyring.....	33
3.2 Iverksettingsteori – fra «top - down» til «bottom- up».	35
3.3 Tillit.....	36
3.4 Tillitsbasert ledelse.....	37
3.5 Profesjonsteori.....	41
3.5.1 Accountability	42
3.6 Oppsummering	43

4.0 Forståelse av tillits- og faglighetsreformen og dens betydning i hjemmebaserte tjenester i Bergen kommune.	44
4.1 Hva hemmer og fremmer tillit et arbeidsforhold?	44
4.2 Avdelingsledernes forståelse av tillits- og faglighetsreformen.	48
4.3 Hvordan har tillits- og faglighetsreformen endret vilkårene i arbeidshverdagen til avdelingslederne og profesjonene i hjemmesykepleien?.....	55
5.0 Konklusjon	68
5.1 Begrensning og forslag til videre forskning	69
6.0 Litteraturliste	71
7.0 Vedlegg	75
7.1 Vedlegg 1 – Intervjuguide	75
7.2 Vedlegg 2 – Samtykkeskjema	78
7.3 Vedlegg 3 – Godkjenning fra NSD	80
7.4 Vedlegg 4 – Godkjenning fra Kunnskapskommunene.....	83

Figurliste

Figur 1 De syv prinsipp	11
Figur 2 Plakat om tillits- og faglighetsreformen	11
Figur 3 Tabell om styringsprinsipp	34
Figur 4 Viser forskjellen mellom kontrollbasert ledelse og tillitsbasert ledelse.	39
Figur 5 Forskjellen på subsidiære og komplimentere perspektiv.	40

1.0 Innledning

I Meld.st.26 «*Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*», pekes det på flere utfordringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Rekruttering, kompetanse, brukerorientering, ledelse og økonomi er noen av de utfordringene som blir nevnt i stortingsmeldingen. For å kunne løse de mange problemstillingene som er i primærhelsetjenesten kreves det innovative løsninger for iverksetting av politikk og hvordan tjenestene til innbyggerne i kommunen skal utformes med de ressursene en har tilgjengelig. I Meld.st.26 vektlegges det at kommunestrukturen må legges om for å nå de mål og utfordringer som blant annet er forventet at kommunene skal løse. Fokus på høy kvalitet på helse- og omsorgstjenestene som er i tråd med dagens og fremtidens behov er et annet moment som trekkes frem (Meld.st.26 s. 9).

I Bergen kommune sin handlingsplan for helse – og omsorgstjenestene for hjemmeboende er «*en alderdom med mening, mestring og trygghet (2019-2029 s.4)*» beskrevet som visjon. For å nå dette målet ble blant annet tillits- og faglighetsreformen iverksatt januar 2018 i hjemmebaserte tjenester. Reformen erstattet normtider. Formålet med reformen er å gjøre tilbudet til hjemmeboende eldre og syke enda bedre, gjennom fokus på høy kvalitet på tjenestene. Samt sikre at pasientene mottar riktig tjeneste tilpasset hans/hennes hjelpebehov (Bergen kommune, 2019). Prinsippene i tillits- og faglighetsreformen har til hensikt å være bærende for utvikling og innovasjon i hjemmebaserte tjenester. Med dette som utgangspunkt ønsker jeg å analysere hvordan tillits- og faglighetsreformens vilkår har endret arbeidshverdagen til avdelingsledere og deres medarbeidere i hjemmesykepleien i hjemmebaserte tjenester. Det er dette som er studiens problemstilling. Oppgaven er en kvalitativ casestudie. Datamaterialet består av syv informant intervjuer med avdelingsledere i hjemmesykepleien. Dette er informanter som både har erfaring med den nye og gamle ordningen, det vil si tillits- og faglighetsreformen og de tidligere normtidene. Oppgavens teoretiske perspektiv handler om iverksettingsteori, teori om styringsinnovasjon og teori om profesjoner. Tillit og tillitsbasert ledelse er andre tema som blir vektlagt, for å kunne forstå hva som ligger i tillit – og faglighetsreformen og hvor sentralt tillit er for å få sikre legitimitet i samfunnet. Som Hans Majestet Kongen sa i sin nyttårstale i 2019. «*..vi er et land som er bygget på tillit, fordi alle bidrar etter evne*». Hvordan informantene opplever tillit og hvilke faktorer som fremmer og hemmer tillit vil også bli belyst i denne studien.

Dette er en erfaringsbasert masteroppgave, da jeg selv jobber i Bergen kommune som avdelingsleder i hjemmesykepleien. Under hele studiet (deltidstudiet) har jeg arbeidet i hjemmesykepleien, tre av årene som avdelingsleder.

1.1 Hjemmesykepleie i kontekst

Hjemmesykepleien er et lovpålagt kommunalt tiltak for å sikre at eldre og syke blant annet skal kunne bo lengst mulig hjemme, ved å tilby nødvendig helsehjelp. Bak utformingen av hjemmesykepleien ligger det en antagelse om at ikke bare er dette til det beste for pasienten i de fleste tilfeller, men også sett i et samfunnsøkonomisk perspektiv er det bedre å ha flest mulig hjemme enn på institusjon og sykehus.

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2012) kapittel 3, står det blant annet at; «*de personer som oppholder seg i kommunen har rett på nødvendig helsehjelp*». Dette medfører blant annet at hjemmesykepleien ikke har et tak som sier «nå er det fullt». I motsetning til for eksempel sykehjem, som har definert antall plasser og årsverk relatert til antall pasienter de har på avdelingen og pleietyngde. Hjemmesykepleien må med andre ord ta imot de pasientene som har behov for nødvendig helsehjelp til enhver tid. Det er også vanskeligere å «skrive» pasienter ut, enn det er for sykehus og sykehjem, ettersom pasienter som bor hjemme kan krever nødvendig helsehjelp over lengre tid. Pasienter med komplekse behov er noe av det som preger hverdagen i hjemmesykepleien og vil være et element som vil være relevant å se nærmere på i forhold til tillit – og faglighetsreformen. Dette for å belyse hvilke utfordringer profesjonene står ovenfor i hverdagen. Løsningene har ikke alltid en standard og man må i stor grad finne de beste løsningene ved å utøve skjønn, slik at pasientene får best mulig hjelp, etter hjelpebehov og dagsform.

Bergen kommune innførte i 2015 nye normtider i hjemmebaserte tjenester, hvor formålet var å skulle sikre rettferdig fordeling av ressurser, samt likebehandling og kostnadskontroll (Frøland, mfl. 2017). Normtider er tidfesting av tid en normalt vurderer som tilstrekkelig for å utføre et tjenesteoppdrag hos en pasient som han/hun har fått vedtak om (Bergen Kommune, 2017). Eksempler på dette er dusj, hjelp til personlig hygiene, ernæring, sårstell osv. Disse oppgavene var det gitt en normtid, som var ment at de ansatte i hjemmesykepleien skulle jobbe ut ifra. Skulle man dusje en pasient var tidsbruket beregnet til 25 min, hjelp til å varme middag skulle man bruke 15 min og personlig stell kunne variere fra 15 og 60 min avhengig

av hvilken grad pasienten var pleietrengende. Men det må også presiseres at normtidene var veiledende, slik at det var åpnet opp for at man vurderte pasientene individuelt. Både saksbehandlere i forvaltningsenheten og utførerne i hjemmebaserte tjenester benyttet normtider som en veileder i tildeling av tjenester.

I 2017 presenterte *Senter for omsorgsforskning* en rapport som konkluderte med at de nedkortede normtidene hverken kom pasientene eller ansatte i hjemmebaserte tjenester til gode. Momenter som mindre rom for faglige vurderinger og oppfølgingsarbeid relatert til tidspress. Høyt sykefravær og økte kostnader grunnet manglende personell var noe av det som ble presentert i konklusjonen til Frøland, Fagertun, Hansen og Kverndokk (2017 s. 77). I oktober 2017 besluttet Bergen bystyret at tillits- og faglighetsreformen skulle innføres i hjemmebaserte tjenester i.¹

1.1.1 Tillits - og faglighetsreformen i Bergen kommune

Januar 2018 trådte tillits- og faglighetsreformen i kraft. Det er en reform som skulle erstatte de såkalte normtidene i hjemmebaserte tjenester. Hensikten med denne reformen er blant annet at de ansatte skal få være mer deltakende i beslutningsprosesser. Standardisering av oppgaver er tatt bort og erstattet av profesjonenes faglige vurderinger basert på kartlegging av pasientens hjelpebehov. Medarbeiderne skal gis mer tillit, slik skal de også ansvarlig gjøres. Lederne skal ifølge Bergen kommune ha et bedre og mer aktivt samarbeid med verneombud og tillitsvalgte (Bergen kommune, 2019). Det er utarbeidet syv prinsipp som skal ligge til grunn for valgene man gjør i hjemmebaserte tjenester. Alle avdelingene i hjemmebaserte tjenester fikk utlevert en egen plakat om hvordan tillits- og faglighetsreformen skal etterleves (Bergen kommune, 2019).

¹ Teksten er en omarbeidet versjon av det som ble skrevet i prosjektskissen min i kurs ME6-501 Forskningsdesign og metode, våren 2019.

Figur 1 De sju prinsipper

- De 7 prinsipper**
1. Ansatte skal få tillit og ansvar
 2. Åpenhet, klare mål og dialog skal være utgangspunkt for oppgavene vi skal løse
 3. Tjenestene skal bygge opp under brukernes egne ressurser, og involvere pårørende
 4. Ledelse og styring skal fokusere på mål og resultater
 5. Utvikling og faglig handlingsrom skal være kunnskapsbasert
 6. Utøvelse av tjenester skal bygge på kunnskap om hva som virker
 7. Ledelse og engasjerte medarbeidere skal fremme innovasjon

Kilde: Bergen Kommune (2019)



Figur 2 Plakat om tillits- og faglighetsreformen

Kilde: Bergen kommune (2017)

Den økonomiske modellen ble også endret da Bergen kommune valgte tillits- og faglighetsreformen, fremfor normtidene. Tidligere ble avdelingene finansiert basert på utførte vedtakstimer og pasienter, også kalt aktivitetsbasert finansiering. Med tillits- og faglighetsreformen kom det en ny budsjettfordelingsmodell, med en antakelse om at dette skulle gi større handlingsrom for profesjonenes/ansattes faglige vurderinger. Fordelingen av ressursene ble tildelt enhetslederne i hvert byområde, som igjen skulle fordele det utover på de ulike avdelingene i sitt byområde.

Som et ledd i implementeringen av tillitsbasert ledelse og tillits- og faglighetsreformen ble det i juni 2018 arrangert et seminar for ansatte. August 2018 ble det opprettet arbeidsgrupper, hvor deltakerne var representanter for brukergrupper, tillitsvalgte, vernetjenesten, ledere og medarbeidere. Hensikten med arbeidsgruppene er at de kan komme med forslag til endringer

som kan gjøre arbeidshverdagen bedre. De har også til formål å spre kunnskap om reformen blant kollegaer og invitere til innspill. Arbeidsgruppene skal rapportere videre til styringsgruppen (Bergen kommune, 2019).

1.1.2 Hjemmesykepleien som profesjon

For å kunne forstå hva hjemmesykepleien er, er det naturlig å se tilbake på historien og utviklingen av hvordan hjemmesykepleien som profesjon er blitt til. Det var ikke før i 1870 den formelle sykepleier utdanningen startet og den gang var det forbeholdt diakonissene. Før den tid var det den nære familie eller venner som gav pleie og omsorg til de som trengte det. Formålet med utdanningen var at diakonissene skulle jobbe i hjem, enten kirke, fattigpleie eller privat pleie hos den velstående delen av befolkningen. Sykepleierne hadde også i oppgave å opplyse de som stelte de syke og svake om hygiene og sanitærforhold, samt veilede i utfordrende situasjoner. Sykepleiere som jobbet i private hjem, ble sett på som et kvalitetsstempel. Arbeidet i hjemmene var lettere og mer verdsatt enn hospitalarbeid, ettersom de offentlige sykehusene i større grad pleiet de fattige, hvor smittsomme sykdommer spredde seg lett (Solheim og Aarheim, 2006). Siden etterkrigstiden valgte det offentlige å satse på kommunale omsorgstjenester. Politikerne så at ved hjelp av blant annet hjemmesykepleie, sparte man Rikstrygdeverket for utgifter ettersom det er mer økonomisk effektivt å stille eldre og syke i hjemmet enn på institusjon. Denne formen for omsorgstjenester var noe alle kommuner så nytten av og etableringen av hjemmesykepleie som tjeneste ble relativt raskt implementert i kommune Norge (Solheim og Aarheim, 2006). I perioden 1965-1980 ble antall pasienter som mottok hjemmesykepleie tredoblet fra 24 000 pasienter til 75 000 og siden har veksten økt jevnt. I de siste 20 årene har også hjemmesykepleien dekket behovet for den yngre brukergruppen, pasienter under 67 år. I denne gruppen ser man også en økende vekst (Meld.st.29). Med den økende veksten av pasienter er det naturlig at årsverkene i kommunehelsetjenestene stiger. I St.meld.29 presenterer de en vekst i omsorgstjenestene fra 20 000 årsverk i 1971 til nesten 130 000 i 2011. I kommunen jeg skal undersøke mottok 4218 pasienter hjemmesykepleie i desember 2018 (Byrådssak /19) og i hjemmebaserte tjenester var de 1136 årsverk (Byrådssak /18).

I lovverket har hjemmesykepleien også vært igjennom en reise. Men det var først på 70-tallet når hjemmesykepleien ble overført fra departementet for familie – og forbrukssaker til sosialdepartementet, der det ble innført retningslinjer for hvordan hjemmesykepleien skulle

driftes, i påvente av ny lovgivning - kommunehelsetjenesteloven. I 1982 kom lov om helsetjenester og da ble hjemmesykepleien flyttet fra sosialtjenesten til helsetjenesten (Solheim og Aarheim, 2006). I kapittel 3 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2012) blir det tydelig beskrevet hvilket ansvar kommunen har for sine innbyggere.

§3-1. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune.

Tjenester som nevnt i første ledd, kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Avtalene kan ikke overdras.

I 2017 trådte forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse – og omsorgstjenestene i kraft. Hvor formålet med forskriften §1 er:

«Å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.»

Med denne forskriften stilles det tydelige forventninger til ledere i helse – og omsorgstjenestene om at tjenestene pasientene får tildelt er faglig forsvarlig. Samt sørge for at alle ansatte i tjenesten er kjent med hvilke oppgaver som forventes, innenfor gitte rammer, lover og regelverk. Leder er også ansvarlig for å sikre riktig kompetanse på riktig sted. Forskriften er også forenelig med tillit – og faglighetsreformen, hvor tillitsbasert ledelse og styring er et viktig element.²

² Avsnitt 1.1.2 er hentet fra prosjektskissen min i kurs ME6-501 Forskningsdesign og metode, våren 2019.

1.2 Formål og avgrensning

Målet med studien er å belyse hvilke endringer som kom med tillits- og faglighetsreformen for avdelingsledere og ansatte i hjemmesykepleien, sammenlignet med tidligere organisering, det vil si de såkalte normtidene. Formålet er videre å undersøke om tillits- og faglighetsreformen oppfattes som en bedre måte imøtekomme velferdsutfordringer på, blant ansatte. Studien belyser med andre ord hvordan reformen forstås og oppfattes innen en bestemt profesjon, nemlig hjemmesykepleiere. Studien er en casestudie, der formålet først og fremst handler om å gi en forståelse av et fenomen. Jeg undersøker en bestemt institusjon i Bergen kommune og har ikke til hensikt å sammenligne på tvers av kommuner eller avdelinger.

Tillits- og faglighetsreformen involverer mange tjenester i hjemmebaserte tjenester i Bergen kommune. I denne oppgaven har jeg valgt å se på reformen i lys av hjemmesykepleien. Det kunne vært interessant å intervjuer en større andel aktører, profesjoner, enhetsledere og nøkkelpersoner i etaten. For å få flere nyanser av hvordan tillits- og faglighetsreformen er implementert og hvilke aspekter de mener endrer vilkårene i hjemmebaserte tjenester. Men dette hadde blitt for omfattende i forhold til denne oppgaven. Derfor er det avdelingslederens perspektiver som blir vektlagt i studien. Valg av avdelingsledere i hjemmesykepleien, var ønsket fordi de er et sentralt punkt i forhold til utvikling av hjemmesykepleien. De er tett på utførerne, samtidig som de er tett på enhetsledere og etaten på andre siden. Avdelingsleder må påse og gi veiledning, slik at reformen blir iverksatt som ønsket.

1.3 Problemstilling

Studiens problemstilling er knyttet til å få kunnskap om og belyse hvordan en ny reform oppfattes innen en profesjon. Det teoretiske perspektivet i oppgaven er blant annet knyttet til styringsregimer, og hvordan de påvirker iverksetting av politikk og videre hvordan reformer påvirker lederes rolle.

Problemstillingen bygger blant annet på en tidligere studie utført av *Senter for omsorgsforskning* ved Høgskolen på Vestlandet, som var en evaluering av reduksjon i normtidene i Bergen kommune. Dette var en kvantitativ studie. I denne oppgaven ønsker jeg

med en kvalitativ studie å gi en bedre forståelse av avdelingslederne i hjemmesykepleien opplevelse av tillits- og faglighetsreformen.

På bakgrunn av dette ønsker jeg med denne studien å finne svar på følgende problemstilling:

Hvordan har tillits- og faglighetsreformen endret villkårene for avdelingslederne og medarbeiderne i hjemmesykepleien i Bergen kommune?

For å få et bedre innblikk og flere nyanser av reformen har jeg valgt å benytte to forskningsspørsmål (underproblemstillinger) som blir presentert i påfølgende avsnitt.

1.3.1 Forskningsspørsmål

Det første forskningsspørsmålet tar utgangspunkt i hva som fremmer og hemmer tillit, for å få en større forståelse av tillitsbegrepet og hva informantene legger i begrepet tillit. I en reform hvor deler av navnet er «tillit» ses det på som en nødvendighet å få en dypere forståelse av dette begrepet fra informantens perspektiv og i lys av teori. Det første forskningsspørsmålet lyder som følger: *Hva hemmer og fremmer tillit i et arbeidsforhold?*

Hvordan forstår avdelingslederne tillits- og faglighetsreformen? er forskningsspørsmål nummer to. Spørsmålet har til hensikt å belyse hvordan tillits – og faglighetsreformen forstås av dem som anvender reformen til dagen, sett i lys av iverksettingsteori og styringsregimer.

1.4 Tidligere forskning og oppgavens bidrag

Tillits – og faglighetsreformen er ansett som en ny og innovativ måte å organisere hjemmebaserte tjenester på. I Norge foreligger det relativt lite forskning på dette området, derfor valgte jeg å se til de Skandinaviske nabolandene Danmark og Sverige som er kommet lengre med utvikling av reformer som tillitsmodellen. Tillitsmodellen kommer som et utspring fra styringsregimet, New Public Governace eller samstyring som vi sier på norsk. Styringsreformener som de Skandinaviske landene velger å benytte, har som regel sitt opphav fra Storbritannia, New Zealand og Australia. Reformene reiser fra land til land og kommer i sykluser (Christensen og Lægheid, 2007). Tillit er blitt en sentral del i utviklingen av samfunnet vi lever i. Vi ser også hvordan de ulike styringsregimene vektlegger tillit når det gjelder iverksetting av politikk. Det er et stort forskningsfelt på tillit i sosiologien. Putnam (2000) bruker begrepet *sosial kapital* hvor blant annet tillit og sosialt nettverk inngår. Sosial kapital anses som svært viktig både på det individuelle plan, men også for samfunnet i sin helhet. Grimen (2010) og Luhmann (2000) har også bidratt med forskning på tillit og i denne studien har de vært sentrale for å forstå tillitsbegrepet. Tillitsbasert ledelse handler blant annet om *jobbautonomi*, frihet og utøvelse av skjønn. *Jobbautonomi* oppstår når leder utviser tillit til medarbeidernes kompetanse og motivasjon til å utføre en god jobb (Kuvaas, 2017). I lys av tillits- og faglighetsreformen er tillitsbasert ledelse et moment i organiseringen av reformen.

For å kunne gi et større bilde på hvordan tillits – og faglighetsreformen har fått sin plass i hjemmebaserte tjenester i Bergen kommune, vil det bli presentert fire ulike rapporter. *Senter for omsorgsforskning* som ble gjort i forbindelse med normtider i Bergen kommune. Videre vil en rapport fra minipiloteringen, tillitsmodellen fra Oslo kommune bli presentert, sammen med København sin modell, hvor Bergen kommune har fått sin inspirasjon i fra når det gjelder tillits- og faglighetsmodellen. Jeg har også valgt å ta med funnene som ble gjort i brukerundersøkelsen i Bergen kommune i 2019 for å belyse at endringer politikerne i Bergen kommune gjorde, oppleves som positivt fra et brukerperspektiv.

1.4.1 Senter for omsorgsforskning: Frøland, Fagertun, Hansen og Kverndokk (2017) Normtider til besvær.

Som jeg har vist til tidligere utførte *Senter for omsorgsforskning* ved Høgskolen på Vestlandet en evaluering av reduksjon av normtidene i Bergen Kommune. Resultatet var overraskende, men samtidig forventet hos mange. Evalueringen viste en betydelig reduksjon i antall vedtakstimer utført av hjemmesykepleien. Fra 2015-2016 utgjorde reduksjonen i antall timer 8,5 %, besøkene ble kortere. Antall brukere som fikk vedtak på hjemmesykepleie ble redusert med 0,3%. Isolert sett gav reduksjon i normtidene en kostnadseffekt i form av økonomiske innsparingen, men samtidig viser rapporten at reduksjonen har ført til negative effekter for pasienter og ansatte. Dette har resulterte i økte kostnader. 89% av de ansatte i hjemmesykepleien opplevde en forverring av arbeidshverdagen, man så også at sykefraværet steg. Opplevelse av å ikke få utføre faget, mindre rom for brukermedvirkning, annet oppfølgingsarbeid, samt rehabilitering var noen av arbeidsoppgavene de ansatte i hjemmesykepleien følte at ble forringet som en konsekvens av reduksjon i normtidene. Som en følge av dette, fikk Bergen kommune problemer med å rekruttere nye medarbeidere med riktig fagkompetanse, samtidig som vi mistet en del kompetanse til andre sektorer (Frøland mfl.2017). For pasientene som mottok hjemmesykepleie ble opplevelsen deres beskrevet som økt travelhet av utfører, flere pleiere og mindre fagkompetanse blant utførerne (Frøland mfl.2017). Kvaliteten på tjenesten ble altså forringet. Som en konsekvens av denne rapporten besluttet politikerne at det måtte skje en endring i organiseringen av hjemmebaserte tjenester. I den forbindelse ble tillits -og faglighetsreformen introdusert og iverksatt 1 januar 2018.

