

Hildegunn Gutvik

Styring av kvalitet i sykehjem

En kvalitativ studie av bykommuners styringspraksiser for å sikre og utvikle kvalitet i sykehjem

Masteroppgave i sosiologi
Trondheim, juni 2016

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Hildegunn Gutvik

Styring av kvalitet i sykehjem

En kvalitativ studie av bykommuners styringspraksiser for å sikre og utvikle
kvalitet i sykehjem

Masteroppgave i sosiologi SOS3901
Institutt for sosiologi og statsvitenskap
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Vår 2016

SAMMENDRAG

Oppgaven utforsker spørsmålet om hvordan storbykommuner styrer sykehjem for å oppnå kvalitet. Undersøkelsen er en kvalitativ analyse basert på empirisk datamateriale bestående av intervju med representanter for administrasjonen av sykehjem i kommunene. Den baserer seg på hva administrasjonen beskriver som gode styringspraksiser for kvalitet. Oppgaven finner at de tradisjonelle kontrollsystemene vektlegges og brukes for å forbedre kvalitet, men da hovedsakelig begrenset til teknisk kvalitet, ofte med utgangspunkt i prosedyrer og avvik. I tillegg ser man at kvalitetsidealer om livsglede og aktivitet blir forsøkt realisert gjennom kontrollsystemer. Utviklingsstrategier for kvalitet brukes i noen grad gjennom informasjons- og erfaringsdeling, blant annet i nettverk hvor man kan håndtere kvalitetsutfordringer knyttet til det mellommenneskelige, der det ikke finnes standardiserte løsninger. Kommunene vektlegger i tillegg at investering i personalet en viktig strukturell betingelse for kvalitet i sykehjem, både for å ivareta sykehjemmets institusjonelle krav til kompetanse og faglighet, og samtidig krav om hjemlighet i form av trygge og stabile relasjoner.

FORORD

Denne oppgaven undersøker gode styringspraksiser for bykommuner i Norge med ansvar for kvalitet i sykehjem. Oppgaven er skrevet i tilknytning til Institutt for sosiologi og statsvitenskap ved NTNU, og markerer avslutningen på min lektorutdanning i samfunnsfag. Oppgaven har et omfang på 30 studiepoeng, og er et ledd i forskningsprosjektet "Fra ambisjon til handling: styring og ledelse av kvalitet i eldreomsorgen" (Rasmussen, NTNU). Jeg vil rette en stor takk til kommunene som tok i mot oss og gjorde undersøkelsen mulig.

Jeg var på utkikk etter et emne til masteroppgaven som handlet om offentlig administrasjon og var politisk interessant. Derfor var jeg heldig som fikk ta del i forskningsprosjektet om kvalitet i eldreomsorgen, ledet av Bente Rasmussen, professor i sosiologi ved NTNU. Hun har også vært min veileder. Bente har gitt fantastisk veiledning, satt meg på rett spor og sørget for god framdrift. Tusen takk for mange gode veiledningstimer.

En stor takk også til Mia Vabø, forsker ved NOVA, som tilbød seg å komme med tilbakemelding på oppgaven etter første utkast. Det bidro til å løfte oppgaven flere hakk, så tusen takk! Takk til min gode venn Stine-Marte, som tok seg tid til å lese korrektur, og takk til alle som har oppmuntret meg underveis.

Hildegunn Gutvik, 31. mai 2016, Trondheim

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
1.1. PROBLEMSTILLING	3
1.2. DISPOSISJON AV OPPGAVEN	3
2. TEORETISK RAMMEVERK	3
2.1. KVALITET	3
2.1.1. <i>Teknisk og mellommenneskelig kvalitet</i>	4
2.1.2. <i>Sykehjemmet som institusjon og hjem</i>	8
2.2. STYRING	10
2.2.1. <i>Endringer i styring i offentlig sektor</i>	12
2.2.2. <i>Kontroll og utvikling av omsorgens kvalitet</i>	13
2.3. KONKRETISERING AV PROBLEMSTILLING.....	16
3. FORSKNINGSMETODE FOR Å FINNE GODE STYRINGSPRAKSISER I KOMMUNENE	17
4. ANALYSE AV DE GODE STYRINGSPRAKSISENE FOR KVALITET I SYKEHJEM	21
4.1. NETTVERK FOR UTVIKLING.....	22
4.2. "ÅRETS AVVIKER" – AVVIK SOM FORBEDRINGSSTRATEGI	24
4.3. PROSEDYRER FOR Å HEVE DET FAGLIGE NIVÅET	29
4.4. STRATEGIER FOR LIVSGLEDE	32
4.4.1. <i>Tilrettelegging for livsglede</i>	32
4.4.2. <i>Sertifisering av livsgledesykehjem</i>	36
4.5. TILSYN GJENNOM BESØK	39
4.6. INVESTERING I PERSONALET	40
4.6.1. <i>Kompetente medarbeidere</i>	41
4.6.2. <i>Stabile og kjente ansatte</i>	43
5. DISKUSJON	46
6. REFERANSER	51

1. INNLEDNING

Den offentlige debatten rundt sykehjem har ofte svikt, feil og mangler i fokus. Kvalitet, eller manglende kvalitet, i helse- og omsorgstjenestene er av allmenn interesse, da de fleste av oss i løpet av livet - enten selv eller gjennom våre nærmeste - vil komme i kontakt med tjenestene. Kvalitet blir gjerne definert som god ressursutnyttelse, tilgjengelighet i form av sykehjemsdekning, tjenester som er trygge og virkningsfulle, som involverer brukerne og hvor organiseringen er preget av god samordning (Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten 2005-2015). Kvalitet på sykehjem oppleves innenfor institusjonen, men rammene for hva det er mulig å oppnå, ligger utenfor institusjonen. Vi må derfor forstå styringsapparatet som omgir sykehjemmene. Ettersom ansvar for pleie- og omsorgstjenestene ligger under kommunene, er en undersøkelse av kommunal styring et naturlig utgangspunkt for å forstå rammene rundt sykehjem.

Historisk sett ble pleietrengende eldre tatt hånd om av familien, men etter hvert som kvinner i økende grad ble yrkesaktive, tok myndighetene over ansvaret for helse- og omsorgstjenestene (NOU 1992). Det offentlige tilbudet var i utgangspunktet kollektivistisk orientert, med fokus på likhet og tjenester for alle. Etter hvert har verdien om individuell tilpasning fått større plass, med en forståelse av brukerne skal få tjenester skreddersydd sine behov (Dahl og Gullikstad 2002). Det er utviklet et lovverk som skal sikre at tjenestene har brukeren i sentrum, blant annet Kvalitetsforskriften (2003) og Verdighetsgarantien (2010).

Den faglige standarden for helse- og omsorgstjenester heves med bedre kunnskap og ny teknologi, og dermed øker også befolkningens forventning til helsevesenet. De offentlige helse- og omsorgstjenestene har vokst kontinuerlig (NOU 1992), og behovet er fortsatt økende, da vi blir flere eldre som lever lengre (St. meld. nr. 47 2008-2009). Dette har skapt et press på omsorgstjenestene og behov for bedre ressursutnyttelse og effektivitet. Kommunene har svart på dette ved å redusere institusjonsplasser på aldershjem og prioritere utbygging av den mindre kostnadskrevende hjemmebaserte eldreomsorgen (Rasmussen og Vabø 2014). Det henger også sammen med et ideal om at eldre bør være selvhjulpne og bo i sitt eget hjem så lenge som mulig (Thorsen og Wærness 1999). Dermed er det i dag er de sykeste og mest pleietrengende eldre som havner på sykehjem.