1.4.2 Rapport 2: Brukerundersøkelsen i Bergen kommune fra april 2019

I april 2019 kom det ut en rapport fra Byrådsavdelingen for helse og omsorg som presenterte hjemmesykepleieundersøkelsen. I januar 2019 ble alle som hadde aktive hjemmesykepleievedtak i dette tidsrommet invitert til en brukerundersøkelse om hjemmesykepleien i Bergen kommune. Av 4531 utsendte spørreskjema, ble 1917 besvart, altså 42 prosent. Resultatene fra undersøkelsen viser at 42% av de spurte er svært fornøyd med hjemmesykepleien alt i alt, 45 % er fornøyd, mens 4% er misfornøyd med tjenestene de mottar. Brukere som mottar hjemmesykepleie opplever i stor grad trygghet i hverdagen med hjemmesykepleien. Opplevelsen av at de ansatte utfører jobben sin på en god måte sier 80% seg helt enig/enig i. Kunnskap om hva som skal utføres og utførelsen av arbeidsoppgavene gir

også høye score i undersøkelsen. Når det gjelder kommunikasjon og informasjon er også her brukerne fornøyde med pleierne. Det punktet i undersøkelsen som gir lavest score er at nyansatte ikke legitimerer seg, dette utgjør 45% (Bergen kommune, 2019).

Leser man hele rapporten så er tendensen at mottakene av hjemmesykepleien er fornøyd med tjenesten de mottar. Pleierne som utfører tjenestene er kompetente og har kunnskap om brukernes behov og hvordan de skal ivareta dette. Skal man trekke en parallell til rapporten til senter for omsorgsforskning fra 2017, var tilfredsheten blant mottakerne som ble spurt der lavere enn i brukerundersøkelsen fra 2019.

1.4.3 Rapport 3: Vitensenteret helse og teknologi: Eide, Gulslett, Olafsen, Aaberge og Eide (2017) Tillitsmodellen- erfaringer med mini-pilotering av selvstyrende team i tre bydeler i Oslo.

I Oslo kommune kom det i 2015 en Byrådserklæring, hvor det var gjort en analyse av hjemmebaserte tjenester. Denne analysen viste at modellen de hadde benyttet, bestiller/utfører- modellen har gitt mer rom for byråkrati, stoppeklokke syndrom og for lite helhetlig omsorg. Politikerne ønsket en endring og valgte derfor å innføre tillitsmodellen i pilotprosjekt. Tillitsmodellen handler om økt tillit til ledere og utførere ved overføring av faglig myndighet og ansvar, tilstrekkelig bemanning, åpenhet, dialog, kompetanseheving og forankring. Formålet var å sikre bedre utnyttelse av kompetanse, brukermedvirkning og bedre tjenester (Eide, Nilsen, Gulslett, Olafsen, Aaberge og Eide, 2017).

Tillitsmodellen har to inspirasjonskilder internasjonalt. Buurtzorg – modell fra Nederland og tillitsreformen i København kommune. I Seniorsmeldingen (2014) til Oslo kommune ønsker man å satse på den nederlandske modellen, Buurtzorg. Modellen til Nederland beskrives som en non-profit virksomhet som ansetter sykepleiere og pleieassistenter i selvstyrte team på inntil 12 personer som leverer hjemmesykepleie til 50-60 pasienter. Formålet i Nederland var å redusere overbetalte ledere, og lag av byråkrati. Samtidig gi sykepleiere myndighet og mulighet til å ta ansvaret for omsorgen for pasienter i sitt tildelte område. I Seniorsmeldingen (2014) tror man gevinsten med denne modellen vil gi økt produktivitet, kontinuitet og kvalitet. Samtidig som man vil redusere sykefravær, redusere kostnader, reisetid og mindre bruk av ressurser per pasient (Eide mfl. 2017). På bakgrunn av dette valgte Oslo kommune og utføre en minipilotering av tillitsmodellen i tre bydeler. I den forbindelse skulle det foregå et forskningsprosjekt som ville undersøke erfaringene med minipiloteringene, før tillitsmodellen

ble implementert i hele Oslo kommune. Funnene fra medarbeiderundersøkelsen som ble utført i november 2016 i de ulike bydelene som var med i piloteringen, viste at 86% av de spurte mente at tjenesten var blitt bedre med tillitsmodellen. På spørsmål om arbeidsmotivasjonen var blitt bedre, viste undersøkelsen at dette påvirket deres arbeid positivt i stor grad. Den faglige kompetansen har økt og man har fått større forståelse av pasienters behov. I forskningsprosjektet blir det også belyst at man må ha fokus på kompetanseheving hos lederne i tillitsledelse. Samt økt fokus på mestringskompetanse for utførene (Eide mfl. 2017).

1.4.4 Rapport 4: Bentzen (2018) Tillidsbasert styring og ledelse i offentlige organisasjoner.

I 2013 beslutter København kommune å erstatte «kontroll og rapportering» med tillit og ansvar til den enkelte medarbeider. Hensikten med tillitsbasert styring i København kommune var å sikre mer tid til kvalitet av kommunens kjerne oppgaver og øke arbeidsgleden gjennom mer fokus på tillit og faglighet. Samtidig som man ønsket å redusere ressurser på kontroll og unødvendig byråkrati. København kommune valgte denne formen for styring i alle forvaltninger/enheter. Tillit er innført som et overordnet prinsipp for organisering og ledelse i hele København kommune, det blitt en kommunal system-reform (Bentzen, 2018). Noen av styringsgrepene som ble foretatt var blant annet å redusere byråkratiseringen og fritak fra regler/styringskrav. Man gikk fra prosesstyring til formålorientert styring. Færre rapporteringer og økt autonomi er andre kjennetegn med tillitsbasert styring (Bentzen, 2018). Politikerne i København kommune valgte å gi mer makt og frihet tilbake til de ulike enhetene i kommunen. Men samtidig som enhetene fikk mer selvbestemmelse, var det en forutsetning at enhetene måtte ha klare mål som de skulle jobbe etter. Målene skulle blant annet relateres til økonomi og personalpolitikk. Men det er opp til enheten hvordan de ønsker å lage en strategi for å nå de målene som er fastsatt. Selv om det ved tillitsbasert styring gir mer autonomi til de ulike enhetene, skriver Bentzen (2018) at kommunen også må ha kontroll. Men det er en balanse mellom for mye og for lite kontroll. Er det for mye eller for lite av kontroll kan tilliten forringes. Samtidig som kontroll og tillit kan støtte i hverandre. Hensikten med kontroll er å sikre innbyggernes rettigheter, samt skape transparent i utførelsen av offentlige oppgaver (Bentzen, 2016).³

³ Store deler av dette kapitlet (s. 16-18) er hentet fra prosjektskissen min som ble skrevet i forbindelse med kurs ME6- 501 Forskningsdesign og metode, våren 2019.

1.4.5 Oppgavens bidrag

Masteroppgaven vil bidra til å forstå hvordan tillits- og faglighetsreformen oppleves og etterleves av tjenesteutførerne på bakgrunn av empiriske data. Samt hva reformen har medført av endringer i vilkår for avdelingsledere og profesjoner/semiprofesjoner i hjemmesykepleien. Videre fremkommer det hvilke elementer som forringer tillits- og faglighetsreformen. I lys av styringsregimer vil det bli belyst hvordan endringen i styringsregimer påvirker iverksetting av politikk og hvordan det påvirker offentlige tjenester som for eksempel helse – og omsorgstjenester. Oppgaven vil også kunne bidra til forskning på reformer i offentlig sektor og forskning på tillitsreformen i andre kommuner. Videre kan oppgavens bidrag berøre forskningsfelt innen omsorgsforskning, profesjoner og hjemmesykepleie. Studien kan også være relevant for andre masteroppgaver.

1.5 Oppgavens relevans

Utvikling av kommunale helse- og omsorgstjenester for å imøtekomme dagens og morgendagens behov har vært et fokusområde i politikken lenge. Både i Meld. St. 29 *Morgendagens omsorg* og Meld. St. 26 *Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet*, pekes det blant annet at det må utvikles nye omsorgsformer, organisering av helsetjenester, øke kompetanse, brukerinvolvering og god ledelse. Det handler om å utvikle velferdsstaten og velferdstilbudet, slik at man kan imøtekomme de utfordringene som måtte komme med blant annet den såkalte «eldrebølgen». I lys av Bergen kommune sin handlingsplan for helse og omsorgstjenester til hjemmeboende eldre (2019-2029) *en alderdom med mening, mestring og trygghet*, fremkommer det at tillitsreformen er en viktig del av kommunens satsningsområde for utvikling av helse – og omsorgstjenester.

Tillitsmodellen har vært et tema i norsk politikk i lengre tid og ikke bare innen helse og omsorgssektoren. I 2017-2018 kom Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti med et forslag i Stortinget om tillitsmodellen i skolen. I forslaget peker de på at lærerne som profesjoner skal få mer tillit ved å gi mer tid til eleven – *utdanne hele mennesket* (Henriksen, Solberg, Hussaini, Arnstad, Strand, Lysbakken, Fagerås og Tajik, 2017- 2018 s. 1) og bruke mindre tid på blant annet rapportskrivning om eleven. Videre pekes det på at lærerne har vært iverksettere av politikk som har vært top-down styrt i lengre tid. Fokuset på sterke profesjonsgrupper, med faglighet som bakteppe vil gi økt kvalitet på utdanningssektoren. For

å kunne utnytte profesjonenes kunnskap og erfaringer, må de ha tillit. I forslaget (2017-2018) understreker man at tillitsbasert ledelse handler om å anerkjenne behovet for *faglig skjønn* (Henriksen, m.fl.s.3). Mange av disse punktene som blir pekt på i dette forslaget er direkte overførbare til andre offentlige sektorer, som for eksempel helse og omsorg.

Vi finner medieoppslag fra Audun Lysebakken (SV) i 2018 hvor han vil gjenreise tilliten til fagfolk ved å innføre tillitsmodellen i offentlig sektor, da New Public Management ikke har fungert (Hanssen, 2018). I Tromsø begynte Arbeiderpartiet allerede i 2015 å snakke om tillitsmodellen i helse og omsorg. Tanken var å sikre bedre kvalitet på tjenesten ved å fokusere på den faglige kompetansen, ved blant annet å fjerne det usynlige stoppeklokke merket, som er blitt et symbol på hjemmebaserte tjenester i det norske samfunnet.

På Senterpartiets landsmøte i 2017 ble det vedtatt en resolusjon om tillitsreformen og i partiprogrammet fra samme år står det at de ønsker en tillitsreform i Norge. Slagordet Senterpartiet benytter i forhold til denne reformen er «*den som har skoen på, vet hvor den trykker*» (Senterpartiet). Senterpartiet har tro på at nærhet til beslutninger skaper trygghet, tillit og tilpassede løsninger. Høyresiden i norskpolitikk har ikke partifestet en tillitsreform, slik som partiene nevnt over. Men også i partiprogrammet til Høyre og Fremskrittspartiet skrives det om tillit til de ansatte i kommunene og at løsningene bør komme fra profesjonene, for å sikre god kvalitet på tjenestene til innbyggerne. Fremskrittspartiet (2019) skriver at lederne i kommunen skal ha tillit til ansattes kompetanse. Ansatte som føler ansvar og tillit vil vokse og bli mere selvstendige. Det skal være leders oppgave å besørge at de ansatte til enhver tid har de riktige verktøyene for å utføre sitt virke.

«Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen, men av forestillinger om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag» Kåre Hagen (Meld.st.29. s.11)

I denne sammenheng får tillits- og faglighetsreformen økt aktualitet fordi det er en innovativ måte og løse kommunale helse- og omsorgsutfordringer på. Sett i sammenheng av styringsregimer og iverksetting av politikk er temaet også relevant.

1.6 Studiens oppbygging

Studien vil videre disponeres som følger; *Kapitel 2- Metode*, vil blant annet redegjøre for forskningsdesign og datainnsamlingsmetoder. Forfatterens rolle som forsker og hvordan bearbeiding – *koding* og analyse av data har foregått. Tilslutt reflekteres det over forskningens validitet. I *kapitel 3* fremstilles det teoretiske rammeverket. Først blir de ulike styringsregimene presentert, for å skape et bilde på hvordan iverksetting av politikk endrer seg i tak med styringsregimene. Deretter blir begrepet tillit belyst. Tillitsbasert ledelse, profesjonsteori og accountability er andre elementer som det teoretiske rammeverket består av. *Kapitel 4* presenterer den empiriske analysen. Dette kapitlet er delt opp i tre med forskningsspørsmålene som underoverskrifter. I *kapitel 5* presenteres konklusjonen som besvarer problemstillingen og forskningsspørsmålene. Studiens begrensninger og forslag til videre forskning vil også fremkomme i dette kapitlet.

2.0 Metode

Kapittelet har til formål å beskrive hvordan forskningsprosessen har vært, samt hvilke metodevalg som er lagt til grunn i denne studien. Jeg har valgt en kvalitativ casestudie av avdelingsledere i hjemmebaserte tjenester i Bergen kommune. Mine primærdata er i hovedsak samlet inn gjennom semistrukturerte dybdeintervjuer. Dokumenter og teori er benyttet som supplerende *sekundærdata*. Analysen bygger på syv intervjuer, i tillegg til rapporter, kommunens handlingsplan, og teori. Med dette metodevalget lagt til grunn, var hensikten å få økt kunnskap om tillits – og faglighetsreformen og om denne organiseringen av hjemmebaserte tjenester har endret vilkårene for avdelingsledere og ansatte.

2.1 Kvalitativ metode

For å kunne besvare problemstilling og forskningsspørsmålene har jeg valgt å benytte en kvalitativ metode og et eksplorerende forskningsdesign. Dette for å få en nærere kontakt med avdelingslederne som skal studeres, samt få en dypere forståelse av hvordan avdelingslederne opplever og refleksjonene de har rundt tillits- og faglighetsreformen (Thagaard, 2013). Hensikten med dette metodevalget er å få en forståelse av endringen som er skjedd i hjemmebaserte tjenester ved å intervjuer de som gjennomfører reformen. Fleksibiliteten i kvalitativ metode er et annet moment i valg av metode. Endringer kan legges inn underveis i prosessen og tilpasses etter behov, i lys av ny kunnskap eller utfordringer (Grønmo, 2004).

Kvantitativ metode kunne blitt benyttet i denne studien, da utvalget hadde vært stort nok fordi det er mange ansatte i hjemmebaserte tjenester som blir berørt av reformen. Men etter nøye vurdering falt dette alternativet bort, da jeg hadde et ønske om mer dybde i det som skulle forskes på enn å generalisere. Med kvantitativ tilnærming ville jeg også hatt en større avstand til det som skulle studeres. Manglende fleksibilitet og tydelig struktur, er to andre moment for at kvantitativ metode ble valgt bort i denne oppgaven (Thagaard, 2013).

Målet med denne studien var å forstå hvilken effekt tillit – og faglighetsreformen har. Samt undersøke hvordan reformskifte oppleves av ansatte og om de vurderer reformen som bedre for organisasjonen og eget arbeid.

2.1.1 Casestudie

Jeg ønsket i denne studien å undersøke hvordan avdelingsledere forstår tillits- og faglighetsreformen, samt hvordan vilkårene for avdelingsledere og ansatte oppleves som endret. For å kunne utforske dette, valgte jeg å benytte en casestudie. Ringdal (2018) definerer case som «en analyseenhet som er gjenstand for intensiv undersøkelse, s. 172». Hensikten ved casestudie var å få et godt empirisk grunnlag for å utvikle forståelse av tillits – og faglighetsreformens betydning fra flere sider. I denne oppgaven var hensikten å tolke analyseenhetene i lys av etablert teori. Studien har ikke til hensikt å utvikle ny teori, men å forstå tillitsreformen i sin virkelige kontekst, basert på et empirisk grunnlag (Yin, 1984).

2.2 Rekruttering av informanter

Rekrutteringen av informanter til denne studien, baserer seg på det Thagaard (2013) beskriver som et *strategisk utvalg*. Informantene er valgt på bakgrunn av deres kvalifikasjoner og egenskaper som ansås som relevant for å kunne besvare problemstillingen (Thagaard, 2013). For å kunne få informanter til studien, ble det utarbeidet en formell epost hvor beskrivelse av oppgaven og formål ble presentert. Kravet til å være informant i studien, ble tydeliggjort, en måtte ha jobbet som avdelingsleder både under normtider og tillits- og faglighetsreformen. Hensikten med dette kriteriet var å få et bedre sammenlikningsgrunnlag og håp om at dette ville skape flere refleksjoner. Ønske om å få en bredde fra de ulike byområdene var også tilstede for å kunne undersøke om det var ulike oppfatninger og fortolkninger av reformen. Eller om forståelsen av reformen var tilnærmet lik, uavhengig av byområder. Eposten ble sendt til rådgivere i etat for hjemmebaserte tjenester, fordi de skulle holde en avdelingsledersamling, hvor alle avdelingslederne var innkalt. Dette var sensommeren 2019. På denne måten meldte noen informanter seg, men det var ikke nok. Jeg valgte derfor å benytte *snøballmetoden* ved å spørre rådgiver i enheten jeg jobber i om hjelp, samt andre jeg hadde i nettverket mitt (Thagaard, 2013). Dette resulterte til slutt i syv informanter som representerte tre av fire byområder i kommunen. I ettertid ser jeg at ulike profesjoner kunne vært aktuelle som informanter, for større bredde og dypere kunnskap om deres opplevelse av tillits – og faglighetsreformen, hvilke vilkår er endret for dem.

2.3 Datainnsamling

Jeg har valgt å benytte to kilder for datainnsamling, for å tilegne meg bredere, dypere og mer inngående kunnskap om fenomenet jeg ønsket å studere. Kildene som ble benyttet var kvalitative dybdeintervju og dokumenter (Thagaard, 2013).

2.3.1 Dokumenter

For å få innsikt og kunnskap om fenomenet jeg ønsket å studere, startet jeg med datainnsamling av *sekundærdata*. Med *sekundærdata* menes dokumenter, litteratur, forskning, avisartikler, stortingsmeldinger og handlingsplaner for å nevne noe (Ringdal, 2018). I søken etter relevante dokumenter benyttet jeg databaser som er tilgjengelig fra Oria – tilgjengelig fra biblioteksidene til Høgskolen på Vestlandet. Jeg valgte å starte søkene i fagressurser. I starten var valgene tilfeldige, men etter hvert som jeg tilegnet meg større «søke kompetanse» og innsikt ble noen databaser foretrukket fremfor andre. Databasene som ble foretrukket var Google Scholar, Idunn, Academic Search elite, NorArt og Senter for omsorgsforskning. Etterhvert fant jeg relevant og interessant litteratur og forskning som var relatert til det jeg ønsket å studere. Kunnskapen og innsikten jeg ervervet fra *sekundærdata*, gjorde meg mer bevisst i forhold til utarbeidelse av intervjuguide. Samt mer rustet til å forstå hva informantene reflekterer og betydningen i lys av litteratur, tidligere forskning og teori.

Kildene som er blitt benyttet i studien er nøye og kritisk vurdert i forhold til kildekompasset sin veiledning. Kvalitet, utgivelses tidspunkt, om artikkelen var vitenskapelig og fagfelleverdert var noen av elementene som ble vektlagt i vurderingen av kildene.

2.3.2 Dybdeintervju

Dybdeintervjuene er *primærdata* i denne studien, det vil si egne data som er hentet inn for oppgaven (Ringdal, 2018). Formålet var å skaffe fyldig og god informasjon om hvordan tillits- og faglighetsreformen blir opplevd av informantene. Samt deres perspektiver i forhold til endringer i vilkår reformen har medført. I et vitenskapsteoretisk perspektiv er mitt forskningsdesign basert på et sosialkonstruktivistisk vitenskapsideal. Det *sosialkonstruktivistiske vitenskapsidealet* gir et innblikk i informanters opplevelse, for eksempel hvordan en reform oppleves av ansatte i en organisasjon (Ringdal, 2018). Som en kontrast til det

sosialkonstruktivistiske vitenskapsidealet har man *positivismen*, hvor en som forsker er nøytral og lengre borte fra det som forskes på. *Positivismen* passer bedre inn i en kvantitativ studie, hvor en ønsker å generalisere, fremfor å gå i dybden av et fenomen (Ringdal, 2018).

I denne studien er det foretatt syv dybdeintervjuer, alle avdelingsledere i hjemmesykepleien. Intervjuene ble utført individuelt, som *semistrukturerte*. Valg av *semistrukturerte* intervju var for å få gjennomført et mer fleksibelt og dynamisk intervju. I forkant av datainnsamlingen ble det utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 1) som var tematisk fremstilt med åpne spørsmål, med utgangspunkt i studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Oppfølgingsspørsmål ble stilt, der det var nødvendig for å få klarhet i eller større utdypning rundt spørsmålet eller temaet. For å etablere en god atmosfære og trygghet rundt intervjusituasjonen startet jeg med å presentere hvem jeg er og min bakgrunn, samt oppgaven og dens formål. Alle informantene fikk utdelt samtykkeskjema (vedlegg 2) som ble gjennomgått før intervjuene startet. Deretter ble det stilt noen bakgrunns spørsmål, relatert til erfaring i hjemmebaserte tjenester og utdanningsbakgrunn til intervjuobjektet. For å sikre en tilstedeværelse i intervjusituasjonen, samt kvalitetssikring at all informasjon kom med, ble det benyttet lydopptaker i seks av syv intervju. Samtykke til bruk av lydopptaker ble hentet i forkant av intervjuets start. En informant ønsket ikke at lydopptaker ikke ble benyttet, dette intervjuet ble derfor dokumentert for hånd. Avslutningsvis ble intervjuet oppsummert, intervjuobjektet ble også spurt om det var informasjon de ønsket å tilføre som kunne ha betydning for studien. Intervjuene ble gjennomført i perioden desember 2019 og januar 2020.

2.3.3 Min rolle som forsker

Thagaard (2013) skriver at forskerens nærvær kan påvirke hvordan forskningsprosessen forløp. Det vil si den informasjonen deltakeren har lyst til å bidra med er knyttet til opplevelsen av forskeren. Som forsker har jeg derfor vært bevisst på egne holdninger og utstråling for å sikre en god atmosfære, slik at deltakerne har lyst til å dele sine erfaringer, kunnskap og refleksjoner. Dette er en erfaringsbasert masteroppgave, i et vitenskapsteoretisk perspektiv er jeg en involvert forsker. Fordi jeg arbeider som avdelingsleder i hjemmesykepleien. På en side kan min rolle som involvert forsker være positivt fordi jeg har kunnskap om hjemmesykepleien og dens organisering. Jeg deler mange av de samme erfaringene som informantene. På den andre siden kan min nærhet skape metodiske utfordringer ettersom jeg kan bli subjektiv. Ved å være involvert forsker kan spørsmål og opplysninger ikke bli fanget opp, fordi de anses som en selvfølgelighet. Ved å forske i egen

organisasjon og eget miljø, så blir en også beriket med kunnskap om hvordan andre i samme situasjon opplever og tolker et fenomen. Noe som igjen kan gi en større forståelse av det som studeres (Thagaard, 2013).

2.4 Bearbeiding og analyse av data

Transkriberingen ble foretatt etter at alle intervjuene var gjennomført. Jeg ser i ettertid at jeg kunne spart tid dersom jeg hadde foretatt transkriberingen og analyse av data fortløpende. Jeg har lyttet til samtlige intervju flere ganger for å sikre at innhold og betydning ble forstått. Etter alt var transkribert valgte jeg å lage en «forskningstabell» hvor jeg *kodet* data. Viktige uttalelser, sitater og aspekter ble markert ut. Deretter *kategoriserte* jeg kodene etter forskningsspørsmål og tema relatert til spørsmålet. Informantene ble delt inn i kolonner, med identifikasjon fra 1 til 7, samt hvilket byområde de tilhørte. Hensikten var å sammenlikne, få nyanser, samt få frem ulikheter på en oversiktlig måte. Med denne metoden fikk jeg større forståelse, samt så tendenser i datamaterialet (Thagaard, 2013). Under dette arbeidet har jeg vært bevisst på å skille tolkninger relatert til informantenes forståelser og tolkninger basert på min forståelse som forsker, med teoretisk bakgrunn på dette temaet (Thagaard, 2013). Min forståelse av hjemmebaserte tjenesters organisering i Bergen kommune kan ha vært en fordel når jeg skulle kode og tolke data, fordi jeg hadde bakgrunnskunnskap og dermed kunne se sammenhenger lettere. Mulig noe informasjon ikke ble fanget opp, fordi min rolle har vært involvert forsker.

2.5 Validitet

Bukve (2016) skriver at et sentralt krav til et godt forskningsdesign er at undersøkelser som blir utført, gir svar eller en kan trekke slutninger om et fenomen (Bukve, 2016 s. 99). For å kunne sikre høy grad av validitet, var god forforståelse av teamet og teori knytt til det jeg ønsket å studere et sentralt moment. Dette for å kunne utarbeide spørsmål som var relevant for problemstillingen og forskningsspørsmålene, samt i lys av teori som var ønsket i studien (Thagarrd, 2013). Innsamling av data som var relevant for studiens problemstilling, gir høy

grad av validitet. Samtidig ser jeg at noe av de innsamlede dataene kunne passet bedre til en annen problemstilling og derfor ikke blitt benyttet i denne oppgaven.

Det skilles mellom to typer validitet, *intern validitet* som bygger på årsakssammenhenger i en studie. Datainnsamling og spørsmål som er relevant for studien, harmonerer disse elementene vil en oppnå høy validitet (Thagaard, 2013). For denne oppgaven var det sentralt at informantene hadde kjennskap og erfaring fra hjemmebaserte tjenester i Bergen kommune, både til normtider og tillits- og faglighetsreformen. Dette for å kunne få relevante data, relatert til problemstillingen. Valg av riktige informanter kan være avgjørende for å skape høy grad av validitet. Fordi informanten sitter inne med en kompetanse og erfaring som gir relevante data. Valg av feile informanter som ikke har forutsetninger for å besvare spørsmål om tillits- og faglighetsreformen, hadde gitt lav validitet (Ringdal, 2018). *Ekstern validitet* handler om at studiens funn kan gjelde andre situasjoner. Basert på denne studiens begrensede omfang og et ståsted i et *sosialkonstruktivistisk vitenskapsperspektiv* vil dette i liten grad overføres til en større populasjon (Ringdal, 2018).

Mye av datamaterialet har bidratt til å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene. Spørsmålene i intervjuguiden sikret god informasjon, samtidig ser jeg i ettertid at noen spørsmål kunne vært lagt til, mens andre ble overflødige. For å sikre enda høyere grad av validitet kunne også profesjoner som sykepleiere blitt intervjuet i studien. For å få deres refleksjoner på hvordan tillits- og faglighetsreformen har endret deres arbeidshverdag og ikke bare avdelingsledernes betraktninger.

Transparens har også noe å si for om oppgaven når høy grad av validitet. I denne oppgaven blir transparens ivaretatt ved å redegjøre for hvordan analysen basert på empiri og teori har bidratt til konklusjoner i denne studien, samt redegjørelse for forskningsprosessen (Thagaard, 2013).

Min rolle som forsker i et miljø som jeg har god kjennskap til kan både styrke og forringe validiteten. Jeg har vært bevisst på dette gjennom hele studien, men min erfaring og kompetanse kan ha hemmet at noen faktorer har blitt oversett. På den andre siden kan for forståelsen min fremme validiteten fordi jeg har en forståelse av informantens situasjon (Thagaard, 2013).

2.6 Reliabilitet

Reliabilitet er relatert til forskningens *pålitelighet*. Det handler om etterprøvbarhet. Siden dette er en kvalitativ studie vil det bli vanskelig å si at det er høy grad av reliabilitet. Fordi innsamling av data er gjennomført med semistrukturert intervju med oppfølgingsspørsmål, noe som vil gjøre studien vanskelig å etterprøve. På den andre siden er reliabiliteten styrket, fordi forskningsprosessen er *transparent* (Thagaard, 2013). Med andre ord anser jeg reliabiliteten som lav ettersom jeg som forsker har kjennskap til det miljøet studien er utført i og at metodevalget gjør det vanskelig å etterprøve.

2.7 Forskningsetikk

Siden oppgaven forutsatte behandling av personopplysninger, ble studien meldt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og godkjent før datainnsamling av informantene startet (vedlegg 3). Det ble også sendt en forskningshenvendelse til Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest, da forskningen omhandlet Bergen kommune (vedlegg 4). Jeg fikk også godkjenning av dem, samt tildelt en kontaktperson.

All informasjon som er benyttet i denne forskningen ble behandlet *konfidensielt*. Med dette innebærer anonymisering av deltakerne, i denne sammenheng vil det bli benyttet *pseudonymer* (avdelingsleder 1, 2, 3 også videre) ved transkribering av intervju. Gjenbruk av data vil ikke forekomme, med mindre deltakerne i intervjuet samtykker til dette (Thagaard, 2013). Etter innlevering av masteroppgaven har jeg slettet datamaterialet som inneholder personidentifiserbare opplysninger, som lydopptak, transkriberinger og koding.

I denne oppgaven er de forskningsetiske normene, etter lov om organisering og forskningsetisk arbeid (2017) lagt til grunn. I denne sammenheng er god henvisningsetikk vektlagt. Der det er benyttet tidligere arbeid fra meg, det vil si elementer fra prosjektskissen som forarbeid til masteroppgaven, vil dette fremkomme i en fotnote der det er relevant, for å tydeliggjøre at det ikke er til hensikt å plagiere eget arbeid.

3.0 Teori

I teorikapittelet vil de ulike styringsregimene offentlig tradisjonell administrasjon, New Public Management og New Public Governance bli presentert. Hensikten er å skape et bilde på hvordan iverksetting av politikk påvirker endring i organisasjoner med de ulike styringsregimene, samt forstår hvordan tillit- og faglighetsreformen har fått sin plass. Tillit og tillitsbasert ledelse er andre tema som vil bli presentert. Dette for å belyse hva begrepet tillit betyr og hvordan det er å være leder i en reform som krever tillitsbasert ledelse. Profesjonsteori har til formål å vise hvordan endringer i styringsregimer også kan påvirke forventninger til profesjonene.

3.1 Styringsregimer, en historisk beskrivelse

Siden andre verdenskrig ble avsluttet har det norske samfunnet jobbet for å få til et godt og velfungerende samfunn og et politisk system som gjør det mulig å iverksette politikk. Politikken har til formål å gjøre samfunnet og tjenestene innbyggerne får tilbud om, best mulig. Siden 1945 har Norge vært igjennom tre ulike styringsregimer for å forvalte og iverksette politikk. Men hvem lærer vi av? Fra 1970 årene har de skandinaviske landene vært foregangsland når det gjelder velferdsmodellen. Ser man 75 år tilbake og frem til i dag, har Danmark og Sverige mye av de samme særtrekkene og historien som Norge om man ser på de ulike styringsregimene. Det er stort rom for offentlig styring og selv om de Skandinaviske landene følger internasjonale trender som New Public Management (NPM) og New Public Governance (NPG), så ønsker de fortsatt å beholde det tradisjonell verdigrunnet for blant annet velferdspolitikken. Kjennetegnene er kollektive goder, desentralisert styring og at tjenestene til innbyggerne skal være av høy kvalitet og tilpasses individuelt (Christensen, Egeberg, Lægreid og Aars, 2016). Selv om de skandinaviske landene har fulgt hverandre tett, når det gjelder utviklingen av offentlig sektor, er det også noen nyanser som skiller dem. En antakelse er at disse nyansene trolig er påvirket av hvordan den politiske makten faller. I *Sverige* ble det i 1991 innført reformer for å redusere omfang av velferdsstaten av Sosial demokratene og i perioden 2006-2014 ble det innført nye lover om offentlig anskaffelser og brukervalg, da var det sentrum/høyre som regjerte. De ønsket å styrke individets rett til å velge aktører. Selv om Sverige har prioritert offentlig tjenesteutvikling, har de siste 25 årene vært preget av en dreining mer mot privat vekst, med økonomiske insentiver. *Danmark* har

den største andelen ideelle tjenesteaktører, fordi de har en lang tradisjon for å involvere private markedet. Men når det gjelder helsetjenester er det nesten ingen ideell sysselsetting, kun kommunal og kommersiell. *Norge* har en kraftig sysselsettingsvekst og ikke like stor andel ideelle og kommersielle aktører som nabolandene (Sivesind, 2016).

Når det gjelder tillitsreformen var Danmark det første av de Skandinaviske landene til å få implementert reformen i offentlig sektor i 2013, og i 2016 vedtok den svenske regjeringen å implementere tillitsreformen i hele velferdssektoren (Bentzen, 2018). Oslo og Norge begynte også i det små i 2016 med pilotprosjekt i hjemmebaserte tjenester- kalt tillitsmodellen og Bergen startet opp i 2018, men Norge ligger fortsatt litt etter når det gjelder implementering av denne reformen, som er relatert til samstyring. Samstyring vil bli nøyere utdypet i kapittel 3.1.2.

3.1.1 Tradisjonell offentlig administrasjon

Tradisjonell offentlig administrasjon (TPA) også kalt den klassiske modellen, er det første styringsregimet som ble tatt i bruk etter andre verdenskrig, der *hensikten* var å sikre iverksetting av politikk. Det var i denne perioden den moderne velferdsstaten fikk sitt rofeste og hvor offentlig styring ble forankret, blant annet fordi tilliten til å løse samfunnsutfordringer stod sterkt (Røiseland og Vabo, 2016). *Kjennetegnene* til tradisjonell offentlig administrasjon er blant annet en tydelig hierarkisk linje, hvor det er politikerne som beslutter og utformer politikken og iverksetterne er faglige spesialister også kalt profesjoner. Lover, regler, retningslinjer og prosedyrer er andre kjennetegn ved tradisjonell offentlig administrasjon. Det er altså politikerne som sier hvordan tjenester som hjemmebaserte tjenester skal være. Deretter er det opp til utførerne og iverksette tilbudet etter de lover og retningslinjer som ligger til grunn (Osborne, 2006). *Innbyggerne* har ingen brukermedvirkning eller annen medvirkning på hvordan tjenestene kan produseres. De er kun mottakere av offentlige tjenester (Tortzen, 2016). Når det gjelder offentlige og private aktører er det et tydelig definert skille. Frivillige organisasjoner er kun til som et demokratisk talerør for å kjempe innbyggernes sak. Organisasjoner som bygger på frivillighet har en passiv deltakelse i velferdsproduksjon, da det er staten som har monopol på levering av offentlige tjenester (Pestoff, 2016; Eimhjellen og Loga, 2017). *Leders rolle* i tradisjonell offentlig administrasjon er utøvere av politikken som er satt, der man påser at lover og retningslinjer blir fulgt (Osborne, 2010). Sett i lys av iverksettingsteori, er reformen «top-down» styrt. Man anser denne formen for styring som

stabil fordi det er tydelig definert hvordan utførerne skal forholde seg og hva innbyggerne har rett på (Offerdal, 1999). *Utfordringer* er at offentlig administrasjon kan ses på som statisk, med lite rom for endring eller faglige tilpasninger.

3.1.2 New Public Management

En motsetning til tradisjonell offentlig administrasjon kom i begynnelsen av 1980 årene, denne reformen eller idologien fikk navnet New Public Management (NPM). *Hensikten* var å finne løsninger på de utfordringer som oppstod under regimet, TPA (Osborn, 2006). Begreper som brukermedvirkning, mål – og resultatstyring, effektivisering, frivillighet og autonomi er noe av det som *kjennetegner* NPM. Hensikten ved å benytte mål- og resultatstyring er å visualisere om tjenesten er effektiv og oppfyller de krav som er definert av politikerne innenfor gitte rammer (Røiseland og Vabo, 2016). Kommunene fikk altså med denne reformen mer handlingsrom, frihet og ansvar til å skape resultater. Kontroll og evaluering om oppnådd måloppnåelse blir vist gjennom resultater og rapporter (Lian, 2013). Andre elementer som er sentral i denne reformen er blant annet at *innbyggerne* ikke lengre skulle være passive mottakere, men få være med å påvirke tjenesten slik at den ble bedre formet etter behovet til befolkningen. Dette er et tydelig signal på at politikerne blir mer inkluderende og viser stor grad av tillit til innbyggerne og utøverne. Politikken bli mer indirekte – målene og rammene blir fortsatt definert av politikerne, men hvordan en oppnår målene er i større grad opp til lederne i de ulike organisasjonene og tjenestene. Men med en forventning om at resultatene er målbare. Det er syv prinsipper Christoffer Hood (1991) mener definerer NPM: resultat og målsettinger, konkurranse, effektivisering, måloppnåelse og profesjonell ledelse. Profesjonell *ledelse* i denne idologien bygger på en hierarkisk styringslogikk hvor det forventes at lederen får til en endring i organisasjonen. Endringen er definert av politikerne, basert på ønsker og behov i befolkningen. Leder har også ansvar for å fremme motivasjon, teamarbeid og kreativitet blant medarbeiderne. Fokus på det mellommenneskelige forholdet i organisasjonen - relasjonsbygging er også et element i profesjonell ledelse i NPM (Lian, 2013).

Med NPM kom også *autonomien* inn i offentlig sektor, fordi utformingen og iverksettingen av politikk var i større grad opp til lederne å løse. Selv om styring fortsatt er formell og strukturell i NPM – så ble den rundere. I motsetning til tradisjonell offentlig administrasjon med lover og regler, ble det i NPM retningslinjer og rammer (Røiseland og Vabo, 2016).

I NPM ser man et tydelig forsøk på å gjøre offentlig sektor mindre top-down styrt, blant annet ved å innføre mer autonomi og tillit, noe som bidrar til en kombinasjon av bottom- up – og top down styring. *Utfordringene* med NPM er blant annet forventningene til høy effektivisering og resultater innenfor gitte rammer, samt fragmentering – oppdeling av offentlige tjenester.

3.1.3 Samstyring

New Public Governance (NPG) eller begrepet *samstyring* som vi bruker på norsk, er en reform som vokste frem på slutten av 90-tallet. I samstyring er det ikke bare staten som løser og produserer tjenester til innbyggerne, men det bygger på et tverrfaglig samarbeid mellom det offentlige, private og frivilligheten. En av årsakene til opphavet av reformen var blant annet å reparere de utfordringene som reformen New Public Management (NPM) hadde skapt, med blant annet en kompleksitet rundt iverksetting av politikk og fragmenteringen (Osborne, 2010). En annen årsak til at samstyring fikk sin plass i offentlig sektor var for å bedre håndtering av det Rittel og Weber (1973) beskriver som «wicked issues» - *uregjerlige problemer*. Det vil si sammensatte problem, med normative løsninger. For å finne den beste løsningen må en utvise skjønn. Standard løsninger kan i større grad benyttes i «tame problems» *tamme problem*, fordi årsaken er entydig og lar seg avgrense (Vabø, 2014). Tunnelsynet, den vertikale tankegangen skulle erstattes med en mer horisontal tekning. Større fokus på medvirkning og involvering av *innbyggerne* i utformingen av de offentlige tjenestene er et annet sentralt moment i denne reformen. (Christensen og Lægred, 2007).

Røiseland og Vabo (2016) beskriver kjernen i samstyring som et samarbeid mellom ulike likeverdige aktører, hvor iverksettingen av offentlig politikk implementeres gjennom disse aktørene. For å kunne tilby de beste tjenestene til innbyggerne må offentlige organisasjoner, private aktører og frivillige organisasjoner samarbeide. *Kjennetegn* i samstyring er blant annet samarbeid på tvers. Formålet ved å bringe ressursene sammen er at man oppnår mer i fellesskap enn hva de ulike aktørene gjør hver for seg. Makt har liten effekt i denne sammenheng, da en kan risikere at enkelte aktører trekker seg ut, fordi man ikke blir hørt – som igjen går utover tilbudet til befolkningen. Målet er at alle aktørene diskuterer seg frem til de beste løsningene, som alle kan stå ved (Røiseland og Vabo, 2016). Forutsetningene som mål, virkemidler og rammer må ligge til grunn i samstyring for å kunne oppnå resultater. Bentzen (2018) skriver at samstyring skiller seg fra NPM fordi man har en større interesse og

motivasjon for å finne en felles løsning med samstyring. I relasjon til tillit- og faglighetsmodellen ser en at ved samstyring får aktørene større tillit fra politikerne til å utvikle gode tjenester. I New Public Governance skal offentlige *ledere* legge til rette, koordinere og sette rammer for profesjonene, for å utføre sitt arbeid best mulig. Sett fra hjemmebaserte tjenester sitt perspektiv, må hensikten være at de ulike profesjonene som går ute hos pasientene tilrettelegger tjenesten til det beste for tjenestemottaker. Lederne må gi rom for de ansatte, for at det skal blomstre nedenifra og opp. Når det gjelder *utfordringer* med samstyring som reform, peker Christensen og Læg Reid (2007) på faktorer som ambisiøs agenda, risiko og konsekvenser som ikke er tatt høyde for. Reformen kan være vanskelig å få implementert fordi det å samarbeide horisontalt kan være tid- og ressurskrevende. Ulikheter mellom ressurssterke og ressursvake innbyggere ses også på som en utfordring, da dette kan forringe likebehandling i samfunnet, som var større vektlagt i TPA og NPM (Tortzen, 2016). Bottom-up styring er mer dominerende i denne reformen enn top-down styring. I Samstyring skal løsningen komme fra profesjonene.

Figuren under beskriver de overordnede forskjellene i de tre ulike styringsregimene som har preget offentlig sektor i Norge de siste 75 årene. Her ser vi hvordan utviklingen har gått fra et statisk styre, der det er politikerne som er beslutningstakere og utviklere. Til et dynamisk styre – hvor flere aktører også brukerne kan bidra positivt til utformingen av politikk. Det at politikerne også ser verdien å få flere aktører inn som tjenesteprodusenter er en moderne metode for å kunne løse utfordringer på, spesielt sett i lys av velferdsutfordringer der det er og trolig kommer til å bli en knapphet på ressurser.