Fokuset på kostnadseffektivitet i helse- og omsorgstjenestene har vist seg i reformer hvor offentlige hierarkier splittes opp til resultatenheter, som får ansvar for å levere omsorg og styre økonomien innenfor tildelt budsjett (Torsteinsen 2012). Sykehjemmene blir utsatt for

systematisk sammenligning, som gir et element av konkurranse. Den offentlige forvaltningen opptrer som bestiller, og styrer gjennom kontrakter (Vabø 2014c). Dette skal gi bedre kontroll over resultater knyttet både til økonomi, innhold og kvalitet. Med begrensede ressurser innenfor budsjettet skal man tilby tjenester som står i forhold til lov- og kontraktsfestede krav til kvalitet. Dette kan beskrives som et dilemma mellom kostnadsreduksjoner og effektivitet i eldreomsorgen på den ene siden, og brukerorientering og kvalitet på den andre siden (Dahl og Gullikstad 2002). Sagt på en annen måte: den økonomiske rasjonaliteten kan komme i konflikt med omsorgsrasjonaliteten (Wærness 1999a), når man skal balansere behovet for å effektivisere og spare penger med behovet for å møte den omsorgstrengendes behov. Denne motsetningen rammer inn forståelsen av kvalitet og god omsorg.

Samhandlingsreformen ble innført i 2012 med en målsetting om at kommunene i større grad skulle ta seg av egne innbyggere og satse sterkere på forebygging av sykdom og skade (St. meld. nr. 47 2008-2009). Et økonomisk incentiv var innføring av dagbøter på 4000 kroner døgnet for kommuner som ikke tar i mot utskrivningsklare pasienter fra sykehus (Torjesen og Vabo 2014). Kommunene har derfor gjort seg i stand til å ta i mot pasienter tidligere enn før, og det har økt presset på medisinsk kompetanse, utstyr og prosedyrer for å kunne håndtere flere syke pasienter på sykehjemmene (Gautun og Syse 2013). Denne utviklingen har gjort sykehjemmene til ”minisykehus”, og ansatte må håndtere stadig mer avanserte medisinske oppgaver i møte med eldre som er sykere enn før. Det stiller store krav til institusjonens evne til å håndtere de medisinske sidene ved det å være et sykehjem.

Den medisinske funksjonen skal imidlertid også balanseres mot institusjonens hjemlige funksjon (Dahl og Gullikstad 2002). For langtidsbeboere blir sykehjemmet som regel et siste hjem, og den institusjonelle omsorgen møter derfor krav om at beboerne skal kunne leve et normalt liv med ivaretagelse av sine psykososiale behov og mulighet for innflytelse over egen hverdag (Vabø 2015). De ansatte må dermed ikke bare kunne utføre nødvendig medisin, pleie og daglig stell – knyttet til *sykelighet*, men det må utføres på en mellommenneskelig måte hvor det også er rom for *hjemlighet*, knyttet til det som skaper normalitet, verdighet og mening i hverdagen. Det stiller store krav til de ansatte som er der. Kvalitet i sykehjem befinner seg altså i et spenn mellom to krav som ikke nødvendigvis kan forenes: institusjonelle krav til medisinsk profesjonalitet og håndtering av sykkelighet, og krav til hjemlighet og tilrettelegging for egenmestring, aktivitet og menneskelig nærhet.

1.1. Problemstilling

Kommunene har altså utfordringen med å realisere kvalitet i sykehjem med begrensede ressurser og økende behov. De skal sørge for eldre som er sykere enn før, og sykehjem må derfor ha en sterkere medisinsk orientering. Samtidig skal de tilrettelegge for de eldre sine behov knyttet til ikke bare det å være pasient, men også et menneske, med menneskelige og hjemlige behov. Oppgaven vil undersøke hvordan kommunene styrer sykehjemmene for å oppnå kvalitet. Jeg vil være interessert i hvordan de har fokus på både den medisinske behandlingen og den menneskelige behandlingen.

1.2. Disposisjon av oppgaven

I neste kapittel utvikler jeg en teoretisk ramme for tema og problemstilling. Jeg vil klargjøre begrepene kvalitet og styring og belyse det spenningsfeltet som eksisterer når det gjelder kvalitet i sykehjem og styringsstrategier for å oppnå kvalitet. Dette vil munne ut i en konkretisering av problemstillingen. Deretter vil jeg gjøre rede for metode og fremgangsmåte i undersøkelsen. Analysen utgjør hovedkapittelet der resultater fra undersøkelsen presenteres i lys av forskningsspørsmålene. Til slutt gis en avsluttende diskusjon med konklusjon.

2. TEORETISK RAMMEVERK

2.1. Kvalitet

Kvalitet i sykehjem må forstås innenfor rammen av at oppholdet på et sykehjem er en tvungen eller nødvendig situasjon – de eldre er hjelpetrengende og *må* derfor bo på sykehjem. Som hjelpetrengende har man noen fysiske behov knyttet til det kroppen trenger, og kvalitet er da knyttet til den medisinske behandlingen og pleien, inkludert mat, frisk luft, og aktivisering for å unngå liggesår eller opprettholde funksjonsnivå. Disse behovene kan tilfredstilles ved å følge rutiner og faglige oppskrifter på god praksis. Som menneske vil derimot andre behov også være viktige for livskvaliteten.

Donabedian (1988), som selv var lege og er kjent for sitt arbeid rundt konseptualisering av kvalitet i helsetjenestene, mente at man bør tilnærme seg kvalitet sett fra tre hold: struktur, prosess og resultat. Donabedian vektlegger at man må forstå sammenhengen mellom struktur, prosess og resultat, for å kunne vurdere kvalitet i helse- og omsorg. Det er ikke tilstrekkelig kun å se tjenestekvalitet i retrospekt, i form av hvilke *resultater* tjenestene har eksempelvis på beboernes helse eller målt brukertilfredshet. Man må ta utgangspunkt i at struktur påvirker prosess, og prosess påvirker resultat. Struktur er de

prospektive forutsetningene for å skape god kvalitet: rammene og det som kjennetegner settingen for omsorgen. Det kan være sykehjemmets geografiske plassering, bygningens utforming, tilgang på teknologi, penger, eller antall ansatte i forhold til antall beboere. Prosess er hvordan arbeidet organiseres og utføres, både rutinemessig og relasjonelt. Strukturforhold og prosesser er på den måten forutsetninger for gode resultater i sykehjemmets kvalitet.

Kvalitet er i seg selv udefinert, men implisitt ligger det at det er noe vi ønsker mer av. Kvalitet kan beskrives som tilfredsstillelse av noen forventninger, krav, eller behov (Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene 2004, Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten 2005-2015). Hva man i utgangspunktet forventer, vil dermed også avgjøre hvordan man opplever kvaliteten. Innen omsorg kan kvalitet defineres som at tjenestene er gode for dem som mottar dem, og ivaretar mottakerens verdighet (Slagsvold 1999: 105). Lovverket skisserer krav til at tjenestene skal være individuelt orientert rundt den enkeltes tilstand og behov, og for å sikre tjenesteutvikling i tråd med de økte lovkravene, er det nedfelt krav om kvalitetssystemer for internkontroll (Internkontrollforskrift i helsetjenesten 2003). Forskriften krever skriftlig nedfelle prosedyrer som skal sikre og dokumentere at lovens krav til kvalitet etterleves, og systematisk og kontinuerlig forbedring av tjenestene.

2.1.1. Teknisk og mellommenneskelig kvalitet

Når Donabedian skal forklare hva som ligger bak kvalitet i helsesektoren, skiller han mellom teknisk kvalitet og mellommenneskelig kvalitet (Donabedian 1988). Teknisk kvalitet viser til praktiske, fysiske oppgaver med kroppen, knyttet til medisiner, rehabilitering, pleie, hygiene, mat og andre kroppslige behov. Disse oppgavene kan beskrives mer eller mindre instrumentelt som oppskrifter i standarder og prosedyrer for ”beste praksis”, og er dermed mulig å måle (Vabø 2015). Mellommenneskelig kvalitet viser til kommunikasjonen og samhandlingen med beboeren - kunsten å tilpasse seg uforutsigbarhet og menneskelig variasjon. Det handler om forhold som empati, omtanke, og respekt – taust omsorgsarbeid som ikke er tydelige arbeidsoppgaver, men som er av betydelig omsorgsverdi, og ligger implisitt i den profesjonelle yrkesetikken (Vabø 2014, 2015). Mellommenneskelig kvalitet i omsorg oppnås med andre ord gjennom et subtile arbeid som har oppmerksomheten og innsatsen sentrert rundt den enkelte og den gitte situasjonen man til enhver tid må håndtere. I motsetning til den eksplisitte kunnskapen, som er skriftliggjort i rutiner og prosedyrer, er den tause kunnskapen situasjonsavhengig og personlig, innebygd i den daglige praksisen. Vabø (2014b) viser at den mellommenneskelige kvaliteten i stor grad beror på emosjonelt arbeid – hvordan de ansatte tar i bruk seg selv og egne følelsesuttrykk som ”redskap” i arbeidet for å

skape kontakt og anerkjennelse. Emosjonelt arbeid inngår i de fleste yrker, men er særlig viktig i omsorgsarbeid, der kjernen er å fremkalle bestemte gode følelser hos beboerne gjennom egen oppførsel, og målet er verdighet, trygghet, livsmot og mestring. Den personlige relasjonen mellom ansatt og beboer blir spesielt viktig. Arbeidet med mennesker mestres gjennom at man bruker sine egne sosiale evner som verktøy (Vabø 2015). Denne formen for arbeid krever en form for sosial intelligens, og er en skjult ressurs som mennesker opparbeider seg og utvikler basert på erfaring og talent (Vabø 2015). Godt emosjonelt arbeid handler både om å ivareta beboernes velvære ved å tilpasse seg gitte situasjoner (Vabø 2015), men også om å ”forme” situasjoner som kan lette negative følelser og vekke glede hos beboerne (Fjær og Vabø 2013). Å skape gode situasjonsbetingelser er ikke bare forbeholdt aktivtørens invitasjoner til sosiale opplevelser en gang i blant – det er også noe som preger daglige oppgaver knyttet til mat og stell, hvor man med små grep kan fremkalle en god stemning (Vabø 2015). Næss, Fjær og Vabø (2016) bruker betegnelsen *assistert selvpresentasjon* om alle de små arbeidsoperasjonene pleierne utfører for å hjelpe beboere å uttrykke sin selvidentitet – hjelp til å velge passende klær, hjelp til å huske sin egen livshistorie, og så videre. Ambisjonen er å ivareta individets selvfølelse, noe som ikke kan styres instrumentelt. Dette arbeidet krever at personalet kjenner til og anerkjenner beboerne som individer med en egen historie og egne preferanser (Næss, Fjær og Vabø 2016). Emosjonelt arbeid forutsetter at man ikke er unnvikende og haster avgårde, men er imøtekommende og kontaktsøkende (Vabø 2015). Gode sykehjem beskrives som steder der personalet tar seg tid til å prate med beboerne, blir kjent med dem og behandler dem med respekt og omtanke (Vabø 2015). Det er en emosjonell dimensjon ved omsorg, som er basert på omtanke og et ønske om å møte det individuelle ved mottakerens behov for hjelp og behov for å leve et fullverdig liv. Omsorg har altså både en emosjonell og en fysisk dimensjon (Wærness 1999a) – omsorg er både mellommenneskelig og teknisk. Uten det mellommenneskelige er det ”pleie uten omsorg”, slik det er omtalt av Martinsen og Wærness (1991), som har stilt spørsmål om fokuset på teknisk pleie og behandling fortrenger omsorgen for de syke.

Den tekniske kvaliteten kommer til uttrykk i korrekt utført behandling og pleie basert på nyeste kunnskap og teknologi, og den mellommenneskelige kvaliteten gjennom at samhandlingen kjennetegnes av empati og emosjonell årvåkenhet. Derimot er ikke de to kvalitetene er adskilte, men *sammenvevde* dimensjoner (Donabedian 1988). For eksempel er det viktig å kommunisere og samtale med den enkelte for å forstå symptomer og plager. Prosedyrer for utdeling av medisin kan følges korrekt og uten avvik, men hva hjelper det

dersom man deler ut feil medisiner? Samhandling mellom personalet og den enkelte er altså viktig i seg selv, men den er også viktig for den tekniske kvaliteten. Og begge kvalitetene skal realiseres av det samme personalet.

Støkken (2014), som har forsket på kvalitetsarbeid i ulike velferdsorganisasjoner, har en tilnærming til kvalitet tilsvarende Donabedian. Hun mener kvalitet kan forstås enten abstrahert eller kontekstuell. En abstrahert forståelse ser kvalitet som *kontekstueavhengig*, og henspiller på de tekniske sidene som kan tallfestes, måles og sjekkes i kontrollsystemer basert på krav og kontrakter til drift av sykehjem. Beboere, ansatte og andre ses som objekter, ikke subjekter. Det gjør det mulig å vurdere kvalitet sett utenfra og sammenligne på tvers av ulike sykehjem. En kontekstuell forståelse, derimot, ser kvalitet som forankret i den konkrete relasjonen og samhandlingen – det mellommenneskelige. Den er basert på den konkrete sosiale konteksten og avspeiler individuelle erfaringer, som ikke fanges opp i abstrakte standarder. De to kvalitetsforståelsene bidrar til å utvikle to bilder av institusjonen: et formelt bilde, skriftlig formulert i regler og rutiner basert på en forståelse av ”beste praksis”, og et reelt bilde, som avspeiler det faktiske dagliglivet på institusjonen (Støkken 2014). Den kunnskapen som ligger i den nære relasjonen mellom ansatte og beboere, fanges ikke opp i det formelle bildet (Vabø 2014b). Fordi det formelle styringsspråket er kontekstløst, er det ikke i stand til å favne detaljriksomheten i de daglige møtene med beboerne (Vabø 2014c). Den formelle og abstrakte kunnskapen er interessant og anvendbar for politikere og administratorer, men har liten relevans for utøverne av omsorg, som må løse hverdagsproblemer basert på kontekstuell kunnskap (Wærness 1999a).