Figur 3 Tabell om styringsprinsipp

	Offentlig administrasjon	New Public Management	New Public Governance
Offentlig sektor	Myndighet	Serviceprodusent	Arena for samskapning
Organiserende prinsipp	Hierarki	Marked	Nettverk
Politikers rolle	Suveren beslutningstaker	Rammestettende styring	«Megaguvenør», interaktiv organisator
Byråkraters rolle	Faglige eksperter, regelstyrte forvaltere	Produsenter av offentlige tjenester	Fasilitator for samarbeid
Borgernes rolle	Klient, mottakere av offentlige tjenester	Kunder, forbrukere av offentlige tjenester	Medprodusent av politikk og tjenester
Frivillige aktørers rolle	Forvalter for svake grupper	Ideelle velferdsprodusenter i konkurranse med private	Samarbeidspartnere i løsning av velferdsoppgaver

Kilde: Tortzen (2016, s. 29)

3.2 Iverksettingsteori – fra «top - down» til «bottom- up».

I dette kapitlet skal vi se nærmere på iverksettingsteori, for å kunne forstå hvordan iverksetting av politikk blir implementert i kommunene. Iverksetting handler om å gjennomføre ønsket politikk, jobbe mot et mål. Tillits – og faglighetsreformen er et eksempel på dette (Offerdal, 1999). Klare mål, aksept, *legitimitet* og læring er sentrale moment for at iverksetting av politikk skal være vellykket. Uklare og motstridene mål kan forringe iverksetting og dermed vil en ikke oppnå *legitimitet* og aksept hos utførere eller det Offerdal (1999) beskriver som *bakkebyråkrater*. Fokus på læring er et annet moment for å lykkes med iverksetting av politikk. I lys av tillits – og faglighetsreformen handler det om at utførerne, profesjonene og lederne tilegner seg kunnskap og får med seg de nødvendige verktøyene for å kunne realisere og håndtere en slik reform. Læring i dette perspektivet handler også om organisasjonenes evne til å lære av utførene, slik at tilbudet til innbyggerne blir best mulig (Offerdal, 1999).

Er de oppnådde *kollektive målene* implementert i tråd med prioriteringene, kan en si at iverksettingen er vellykket. Men dersom utførerne i større grad jobber med delmål og i liten grad tar hensyn til de overordnede målene, må en se på de kollektive målene og spesifiseringen av vilkårene som må iverksettes for å nå ønsket mål (Offerdal, 1999).

«*Top – down*» og «*bottom- up*» er to begrep som benyttes i iverksettingsteori. Det beskriver hvilken rolle utførene har i forhold til iverksetting av politikk. Vi kan også se hvordan utførenes rolle har endret seg gjennom de ulike *styringsregimene*. «*Top- down*» denne formen for styring er det som definerer den klassiske hierarkiske styringslogikken, hvor leder er i styringsrollen. Utførerne iverksetter og utfører ønsket politikk innenfor gitte rammer, altså en ovenfra og ned politikk. Denne formen for styring er også et sentralt kjennetegn i styringsregimet tradisjonell offentlig administrasjon (Offerdal, 1999 og Bentzen, 2018). «*Bottom-up*» styring skjer gjennom forhandlinger og kompromisser. Løsninger og kompromisser fra «de som vet hvor skoen trykker» kjennetegner «*Bottom - up*» styring (Offerdal, 1999). Lipsky (2010) hevder at utførerens erfaring og påvirkning er sentral for å få oppnådd ønsket mål, som også er best tilpasset innbyggernes behov. Ved å kunne få mulighet til å påvirke, så får utføreren større eierskap til oppgaven (Bentzen, 2018). I lys av styringsregimer ser en at «*Bottom-up*» styring begynte å spire frem i NPM og enda større grad i samstyring.

3.3 Tillit

For å kunne forstå hva som menes med tillit -og faglighetsreformen eller tillitsbasert ledelse, har dette kapitlet til hensikt å belyse hva tillit er. Dette for å få en større forståelse av hva som faktisk ligger til grunn i begrepet. Det finnes mange ulike måter og definere tillit på. I denne oppgaven velger jeg Luhmanns (2000) definisjon. Selv om denne definisjonen er kort og relativt enkel, betyr ikke det at tillit er et enkelt fenomen å forstå.

«Trust is a solution for specific problem of risk «(Luhmann, 2000 s. 1)

Tillit er et begrep som preger dagliglivet, da en del av hverdagen vår krever at vi viser tillit, enten det gjelder familie, venner, skole, butikken eller på arbeidsplassen. Tillit kan ses på som samfunnets bærebjelke eller lim (Grimen, 2010). Tillit er noe man som menneske bærer med seg, om det er ervervet eller medfødt er det ulike meninger om, men dette vil ikke denne oppgaven gå i dybden på. Grimen (2010) peker på to moment som er sentral i forhold til å forstå tillitsbegrepet; *forventninger og pålitelighet*. Forventninger deles inn i to typer: *Normative forventninger*, baserer seg på antatte lover og regler, samt fordeling av ansvar og skyld. *Predikative forventninger*, bygger på erfaring, det som er forutsigbart (naturlover). Et eksempel Grimen (2010) viser til er at man stoler på at solen alltid står opp. Et sosialt liv kan bli vanskelig uten predikative forventninger, fordi en vil da leve i en uberegnelig verden. Pålitelighet er noe som er ervervet eller medfødt, men det kan også være forankret i moralske normer og pliktfølelse. Interessefellesskap med tillitsgiver kan også være en kilde til pålitelighet. Dette bygger på fellesgoder og kjærlighet – et eksempel kan være familieforhold (Grimen, 2010). Tillit finner en både på et *personlig nivå*, det som er iboende i oss, en betingelsesløs tillit. Og på et *institusjonelt nivå*, der tillitsgiver ikke har direkte kjennskap til mottaker, men til aktører i samfunnet. Eksempler kan være skole, bank eller hjemmebaserte tjenester. Vi har ikke direkte kjennskap til de som tilbyr barna våre skolegang eller de man mottar helsetjenester fra, men basert på tilliten som er blitt opparbeidet på bakgrunn av andres erfaringer, så utviser en tillit. *Legitimitet* blant institusjoner og organisasjoner i samfunnet vil også kunne påvirke tilliten. Så en antakelse er at tillit oppstår når forventninger, pålitelighet og legitimitet ligger til grunn. Er en gitt tillit sier Luhmann at en da må vise seg tilliten verdig, klarer en ikke det, kan tilliten forringes eller mistillit få sitt rotfeste (Grimen, 2010). Det er to former for mistillit, *personlig mistillit* som rettes konkret mot andre og *upersonlig mistillit* er rettet mot organisasjoner eller institusjoner. Konsekvenser av mistillit er isolasjon, mangelfull samhandling eller handlingslammelse (Grimen, 2010). Ved å gi noen tillit, tar man også en

risiko skriver Luhmann (2000). Der det ikke foreligger risiko, kan heller ikke tillit gis – risikoen er at man potensielt kan tape noe, men med tillit kan en også vinne noe.

3.4 Tillitsbasert ledelse

Vi skal i dette kapittelet se nærmere på hva tillitsbasert ledelse og styring er og hvilken rolle denne type ledelse spiller i lys av tillit – og faglighetsreformen. Forskjellen mellom styring og ledelse beskriver Bentzen (2018) slik; Styring er redskaper og virkemidler som må foreligge for å oppnå et mål. Ledelse handler om relasjoner mellom leder og medarbeidere. Ledelse og styring er hverandres forutsetninger.

Ledelse kan praktiseres på mange ulike måter, ut ifra blant annet idologi og metoder. Johnsen, Andersen og Vanebo (2015) skriver at uansett hvordan ledelsesstrategi en velger er det tre dimensjoner som må ligge til grunn når man skal snakke om ledelse:

- *En operasjonell målorientering*
- *Metode for å nå mål*
- *Kommuniserende samspill mellom de involverte personer (s.196).*

På bakgrunn av disse dimensjonene definerer Johnsen, Andersen og Vanebo (2015) ledelse som *et målformulerende, problemløsende og språkskapende samspill mellom mennesker. Ledelse handler om samspill mellom mennesker som ønsker å nå felles mål ved hjelp av felles midler (s.196).* Altså en må velge seg en retning, basert på de kjennskaper en har til avdelingen og mål relatert til de tjenestene avdelingen skal levere. Tilrettelegge for at medarbeiderne skal utføre sitt virke i tråd med den ansattes kompetanse og profesjon er et annet element i ledelsesarbeidet. Legge til rette for fleksibilitet i en organisasjon er også et lederansvar. I hjemmebaserte tjenester er det et stort spekter av pasienter med ulike hjelpebehov, som regel uregjerlige problem. Leder må da legge til rette for at pasienten får den hjelpen de trenger og at kvaliteten på tjenesten er i tråd med kommune – og helsepersonell lovene, samt de mål som er satt i organisasjonen (Arntzen, 2015).

I takt med at styringsregimene endrer offentlig sektor, både på det strukturelle – og det organisatoriske nivået, ser vi også en endring i de ulike rollene innad i organisasjonen også fra et lederperspektiv. Tidligere har ledelse vært kontrollbasert, der leders oppgave blant annet var å kontrollere at lover og retningslinjer ble fulgt, som i tradisjonell offentlig

administrasjon (Jagd, 2009). Trekker vi en parallell til styringsregimet New Public Management ser vi en blanding av kontrollbasert ledelse og elementer av tillitsbasert ledelse. Etter at samstyring har fått etablert seg, har tillit blitt en viktig del i ledelses sammenheng. Jagd (2009) skriver at tillit er et sentralt ledelsesverktøy, noe som er med på å gi en mer «human» leder stil i forhold til det vi så i tradisjonell offentlig administrasjon.

Kuvaas (2017) skriver at tillitsbasert ledelse handler om at leder tar en sjanse ved å stole på sine ansattes kompetanse og motivasjon til å utføre en god jobb. *Autonomi* og *accountability* er to sentrale begrep i tillitsbasert ledelse, det handler om at medarbeideren selv skal utføre jobben på en best mulig måte, basert på ens kompetanse og vurderinger. Leder skal i tillitsbasert ledelse legge til rette for at medarbeideren skal kunne utføre sitt arbeid på best mulig måte. Et positivt menneskesyn og troen på at menneske har et grunnleggende ønske om å gjøre en god jobb er ofte nevnt i forbindelse med tillitsbasert ledelse.

Tillitsbasert ledelse kan på flere måter være utfordrende for en leder. Jagd (2009) peker på tre overlappende elementer som må være tilstede for å oppnå tillitsbasert ledelse.

1. Personlig nivå: personlighetstrekk hos leder, integritet og felles interesser, er element som er sentral for å bygge grunnmuren i tillitsbasert ledelse.
2. Mellommenneskelige nivå: baserer seg på relasjoner, mellom leder og medarbeidere. Gode relasjoner mellom medarbeiderne er også en viktig faktor.
3. Organisatorisk nivå: handler om at leder skal bygge opp en tillitskultur i avdelingen. Bentzen (2018) beskriver dette nivået som en ledelsesprosess.

Som man ser i de ulike nivåene spiller personlige egenskaper en stor rolle for å kunne bygge tillit i en organisasjon. Derfor er leders kjennskap til sine medarbeidere og medarbeideres kjennskap til hverandre et sentralt punkt for å skape trygghet og tillit i en avdeling og i organisasjonen i sin helhet. Selv om mye av tillitsbasert ledelse omhandler relasjoner og personlige egenskaper, sier Ciancutti og Stending (2001) at det er 6 prinsipper som ligger til grunn for tillitsbasert ledelse. Klar og åpen kommunikasjon, hurtig problemløsning, respekt, klare beslutninger, tydelige avtaler og høy grad av *accountability* (ansvarliggjorte medarbeidere), bør være tilstede for å lede tillitsbasert (Jagd, 2009). Lykkes man med tillitsbasert ledelse vil man se gevinsten i høy produktivitet, lavere omkostninger, innovative løsninger, stort engasjement og høy moral. Kvaliteten på tjenesten blir bedre, medarbeiderne viser høy grad av fleksibilitet og de er i større grad motstandsdyktige ovenfor kriser (Jagd, 2009). Høy grad av mestring vil også være tilstede, da profesjonene får større handlingsrom

nå enn ved styrte rammer. Blir tilliten forringet eller er fraværende vil alle de nevnte gevinstene forsvinne og heller bli et sykdomstegn for organisasjonen (Jagd, 2009). Organisatorisk tillit er et annet element innenfor tillitsbasert ledelse, som bygger på en transparent organisasjon, med god og åpen informasjonsflyt, helt ned til utførere av tjenestene i offentlig sektor. Strukturelle rammer er for å få til mellommenneskelige relasjoner og teambasert tillit skriver Bracey (2002).

Figur 4 Viser forskjellen mellom kontrollbasert ledelse og tillitsbasert ledelse.

	Kontrollbasert ledelse Lavtillidsdynamikker	Tillidsbasert ledelse Højtillidsdynamikker
Grundlæggende ledelsesperspektiv	Ledere forudsætter, at medarbejderne ikke er tillidsværdige	Ledere forudsætter, at medarbejderne er tillidsværdige, og at de accepterer organisationens mål og værdier
Overvågning og kontrol	Direkte overvågning og bureaukratiske regler skaber en negativ cirkel af aftagende gensidig tillid	Selvdisciplin opnås uformelt gennem adfærdsregulering baseret på kollegiale normer
Aktivitetskoordinering	Tvungen standardiserende koordination fører til begrænset interaktion og kommunikation mellem hierarkiske niveauer	Koordination gennem gensidig tilpasning, der involverer overførsel af information på tværs af hierarkiske niveauer
Officielt svar på fejl og mangler med hensyn til resultater	Fejl ses som resultat af ligegyldighed/ulydighed, der kræver sanktioner og intensiveret overvågning	Fejl og mangler opfattes som et hændeligt resultat af fejlskøn og som en anledning til læring

Kilde: Jagd, (2009 s.12)

Innledningsvis blir det skilt mellom kontrollbasert ledelse og tillitsbasert ledelse, men selv om dette er to ulike former å lede på, betyr det ikke at kontroll ikke er eksisterende i tillitsbasert ledelse, det er den. Bentzen (2018) skiller mellom to ulike former for kontroll, *substituerende* perspektiv: der kontrollen økes når tilliten forringes. Tilliten vokser, kun hvis kontrollen reduseres. Det *komplementære* perspektivet er det man ønsker å benytte i tillitsbasert ledelse, ved at leder opprettholder en kontroll, ved å bruke dette som en hjelp/støttefunksjon for blant annet å nå et mål som avdelingen har satt seg. Kontroll er også ønskelig for å kunne imøtekomme behovet for transparens i en organisasjon. *Kontroll er ikke en motsetning til tillit- så lenge den oppleves som meningsfull blant medarbeiderne (Bentzen, 2018 s. 58).*

Figur 5 Forskjellen på subsidiære og komplementære perspektiv.



Kilde: Bentzen, (2018 s.58)

3.5 Profesjonsteori

Hensikten med dette avsnittet er å forstå hva det innebærer å være en profesjon, samt se på om reformskifter som tillit- og faglighetsreformen påvirker profesjonene sin yrkesutførelse. Det å være en profesjon vil si at man har et dypere og bredere kunnskapsfelt på et bestemt område enn det allmennheten innehar. Som profesjon har man politisk legitimitet til å løse og utføre ulike oppdrag i samfunnet innenfor en ramme med lover, regler og forskrifter (Svensson og Karlsson, 2008). Dette for å sikre kvalitet på tjenestene (Eriksen og Molander, 2008). Abbott (1988) definerer profesjon «*som den moderne måten samfunnet i hovedsak institusjonaliserer ekspertise*» (Smeby, 2013 s. 17).

Kunnskapen som må ligge til grunn for at en yrkesgruppe skal få politisk legitimitet er basert på vitenskap, samt visse krav til eksaminering og godkjenning (Svensson og Karlsson, 2008). Sykepleiere og helsefagarbeidere må ha autorisasjon fra helsedirektoratet for å kunne utføre sitt virke. I lys av denne oppgaven vil profesjonene i størst grad være sykepleiere og helsefagarbeidere, da det er disse yrkesgruppene som utgjør en majoritet i hjemmesykepleien. Man kan drøfte om helsefagarbeidere er en profesjon eller det Smeby (2013) omtaler som semiprofesjon, en yrkesgruppe som ikke har utviklet et eget vitenskapelig kunnskapsgrunnlag og myndighet over spesifikke arbeidsoppgaver. Samtidig faller denne yrkesgruppen inn i det Smeby (2013) omtaler som *teknikermodellen* som inneholder en kombinasjon av praksis og skole. Svensson og Karlsson (2008) skriver at profesjonelle yrkesgrupper ofte må utøve skjønn, fordi man daglig må foreta individuelle vurderinger basert på kunnskap og erfaring. I hjemmesykepleien må man ved hvert besøk hos en pasient foreta faglige vurderinger, fordi man tilpasser seg etter pasientens hjelpebehov, dagsform og andre prioriteringer. Abbot (1988) peker på tre faktorer som definerer grunnstrukturen i all profesjonell virksomhet; diagnostisere, konkludere og behandle. Det faglige skjønnnet ligger ofte til grunn når man skal konkludere/trekke slutninger. I lys av tillit- og faglighetsreformen kan man anta at det gis større rom for profesjonene å jobbe slik som Abbott beskriver (Smeby, 2013).

Skjønnsmessige vurderinger kan forklares som vurderinger gjort i lys av faglighet og kunnskap om pasienten. Som profesjon har man et rammeverk som man må forholde seg til for å sikre kvalitet og rettferdighet. Dette er definert i lover, regler og forskrifter. Men innenfor dette rammeverket er det rom for å bruke faget til å tilpasse hjelpen og tilbudet slik at det kommer pasienten til gode. Da vi tilbyr hjelp til pasienter med ulike behov, ressurser og

forutsetninger. For at pasientene skal kunne bo lengst mulig hjemme må man tilpasse hjelpen etter deres behov (Eriksen og Molander, 2008).

Utførelse av hjemmesykepleie krever i stor grad skjønnsmessige vurderinger, da en antakelse er at man i større grad møter uregjerlige problem enn tamme. De uregjerlige problemene er ofte sammensatte, løsningene har ikke en standard, noe som utfordrer profesjonene til å bruke skjønn. I motsetning til uregjerlige problem, lar tamme problem seg løse, ved standardiserte prosedyrer. Et eksempel på tamme problem i hjemmesykepleien kan være konkrete prosedyrer som medikamenthåndtering (Vabø,2014).⁴

3.5.1 Accountability

Med tillit- og faglighetsreformen er det tenkt at de ansatte i hjemmesykepleien skal få mer rom til å utføre sitt virke, med tyngde i kunnskap og erfaring. I den forbindelse vil accountability begrepet være relevant å se nærmere på. Det norske ordet for accountability er «ansvarlighet». Bovens (2007) beskriver accountability som et verdifullt konsept som ingen kan motsi. Der accountability er tilstede, vil det også være høy kvalitet på tjenestene.

Bovens definerer accountability slik:

«Accountability is a relationship between an actor and a forum, in which the actor has an obligation to explain and to justify his or her conduct, the forum can pose questions and pass judgement, and the actor may face consequences» (Bovens, 2007, s. 450)

Bovens (2007) trekker frem fire ulike former for accountability; *politisk, administrativ, profesjonell og personlig*. I denne oppgaven vil man se nærmere på administrativ og profesjonell accountability. Fremmer eller hemmer disse ulike accountability begrepene hverandre? Profesjonell accountability omhandler et profesjonsfelleskap, der man påser at alle i fellesskapet følger de normene og reglene som gjelder for profesjonen. Man holder hverandre ansvarlig (Bovens, 2007 s. 456). Administrativ accountability er en ordning som holder de ulike aktørene i de ulike enhetene ansvarlig. Et eksempel kan være Etat for hjemmebaserte tjenester som har hovedansvaret for å tilby gode helse og omsorgstjenester til

⁴ Denne teksten er hentet fra prosjektskissen min i kurs ME6- 501 Forskningsdesign og metode, våren 2019. Som var forberedende arbeid til masteroppgaven.

innbyggerne i kommunen. Samtidig har alle aktørene helt ned på utførernivå et ansvar til å følge de føringene som er satt av etaten, for å sikre gode tjenester (Bovens, 2007).⁵

3.6 Oppsummering

I dette kapitlet er det redegjort for de tre ulike styringsregimene, tradisjonell offentlig administrasjon, New Public Management og New Public Governance som har preget offentlig sektor og iverksetting av politikk siden andre verdenskrig, samt sette på hvilke land vi ser til når det gjelder utforming av offentlig sektor. Tillitsbegrepet er blitt belyst, for å skape en forståelse av hva som menes med en reform som tillit – og faglighetsreformen, der begrepet tillit spiller en sentral rolle. Temaet ledelse og tillitsbasert ledelse har også blitt presentert i dette kapitlet for å forstå avdelingslederens rolle i en reform som tillit- og faglighet. Ansvarliggjorte medarbeidere – større rom for accountability er også et kjennetegn i reformen som Bergen kommune nå har valgt å benytte i hjemmebaserte tjenester, derfor er dette begrepet presentert sammen med profesjonsteori.

⁵ Dette avsnittet er hentet fra prosjektskissen min i kurs ME6- 501 Forskningsdesign og metode, våren 2019. Som var et forberedende arbeid til masteroppgaven.

4.0 Forståelse av tillits- og faglighetsreformen og dens betydning i hjemmebaserte tjenester i Bergen kommune.

Kapitlet er delt opp i tre med forskningsspørsmål som overskrifter for struktur av analysen. Jeg vil først analysere hva som legges i begrepet tillit også vil jeg se på hvilke faktorer som hemmer og fremmer tillit. Hensikten er å skape en forståelse av hvordan tillitsbegrepet oppleves og om dette er en viktig faktor i tillits- og faglighetsreformen. Deretter vil hvordan reformen forstås og hvorfor den kom, blir presentert. Dette for å belyse hvordan iverksetting av tillits – og faglighetsreformen forstås og om utførerne har fått tilstrekkelig med kunnskap og verktøy for å oppnå ønsket mål med reformen. Til slutt skal jeg se på vilkårenes endring og betydning i arbeidshverdagen for avdelingsledere og profesjonene/semiprofesjonene i lys av tillits- og faglighetsreformen. Det siste forskningsspørsmålet skal synliggjøre hvilke moment som faktisk utgjør en endring sammenlignet med tidligere, når normtider var førende for hjemmebaserte tjenester. Det blir derfor naturlig å bruke normtider som sammenlikningsgrunnlag i analysen, fordi informantene sammenlikner de to ulike reformene for organisasjon og ledelse: normtider og tillits- og faglighetsreformen. Det er også et skille mellom før og nå.