Det er kun enkelte deler av sykehjem som kan formuleres i abstraherte og instrumentelle standarder og prosedyrer, fordi de er stabile og kontrollerbare. Dette er typisk oppgaver knyttet til det kroppen trenger av medisin og stell – det som er definert som teknisk kvalitet (Vabø 2014c). Styringssystemer kan planlegge for å kontrollere og løse tekniske problemer, men ikke de mellommenneskelige. Omsorgsoppgaver som lar seg avgrense og løse ut fra etablerte standarder, kan beskrives som ”tamme” problemer, i motsetning til ”uregjerlige” problemer, som må *håndteres* basert på den konkrete konteksten man befinner seg i (Rittel og Webber 1973). Oppskrifter på riktig praksis egner seg på det som er stabilt og forutsigbart, men ikke når situasjonen preges av uforutsette og varierende hendelser (Vabø 2014a). Vabø (2015) vektlegger at sykehjem i hovedsak er dynamiske organisasjoner, hvor det å håndtere forhold som er usikre og uforutsigbare er en sentral del av hverdagen. Selv om døgnet er forutsigbart inndelt i ulike aktiviteter, og oppgaver utføres i henhold til formaliserte rutiner og prosedyrer, er møtet mellom utøver og beboer av natur *uforutsigbart*. I møtet

mellom mennesker er det som skal til for å skape trygghet og verdighet noe som vil variere fra person til person og fra dag til dag (Vabø 2015). Ettersom det typiske ved omsorgsarbeid er det menneskebehandling og de uregjerlige problemene som må finne sin løsning i omsorgsutøverens direkte kontakt med beboerne (Vabo 2014b), er det noe sentralt i omsorgsarbeidet som ikke kan planlegges på forhånd og formaliseres. For å oppnå mellommenneskelig kvalitet og legge til rette for håndtering av uregjerlige problemer, må arbeidssituasjonen være preget av tilstrekkelig frihet og fleksibilitet til å kunne tilpasse seg beboernes skiftende behov (Wærness 1999a: 57). Det må være rom for faglig skjønn, for å ta seg tid og tilby årvåkenhet, oppmerksomhet og nærhet. Når politiske og administrative ledere etterspør regler, rutiner og dokumentasjon for å sikre at sykehjemstjenestene fungerer etter hensikten, er det et forsøk på å skape et forutsigbart bilde av omsorgsarbeidet – men utfordringen er at det er umulig å forutberegne nøyaktig hva hvert enkelt individ trenger til enhver tid, og hvordan det bør håndteres i hvert enkelt tilfelle (Vabø 2014b). Når det kommer til mellommenneskelig kvalitet har de derfor et styringsproblem (Vabø 2014b).

De instrumentelle rasjonalitetsformer som råder i offentlig styring og organisering av omsorg er kritisert av Wærness (1999a) for å fokusere på den formelle og abstrakte kunnskapen. Dermed overses det mellommenneskelige og det opplevelsesmessiges betydning for omsorgens kvalitet. Organisering og styring er basert på en forståelse av mennesker som formålsrasjonelle og instrumentelle aktører, hvor det mellommenneskelige har liten plass. Wærness setter den instrumentelle organiseringen opp mot det hun selv har begrepsfestet som *omsorgsrasjonalitet* for å beskrive de sidene av omsorgsarbeidet som er basert på empati, personlig kjennskap og evne til å tilpasse seg den enkelte. Hun mener viktigheten av omsorgsrasjonalitet må anerkjennes, slik at den ikke blir fortrent av instrumentelle rasjonalitetsformer. Karlsen (2002) som har forsket på profesjonsetikk i skolen, peker på den samme utfordringen, når systemlogikken i offentlig sektor kun gir det målrettede og prosedyriske verdi. Gjennom standardisering forsøker man å *gjøre* møter mellom mennesker forutsigbare og målrettede. Menneskene man har med å gjøre blir på et vis et forstyrrende element for det man skal utføre. Karlsen vektlegger at møtet mellom mennesker er preget av en grunnleggende uberegnelighet som ikke kan kalkuleres, og derfor er instrumentelle planer og rutiner ikke tilstrekkelig for å håndtere det menneskelige.

Sykehjemmet skal ikke bare være et sted hvor kroppen holdes i live, men hvor man skal kunne *leve* med emosjonelle og menneskelige opplevelser. Ivaretagelse av den tekniske kvaliteten er viktig for at beboerne skal ha mulighet til å opprettholde sitt funksjonsnivå eller oppnå rehabilitering, for å begrense ubehag, smerte og sykdom, og for å sørge for mat,

hygiene, frisk luft og alt som kroppen trenger. Ansatte må kunne gi rett medisin og gjøre de rette rehabiliteringsgrepene, samtidig som de skal ivareta den mellommenneskelige kvaliteten ved å vise empatisk omsorg og sørge for livskvalitet. Dahl og Gullikstad (2002) beskriver det som at behovet for både formell kompetanse og ”hjemmets” kompetanse møtes i sykehjemdriften.

2.1.2. Sykehjemmet som institusjon og hjem

Sykehjemmet ligger i krysningen mellom den private og den offentlige sfære. Det er for langtidsbeboere både en behandlingstilstand, og et siste hjem. Det er et miljø der noen bor og noen arbeider. De institusjonelle kravene til medisinsk behandling og pleie blir viktigere når menneskene som bor på sykehjem i dag er sykere enn før og krever mer medisinsk oppfølging. Likevel har det oppstått et økt fokus på hjemlighet (Vabø 2015). Krav til hjemlighet og hverdagsliv er nedfelt blant annet i St.meld. nr. 25 (2005-2006). I sykehjem forsøker man å kombinere det institusjonelle og det hjemlige, og det gir det noen utfordringer til kvaliteten (Vabø 2015).

Sykehjemets fysiske utforming spiller en rolle i hvorvidt det hjemlige hemmes eller fremmes (Vihma 2013). Deler av sykehjemmet oppleves mer som et hjem, for eksempel hvis beboerne har egne rom. Møbler og gjenstander bidrar til om man føler seg hjemme da de er uttrykk for verdier, preferanser og historie. Andre deler av sykehjemmet, som korridorer og kantine, er halv-offentlige, og dermed manifesteres det institusjonelle. I møtet med lange korridorer og institusjonelle rutiner, kan det hjemlige lett bli marginalisert (Vabø 2015).

Som institusjon har sykehjem nødvendigvis mer enn et vanlig hjem krav til hygiene, rutiner, orden, formalitet og effektivitet, og dette kan virke inn på den mellommenneskelige hjemlige aktiviteten (Vihma 2013). Fordi sykehjem er arbeidsplassen til de ansatte, gjelder arbeidstid, ansvar, rutiner og fritid som påvirker aktivitetene og atmosfæren på sykehjemmet. Aktiviteter og menneskelig kontakt som forbindes med det personlige og private, blir preget av institusjon når det må settes av tid og arrangeres. Oppstyking, tidsrammer, rutiner, arbeidsdeling og profesjonsgrenser bidrar til å understøtte det institusjonelle. Det er et paradoks at det kalles *sykehjem*, fordi beboerne bestemmer ikke over sin egen livssituasjon, slik de ville gjort i et vanlig hjem. Enkle ting som å gå seg en tur eller lage seg en kopp te er i beste fall vanskelig, i verste fall umulig. De må underlegge seg autoriteten og disiplinen av den formelle organiseringen – de har ikke de samme rettighetene og privilegiene som de ville hatt i et vanlig hjem. Personlige funksjoner, som å vaske seg, kle seg, og spise, administreres gjennom sykehjemdriften, og seksuelle behov er ofte tabu. Elementer som bygger opp under

hjemlighet er at brukere selv får bestemme når de vil stå opp og legge seg, når og hva de vil spise, og når de vil gjøre ulike aktiviteter. Dette handlingsrommet må de imidlertid bli gitt av de som drifter sykehjemmet.