4.1 Hva hemmer og fremmer tillit et arbeidsforhold?

I NRK programmet til Harald Eia *Sånn er Norge – om tillit* hevder han at 74 % av befolkningen i Norge og Skandinavia har tillit hverandre. Dette fordi samfunnet i sin helhet bygger på tillit, velferdsstaten er et eksempel på dette. Tillit i lys av styringsregimer og iverksetting av politikk ble mer synlig med NPM og fikk enda større plass i samstyring. Tillits – og faglighetsreformen er et eksempel på dette. Men for å kunne forstå hva som menes med denne reformen, må en også kunne forstå hva som legges i begrepet tillit i denne sammenheng. I dette forskningsspørsmålet vil det bli belyst, hvordan informantene opplever tillitsbegrepet og hvordan de gir tillit til sine medarbeidere og hvordan de opplever å få tillit. Samt hva som kan forringe tilliten.

I studien omhandler tillit blant annet «kjennskap og nærhet» til sine ansatte. Ved å være tilstede i avdelingen og være tett på de ansatte, så opprettholdes tilliten.⁶ Det er tydelig at tilliten er iboende i de fleste og det er vanskelig å få klarhet i hvordan en medarbeider har fått tillit, den blir uttrykt som en «selvfølge». En antakelse er at dette kan relateres til den kulturen vi har i Norge og som også oppleves i Skandinavia. Grimen (2010) beskriver *tillit* som «samfunnets lim». Etter gjennomførte intervjuer ses det en sammenheng mellom det informantene uttrykker og Grimens (2010) betraktninger, med det menes at tillit er sentralt også i et arbeidsforhold. Samtlige informanter hevder at de har tillit til sine ansatte.

Kjennskap, relasjoner og nærhet til medarbeiderne er med på å opprettholde tilliten. Der disse momentene ikke enda er etablert, vil trolig tilliten basere seg på *institusjonelt nivå*, samt *normative forventninger* (Grimen,2010). Eksempel kan være ansettelse av en sykepleier. Før en får kjennskap til vedkommende, så ligger profesjonens legitimitet til grunn, er du utdannet sykepleier, ter du deg profesjonelt. En har tillit til aktørene i samfunnet. Dersom denne tilliten ikke hadde vært tilstede vil en antakelse være at tillits- og faglighetsreformen hadde vært vanskelig å få gjennomført. Fordi en da i større grad vil etterprøve og kontrollere at de tildelte oppgavene blir gjennomført faglig forsvarlig og innenfor de rammene som er gitt. En av informantene reflekterer rundt kommunikasjon og tillit:

«Man mister ikke tillit, det handler mer om kommunikasjonssvikt. Tror alle gjør sitt beste, men vi er mennesker som kan gjøre feil, det tyder på at vi trenger mer kunnskap. Men igjen er dette leders rolle å fange opp»⁷

Forståelse for hvorfor en ansatt tar de valgene han/hun gjør og innhenter informasjon om hvorfor forventede oppgaver ikke blir utført, anses som betydningsfylt i relasjon mellom leder og ansatt. Tilliten er tilstede, men hvis en som leder ser et gjentakende mønster hvor forventede oppgaver ikke blir gjennomført, selv ved god veiledning og tydelig forventningsavklaringer, så vil tilliten trolig bli forringet tilslutt. God kommunikasjon på valg og prioriteringer er sentralt for å opprettholde god tillit. Dersom kommunikasjonen uteblir kan dette forringe tilliten, fordi det ikke foreligger en forklaring på valgene som er utført. I tillits- og faglighetsreformen legges det opp til at profesjonene og semiprofesjonene skal få mer råderett over egen arbeidshverdag, desto viktigere er det at de valgene og beslutningene de tar er transparente. Ikke bare for å opprettholde tillit til sine ledere, men også for å opprettholde tillit på et *institusjonelt nivå* – tilliten i samfunnet (Grimen, 2010). Er det tydeliggjort hva en

⁶ Informant 1

⁷ Informant 4

forventer av sine ansatte og har en vært tydelig ovenfor hvilke mål og rammer vi har i avdelingen? Dette er viktige moment å ha med seg, når en snakker om hva som hemmer tillit og det som skaper opphav til mistillit blant medarbeideren. Hvorfor blir ikke oppgavene utført? Trolig er det kommet opp en utfordring som hastet, for det er som regel alltid en årsak bak en handling. Dersom det oppstår mistillit i lys av en ansatt i hjemmesykepleien og det er av en stor karakter, så vil det ikke bare kunne oppstå *personlig mistillit*, men også *upersonlig mistillit* til organisasjonen. Dersom det oppstår *upersonlig mistillit* kan dette prege hvordan innbyggerne oppfatter hjemmesykepleien og forringe hjemmesykepleiens legitimitet.

Det å gi tillit kan anses som en risiko, hevder Luhmann (2000), «den som intet våger, intet vinner». I lys av tillits- og faglighetsreformen så tar man en risiko ved at profesjonene og semiprofesjonene får mer råderett over egen arbeidshverdag, ved at deres faglige vurderinger aksepteres og tas på alvor. Utnytter man, eller ikke gjør seg tilliten verdig kan tilliten forringes eller det kan oppstå mistillit. Mangelfulle oppgaver eller andre prioriteringer som ikke kan begrunnes, oppgis som årsaker til at avdelingsleder etablerer *personlig mistillit* (Grimen, 2010). «*Negativitet blant de ansatte*»⁸ og «*mangelfull lojalitet ovenfor beslutninger som er tatt*»⁹ er andre faktorer som to av informantene hevder forringer tillit og skaper mistillit. Forventningsavklaringer og tydeliggjøring av avdelingens mål og rammer ser en på som viktig for at *tillit* skal etableres. Er ikke rammene og forventningene fulgt eller forstått vil dette være faktorer som kan forringet tillit eventuelt skape *mistillit*. Informantene får spørsmål om de opplever tillit fra sine ledere, i den grad de utviser tillit til sine medarbeidere. Den første informanten uttaler:

«*Som avdelingsleder føler man seg veldig styrt på mange måter. Jobbet i lang tid og mye ekspertise som ikke blir tatt høyde for. Det kunne vært mye bedre. Trist å oppleve at avdelingsleder skal ha tillit til sine ansatte, men får det ikke fra sin leder.*»¹⁰

Informanten opplever i liten grad tillit fra sin leder, dette kan trolig relateres til at deres kompetanse og mulighet til å påvirke arbeidshverdagen anses som mindre. Oppgaver, mål og retningslinjer blir presentert ovenfra. I lys av iverksettingsteori opplever avdelingslederne fortsatt en «*top-down*» styring.

En annen informant besvarer spørsmålet om tillit slik;

⁸ Informant 5

⁹ Informant 1

¹⁰ Informant 6

«Nei, det stopper fra min funksjon og ned til medarbeiderne. Motsatt vei er det ikke tillits – og faglighetsreformen. Alt blir etterspurt og kontrolleres.»¹¹

Informanten opplever høy grad av kontroll, som gir en opplevelse av manglende tillit. I tillits- og faglighetsreformen og tillitsbasert ledelse er det nødvendig med kontroll. Men spørsmålet er hvilken kontroll som blir opplevd. Kontroll som er ment som en støttefunksjon, *komplementært perspektiv*, er positivt for leder og for organisasjonen. Men dersom kontrollen oppleves som *substituerende*, forringes tilliten. I lys av dette utsagnet oppleves det større grad av kontroll fra et *substituerende perspektiv* enn ett *komplementært perspektiv* (Bentzen, 2018).

På spørsmål om informantene opplever tillit fra sin leder og nøkkelpersoner i etaten. Er det tydelig at det ikke oppleves tillit i den grad informantene selv opplever at de utviser tillit til sine ansatte. En ville tro at å bli ansatt som avdelingsleder er å få tillit. En antakelse er at denne opplevelsen kan relateres til «*top- down*» styring. Oppgaver, prosedyrer, rammer og mål kommer «ovenfra». Hadde vi spurt nøkkelpersoner i etaten, samt enhetslederne – ville de gjerne hatt en annen opplevelse. Samtidig så ser en at avdelingsleder er tildelt *tillit* ved økonomi – og personellansvar. Mindre nærhet fra leder kan også relateres til at de er gitt tillit. Rom for påvirkning oppleves i mindre grad enn det avdelingslederne utviser til sine medarbeidere. Kompetansen og ekspertisen informantene har tilegnet seg, blir ikke opplevd som verdsatt. En kan da spørre seg om punkt en i de syv prinsipp til Bergen kommune (2019) «*ansatte skal få tillit og ansvar*» og punkt syv «*ledelse og engasjerte medarbeidere skal fremme innovasjon*» (figur 1) er gjeldende for avdelingslederne eller om en må se på om rammene i tillits – og faglighetsreformen og virkeligheten harmonerer.

Tillit er iboende i oss alle, dette ser vi også blant avdelingslederne i hjemmesykepleien. Samtlige beskriver tillit til sine ansatte. Det at de selv føler mindre tillit fra sine ledere og oppover i etaten kan trolig relateres til manglende «*bottom- up*» styring, det vil si deres påvirkningskraft i lys av tillits- og faglighetsreformen. Mistilliten kan oppstå dersom manglende kommunikasjon og åpenhet blir unnlatt. Samtidig må en som leder gå i seg selv, å se om forventninger, rammer og mål er tydeliggjort ovenfor sine ansatte. Et positivt menneskesyn, tillit og faglig kompetanse anses som viktige moment for at tillits – og faglighetsreformen skal lykkes.

¹¹ Informant 7

4.2 Avdelingsledernes forståelse av tillits- og faglighetsreformen.

Tillits – og faglighetsreformen er et av satsningsområdene til Bergen kommune for å nå målene om at eldre og syke som bor hjemme skal føle «*trygghet, mestring og oppleve et meningsfylt liv*» (Bergen kommune, 2019 s. 4). Denne reformen erstattet normtider fordi evalueringen som ble gjort av *Senter for omsorgsforskning* i 2017 (Frøland mfl.2017) viste at normtidene ikke kom hjemmeboende pasienter og ansatte i hjemmebaserte tjenester til gode, slik som kommunen ønsket. Det andre forsknings spørsmålet jeg tar for meg har til hensikt å belyse hvordan informantene forstår tillits- og faglighetsreformen med den informasjonen de er blitt tildelt og de syv prinsipp som er lagt til grunn og hva de syntes om reformen. Informantene gir anerkjennelse til politikerne, fordi de lyttet til rapporten og tok grep for å bedre hjemmebaserte tjenester. Informasjon og presentasjon av tillits- og faglighetsreformen kom fra etaten. Budskapet informantene fikk presentert i denne informasjonen ble oppfattet å ha et uklart innhold:

«Kommunaldirektøren snakket om de syv prinsippene, ingen forstod hva han snakket om, annet enn at normtidene var tatt bort»¹².

«Reformen ble markedsført som noe positivt og bedre for hjemmesykepleien. Mer spillerom. Men slik er det ikke blitt»¹³.

Som vi ser av disse to sitatene mener informantene at reformen var uferdig og utydelig når den ble presentert. Samtidig gav den et håp om at organiseringen av hjemmebaserte tjenester skulle bli enda bedre. Mulig dette kan være en årsak til at en ikke forstår visjonen til reformen og hvordan en skal etterleve den. Informantene tror tillits- og faglighetsreformen kommer fordi det er politisk og byråkratisk vilje til å utføre en endring, da normtidene ikke fungerte. En annen informant forklarer hvordan den uklare informasjonen om reformen har skapt rom for tolkning;

«Informasjonen har vært vag, mye ord og lite innhold. Det som vi har lagt i det her, er samhandling mellom forvaltningsenheten. Sykepleierne vurderer hjelpebehov og tidsbruk. Unngår diskusjoner om hjelp og tid med saksbehandler.»¹⁴

¹² Informant 7

¹³ Informant 5

¹⁴ Informant 7

Tillits- og faglighetsreformen forstås som en endring i blant annet samhandlingen mellom forvaltningsenheten og hjemmesykepleien. Hvor hjemmesykepleien i større grad skal ta selvstendige valg. Forvaltningsenheten for en annen rolle, mer lik en støttefunksjon enn en kontroll funksjon. I sitatet under forklares det hvordan to samhandlende tjenester, går fra å være motstandere til tider, til å bli mer likeverdige parter.

«Skjønte det slik at vi skal gå vekk fra forvaltningsenheten vs. hjemmesykepleien. Forvaltningen skal bestå, men ikke sagt hvordan. Det hjemmesykepleien beskriver er den hjelpen pasienten skal få der ute.»¹⁵

Informantene har indentifisert at det har skjedd en endring og den mest påfallende endringen kan relateres til økt tillit og makt som hjemmesykepleien har fått i større grad, ved gitte rammer til å vurdere arbeidsoppgaver basert på fagligkompetanse og skjønnsmessige vurderinger. Samtidig så oppleves det en usikkerhet rundt tillits – og faglighetsreformen, hva den faktisk innebærer, utover økt tillit til å vurdere pasientenes hjelpebehov og tidsbruk. Plakaten om de syv prinsipp (figur 1) er godt kjent blant informantene og den henger rundt om i avdelingene. Selv om de alle har kjennskap til plakaten, så blir ikke prinsippene vektlagt, når informantene får spørsmål om hvordan de forstår tillits- og faglighetsreformen. Trolig kan store rom for tolking og lite tydelighet fra etaten sin side være en årsak til dette.

De fleste av mine informanter opplever ikke store endringer som er kommet med den nye reformen. En av dem sier blant annet *«det er slik vi alltid har jobbet»*.¹⁶ Endringene ved reformen oppleves ikke i så stor grad som revolusjonerende. Men en av de endringene informanter reflekterer umiddelbart på, er betydningen av profesjonenes faglige vurderinger. De vurderingene som er gjort i forhold til tid og hjelpebehov blir det ikke stilt spørsmål ved i samme grad som ved normtider. Under normtider var det forvaltningsenheten som fattet vedtak ut ifra bestillinger, tiden på bestemte oppgaver hadde en norm. Dersom pasientene trengte mer tid enn normen, måtte hjemmesykepleien dokumentere og be om mer tid av forvaltningsenheten. Med tillits- og faglighetsreformen opplever avdelingslederne at vurderingene av pasientenes hjelpebehov og tidsbruk blir definert av dem selv. Det oppleves at makten og tilliten for de faglige vurderingene er gitt tilbake til utførerne – profesjonene. Vurderinger som blir gjort, trenger en ikke å forklare for en annen tjeneste og dette fremkommer som svært positivt. Fokuset på dokumentasjonsplikt er viktig å opprettholde, da

¹⁵ Informant 2

¹⁶ Informant 7.

det er her begrunnelsene for vurderingene kommer tydelig frem. Rollen forvaltningsenheten har i tillits- og faglighetsreformen oppleves nå i større grad som uklar for flere av informantene. Samhandlingen mellom forvaltningsenheten og hjemmebaserte tjenester var krevende, fordi mye av tiden og vurderingene som ble gjort av profesjonene måtte argumenteres til noen som hadde mindre kjennskap til pasientenes behov. En kan spørre seg om rollen som «kontrollør» forvaltningsenheten hadde under normtider kan ha forringet profesjonens rom for faglig utfoldelse. Selve normtidsprinsippet, hvor en skal sikre en form for likebehandling og forutsigbarhet, kan være med på å opprettholde det Grimen (2010) beskriver som *institusjonell tillit* i samfunnet. Fordi en som innbygger vet hva en får, dersom det er behov for hjemmebaserte tjenester. Det å bruke normtidene som mal, når de skal tildele tid til nye pasienter, før en har fått anledning til å kartlegge et hjelpebehov¹⁷, blir også benyttet i dagens reform. Dette sier noe om at selve tanken om en mal kan hjelpe og trygge profesjonene i deres tildeling av hjelp, inntil en får vurdert pasientens hjelpebehov, ressurser, nettverk og mål.

Hensikten med en standard og tidsnorm som i normtider kan oppleves som fornuftig og trygg, fordi det gir tjenesten en forutsigbarhet og føringer på hva som kan forventes. Utfordringene i en slik tanke er det menneskelige aspektet. Nødvendig helsehjelp etter lov om kommunale – helse og omsorgstjenester §3-1 er det som setter føringer for hjemmebaserte tjenester. Her møter en mennesker med ulik behov for hjelp, eldre og syke. Utfordringen blir derfor å få pasientgruppene inn i en standard. Problemene til pasientene er oftere mer *uregjerlige* enn *tamme*, det vil si at de utfordringene en hjemmeboende pasient har er sammensatte, som krever flere løsninger (Rittel og Weber, 1973). Et eksempel kan være en dement pasient som trenger hjelp til personlig hygiene, ernæring og utdeling av medisiner. For å få kommet i posisjon til å hjelpe krever det gode relasjoner mellom profesjon og pasienten, tid vektlegges. I slike situasjoner blir det vanskelig å tidfeste at all hjelpen skal utføres på 25 min, slik det var med normtider. Et annet moment er at mottakere av hjemmebaserte tjenester er eldre og syke, dagene er uforutsigbare. En dag kan pasienten klare det meste selv, neste dag er hjelpebehovet stort. Normtidene harmonerte ikke med profesjonenes faglige vurderinger og skjønn i forhold til hva som er angitt som en standard. Formen for en slik type effektivisering og resultatstyring som normtider hadde til hensikt å være, passer bedre inn i tjenester som er mer preget av tamme problem enn uregjerlige. Et annet moment som kan ha forringet normtidsprinsippet var effektiviseringstiltakene som ble

¹⁷ Informant 2

iverksatt i 2015-2016, hvor tidene på oppgavene ble innskrenket. Noe som resulterte i at profesjonene og semiprofesjonene fikk flere oppgaver som skulle løses. Kvaliteten på tjenesten innbyggerne fikk ble opplevd som forringet. Dette ser vi rapporten fra *Senter for Omsorgsforskning* (2017) hvor 86 % av de spurte mente at endringen i normtider hadde medført dårligere tjenester for innbyggerne (Frøland mfl.2017), noe som også kan ha påvirket *den institusjonelle tilliten*. I tillits – og faglighetsreformen er det ikke de samme rammene, som ved normtider og saksbehandler i forvaltningsenheten oppleves i større grad som «sekretær»¹⁸ enn «kontrollør», ved at forvaltningen nå tildeler vedtak basert på profesjonenes faglige vurderinger. En kan tolke dette signalet fra politikerne som at de har *normative forventninger* til utførene og avdelingslederne i hjemmebaserte tjenester, hvor en skal tilby så god og riktig hjelp som mulig til tjenestemottakerne. En av informantene sier for eksempel:

«Du må tørre og slippe personalet til. Stole på at de er skikket til å utføre jobben. Det er min oppgave å gjøre de i stand til å utføre arbeidet.»¹⁹

Som vi ser av sitatet tar informanten forventningene og tilliten alvorlig og det jobbes godt med de rammene og ressursene de har fått tildelt. Det som kan være utfordrende med en slik organisering av tjenester er at det kan bli skapt ulikheter blant pasienter med tilsvarende hjelpebehov. En antakelse er fordi en skaper bedre relasjoner med noen pasienter enn andre og derfor vil en yte mer, uten at det foreligger faglig tyngde bak vurderingen. Tillits- og faglighetsreformen kan da bli forringet (Tortzen, 2016).

I tillitsbasert ledelse snakker Bentzen (2018) om det *komplementære perspektivet*, leder overtar rollen som «kontrollør» fra saksbehandler i forvaltningsenheten. Hvor hensikten blant annet er at leder opprettholder kontroll i avdelingen, for å sikre at en når de målene og føringene som er satt. Det er trolig mer riktig at den som skal ha kontrollen på at tjenestene blir riktig utført er avdelingsleder, som har bedre kjennskap til avdelingen og er nærmere, enn det en saksbehandler er. Leder har større mulighet til å gå inn og veileder og stille spørsmål dersom noe er uklart.

Primærarbeid og primærkontaktene sin rolle er et annet moment som blir fremhevet i lys av tillits – og faglighetsreformen. Med primærkontakter menes «*Sykepleier eller fagarbeider som leder har funnet egnet til å utøve funksjonen som hovedansvarlig for å koordinere pasientens*

¹⁸ Informant 7

¹⁹ Informant 3

tjenestetilbud» (Bergen kommune, 2018 s.1). I intervjuene med avdelingslederne fremkommer det en del refleksjoner rundt primærarbeidet, en av dem sier blant annet:

«Tillits – og faglighetsreformen handler om å få det ned på primærsykepleie nivået»²⁰.

Avdelingslederne viser at de har høye forventninger til profesjonene og semiprofesjonen til oppfølgingsarbeidet av pasientene. Ikke bare skal primærkontaktene definere hjelpebehov og tidsbruk, men det krever også i større grad fokus på samhandling mellom andre tjenester. En av informantene uttrykker sine refleksjoner om primærkontaktens nye rolle, hvor det skal være økt fokus på blant annet samhandling mellom andre tjenester:

«Det er en ny tanke. Hjemmesykepleien skal ikke være alene, men trekke inn andre tjenester. Det kan være utfordrende, når vi skal jobbe tverrfaglig. Pasientene inn i flere tjenester som hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi»²¹.

Dette sitatet viser at det er flere tjenester i kommunen som skal bidra til at eldre og syke skal kunne bo lengst mulig hjemme. Hjemmesykepleien skal ikke løse alle utfordringer alene, men i større grad tverrfaglig. For å få dette til krever det god oppfølging av primærkontaktene til pasienten. Samt en tilstedeværelse fra avdelingsleder, som hjelper profesjonene til å tenke på en ny måte. Med økt fokus på samhandling, ser en også kjennetegn fra styringsregimet, samstyring, der løsningene og målene skal komme ved et horisontalt samarbeid (Røiseland og Vabo, 2016).

Det er en bred enighet blant informantene om at tillits- og faglighetsreformen er å foretrekke fremfor normtider. Større opplevelse av *autonomi* er en faktor som påvirker den positive opplevelsen av reformen. Det at en i større grad kan påvirke arbeidshverdagen, ved å bruke den faglige kompetansen som er ervervet gjennom kunnskap og erfaring er viktig. Dette kan motivere de ansatte til økt *accountability* for jobben og pasientene. En sier ikke at disse elementene var fraværende under normtider, men mulig *autonomien* kan ha vært forringet, fordi en i større grad var «top-down» styrt, med tydelige definerte rammer og normer og liten påvirkningskraft. Rammene og tidsnormene i normtider kan ha gitt en opplevelse av mindre råderett av egen arbeidshverdag. Selv om informantene ikke er negativ til selve grunntanken, normtider. Det den forventede effektiviseringen som gikk på bekostning av kvaliteten på tjenesten som oppleves negativt. Riktig bruk og anerkjennelse av kompetansen er en annen faktor som blir trukket frem i forståelsen av hvordan tillits- og faglighetsreformen skal

²⁰ Informant 3

²¹ Informant 3

påvirke hjemmebaserte tjenester. En informant sier for eksempel: «*Tror det er noen kloke hoder som tenker det er mye kompetanse i kommunehelsetjenesten. Og vi må bruke den fornuftig*». ²² Det informanten her uttrykker er at i en tid hvor en må verne om ressursene i helse – og omsorgssektoren er det viktig at politikerne anerkjenner og bruker kompetansen som foreligger i kommunehelsetjenesten på riktig og god måte. Ved innføring av tillits- og faglighetsreformen kan det se ut til at politikerne i Bergen kommune gjør dette, ved å tilføre profesjonene mer tillit til å bruke faget. Men det ligger tydelige forventninger til tjenestene om hvordan en gjør seg tilliten verdig. Samtidig som det virker som at det åpnes opp for at avdelingslederne og profesjonene kan påvirke sin egen hverdag, er det fortsatt rammer, lover og regler som ligger til grunn i tjenesteutførelsen. Og selv om andre tjenester som forvaltningsenheten er på vei inn i andre roller, som en av informantene omtalte som «sekretærrolle»²³, så betyr ikke det at kommunen gir fra seg all kontrollen til den enkelte tjeneste.

I tillits- og faglighetsreformen skal en fortsette med fokus på mål og resultater, men i en annen grad enn NPM og normtider. *Accountability* og *autonomi* er to begrep som kan være med på å definere tillits- og faglighetsreformen, fordi det forventes mer av profesjonene/semiprofesjonene og det gis rom til deres vurderinger. Sett i lys av teori om styringsregimer ser en også endringer i hvordan iverksetting av politikk endrer seg fra en tjeneste med normtider, hvor en ser mange elementer av NPM til tillits- og faglighetsreformen der flere kjennetegn fra *samstyring* spirer frem (Offerdal, 1999). Med økt fokus på «bottom-up» styring, hvor løsningene skal komme fra profesjonene, basert på deres erfaring og kunnskap. For å oppnå ønsket mål, innenfor rammer og lover som er gitt av politikerne (Lipsky, 2010). Økt fokus på samhandling mellom ulike tjenester er et annet element som kan relateres til samstyring (Røiseland og Vabo, 2016).

Vi ser en innovasjon i hjemmebaserte tjenester. Hvor en velger å bruke ressursene og kompetansen som foreligger i kommunen på en ny og ønsket måte. I København kommune ble reformen implementert fordi en ønsket å sikre bedre kvalitet på de kommunale tjenestene, samt gi økt arbeidsglede blant de ansatte (Bentzen, 2018). Mulig en også vil kunne se den samme effekten etter hvert i Bergen Kommune, men det forutsetter at rammene og visjonene er gjennomførbare.

²² Informant 1

²³ Informant 7

Etter at tillits- og faglighetsreformen ble implementert i hjemmebaserte tjenester, så er pasientene mer fornøyd med tjenesten. Dette fremkommer av brukerundersøkelsen gjennomført av Bergen kommune i 2019 hvor 87 % av mottakerne var svært fornøyd eller fornøyd med tjenesten (Bergen kommune, 2019). Sammenligner vi tallene fra 2017 så ser det ut til at tillits- og faglighetsreformen har hatt en positiv effekt for innbyggerne og mottakerne av hjemmebaserte tjenester. Men det må også påpekes at reformen fortsatt er ung, så vi kan ikke konkludere med at disse resultatene kun kan relateres til tillits- og faglighetsreformen. Men mulig en medvirkende faktor, da det har skjedd et reformskifte fra 2017 til 2019. Informantene er alle enig om at endringen fra normtider til tillits – og faglighetsreformen er å foretrekke fordi det har medført større handlingsrom i forhold til faglige vurderinger og tidsperspektiv.

Det fremkommer at en endring i organiseringen av hjemmebaserte tjenester var nødvendig og ønsket. Selv om alle informantene uttrykker at de foretrekker tillits- og faglighetsreformen fremfor normtider, så oppleves det allikevel en usikkerhet på hva reformen faktisk innebærer av endringer – annet enn mer påvirkning av egen arbeidshverdag. Informantene har alle kjennskap til hvor reformen har sitt opphav fra, og de gir anerkjennelse til politikerne for iverksetting av tillits – og faglighetsreformen, fordi en så at normtider ikke var hensiktsmessig. Reformen ses på som en innovativ løsning for å bruke ressursene i hjemmebaserte tjenester på en annen måte. Trolig kan dette også gi en økonomisk gevinst, ikke nødvendigvis på bekostning av noe. Men ved å bruke de etablerte tjenestene og ressursene på en smartere måte.

4.3 Hvordan har tillits- og faglighetsreformen endret vilkårene i arbeidshverdagen til avdelingslederne og profesjonene i hjemmesykepleien?

Med tillits- og faglighetsreformen ser en endringer i både den formelle og den uformelle delen av organisasjonen (Jakobsen og Thorsvik, 2016). I den formelle delen av organisasjonen berører endringer profesjonene og for avdelingslederne i hjemmebaserte tjenester, mens i den uformelle delen gjelder endringer i kultur, holdninger og verdier (Jakobsen og Thorsvik, 2016) Vi skal her belyse både endringer i de formelle elementene og de uformelle elementene.

På det organisatoriske nivået er endring i styringen et sentralt moment. Politikerne har gitt større *tillit* til profesjonene og avdelingslederne ved å tildele dem et større handlingsrom til å løse pasientenes problem ved «*bottom- up*» styring. De beste løsningene for en pasient kommer fra utøvernes kjennskap, kunnskap og erfaring. Med denne kompetansen til grunn vil en antakelse være at vi lettere oppnår målene som er satt for den enkelte pasient (Lipsky, 2010).

«Vi har ansatte som er utdannet innen helse, sykepleiere og helsefagarbeidere. Og de skal bruke faget for å utøve nødvendig helsehjelp. Våre ansatte er nærmest pasientene, faget skal vi bruke hver dag. Oppfatter at vi har fått tillit til å gjøre egne vurderinger. Det gjør vi også, det er ingen revolusjonerende arbeidsmetode. Vi har jobbet slik lenge.»²⁴

Faglige vurderinger er en viktig del av profesjonenes arbeidshverdag, og en forutsetning for å tilby en tjeneste som er faglig forsvarlig innenfor de lover, regler og rammer som er gitt. Informanten beskriver arbeidsmetoden i tillits- og faglighetsreformen som lite revolusjonerende, men reformen delegerer allikevel mer ansvar til utførene, fordi kontrollen av tjenestene som blir tilbudt pasientene hjemmesykepleien er endret. Da det oppleves at forvaltningsenheten har fått en ny rolle. Informanten opplever en endring i vilkårene for profesjonene med blant annet mer rom til å bruke faget. Eller at de vurderingene som blir gjort av profesjonene og semiprofesjonene nå i større grad blir tatt på alvor, uten å måtte bruke mye tid på å forhandle eller argumentere med saksbehandler i forvaltningsenheten. Selv om profesjonene nå slipper forhandlingen, så stilles det fortsatt tydelige krav om dokumentasjon på de vurderingene som er gjort. På en side kan en forstå forvaltningsenheten sin rolle med normtider, hvor formålet blant annet var å sikre en form for likebehandling i

²⁴ Informant 1

tjenesten (Frøland, 2017). Men samtidig så blir normtidene kritisert fordi denne formen for organisering skapte tidspress for de ansatte i hjemmebaserte tjenester, samt lite rom for å bruke faget. De definerte tidsnormene ble blant annet sett på som årsaken til opplevd tidspress (Frøland, 2017). Samtidig viser også informantene til et godt samarbeidsklima med saksbehandler i forvaltningsenheten og flere avdelinger som gikk i økonomisk balanse under normtidene og aktivitetsbasert finansiering. Det vises til flere aspekter når det gjelder hvordan tillits- og faglighetsreformen har endret vilkårene i arbeidshverdagen, noe som også fremkommer av de syv prinsippene (figur 2.). Den generelle og største uttalte endringen blir presentert i kapittel 4.2. Profesjonenes faglighet skal veie tyngst når det gjelder å utforme et godt og riktig tjenestetilbud til pasientene som mottar hjemmesykepleie.

Andre vilkår som har påvirket arbeidshverdagen er blant annet et større fokus på et tverrfaglig samarbeid og primærarbeidet. Det stilles nå større krav til at primærarbeidet blir gjennomført og vurderinger rundt pasientens hjelpebehov stadig blir vurdert. Med tillits- og faglighetsreformen opplever også informantene et enda større fokus på primærarbeidet. En av dem sier for eksempel:

«Vi skal ha større fokus på primærarbeidet. Tenker ikke minutter, men pleie – hvor skal vi med hjelpen og hva er målet til pasienten?»²⁵.

Det informanten her mener er at primærarbeidet blir vektlagt når en snakker om tillits- og faglighetsreformen. Men så fremkommer det også under intervjuene at dette har en hatt fokus på lenge, også før reformen. Ser en på plakaten til Bergen kommune (2017) blir ikke primærarbeid direkte nevnt, men så ligger det mye primærarbeid i de syv prinsippene. Punkt tre sier blant annet *«tjenesten skal bygge opp under brukernes egne ressurser, og involvere pårørende»* (Bergen kommune, 2017, jfr. figur 1). For å imøtekomme dette punktet krever det at profesjonene har kjennskap til pasientene, ikke bare sykdommer og utfordringer, men også hvilke ressurser og nettverk pasientene har. Da må sykepleierne og fagarbeiderne få rom til å gjøre disse vurderingene. Abbot (1988) viser til diagnostisering, konkludere og behandle som en del av grunnstrukturen i profesjonell virksomhet (Smeby, 2013). Det handler om å kartlegge pasientenes behov og iverksette de nødvendige tiltakene og hjelpen for at pasienten blant annet kan bo lengst mulig hjemme. Sett i lys av profesjonenes primærarbeid, handler dette nettopp om det Abbot viser til. Fagligheten og skjønnsmessige vurderinger er også en

²⁵ Informant 6

sentral del av profesjonenes hverdag og med en reform som tillits- og faglighetsreformen så anerkjenner en den kompetansen som er i hjemmebaserte tjenester.

Tidspresset for profesjonene ble sett på som en av hovedårsakene til at normtider ble erstattet jfr. kapittel 1.4.1. Tidspress og fulle arbeidslister blir også nevnt som en utfordring med tillits- og faglighetsreformen. En av informantene sier:

«Arbeidslistene er pakket så fulle som mulig, 6 timer på en 7 timers vakt, med lunsj. Da er det ikke så lett å sette seg ned med sjekkliste for primærarbeid i tillegg.»²⁶

Informanten viser altså til tidspress og til fulle arbeidslister på 6 timer. Dette er tiden som er beregnet som «ansiktstid» hos pasientene, noen avdelinger har ikke forflytning medregnet i arbeidstiden. En vanlig arbeidsdag er 7- 7,5t. Vil profesjonene oppleve større rom til faglige og skjønsmessige vurderinger? Arbeidshverdagen er forhåndsdefinert og planlagt for profesjonene gjerne dagen i forkant av avdelingsleder eller fagansvarlig i avdelingen. En antakelse er at fulle arbeidslister kan bli utfordrende for profesjonene for å få utført et godt grunnarbeid i forhold til pasientenes behov og hva han/hun trenger av tjenester. Informantene er tydelig på at det er svært mye kompetanse i kommunehelsetjenesten ²⁷og dette kommer pasientene til gode. Utfordringen slik informanten legger det frem er at tiden til å få iverksatt, planlagt og etablert et samarbeid for å få til de riktige tiltakene blir forringet fordi ressursene i avdelingen blir benyttet ute hos pasientene. På mange måter er det bra at ressursene er der hvor de trengs, men samtidig kan det bli en konflikt for profesjonene da en ikke får rom til å iverksette de riktige behandlingstiltakene som er vurdert når en har vært hos pasienten. Da dette er oppgaver som må administreres andre steder enn i feltet.

Det som er positivt for blant annet profesjonene med tillits – og faglighetsreformen er et mye større fokus på *bottom-up styring*». Løsningene skal i mye større grad komme fra profesjonene, noe som også vil komme mottakerne til gode. Denne formen for tillit begynte å blomstre i styringsregimet NPM, men i samstyring er dette enda mer framtrepende. I motsetning til normtider, der pasientene ble satt i en gruppe – med en definert standard, så tilrettelegger tillits- og faglighetsreformen for de *uregjerlige problemene* som en gjerne opplever at hjemmeboende pasienter har eller en kombinasjon med *tamme problem*, som igjen krever gode faglige vurderinger av profesjonene. Med *uregjerlige problem* mens sammensatte utfordringer med flere årsaker, noe som er særegent i helse – og sosialsektoren (Vabø, 2014 s.

²⁶ Informant 1

²⁷ Informant 1

16). Problemene kan påvirkes av mange forhold som for eksempel høy aldre, flere ulike diagnoser/sykdommer, boforhold og kognitivsvikt for å nevne noen. Problemene blir ikke løst ved et tilfelle, de må gjerne løses flere ganger daglig. I motsetning til *tamme problem* hvor problemet kan løses umiddelbart (Vabø, 2014).

Større fokus på å få pasientene inn i riktige tjenester oppleves også som en endring som ble tilført med tillits- og faglighetsreformen. Det oppleves at sykehusene og institusjonene bruker hjemmesykepleien som et sikkerhetsnett når de skrives ut til hjemmet. En informant sier:

«Det er vår jobb og stille kontrollspørsmål. Er det behov for nødvendig helsehjelp eller kan pasienten gå til andre tjenester? Har pasienten et behov som må dekkes av mennesker eller kan teknologi benyttes?»²⁸

Sitatet vitner om at hjemmesykepleien i større grad må ha fokus på å få pasienter inn i riktig tjeneste. I en tid hvor vi får flere eldre og ressursene blir knappe (Meld.st.26), må også hjemmesykepleien gjøre prioriteringer som sikrer at de som har behov for nødvendig helsehjelp, får det. Innbyggere som kan motta mindre ressurskrevende tjenester fra kommunen må heller få tilbud om det enn hjemmesykepleie. Det handler altså om å forvalte kommunens ressurser på en god, riktig og effektiv måte som sikrer at eldre og syke skal kunne bo lengst mulig hjemme.

Et tverrfaglig samarbeid blir presisert som en nødvendighet, slik som hjemmebaserte tjenester nå er blitt sier informanten. Eksempler på tilbudene til hjemmeboende eldre og syke har er blant annet hverdagsrehabilitering, velferdsteknologi, frivillighetskoordinatorer, vurderings team, hjemmesykepleie, praktisk bistand, innsats team, ergo – og fysioterapi, aktivitetstilbud i omsorgsboliger. Det er også en pilotering i et av byområdene hvor hjemmesykepleien skal deles inn i omsorg – og helseteam. Forvaltningsenheten har en sentral rolle i forhold til tildeling av ulike tjenester. Med alle disse tilbudene er det viktig at noen sørger for at pasienten kommer inn i riktig tjeneste, så tidlig som mulig. En kan stille spørsmål om dette er hjemmesykepleien sin oppgave eller om dette skulle blitt gjort før pasienten fikk tildelt hjemmesykepleie. Slik det fremkommer fra informanten er det blitt sett på som en nødvendighet at de stiller disse spørsmålene. Hvis ikke kommer pasienter til dem, som heller kunne hatt nytte av et annet og mindre ressurskrevende tilbud i stedet. En annen informant sier:

²⁸ Informant 1

«Med tillits – og faglighetsreformen kom det en ny tanke. Hjemmesykepleien skal ikke være alene, men trekke inn andre tjenester. Det kan være utfordrende. Nå skal vi jobbe mer tverrfaglig. Få inn flere som for eksempel hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi.»²⁹

Informanten sier altså at med tillits- og faglighetsreformen så ble det også etablert en større forventning til at andre aktører i kommunen skal kunne løse utfordringer relatert til helse – og omsorgssektoren. Denne tanken harmonerer også med det styringsregimet vi er inne i nå, samstyring. Samstyring handler blant annet om å løse samfunnets utfordringer horisontalt og ikke vertikalt. Det vil si at løsningene i større grad skal komme fra profesjonene og semiprofesjone, fra de ulike tjenestene kommunen tilbyr for å nå pasientens mål. Det er ikke lengre politikerne som sitter på «toppen» som skal definere fremgangsmåten for å nå målene. Hjemmebaserte tjenester har som flere andre aktører innenfor helsevesenet utfordringer i forhold til rekruttering av ressurser, flere pasienter og gjerne med omfattende hjelpebehov. Eterspørsel og behov for helsetjenester går mot en ubalanse, en må derfor våge og tenke nytt og det ser vi at Bergen kommune har ved å innføre tillits- og faglighetsreformen. Private og frivillige aktører inviteres tidligere inn, samtidig som innbyggerne/pasienten blir mer deltakende i utviklingen av offentlige tjenester (Christensen og Læg Reid, 2007).

I punkt to og tre i de syv prinsipp, vektlegges større involvering og dialog med pasienter og pårørende på hvordan hjemmesykepleien skal løse pasientens behov ved *brukermedvirkning* (Bergen kommune, 2017). Ved at pasienten får være deltakende i hvordan hjelpebehovet skal løses, ved å fokusere på pasientens ressurser, kan dette også bidra til økt mestringfølelse. Men når det åpnes opp for *brukermedvirkning*, vil det være viktig å være tydelig på hvilke forventninger pasienten og pårørende kan ha til for eksempel hjemmesykepleien. Blir ikke dette tydeliggjort, er en antakelse at dette skape misnøye eller til og med forringet *institusjonell tillit*, fordi mottaker sitter med en forventning som hjemmesykepleien ikke har forutsetninger eller ressurser til å løse. Men kanskje det er andre tjenester i kommunen som kan dekke det behovet. Hensikten er å skape de beste tjenestene for pasienten, fordelt på flere aktører som jobber mot et felles mål.

Til hjemmeboende eldre og syke har tjenestetilbudet hatt en utvikling de siste årene, med fokus på en *alderdom med mening, mestring og trygghet* (Bergen kommune, 2019 s.4). Det er mange ulike tilbud som kan komme pasientene til gode. Men for å få til de beste tjenestene

²⁹ Informant 3

må et godt tverrfaglig samarbeid ligge til grunn for å kunne løse de mange *uregjerlige problemene* en pasient har. Felles mål blant de ulike aktørene er et sentralt moment i *samstyring*. Fokus på mål, er også førende i de syv prinsipp utarbeidet av Bergen Kommune (2017). En antakelse er at hvis aktørene ikke klarer å koordinere seg sammen og arbeidet mot et felles mål vil det ta lengre tid før måloppnåelse, eller en bruker flere ressurser enn først planlagt. Under flere av intervjuene peker avdelingslederne på de ulike tjenestetilbudene som er i kommunen og identifiserer en endring som er karakteristisk for samstyring. Samtidig er det et ønske at hjemmesykepleien inviteres tidligere inn ved for eksempel oppstart av hverdagsrehabilitering, slik at de ulike tjenestene har en felles forståelse for hverandres oppgaver i forhold til pasientens mål.

En antakelse er at man opplever at de ulike tjenestene er etablert, men det horisontale samarbeidet er ikke godt nok. Årsaken til dette kan være flere, men tid og ressurser kan være en sentral faktor, sammen med mangelfull kunnskap til hverandres arbeidsoppgaver. Dersom tjenesten isolerer seg og kun jobber mot et mål alene, vil en antakelse være at tilbudet Bergen kommune har til sine innbyggere gir økte kostnader. Et eksempel kan være en eldre dame som blir utskrevet fra institusjon etter et lengre opphold, relatert til lårhalsbrudd. Pasienten kommer hjem og får hjemmesykepleie. Grunnet endring i funksjon trenger pasienten en del hjelpemidler. Men dette er ikke rekvirert når pasienten var på opphold på sykehjem, så det må hjemmesykepleien rekvirere tiltros for at Bergen Kommune har egen ergo – og fysioterapitjeneste. Hjemmesykepleien vurderer at pasienten kan ha god nytte av hverdagsrehabilitering, for å kunne nå målene sine om å bli mest mulig selvstendig. Etter en stund kommer hverdagsrehabiliteringen inn, men ingen andre tjenester som er rundt pasienten blir invitert med på et tverrfaglig møte for å jobbe mot et felles mål. Hjemmesykepleien blir redusert på dagtid, men går inn på ettermiddag og kveld og fortsetter hjelpen, uten helt å vite hva mål pasienten jobber etter sammen med hverdagsrehabiliteringen. Velferdsteknologi har pasienten også fått tildelt, noe som kunne ha vært med på å redusere andre tjenester kommunen tilbyr.