Ved å tilrettelegge livet i institusjonen for å ligne mest mulig et normalt liv, styrkes hjemligheten. Det innebærer å balansere den enkeltes avhengighet med selvstendighet, og i større grad legge opp driften etter beboerens premisser. Ved å la beboerne bestemme mer selv og delta mer aktivt, motarbeides en medisinsk modell der det rutinemessige står i sentrum. I følge Vabø (2015) viser hjemlighet seg i krav om å tilby personsentrert omsorg med autonomi og valgfrihet for beboerne. Beboerne skal ikke bare behandles som pasienter, men med et helhetlig menneskesyn som tar utgangspunkt i at de er selvstendige subjekter og samtidig sosiale vesener. De skal ikke bare holdes fysisk ved like eller i live, men skal også ha livskvalitet gjennom økt tilrettelegging for egenmestring, delaktighet, og menneskelig nærhet. Dette kommer til uttrykk i Kvalitetsforskriften (2003) og Verdighetsgarantien (2010) der blant annet krav til individuell tilpasning, selvstendighet, sosial kontakt og aktivitet er nedfelt. Dette gir verdi til den mellommenneskelige kvaliteten – omsorgsrasjonaliteten - som er vanskelig å måle (Vabø 2015). Trivsel og livskvalitet knyttes til selvstendighet og aktivitet, der passiv omsorg skal erstattes med mestringsevne i dagligdagse aktiviteter og gjøremål. Vi ser altså at i en institusjon der mennesker bor fordi de ikke er i stand til å klare seg selv og hvor nivået av sykkelighet har økt, er kvalitetsidealet at de skal bidra mer i sitt eget liv, bli mer selvhjulpne og selvstendige. Det er en vanskelig oppgave å sørge for hjemlighet samtidig som kravene til medisinsk profesjonalitet øker, når de eldre er sykere enn før og trenger mer spesialisert behandling (Vabø 2015). Økt sykkelighet øker avhengigheten av at de andre kan ta seg av viktige oppgaver og beslutninger på vegne av en selv. Det øker også arbeidspresset, hvor fokuset blir en lang rekke medisinske og praktiske pleieoppgaver fremfor et omsorgsarbeid med helhetlig fokus som også inkluderer det mellommenneskelige for å skape en god dag for beboerne. Sykehjemmet preges av et spenningsforhold mellom institusjon og hjem, hvor man på samme tid skal ta ansvar for andres avhengighet og behov for hjelp, og gi rom for selvstendighet og selvbestemmelse for å ivareta psykososiale behov (Vabø 2015).

Arbeidets omstendigheter og organisering kan bidra til å styrke hjemlighet ved å etterligne en familiær omsorgssituasjon, med kontinuitet i relasjonene (Dahl og Gullikstad 2002). Den institusjonelle rammen, hvor det er avsatt tid til hver beboer med definerte oppgaver og rutiner for institusjonen som helhet, vil prege den opplevde nærheten i relasjonen mellom beboer og ansatt. Ved at beboerne får én eller få faste ansatte å forholde seg til, og flest mulig av oppgavene utføres av samme person, ligger det bedre til rette for utvikling av

en personlig kontakt hvor nærhet og tillit oppstår og der man får anledning til å oppleve hverandre som konkrete personer. Den gode relasjonen er preget av varighet, noen som er der hver dag, noen som er kjent. Den institusjonelle rammen legger også betingelser for muligheten til praksiser knyttet til emosjonelt arbeid, med fokus på å ta seg tid og bli kjent med beboernes særtrekk og historie. Å ha en kultur hvor det er viktig å skape et godt hjem for beboerne innebærer også at de ansatte utfører så mye som mulig av oppgavene sammen med beboerne, og bruker mest mulig av arbeidstida sammen med beboerne. For at beboerne skal oppleve mellommenneskelig kvalitet, er man derfor avhengig av en viss varighet, stabilitet og at man kan *ta seg tid* i arbeidet. Det står i motsetning til den institusjonaliserte effektivitetslogikken utviklet på basis av en økonomisk, instrumentell rasjonalitet, hvor arbeidet er målrettet og rutiner skal gjøre at man får gjort mest mulig på kortest mulig tid (Dahl og Gullikstad 2002). Å *se* hver enkelt beboer som person blir vanskelig når ansatte har oppstykkede og spesialiserte arbeidsoppgaver, og begrenset med tid til hver enkelt. Wærness (1999b) mener økt travelhet og krav til effektivitet i den offentlige omsorgstjenesten skaper grusomhet i form av krenkelser av menneskeverdet. En travel omsorgstjeneste kjennetegnes av at noen kommer og går, utfører raske oppdrag i form av nødvendig pleie, tildeling av medisin eller avlevering av mat – tekniske, fysiske prosesser – preget av upersonlige og kjølige relasjoner. Beboeren blir gjenstand for noen instrumentelle oppgaver. I følge Wærness kan de menneskelige kvalitetene i omsorgssektoren bare styrkes i situasjoner hvor det er *ro nok* til at den hjelpetrengende blir trygg på at man er i gode hender hos noen som ser en som en konkret person.

Sykehjemmet som institusjon og hjem rommer altså noen spenningsfelt. Krav for å sikre medisinske og praktiske gjøremål på en arbeidsplass preget av timeplan og med sterkt hjelpetrengende beboere, møter krav om å fremstå hjemlig for å sikre at beboerne er aktive i eget liv og får ivaretatt sin selvstendighet og særskilte personlighet, i meningsfylte sosiale fellesskap. Samtidig utfordrer institusjonslogikken med sine effektivitetskrav de omsorgsrasjonelle forutsetningene for å skape mellommenneskelig kvalitet. Her er utfordringen å balansere at noe må spares, samtidig som noe må investeres i, for å sikre både teknisk og mellommenneskelig kvalitet.

2.2. Styring

Sykehjem er rammet inn av offentlig styring. Helse- og omsorgstjenestene er et lovpålagt kommunalt ansvar, selv om noen kommuner benytter seg av private tilbydere av sykehjemstjenester. Kommunene styres av staten, blant annet gjennom lovgivning,

finansiering, og krav om rapportering av kommunal virksomhet (Vabo 2014a). Kommunene registrerer og rapporterer kvalitet basert på indikatorer, samt oversikt over kostnader og pasientbehov, blant annet i KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering), IPLOS (Individbasert Pleie- og Omsorgs-Statistikk) og ASSS (Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner). Med dette får man statistikk og registre som gir et bilde på kvaliteten på et overordnet nivå. Det finnes i dag ikke ett samlet register eller system i Norge for å kartlegge kvalitet i indikatorer som kan gi tallmateriale både på kommunalt og nasjonalt nivå.

Gjennom statlige føringer får man en viss likhet i tjenestetilbudet, men kommunene har fortsatt stor frihet i hvordan de organiserer eldreomsorgstjenestene, og tilbudet varierer derfor. Sammen med de lovpålagte kravene har kommunene gjerne lokale målsetninger til kvalitet.

Styring handler om å påvirke eller endre samfunnet på en bevisst og planmessig måte, og kan beskrives som bruk av makt (Røiseland og Vabo 2012). Styringsmakt gir mulighet til å fastsette mål og velge virkemidler for gjennomføring (Ladegård og Vabo 2011). Vi kan skille mellom hard og myk styringsmakt (Røiseland og Vabo 2012). Hard styring innebærer tvang og autoritær instruksordre, mens den myke styringen tar utgangspunkt i andre former for autoritet eller påvirkning og vil bære preg av samarbeid, forhandling, medbestemmelse, felles mål og forpliktelser. En lignende kategorisering skiller mellom korrigerende og overtalende styringsmakt (Scott 2008). Den første virker gjennom kontroll, straff og belønning, mens den andre bruker argumenter og appellerer til fornuft for å overtale de som skal styres, til selv å *ville* handle på den måten de styrende ønsker. Mens førstnevnte innebærer større innslag av tvangsvirkemidler, innebærer sistnevnte en disiplinering hvor man skaper selvstyrende aktører som aktivt vil jobbe for å oppfylle målene som de styrende har definert. Makt til å tilrettelegge slik at de som styres frivillig innfrir krav og mål, er en positiv maktforståelse slik vi finner hos Foucault (2002) og hans begrep ”governmentalitet” – en forståelse av makt som produktiv, brukt til å stimulere bestemte former for atferd (Rasmussen 2016). Dette skiller seg fra en negativ maktforståelse, der makt handler om begrensning og forhindring. Når det gjelder kommunenes styring for kvalitet, vil det være et spørsmål om virkemidlene overfor sykehjemmene bærer preg av tvang, instruks og kontroll, eller forhandling, medbestemmelse og produktivitet.

Styring og ledelse brukes gjerne om hverandre, men kan kategoriseres som to ulike virkemidler. Ladegård og Vabo (2011) mener at et viktig prinsipielt skille ligger i at ledelse er personorientert påvirkning, mens styring er systemorientert. I denne sammenheng kan vi forstå ledelse som det som skjer lokalt på operativt nivå, fra dag til dag på de ulike

sykehjemmene, mens styring skjer sentralt og kollektivt, fra kommunens politiske og administrative ledelse. Oppgaven retter seg mot kommuners overordnede *styring* av sykehjem, som er noe annet enn den *ledelsen* som foregår på hvert enkelt sykehjem. Samtidig vil de to være knyttet sammen, ved at styringen vil innebære å legge rammer for ledelsen på operativt nivå.

Skillet mellom styring og ledelse innebærer også en oppdeling i forståelsen av hvordan kvalitetsarbeid foregår. Ledelse kan forstås som relasjonell og dynamisk påvirkning, hvor kvalitetsmål og virkemidler ikke er forhåndsdefinert, men gjenstand for forhandling lokalt ut fra hva virksomheten anser som viktig (Ladegård og Vabo 2011). Styring, på sin side, er systemorientert påvirkning hvor man bruker systemer av formaliserte styringsinstrumenter for å kontrollere og påvirke atferden i organisasjonen mot bedre kvalitet (ibid.). Påvirkning gjennom et system krever alltid en form for standardisering (Ladegård og Vabo 2011), og styring som virkemiddel er derfor atskillig mer *konkret, etterprøvbart og eksplisitt* enn ledelse.

2.2.1. Endringer i styring i offentlig sektor

Organisering og styring av offentlig sektor i vestlige samfunn ble gjenstand for endringer i 1980-årene med liberaliseringsbølgen som betegnes som New Public Management, heretter NPM (Hood 1991). I Norge har NPM-elementer blitt innført under overskriften modernisering av offentlig sektor (Rasmussen 2016). Offentlig sektor skulle bli mer lik privat sektor, mer effektiv og kvitte seg med problemer som byråkratisk treghet og firkantethet. NPM er et samlebegrep for flere ulike elementer (Hood 1991). Et hovedgrep for NPM i norske kommuner var å gå vekk fra tradisjonell byråkratisk organisering av tjenester hvor sykehjemmene skulle sørge for god kvalitet og omsorg, men ofte gikk med underskudd, til en modell med indirekte styring ”på armlengdes avstand”, hvor ansvaret for tjenestene desentraliseres til sykehjem som utførerenheter med ansvar for å levere avtalte resultat til omsorgens innhold og kvalitet innenfor en definert budsjetttramme. Dette kalles resultatenhetsmodellen, og er normen i kommune-Norge (Torsteinsen 2012). På den måten skulle man fjerne underskuddet ved at sykehjemmene fikk ansvar for å presse seg selv til å føre budsjettdisiplin. De avtalte kravene i form av standardiserte indikatorer, eksempelvis brukertilfredshet og avvik, blir målt og kontrollert. Modellen åpner for å bruke private aktører eller kommunale enheter som leverandører for spesifiserte krav til innhold og pris på omsorgstjenestene. I England betydde NPM privatisering av offentlig sektor (Rasmussen 2016). I Norge er privatisering i noen grad gjennomført i helse- og omsorgssektoren i Oslo, blant annet ved at de har konkurranseutsatt flertallet av sine sykehjem, mens Bergen og

Trondheim har prøvd det ut i mindre skala, men deretter gått bort fra det av politiske grunner. Derimot er element av konkurranse innført som incentiv for effektivitet og bedre løsninger i kommune-Norge ved "benchmarking" hvor sykehjemmene måles og sammenlignes med hverandre i resultatmålinger.

Den nye organiseringen var basert på mål- og resultatstyring av sykehjemmene, og dermed må kommunene også overvåke og kontrollere hvorvidt de ønskede resultatene oppnås. NPM medførte derfor en eksplosjon av internkontroll i offentlig sektor (Hood, James, Jones, Scott og Travers 2015). Kostnadene ved dette betegnes som transaksjonskostnader, som oppstår når kontrakter på tjenester forhandles og driften reguleres gjennom kontrollsystemer som måling og dokumentasjon (Williamson 1979). Mens NPM ble innført med mål om bedre kostnadskontroll- og effektivitet, medfører organiseringen også økte transaksjonskostnader, men disse regnes ofte ikke med i det totale regnestykket, hvor man oftest kun vektlegger kostnadene ved selve tjenesteutførelsen.

2.2.2. Kontroll og utvikling av omsorgens kvalitet

Kvalitet i omsorg kan kategoriseres i teknisk og mellommenneskelig kvalitet – det målbare og kontrollerbare knyttet til praktisk-fysiske oppgaver, og det uforutsigbare, uregjerlige i den menneskelige relasjonen. Innsatsen er både effektive og målrettede rutiner og kompetanse for det tekniske, og tid og empati for det mellommenneskelige. Begge deler er betingelser for god kvalitet.

Endringene i offentlig sektor hadde både kostnadseffektivisering og bedre tjenestekvalitet som mål. Økt fokus på kostnadseffektivisering ble sett som nødvendig i og med veksten i de offentlige velferdstjenestene. Man måtte kvitte seg med sløseri, og fokusere på *målet* med virksomheten. I en målrasjonell organisasjon blir det standardiserte, målbare krav som blir viktige resultatindikatorer for kvalitet, for gjennom dem kan omsorgens innhold synliggjøres og styres (Vabø 2014c). Dermed faller omsorgens mellommenneskelighet i tillitsrelasjoner bort som en relevant del av kvaliteten fra systemets side, fordi den ikke lar seg vurdere etter tekniske standarder og prosedyrer som måleverktøyene er basert på (Donabedian 1988). De resultatene som gis verdi i resultatmålingssystemet, sier ikke nødvendigvis noe om kvaliteten slik den oppleves av de som mottar tjenestene, eller de som må utøve dem (Rasmussen 2016). Kontrollsystemene krever også bruk av ressurser som stjeler tid fra primæroppgaven knyttet til omsorgsutøvelse, og oppmuntrer til å følge prosedyrer og mål som innskrenker muligheten til å gjøre individuelle vurderinger og tilpasninger – systemene kommer derfor i konflikt med det yrkesutøverne oppfatter som avgjørende betingelser for å

gjøre en god jobb (Vabø 2015: 78). Det er en kjent sak at metodologien som ligger i resultatmålinger er imperfekt og ikke kan fange opp ”virkeligheten” av organisasjonens praksis (Clarke 2005). Resultatmålinger gir ikke et helhetlig bilde, men viser hva noen har bestemt skal regnes som kvalitet.

Økt press på økonomi og effektivitet kan gjøre at kvaliteten blir skadelidende (Thorsen og Wærness 1999: 19). Når budsjettansvar legges til nivået hvor omsorgsrasjonaliteten i utgangspunktet burde råde, utfordres den av den økonomiske rasjonaliteten og skaper noen dilemmaer (Wærness 1999a). Kostnadseffektivisering kan vise seg ved innsparinger på lønnskostnader med redusert bemanning eller kompetanse i personalet. Med knapp bemanning vil de ansatte oppleve konflikten hvor de på den ene siden skal yte omsorg, men på den andre siden være effektive i tidsbruken. Det legges press på rommet for empati, tilpasning og kommunikasjon, og man får ikke tid til å ta seg av den enkelte og utføre personsentrert omsorg som er vesentlig for den mellommenneskelige kvaliteten (Vabø 2014a).

Som følge av mål- og resultatstyringen i NPM, må sykehjemmene bruke ressurser på å dokumentere og rapportere egen virksomhet, for å vise hvorvidt og i hvilken grad de har oppnådd de definerte målene og forventede resultatene til kvalitet – dette omtaler Wulff, Rasmussen og Westgaard (2000) som defensiv dokumentasjon. Den defensive dokumentasjonen blir en måte å helgardere seg selv – en forsvarsmekanisme for å ha papir på at man har utført jobben som bestilt. Krav om dokumentasjon blir også en styrings- og kontrollstrategi i kvalitetsarbeidet, hvor man kommuniserer krav og sikrer at man får de resultatene man ønsker, basert på det som er spesifisert. Fokuset på å måle og dokumenterte resultater kan også henge sammen med det politiske ønsket om å vise fram for offentligheten de forbedringene man har oppnådd i tjenestene – det Clarke (2005) beskriver som ”performing for the public”. Vi kan derfor forstå resultatmålinger som en måte å dokumentere tjenestenes kvalitet.

Kvalitetskontrollsystemer er basert på en reaktiv tilnærming, tradisjonelt forbundet med sikkerhetsstyring, hvor målet er å begrense risiko, avvik og uønskede hendelser til et så lavt nivå som mulig, og lære av feil (Vabø 2015). Kvalitet blir dermed å hindre at det går galt. Hollnagel er professor og forsker blant annet på risiko, sikkerhet og kvalitetsforbedring (Hollnagel, Woods og Leveson 2006, Hollnagel, Braithwaite og Wears 2015). Han mener vi bør studere og lære av vanlig, vellykket drift, og ikke ha blikket festet bare på avvik og feil (Hollnagel m. fl. 2006, Hollnagel m. fl. 2015). For å oppnå kvalitet er én strategi standardisering av prosedyrer og avviksregistrering når det oppstår feil. Tradisjonelle

kvalitetssystemer egner seg for forutsigbare virksomheter, men kommer til kort når det gjelder å takle uforutsigbarhet, noe som kjennetegner de uregjerlige problemene i omsorgsarbeidet. En alternativ strategi er å bygge en virksomhet som har evnen til å takle det uforutsette i situasjoner der standardiserte prosedyrer kommer til kort. Denne kvalitetsstrategien må konsentrere seg om å lære av det som går bra, heller enn det som går galt – det som er *pålitelig*. Pålitelige organisasjoner har lokal fleksibilitet til å tilpasse seg og fungere under krevende, skiftende forhold (Rosness 2002). Her lykkes man i å rette opp i svakheter og risiko før ulykker oppstår, og derfor er ulykker noe som sjelden skjer. Man er fokusert på hvorfor man lykkes og hvorfor hverdagsaktivitetene går bra, heller enn kriser og feil som oppstår av og til. Fokuset er ikke på å forklare årsaken bak ulykker, men på å utvikle systemer for korrigerende, som gjør organisasjonen pålitelig. Dette innebærer at de som jobber sammen, må ha en godt sammensatt og utfyllende kompetanse, og en kultur med aksept for å spørre om råd, observere hverandre i arbeidet, og om nødvendig stille kritiske spørsmål, utfordre hverandres vurderinger og handlinger for å korrigere og lære av hverandre. Det forutsetter at det er rom for kritisk refleksjon over eget og hverandres arbeid. Mens reaksjoner på alvorlige hendelser bærer preg av brannslukkingsaktiviteter, innebærer kvalitetsutvikling i proaktiv forstand å se muligheten for forbedring i organisasjonen som helhet. Oppmerksomheten rettes ikke bare mot svakheter og feil, men også mot styrken og mulighetene i det gode arbeidet: Hvordan folk skaper og opprettholder gode arbeidsbetingelser, hvordan folk kompenserer for det som mangler, hvordan folk unngår framtidige problemer, og alle andre gode praksiser. Pålitelig organisering innebærer kontinuerlig vurdering av egen prestasjon, og tilpasning og justering i møte med en dynamisk kompleksitet (Hollnagel m. fl. 2006).

I motsetning til en kvalitets*kontroll*strategi, som sjekker krav på forhåndsdefinerte standarder, kan man føre en kvalitets*utviklings*strategi, basert på erfaringer av det som virker – de gode praksisene, og det blir dermed en måte å håndtere det uforutsigbare og uregjerlige. Pålitelige organisasjoner har fleksibilitet til å tilpasse seg endrede betingelser. Mens tradisjonell sikkerhetstenkning baserer seg på styring ovenfra, må pålitelige organisasjoner kunne fungere nedenfra (Hollnagel m. fl. 2006). Utfordringen er at en katastrofe får stor oppmerksomhet, men fraværet av en katastrofe får ingen oppmerksomhet. Avvik og feil er synlige kvalitetsindikatorer, men de mekanismene som skaper pålitelighet – eller kvalitet – er vanskeligere å få øye på (Rosness 2002).

2.3. Konkretisering av problemstilling

Ettersom avviks- og kontrollsystemer er avhengig av standardisering, og den mellommenneskelige kvaliteten ikke kan standardiseres, er det vesentlige deler av omsorgskvaliteten som ikke ivaretas gjennom kontrollsystemer. Kontrollsystemenes standardisering har dessuten en mållinje – et definert nivå man kan oppnå eller få avvik fra. Et alternativ til kvalitetskontrollen er utviklingsstrategier der kvalitet er noe man stadig må utvikle og søke seg fram mot, i kontinuerlig forbedring, ikke definert av gitte standarder (Støkken 2014). En kvalitetsstyringsstrategi overfor sykehjem som er basert på å *lære av gode praksiser*, vil ta utgangspunkt i *hva som fungerer* og hva slags strukturer og prosesser som bidrar til å understøtte at man *lykkes* med å kombinere den praktisk-tekniske og mellommenneskelige kvaliteten, og refleksjoner over hvorfor man har gode resultater knyttet til både de fysiske og emosjonelle behovene hos beboerne.

Oppgaven dreier seg om hvordan sykehjem styres av kommunene for å oppnå kvalitet. I lys av det teoretiske rammeverket ser vi at noe er viktig for å oppnå mellommenneskelig kvalitet, blant annet muligheten til tid og varighet i relasjonene, gjennom at hjelperne er faste og stabile og dermed kjent for beboerne. Vi ser også at i tillegg til utvikling av den mellommenneskelige kvaliteten mellom beboere og ansatte, vektlegges kontrollstrategier hvor man følger opp teknisk kvalitet gjennom dokumentasjon og oppfølging av regler, prosesser og prosedyrer og avvik fra disse.

Som jeg vil gjøre rede for i neste kapittel om forskningsmetode, undersøker jeg de *administrative* aktørenes forståelse av hva som er gode praksiser. I analysen, hvor jeg belyser gode styringspraksiser for å oppnå kvalitet, er det basert på hva *administrasjonen* tenker er adekvate styringsverktøy ut fra eget ståsted. Oppfatningene deres handler til dels om hva de mener er gode *prinsipper* for hvordan kvalitetsarbeid bør eller må skje – altså kontroll eller utvikling – som viser seg i ulike *praksiser*. Praksiser forstås her som hva kommunene konkret gjør med hensikt å skape kvalitet i sykehjem.

I og med at jeg er ute etter praksiser for kontroll og utvikling av kvalitet, er det interessant hvilken logikk som legges til grunn. Omsorgsrasjonaliteten bygger på en annen logikk enn den tradisjonelle lineære instrumentelle tilsynslogikken. Omsorgsrasjonalitet omfatter en forståelse av omsorg som både praktisk, fysisk arbeid med kroppen, men samtidig også mellommenneskelig, emosjonelt arbeid. Når kontrollpraksiser dominerer, ligger den instrumentelle logikken til grunn. Utviklingspraksiser, derimot, legger i større grad en omsorgsrasjonell logikk til grunn, som inkluderer menneskelig samhandling hvor uforutsigbarhet er normalen, og derfor ikke *kan* styres instrumentelt.

Fokuset blir å undersøke hvordan man balanserer mellom kontroll og utvikling i kvalitetsarbeidet. Kvalitetsarbeid er her tenkt som hvordan man ivaretar og styrker omsorgskvaliteten både til de praktisk-tekniske sidene knyttet til beboernes sykелighet, og de mellommenneskelige sidene mer knyttet til hjemlighet. Helt konkret er oppgavens problemstilling: Hvilke styringspraksiser for kontroll- og utvikling – som de administrative aktørene selv beskriver som gode praksiser – brukes av kommunene for å skape kvalitet i sykehjem? Da er det særlig interessant å undersøke hvorvidt de administrative aktørene har en bevissthet om at visse deler av omsorgsarbeidet ikke lar seg forhåndsdefinere gjennom standarder og prosedyrer i henhold til tradisjonell kontrolltenkning. Før jeg går over på analysen vil jeg redegjøre for forskningsmetode og gjennomføring av undersøkelse.

3. FORSKNINGSMETODE FOR Å FINNE GODE STYRINGSPRAKSISER I KOMMUNENE

Kvalitet i eldreomsorgen er et lovpålagt ansvar kommunene *skal* sørge for. Kvalitetsforskriften kom i 2003 og skal sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov basert på kvaliteter som selvstendighet, styring av eget liv, og sosiale behov som fellesskap og aktivitet. Eksisterende lovverk ble ytterligere supplert med Verdighetsgarantien som kom som egen forskrift i 2010, og styrker rettsvernet for en verdig og meningsfull alderdom for de under kommunal omsorg, blant annet ved at tjenestetilbudet så langt det er mulig skal være tilpasset individuelle behov. Disse forskriftene gjelder for alle sykehjem, herunder private sykehjem som utfører tjenester på kommunens vegne, men kommunen er selv ansvarlig for å følge opp at lovpålagte krav realiseres. Forskriftene konkretiserer i noen grad hva kvalitet i sykehjem skal være, og legger derfor føringer for kommunenes prioriteringer. Samtidig representerer forskriftene noen ideologiske verdier som ikke er konkretisert, og hvor det derfor blir opp til kommunene å gi de konkret innhold. Hvordan kommunene jobber for å realisere lovpålagte krav til kvalitet, i tillegg til lokale føringer og prioriteringer, er derfor bakgrunnen for denne studien.

Studien av gode styringspraksiser for å sikre og utvikle kvalitet i sykehjem ble utført med utvalgs kommunene Oslo, Bergen og Trondheim – byer med mange likhetstrekk, men også forskjeller, blant annet i organisering og styringsmodeller. Oslo og Bergen har parlamentarisme, mens Trondheim har formannskapsmodell. Styringsmodellene sier noe om forholdet mellom politikere og administrasjon i kommunene, men ikke nødvendigvis noe om hvilke strategier og tiltak de prioriterer.

Sykehjemmene har et stort og komplekst styringsapparat rundt seg. Vi intervjuet representanter fra administrasjonen for sykehjem i de tre kommunene. I Trondheim vil det si *staben* under kommunaldirektøren for helse- og velferd, mens det i Bergen og Oslo er egne *etater* for sykehjem under den politisk ansvarlige byråd. Det var likevel flere likheter mellom Bergen og Trondheim i hvordan de hadde organisert administrasjonen av sykehjem. De to hadde flat organisering i to nivå, med en liten administrasjon som øverste nivå og sykehjemmene organisert under som resultatenheter. I Oslo lignet organiseringen av sykehjemsetaten mer et "departement", som en av informantene sa, ved at den er stor og mer hierarkisk organisert med mange avdelinger og direktører, blant annet to direktører for henholdsvis kommunale og private sykehjem, som også er organisert som resultatenheter. Sykehjemsetaten i Oslo kommune er Norges største drifter av sykehjem, med 22 kommunale og kontrakt med 26 private sykehjem, hvorav 15 kommersielle, på tidspunktet vi utførte vår undersøkelse. Bergen hadde på tidspunktet vi utførte undersøkelsen 21 kommunale og 18 private sykehjem, hvorav to kommersielle og resten ideelle. I Trondheim var det ingen kommersielle, men driftsavtale med tre ideelle aktører, i tillegg til 18 i egenregi.

Undersøkelsen ble utført våren 2015, på et tidspunkt da Bergen og Oslo hadde politisk borgerlig styre, mens Trondheim var styrt av sentrum-venstre-partier. I ettertid har det vært politisk skifte i Bergen og Oslo, noe som har medført endret politikk overfor de kommersielle private sykehjemsaktørene. Begge de nye sentrum-venstre-byrådene i Bergen og Oslo har besluttet å avvikle kommersiell drift av sykehjem, og erstatte det med drift i egen- eller ideell regi. Dette ble også gjort i Trondheim etter man i 2003 fikk politisk skifte og året etter rekommunaliserte to sykehjem etter utløpt kontrakt. De ulike politiske flertall som medfører ulik bruk av private aktører er relevant for oppgaven, da det betinger muligheter for styring. Muligheten for å styre institusjoner i kommunal egenregi er større, mens private styres i henhold til kontrakt eller driftsavtale.