Hensikten ved å beskrive dette er at samstyring og tillits- og faglighetsreformen har liten eller ingen effekt om tverrfagligheten ikke er tilstede. Det blir dyrere fordi pasienten har mange ulike tjenester inne som ikke jobber sammen mot et felles mål, hvor pasienten skal mestre hverdagen sin mest mulig selv. På den andre siden kan samstyring være samfunnsøkonomisk lønnsomt, fordi en setter inn riktige ressurser til riktig tid, med et felles mål i en periode. Når

pasienten har nådd målene sine kan de kommunale tjenestene trekke seg ut eller reduseres. Ressurser blir frigjort og kan møte neste utfordring med god kvalitet og effektivitet.

Slik informantene presenterer profesjonenes arbeidshverdag forventes det en høy grad av det Bovens (2007) beskriver som *accountability*, «ansvarlighet» hos profesjonene. Informantene bruker begrepet «aktivt medarbeiderskap». De ansatte tar ansvar for sin arbeidshverdag og utfører de oppgavene som er forventet, innenfor rammene som er gitt. En av informantene beskriver arbeidshverdagen til profesjonene og semiprofesjonene slik:

«De skal bruke fagligheten. Avdelingsleder blander seg ikke opp i vurderingene som er gjort, men spør dersom noe er uklart. I en hektisk hverdag går en ikke rundt og tenker tillits- og faglighetsreformen hele tiden.»³⁰

Det informanten sier er at de har tillit til at profesjonene og semiprofesjonene bruker sin kompetanse i arbeidet og at tildelte oppgaver blir utført. Dersom noe er uklart er det leders jobb og innhente informasjon, slik at de kan veilede og støtte dersom det er behov. Videre sier informanten at tillits- og faglighetsreformen blir en del av jobbhverdagen, det er slik kulturen skal være. Man skal ikke gå rundt å tenke tillits- og faglighetsreformen, men den skal være der i underbevisstheten. Forventninger til høy grad av *accountability* hos ansatte i hjemmebaserte tjenester kommer også frem i de syv prinsipp, ved at profesjonene får gitt «*tillit og ansvar*» (Bergen kommune, 2017, punkt 1, figur 1). Ønske om at engasjerte medarbeidere og ledere skal skape innovasjon i tjenesten er et annet moment som fremkommer i punkt syv, som setter rammene for tillits- og faglighetsreformen. En kan stille seg spørsmålet om hvorfor en ser det som nødvendig å skrive i rammene som definerer reformen at «*ansatte skal få tillit og ansvar*» (Bergen kommune, 2017). Og hvorfor kommer dette som punkt en? Betyr det at ansatte, profesjoner som har fått en «politisk legitimitet» til å løse oppdrag i samfunnet innenfor blant annet lover og regler, hvor hensikten er å sikre kvalitet til mottakere av hjemmebaserte tjenester ikke har hatt dette hos politikerne i Bergen kommune tidligere (Svensson og Karlsson, 2008)? Er det heller et ønske om at *tillit* og ansvar opprettholdes hos ansatte i tjenesten og at det er tilfeldig at dette kommer som punkt en.

Manglende tillit, autonomi og ansvar kan være noen av årsakene til at normtider ble lite verdsatt av ansatte når brukerundersøkelsen ble gjennomført i 2017, jfr.kap.1.4.1. Det kan virke som om at avdelingslederne ser og anerkjenner arbeidet ansatte i hjemmebaserte tjenester utførte både med normtider og tillits- og faglighetsreformen. Men politikerne som

³⁰ Informant 7

har vedtatt de syv prinsippene til reformen, gjerne ikke har opplevd det på samme måte. Eller så anses det som nødvendig og ha dette tydeliggjort, slik at en kan fremme *accountability* i enda større grad. I perioden med normtider, som var under styringsregimet NPM var det høye krav til effektivisering og resultater. Dette ser vi blant annet ved tidene som ble satt som standard til de ulike pleieoppgavene i normtider. Tidene og fokuset på effektivisering gikk på bekostning av faget, dette fremkommer av brukerundersøkelsen som ble utført i 2017 (Frøland m.fl. 2017). En kan stille seg spørsmålet om fokuset på resultat og effektivisering faktisk forringet profesjonenes utførelse av arbeidet og derav fått en *mistillit* blant innbyggerne og politikerne. I normtider ble en stilt til ansvar og måtte rettferdiggjøre vurderingene for en forvaltningsenhet. Under normtider krevde en ikke mindre ansvarlige medarbeidere enn en gjør med tillits- og faglighetsreformen. Men opplevde gjerne i større grad å bli kontrollert med normtider, enn det en blir med reformen som er i dag.

Flere av informantene uttrykker at det er deres eget ansvar å oppdatere seg på de føringer og rammer som blir iverksatt – noe som tyder på at også ledere på avdelingslederens nivå i hjemmebaserte tjenester viser stor grad av *accountability*, en av dem uttalte blant annet; «*det er min jobb og spørre og innhente meg kunnskap, dersom jeg har behov for det*»³¹. Her viser det høy grad av *accountability* og ønske om å gjøre en så god jobb som mulig. Den største endringen definerte en av informantene slik, «*Vi går fra å være en kontrollør til en motivator!*»³². Leder «heier» frem sine medarbeidere til å utføre en så god og riktig jobb som mulig. Faglige vurderinger og fokus på nødvendig helsehjelp anses nødvendig. Det å gå fra å bli fortalt hvilke oppgaver du skal gjøre hos pasienten, innenfor en definert tidsramme, til å utføre de nødvendige oppgavene etter egne vurderinger, krever trygging og tilrettelegging fra leder.

Informantene som alle har vært leder i åtte år eller lengre beskriver en arbeidshverdag som kan identifiseres med *tillitsbasert ledelse*. Fokus på å tilrettelegge arbeidshverdagen med utgangspunkt i den ansattes kompetanse, skape trygghet, gi anerkjennelse og veilede ansatte. Større fokus på å ansvarlig gjøre sine ansatte og gi dem rom til å bruke faget og kompetansen de innehar til å løse/ imøtekomme pasientenes utfordringer er ulike moment som blir vektlagt på spørsmål om leders rolle i tillits- og faglighetsreformen. Disse momentene ser en igjen i de seks prinsippene som Ciancutti og Stendig (2001) sier må ligge til grunn i tillitsbasert ledelse. Klarer ikke leder å utvise tillit til sine ansatte, tilrettelegge arbeidshverdagen og sikre god

³¹ Informant 6

³² Informant 3

kommunikasjon vil flere av vilkårene for tillitsbasert ledelse falle bort og en er tilbake til kontrollbasert ledelse. Det kommer frem i ulik grad hvordan de ansatte blir involvert i arbeidshverdagen. En av informantene sier;

«De ansatte har gjerne mer innflytelse når det gjelder kvalitetsmål. Vi bruker forbedringstavler, der avdelingen definerer sine egne mål. Vi har blant annet hatt fokus på legemiddelsamstemming, bilbruk osv.»³³

Målene og fokusområder kom fra de ansatte selv og ble visualisert på tavler. Denne formen for ansvarliggjøring av de ansatte og metode for å nå mål er også elementer i *tillitsbasert ledelse* (Johnsen, Andersen og Vanebo, 2015). Men for å kunne få ut det beste av sine ansatte krever det kjennskap og gode relasjoner mellom leder og ansatte³⁴. Der det ikke er etablert kjennskap og relasjon er det *tillit* til mennesket og profesjonen som ligger til grunn (Grimen, 2010). Samtidig som leder legger til rette og utviser *tillit* til sine ansatte, så uttaler samtlige informanter at det er deres ansvar å følge opp at de ansatte utfører sine oppgaver og plikter, det er altså avdelingsleder som er kontrolløren.

Sett i lys av teori om de tre ulike styringsregimene ser en at lederens rolle i offentlig sektor har vært i utvikling siden tradisjonell offentlig administrasjon (TPA) hvor lederes rolle var å kontrollere at lover og retningslinjer ble fulgt (Osborn, 2010) til New Public Management (NPM) hvor leders roller både var kontrollør og motivator (Lian, 2013). Til New Public Governance (NPG) eller samstyring som man gjerne sier på norsk, hvor leder i enda større grad skal være en motivator, samtidig som en skal tilrettelegge en god arbeidshverdag innenfor gitte rammer. Det å kunne tilrettelegge for at profesjonene skal kunne utføre sitt arbeid, kan bli utfordrende hvis rammene ikke er tilstrekkelige og uklare. Mulig dette også er årsakene til at samtlige informanter uttaler at de jobber, slik de alltid har gjort. Men samtidig så kommer det frem at de har større fokus på å ansvarlig gjøre sine ansatte og gi dem rom til å bruke faget og kompetansen de innehar til å imøtekomme pasientenes utfordringer.

Fokuset på *profesjonell accountability* og *administrativ accountability*, kommer også frem under intervjuene med avdelingslederne (Bovens, 2007). I lys av profesjonell accountability så blir det påpekt at en må være lojal, når en skal tildele tid til pasientene. Det er mulig å justere tiden til pasienter som ligger på grensen mellom to kategorier, for å få flere midler. En av dem sier:

³³ Informant 3

³⁴ Informant 6

«Misbruk av tidene kan hemme reformen. Men slik var det tidligere også. Man kunne velge å skrive feile tider hos pasientene. Tilliten blir misbrukt og det hemmer reformen.»³⁵

Informanten har kjennskap til flere avdelinger som gjør dette og anser det som illojalt. De som ble intervjuet i denne oppgaven hadde fokus på at tiden skulle være riktig og dette var også et fokus i avdelingene. Men en kan stille seg det spørsmålet om hvorfor det er en oppfatning at blir gjort i flere avdelinger? Igjen faller antakelsen på om de økonomiske rammene ikke er riktige og at det er derfor noen velger å justere tiden litt opp, eller burde man se på om driften av hjemmebaserte tjenester skulle vært utført på en annen måte. Et eksempel kan være at det er et tak på hvor mange pasienter avdelingen kan tilby tjenester til ut ifra antall årsverk. Dette krever stort fokus på samstyring og å få pasientene inn riktig tjeneste, slik at kommunen opprettholder lov om kommunale helse – og omsorgstjenester.

Administrativ accountability oppleves i høy grad, under samtale med informantene. Dette kommer også frem i hvordan og hva de vektlegger i arbeidshverdagen sin i avdelingen. Tillits- og faglighetsreformen er iverksatt, tiltros for at den oppleves som «uhåndgripelig»³⁶. Når det gjelder avdelingslederens rolle om arbeidstaker, så opplever ikke avdelingslederne tillits- og faglighetsreformen i like stor grad. «Vi har ikke fått større råderett»³⁷ og «Føler vi er glemt»³⁸ er refleksjoner fra informantene når de blir spurt om deres rolle. Noe som kan være en indikasjon på at reformen ikke er godt nok implementert, samt utydelige mål og rammer fra etaten sin side. Slik den ene informanten legger det frem, oppleves det i stor grad «top-down» styring, de fleste oppgaver kommer ovenfra, med liten påvirkningskraft. Det oppleves som lite rom til å definere og påvirke mål og tjenester. Er tillits – og faglighetsreformen vurdert og tolket på en annen måte fra enhetsleders nivå og opp til etaten? Mulig vi også hadde fått et annet resultat om profesjoner hadde blitt intervjuet om hvordan de opplever tillits- og faglighetsreform i sin arbeidshverdag. Opplevelsen av utydelige rammer i reformen åpner opp for tolkninger og derfor ulikheter. Dette kan også være en tenkt hensikt med reformen. Det er tidligere i oppgaven drøftet hvordan avdelingsleder tilrettelegger hverdagen for sine ansatte i avdelingen, samt bygge på kompetanse og skape motivasjon. En antakelse er at dette kan bli opplevd som mindre fordi enhetsleder og etaten har større distanse til avdelingslederne enn avdelingslederne er fra profesjonen og sine ansatte. En av

³⁵ Informant 2

³⁶ Informant 3

³⁷ Informant 1

³⁸ Informant 7

informantene viser til større avstand til enhetsleder og administrasjon, fordi de er plassert på ulike adresser³⁹.

«Den økonomiske situasjonen og knappe rammene er utfordrende til å skaffe seg handlingsrom til å etterleve tillits- og faglighetsreformen. Vil det faglige komme i konflikt med tillits- og faglighetsreformen sine ramme?»⁴⁰.

Informanten sier at det er gjort endringer i organiseringen av hjemmesykepleien, som krever flere ressurser. Fordi kartlegging av pasientens hjelpebehov basert på faglige vurderinger er omfattende. Det oppleves at det ikke følger med økonomiske ressurser til å arbeide på en ny måte og dette forringer tillits- og faglighetsreformen. Det økonomiske handlingsrommet er det samme som ved normtider, der arbeidsoppgavene i større grad hadde en standard og var forhåndsdefinert.

De økonomiske rammene er det som oppleves at preger arbeidshverdagen mest fra avdelingslederens perspektiv. En av informantene sier: *«de økonomiske rammene passer ikke til reformen. Ingen forstår økonomimodellen»⁴¹*. Fem avdelinger som tidligere har gått i balanse under normtider med aktivitets basert finansiering, går nå i kraftige underskudd, selv om årsverk og aktivitet er tilnærmet lik som under normtider. Dette fører blant annet til at både sykepleiere og fagarbeidere har arbeidslister på 6 timer som nevnt tidligere. Dersom dette er tiden som er planlagt ute hos pasientene, vil en da tolke det slik at det ikke er mye tid igjen av arbeidshverdagen, om en skal medregne pause, forflytning og rapportskriving. Ved endring i de økonomiske rammene så forstår en hvorfor arbeidshverdagen til sykepleierne og fagarbeiderne er fulle. Informantene opplever et økonomisk ansvar for sine respektive avdelinger og derfor må de drifte med svært fulle arbeidslister. Samtidig så blir det et dilemma fordi fokuset på faglighet og de økonomiske rammene harmonerer ikke. Hvordan kan en som leder forvente høy grad av *accountability* hos profesjonene, når det ikke skapes rom for profesjonene til å utføre oppgaver som er fagligvurdert at trengs. En av informantene uttalte *«slik økonomimodellen er i dag, tar den ikke høyde for behovet til pasienten»⁴²*. Sett i lys av profesjonsteori og de tre punktene Abbot (1988) definerer som grunnstrukturen i profesjonell utførelse så kan tillits – og faglighetsreformen bli forringet fordi den økonomiske modellen ikke harmonerer med grunntanken i tillits- og faglighetsreformen. Tilbake til

³⁹ Informant 3

⁴⁰ Informant 1

⁴¹ Informant 2

⁴² Informant 6

aktivitetsbasert finansiering, hvor en får betalt for det arbeidet en utfører hos pasientene er mulig et bedre alternativ. På en annen side må en også se på om økonomimodellen kan ivareta de administrative oppgavene og det tverrfaglige samarbeidet som er rundt en pasient. Et annet moment som blir trukket frem i forhold til den nye økonomimodellen er; «*Den klarer ikke å dekke inn det administrative arbeidet som for eksempel medisinsroms arbeid*»⁴³. Oppgaver som tillaging av medisiner blir ikke tatt høyde for i økonomimodellen, fordi en opplever at budsjetterte tallene kun tar utgangspunkt i tiden hos pasientene. Hjemmeboende eldre og syke, kan få tilbud om hjelp til medikamenthåndtering, dersom det foreligger et behov. Det informanten ønsker å belyse med dette utsagnet er at det er mange «skjulte» oppgaver som ikke er tatt høyde for i økonomimodellen, men det er forventet at hjemmesykepleien skal utføre disse oppgavene.

«*Vi mangler rammer, kun fått en innføring*»⁴⁴. Utsagnet viser til en usikkerhet på hva reformen faktisk innebærer. De syv prinsipp er rammene for reformen, men de vurderes som åpne og med flere muligheter for tolkning. Det oppleves at flere av informantene trenger mer forståelse om hva som er visjonen med reformen, men de vet ikke hvor de skal få dette fra. Årsaken kan relateres til lite tydelige mål fra etatenes side. Ser vi på plakaten til Bergen kommune (2017, figur 1), så står det der «*at vi skal utvikle tjenesten sammen, og vi trenger dine bidrag*». Dette kan tyde på at reformen ikke er ferdig utviklet og en da kan forstå hvorfor reformen beskrives av en informant som «*uhåndgripelig*»⁴⁵. Det er kjennskap til at det er opprettet ulike arbeidsgrupper som skal være med på å videreutvikle reformen, men flere informanter antyder at denne gruppen er fraværende. Det er åpnet opp for at alle skal kunne bidra til utvikling av hjemmebaserte tjenester, men samtidig oppleves det ikke slik. For ledere som skal presentere en reform som kan fremstå som noe uferdig, kan dette hemme implementeringen av reformen ute i avdelingen og organisasjonen i sin helhet. Hvordan informantene opplever at etaten har lagt til rette for tillits- og faglighetsreformen, hevdes det at etaten for hjemmebaserte tjenester ikke har spilt en stor rolle. «*De har iverksatt reformen*»⁴⁶, ellers har de ikke opplevd en stor involvering. Lite tilstedeværelse eller synlighet fra etatens side når det gjelder innføringen av reformen oppleves av informantene. Om dette har vært hensikten, vites ikke. Når det gjelder hvordan reformen skal bli *forankret* i hele organisasjonen, så er god informasjon og bevisstgjøring sentrale moment som blir nevnt.

⁴³ Informant 7

⁴⁴ Informant 5

⁴⁵ Informant 3

⁴⁶ Informant 4

«Alle må forstå hva vi jobber med. Forankring må starte på toppen, forstår ikke leder ovenfra vil det ikke bli solgt inn videre ned i organisasjonen. Vi må dele kunnskap og få eierskap for å forstå hensikten»⁴⁷.

Dersom en ikke har en felles forståelse om hva reformen innebærer og hvordan en jobber i hele organisasjonen, så vil det bli vanskelig å få etablert og få til en forankring. Informanten opplever at reformen i større grad er etablert fra deres nivå og ned til utførerne, men ikke fra deres nivå og oppover. En kan stille spørsmål om en da har en felles forståelse av hverandres arbeid og om rammene og forventningene harmonerer både «nedenifra og opp» og «ovenfra og ned». Det fremkommer ikke tydelig i plakaten (figur 1) som henger i avdelingene at dette gjelder alle i Etat for hjemmebaserte tjenester. Men ser en i plan – for helse og omsorgstjenester til hjemmeboende eldre (2019 -2029), kommer det tydeligere frem reformen skal gjelde hele etaten.

Økt accountability, større fokus på bruk av kompetanse, tverrfaglighet, økonomi og ledelse er sentrale stikkord i hvordan tillits- og faglighetsreformen har endret vilkårene i arbeidshverdagen til avdelingsledere og ansatte i hjemmesykepleien. Samtidig som økonomimodellen oppleves som hemmende for reformen, blir mye godt arbeid utført i avdelingene. I forhold til iverksetting av tillits – og faglighetsreformen, så ser en flere kjennetegn til styringsregimet, samstyng. Dette anses som en innovasjon i tjenesten og det viser også at Norge følger de skandinaviske landene i forhold til utviklingen av blant annet velferdspolitik.

⁴⁷ Informant 7

5.0 Konklusjon

Innledningsvis presenterte jeg flere utfordringer de kommunale helse- og omsorgstjenestene står ovenfor. Og hvor Bergen kommune har valgt tillits – og faglighetsreformen som et tiltak for å sikre høy kvalitet og riktige tjenester til hjemmeboende eldre og syke. Ved å gå fra normtider, en standardisering av oppgaver og tidsbruk i hjemmebaserte tjenester, til et større fokus på *jobbautonomi*, *faglighet* og *ansvarlighet*, anses tillit – og faglighetsreformen som en innovativ løsning for hjemmebaserte tjenester. Med dette til grunn, var min antakelse at ved en ny reform ble også vilkårene i arbeidshverdagen for avdelingsledere og profesjoner i hjemmesykepleien endret. Jeg vil først starte med å svare på forskningsspørsmålene før jeg tar for meg selve problemstillingen.

Tillit er et sentralt fundament i tillit – og faglighetsreformen og i det norske samfunnet i sin helhet. Mine funn viser at tillit er iboende i oss, enten på et *personlig* eller på et *institusjonelt nivå*. Tillit beskrives som en «selvfølge», en måte man ønsker å møte «verden» på. Tilliten til medarbeiderne blir opprettholdt og økt ved at de tildelte oppgaver, høy grad av *accountability* og forventninger blir utført. God kommunikasjon er en forutsetning for tillit. Faktorer som ikke gjennomførte arbeidsoppgaver, manglende lojalitet, kommunikasjonssvikt og liten grad av *ansvarlighet* er elementer informantene mener hemmer tilliten. Samtidig som avdelingslederne opplever at de gir tillit til sine medarbeidere, så opplever ikke informantene å motta tillit fra sine ledere og etaten i samme grad. Dette relatert til et opplevd hierarkisk styre, kontroll og lite rom for påvirkning.

Videre ble det undersøkt hvordan informantene forstod tillit – og faglighetsreformen, med deres forutsetninger lagt til grunn. De samlede funnene indikerer at reformen ikke føltes ferdig når den ble implementert i januar 2018, noe som har gitt rom for tolkning. Økt fokus på primærarbeid, makt til å definere egen arbeidshverdag og en forvaltningsenhet som nå blir sett på som en likeverdig part og ikke et kontrollorgan er informantenes forståelse. Samtidig så oppleves ikke reformen per i dag som et revolusjonerende tiltak for hjemmesykepleien, men kanskje på sikt når reformen er mer etablert.

Dette leder oss til hovedspørsmålet: *Hvordan har tillit- og faglighetsreformen endret vilkårene for avdelingsledere og medarbeiderne i hjemmesykepleien i Bergen kommune?*

Mine funn tyder på at vilkårene er endret gjennom økt fokus samhandling mellom tjenester og

ansvarlighet hos ansatte i hjemmesykepleien. Samt større tillit til profesjonenes kompetanse. Fra et ledelses perspektiv er det flere elementer av tillitsbasert ledelse. Kontroll er fortsatt et element i ledelse, men kontrollen skal ha en støttende funksjon, altså fra et *komplementært perspektiv*. Informantene beskriver dette når de snakke om deres rolle som leder.

Informantene selv uttrykker en kontroll fra sin leder, som er mer lik et *substituerende perspektiv* enn et *komplementært perspektiv*. Samtidig som informantene opplever reformen som positiv, så er det ulike faktorer som hemmer reformen og påvirker arbeidshverdagen; økonomimodellen, uklar visjon og opplevd hierarkisk styre er momenter som utfordrer tillit- og faglighetsreformen.

I lys av styringsregimer og iverksetting av politikk ser vi at tillit- og faglighetsreformen har flere elementer av styringsregimet, samstyring i seg. Hjemmebaserte tjenester er gitt tillit til å løse oppgaver basert på faglige vurderinger, en «*bottom-up*» styring. Hvor løsningene i større grad skal komme fra de som «vet hvor skoen trykker». Samtidig er forutsetningene for å imøtekomme og løse pasientene sine komplekse behov, bedre med tillits- og faglighetsreformen fremfor en standardisering av hjelpen som blir tilbudt.

5.1 Begrensning og forslag til videre forskning

Denne studien har flere begrensninger blant annet ved at det er benyttet en kvalitativ studie med begrenset datamaterialet med syv dybdeintervju. Siden det kun er avdelingsledere i hjemmesykepleien sine refleksjoner og synspunkter, relatert til tillits- og faglighetsreformen som er tatt med i oppgaven, kan man ikke konkludere med at resultatene er representative for alle i hjemmebaserte tjenester i Bergen kommune. Informantene ble rekruttert ved hjelp av snøballmetoden, noe som kan ha ført til at jeg ikke har fått tak i representanter som kunne gitt gode bidrag til studien. Valget av forskningsdesign som bygger på et *sosialkonstruktivt vitenskapsideal*, hvor informantenes opplevelse av tillits- og faglighetsreformen vektlegges, kan også gi begrensninger for oppgaven. Det samme gjelder min rolle som involvert forsker, fordi min kunnskap om organisasjonen, reformen og som avdelingsleder selv kan ha ført til at informasjon har gått tapt eller feiltolket.

Jeg har gjennomført en kvalitativstudie om tillits- og faglighetsreformen i hjemmesykepleien, som ikke gjør det mulig å generalisere. Men heller gir en dypere forståelse. Det kan derfor

være til fordel å utføre en kvantitativ studie, med flere profesjoner og ledere fra ulike nivå, for å se om resultatene visere samme tendenser og for å generalisere. En kvalitativ studie med profesjoner og/ eller enhetsledere, samt nøkkelpersoner kan bidra til en større forståelse av reformen, samt gi et mer nyansert bilde.

Siden min studie ble foretatt når reformen fortsatt er ganske ung, kunne det også vært spennende å se hvordan vilkårene i arbeidshverdagen oppleves noen år frem i tid. Videre kan reformen studeres fra et brukerperspektiv, for å få med alle parter en slik reform berører. Studien i lys av forbedringsarbeid er også et forslag til videre forskning.

6.0 Litteraturliste

- Abbott, A (1988) *The system of Professions. An Essay on the Divison of Expert Labor*. Chicago. The University og Chicago Press.
- Arntzen, E (2015) *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten. Arbeidsglede og orden i eget hus*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 1 utgave, 2 opplag.
- Bentzen, T (2018) *Tillidsbaseret styring og ledelse i offentlige organisationer*. København: Jurist- og økonomforbundets forlag.
- Bentzen, T (2016) *Styring skal understøtte kerneoppgaven*, Viden på tværs. Forskerens hjørne <https://vpt.dk/innovation-afbureaukratisering/styring-skal-understotte-kerneoppgaven>
- Bentzen, T (2016) *Fem misforståelser om tillid*. Viden på tværs. Forskerens hjørne <https://vpt.dk/misforstaaelser>
- Bergen Kommune (2019) *Byrådsavdelingen for helse og omsorg, Hjemmesykepleieundersøkelsen 2019*. Rapport 10. april 2019.
- Bergen Kommune (2018) Byrådssak 1/18 *Statusmelding for hjemmebaserte tjenester 2017*.
- Bergen Kommune (2019) Byrådssak /19 *Statusmelding for hjemmebaserte tjenester 2018*
- Bergen Kommune (2017) *Normtider*
- Bergen kommune (2018) *Primærsykepleiesystemet i Etat for hjemmebaserte tjenester*. <https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/avdelinger/byradsavd-for-helse-og-omsorg/349/article-146141>
- Bovens, M (2007) *Analysing and Assessing Accountability: A Conceptual Framework*. European Law Journal 13: 447-468
- Bracey, H. (2002). *Building Trust. How to Get It! How to Keep It!* Taylorsville, GA, Hyler Bracey
- Bukve, O (2016) *Forstå, Forklare, Forandre. Om design av samfunnsvitenskaplege forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bukve, O. (2012). *Lokal og regional styring. Eit institusjonelt perspektiv*. Oslo: Samlaget.
- Ciancutti, A. and T. L. Steding (2001). *Built on Trust. Gaining Competitive Advantage in Any Organization*. Chicago, Il. Contemporary Books.
- Christensen, M, Egeberg, M, Lægreid, P, Roness, P og Rørvik, KA (2015) *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget. 3 utgave.
- Eide, T, Gulslett, M, Olafsen, A, Aaberge, A og Eide, H (2017) *Tillitsmodellen – erfaringer med mini-pilotering av selvstyrende team i tre bydeler i Oslo*. Vitensenteret helse og teknologi, Høgskolen Sørøst-Norge

Eimhjellen, I og Loga, J (2017) *Nye samarbeidsrelasjoner mellom kommuner og frivillige aktører. Samskaping i nye samarbeidsforhold?* Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. Bergen/Oslo

Eriksen, E O og Molander, A (2008) Kap. 9 *Profesjon, rett og politikk*. I Molander, A og Terum L I (red). Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforlaget.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse -og omsorgssektoren (2017)
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>

Frøland, O, Fagertu, A, Hansen, R og Kverndokk, S (2017) *Normtider til besvær. Evaluering av normtider for hjemmetjenestene i Bergen kommune*. Senter for omsorgsforskning rapportserie nr. 4/2017.
https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00302/Rapport_om_endring__302429a.pdf (lest 9.11.19)

Grønmo, S (2004) *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.

Hanssen, N (2018) *SV vil kjempe for å få en tillitsreform i offentlig sektor: -Vi må gjenreise tilliten til fagfolk i staten*. FriFagbevegelse. <https://frifagbevegelse.no/ntlmagasinet/sv-vil-kjempe-for-a-fa-en-tillitsreform-i-offentlig-sektor--vi-ma-gjenreise-tilliten-til-fagfolk-i-staten-6.158.588991.ee053ac0d3> (lest 4.1.2020)

Henriksen, M Solberg, T, Hussaini, M, Arnstad, M, Strand, M, Lysebakken, A, Fagerås, M og Tajik, H (2017-2018) *Representantforslag 194S*. Dokument 8:194S. Stortinget.
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2017-2018/dok8-201718-194s/?all=true> (lest 4.1.2020)

Helse- og omsorgsdepartementet (2015) Meld.st.26 *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*.

Helse- og omsorgsdepartementet (2013) Meld.st.29 *Morgendagens omsorg*.

Hood, C (1991) *A Public Management for all Seasons?* Public administration. Volum 69, issue1
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.461.715&rep=rep1&type=pdf>

Grimen, H (2010) *Hva er tillit*. Oslo: Universitetsforlaget.

Isaksen, A-M (2019) *Tillitsreformen i Tromsø kommune hvor langt er vi egentlig kommet?* Avisa Nordlys. <https://nordnorskdebatt.no/article/tillitsreformen-i-tromso-kommune> (lest 4.1.2020)

Jakobsen, D.I og Thorsvik, J (2016) *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget. 4 utgave.

Jagd, S (2009) *Tillitsbasert ledelse – en ny utfordring for ledere?* Ledelse & Erhvervsøkonomi nr.03. <https://rauli.cbs.dk/index.php/logue/article/view/2896/2908> (lest 14.12.2019)

Johnsen, E, Andersen, JA, Vanebo, JO (2015) Kap.13 *Mot en ny ledelsespraksis*. I Busch, T, Johnsen, E, Klausen, K, Vanebo, JO (red) *Modernisering av offentlig sektor. Trender, ideer og praksiser*. Oslo: Universitetsforlaget. 3 utgave.

Kildekompasset.no *Kildekritikk*. <http://www.kildekompasset.no/kildekritikk.aspx> (lest 30.4.2020)

Kuvaas, B. (2017). *Tillitsbasert ledelse virker*. BI Business Review.

Lian, O (2013) *Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Kristiansand: Høgskoleforlaget. 2 opplag.

Lipsky, M (2010) *Street – Level Bureaucracy; Dilemmas of the Individual in Public Service*. New York: Russel Sage Foundation.

Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester m.m (helse – og omsorgstjenesteloven) (2012)

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven) (2017).

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>

Luhmann, N (1982) *Trust and power*.

Luhmann, N(2000) *Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternatives*, in Gambetta, Diego (ed.) *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*, electronic edition, Department of Sociology, University of Oxford, chapter 6, pp. 94-107,

<https://pdfs.semanticscholar.org/a5ae/78f779284090b9c9adb9c5b05501c223f9c23.pdf>

NRK (2020) *Sånn er Norge – Tillit (episode 6) med Harald Eia*

<https://tv.nrk.no/serie/harald-eia-presenterer-saann-er-norge/sesong/1/episode/6> (sett 21.3.2020)

Offerdal, A (1999) *Den politiske kommunen*. Oslo: Det Norske Samlaget

Osborn, S (2006) *The New Public Governance*. School of Management and Economics. Edinburg University UK.

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.476.2364&rep=rep1&type=pdf>

Pestoff, V (2016) *Co-production at the Crossroads of Public Administration Regimes- implications for generic defitions?* Routledge critical studies in Public Management. New York and London

<https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/194778/194778pub.pdf?sequence=1#page=43>

Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.

Ringdal, K (2018) *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget. 4 utgave. 1 opplag.

Rittel, H.W.J og Webber, M.M (1973) *Dilemmas in a General Theory of Planning*. Policy Science 4: 155-169.

Seniormeldingen (2014) *Seniormelding: Selvstendige, aktive og trygge eldre i Oslo* (Byrådssak 66/14, Bystyremelding nr.1/2014) Oslo: Oslo kommune
https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/1332815/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Bydeler/Bydel%20Vestre%20Aker/Politikk/Politiske%20saker/2015/2015-03-19%20Seniormelding%20-%20Bystyremelding%20nr.%201_2014/Seniormeldingen.pdf
(Lest 19.9.2019)

Smeby, J-C (2013) Kap.1 *Profesjon og ekspertise*. I Molander, A og Smeby, J-C (red). Profesjonsstudier 2. Oslo: Universitetsforlaget.

Solheim, M og Aarheim, K (2006) *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2 opplag.

Svensson, L G og Karlsson, A (2008) Kap. 15 *Profesjoner, kontroll og ansvar*. I Molander, A og Ternum, L I (red). Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforlaget.

Sivesind, K.H (2017) *The Changing Roles of For-Profit and Nonprofit Welfare Provision in Norway, Sweden and Denmark*. I Sivesind og Saglie (red). *Promoting Active Citizenship Markets and Choice in Scandinavian Welfare*.

Tortzen, A (2016) *Samskabelse i kommunale rammer – hvordan kan ledelse understøtte samskabelse?* Phd.afhandling, Institut for Samfunnsvidenskap og erverv. Roskilde University.

Vabø, M (2014) Kap.1 *Dilemmaer i velferdens organisering*. I Vabø, M (red) og Vabo, S, I (red) *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.

Yin, R.K (1984) *Case study research. Design and Methods*. Beverly Hills, Calif: Sage.

I denne oppgaven er det benyttet eget arbeid fra prosjektskissen, som var forberedende arbeid til masteroppgaven i kurs ME6 – 501 Forskningsdesign og metode, våren 2019. I kapittel: 1.1 s.8, kap: 1.1.2 s.12, kap: 1.4 s.16-18 og kap: 3.5 og 3.5.1 s.40-41.

7.0 Vedlegg

7.1 Vedlegg 1 – Intervjuguide

Intervjuguide

Innledning

1. Introdusere meg og oppgaven
2. Presentere hensikten med intervjuet
3. Sikre underskrift på samtykkeerklæring
4. Opplyse om taushetsplikt, anonymisering og muligheten for å trekke seg underveis
5. Informere om lydopptak for kvalitetssikring av sitater og at noen notater vil bli skrevet underveis i intervjuet
6. Spørre om det er noe uklart og om informanten har spørsmål

Overgang

7. Presentasjon av intervjuobjektet
 - Fortell litt om deg selv og din bakgrunn (utdanning, erfaring og hvor mange år som avdelingsleder)
 - Arbeidsoppgaver

Hovedtema

8. Leders perspektiv på begrepene tillit og faglighet
 - a. Hvordan forstår du tillit- og faglighetsreformen?
 - b. Hva betyr tillit og faglighet for deg i et arbeidsforhold?
 - c. Hva skal til for at du gir tillit til dine ansatte?
 - d. Hva forringer tilliten til dine ansatte
9. Leders praktisering av tillit – og faglighetsreformen
 - a. Hvordan forstår du tillitsreformen, hvorfor kommer den og hva har det medført av endringer?
 - b. Hva tror du hensikten med tillits – og faglighetsreformen er?
 - c. Hvordan praktiserer du tillit- og faglighetsreformen i avdelingen?
 - d. Hva fremmer reformen?

- e. Hva mener du hemmer reformen og praktiseringen rundt?
- f. Har du de riktige verktøyene for å jobbe med tillitsbasert ledelse? Hva trenger du eventuelt?
- g. Arbeider du på en annen måte nå i forhold til under normtider? Hvordan?
- h. Har du som ledere mer innflytelse på hvilken mål avdelingen skal sette seg og hvilke virkemidler en ønsker å benytte?
- i. Har du bekymringer knyttet til reformen, eventuelt hvilke?
- j. Vil du kalle tillit –og faglighet for en NPM- reform, eller er det en reform som skal reparere skader forårsaket av tidligere NPM-reformer?
- k. Opplever du at tillit- og faglighetsreformen er unik i Norge? Hvor tror du inspirasjonen kommer fra?

10. Praktisering av tillitsreformen

- a. Hvilken effekt har tillit –og faglighetsreformen hatt for din avdeling så langt?
- b. Tillit – og faglighetsreformen bedre enn normtider? Hvorfor?
- c. Myndiggjort medarbeidere – merker du en endring på de ansatte? Beskriv.
- d. Hvordan opplever du at etaten har lagt til rette for tillit – og faglighetsreformen?
- e. Hva tenker du skal til for at tillit – og faglighetsreformen skal bli forankret i organisasjonen?
- f. Hvordan opplever du å få rekruttert sykepleiere og fagarbeidere nå, i forhold til normtider? Ser du en endring?
- g. Tillit – og faglighetsreformen vs. Normtider, hva foretrekker du?

11. Profesjonsperspektivet

- a. Hvilke fordeler og ulemper påfører reformen profesjonene?
- b. Hvordan påvirker reformen yrkesutøvelsen? Gir denne reformen radikale endringer for hjemmesykepleien, hvordan?

12. Politisk styring eller avbyråkratisering

- a. Opplever du at hensikten med tillits- og faglighetsreformen er et resultat av politisk vilje eller byråkratiet selv?

- b. Hvilken side av norsk politikk vil du si tillits- og faglighetsreformen tilhører, høyre- eller venstre siden? Hvorfor?

Oppsummering

1. Har jeg forstått deg riktig?
2. Noe du ønsker å tilføre?
3. Er det noe jeg har glemt å spørre om? Noe jeg burde få med i oppgaven?

Avrunding

4. Takke for meg og opplyse om prosessen videre.
5. Spørre om det er greit jeg tar kontakt, dersom noe er uklart.

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Hjemmesykepleiens utfordringer, endringer og forbedringer. En reise gjennom ulike reformer og hvor tillits- og faglighetsreformen får sin plass. ”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse hvordan avdelingslederrollen har endret seg gjennom ulike reformskifter. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Masteroppgaven er en avsluttende del av masterstudiet organisasjon og ledelse ved Høgskolen på Vestlandet, avdeling Bergen. Temaet for oppgaven er hjemmesykepleiens utfordringer, endringer og forbedringer. En reise gjennom ulike reformer og hvor tillits- og faglighetsreformen får sin plass. Oppgavens formål er å se på hvordan avdelingslederrollen har endret seg etter implementeringen av tillit- og faglighetsreformen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget er trukket ut med kriterier om at man har jobbet som avdelingsleder i hjemmebaserte tjenester siden før tillit – og faglighetsreformen ble implementert.

Hva innebærer det for deg å delta?

I dette forskningsprosjektet vil det bli foretatt intervju, med spørsmål fra intervjuguide. Spørsmålene vil i størst grad relateres til tillit- og faglighetsreformen, hvordan den oppleves og praktiseres. Det vil bli satt av ca. 1 time til intervjuet. For å sikre at jeg får med meg alt av informasjon vil det bli benyttet lydopptaker under intervjuet, samt vil det blir tatt notater.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene som er beskrevet i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Hva skjer med opplysningene dine når jeg avslutter forskningsprosjektet? All informasjon som kommer frem under intervjuet vil være konfidensielt. Lyddopptak vil bli slettet etter jeg har skrevet den informasjonen jeg trenger. Alle opplysninger vil anonymiseres innen prosjektets slutt 14 juni 2020 og ingen av deltakerne vil bli gjenkjent i den ferdige masteroppgaven.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir meg rett til å behandle personopplysninger om deg?

Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, er du velkommen til å ta kontakt med meg per telefon: 95084149 eller sende en e-post til: swoldseth@hotmail.com.

Min veileder for denne masteroppgaven er Jill Merethe Loga, hun kan kontaktes på e-post: jill.merethe.loga@hvl.no

Du kan også rette spørsmål til NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Silje Woldseth Lussand

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet; Hjemmesykepleiens utfordringer, endringer og forbedringer. En reise gjennom ulike reformer og hvor tillits- og faglighetsreformen får sin plass. Og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 14 juni 2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

7.3 Vedlegg 3 – Godkjenning fra NSD

1.5.2020 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD

NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Hjemmesykepleiens utfordringer, endringer og forbedringer. En reise gjennom ulike reformer, hvor tillits og faglighetsreformen fr sin plass.

Referansenummer

983675

Registrert

03.10.2019 av Silje Ståhl Woldseth Lussand 160254@stud.hvl.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap / Institutt for samfunnsvitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Jill Merethe Loga, jill.merethe.loga@hvl.no, tlf: 55587504

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Silje Woldseth Lussand, swoldseth@holmail.com, tif: 95084149

Prosjektperiode

01.11.2019 12.06.2020

Status

15.10.2019 Vurdert

Vurdering (1)

15.10.2019 Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 15.10.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

Bruk av private enheter til behandling av personopplysninger må være i tråd med din institusjons retningslinjer for behandling av personopplysninger på private enheter.

Utvalget ditt taushetsplikt. Det er viktig at datainnsamlingen gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkelt personer eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon.

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5d8f11f5-c560483c-8324-59f4ad6e88a0> 1/3

1.5.2020 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvemombudmeld_prosjektmeld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om politisk oppfatning og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 12.6.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. §9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art.12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering15d8tl1f5-c560483c-8324-59f4ad6e88a0> 2/3

1.5.2020 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lisa Lie Bjordal

Tlf. Personverntjenester: 55 58 2117 (tast 1)

7.4 Vedlegg 4 – Godkjennelse fra Kunnskapskommunene

Vs: Henvendelse om masteroppgave om rollen som avdelingsleder under tillitsreform vs. normtider

Silje Woldseth Lussand <swoldseth@hotmail.com>

ma. 08.06.2020 06:00

Til: Silje Woldseth Lussand <swoldseth@hotmail.com>

Fra: Solbakk, Marianne Nikolaisen <Marianne.Solbakk@bergen.kommune.no>

Sendt: tirsdag 8. oktober 2019 06:43

Til: swoldseth@hotmail.com <swoldseth@hotmail.com>

Kopi: Nordvik, Nina Helene <NinaHelene.Nordvik@bergen.kommune.no>

Emne: SV: Henvendelse om masteroppgave om rollen som avdelingsleder under tillitsreform vs. normtider

Hei Silje Woldseth Lussand,

Takk for din henvendelse til Byrådsavdeling for helse og omsorg om hvordan det er å være avdelingsleder med tillits – og faglighetsreformen i sammenligning til tidligere normtider.

Etaten er positive til prosjektet ditt. Kontaktperson i det videre er Nina Helene Nordvik, rådgiver i Etat for hjemmebaserte tjenester (på kopi).

Vi har også en offentlig ph.d. som skriver doktorgradsavhandling om tillitsreform og ledelse, som straks er tilbake fra permisjon. Det vil sikkert være interessant for dere å snakke sammen. Hun heter Inghild Härström og har kontorsted i byrådsavdelingen og ved NHH.

Lykke til!

Mvh

Marianne N. Solbakk

Marianne N. Solbakk | Rådgiver forskning, innovasjon og utdanning | Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest | Seksjon for Innovasjon, Helse, Barn og unge | Bergen kommune, Byrådsavdeling for helse og omsorg | Besøksadresse: Bergen rådhus, 4. etasje | Mobil: 46950155 | E-post: Marianne.solbakk@bergen.kommune.no



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgåve i organisasjon og leing

MR691 masteroppgåve

Predefinert informasjon

Startdato:	29-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR1
Sluttdato:	12-06-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave	Studiepoeng:	30
SIS-kode:	203 MR691 1 MA 2020 VÅR1		

Deltaker

Naun:	Silje Ståhl Woldseth Lussand
Kandidatnr.:	303
HVL-id:	160254@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	22087	
Egenerklæring *:	Ja	Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?: Nei
Jeg bekrefter at jeg har Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:		

Jeg godkjenner autalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei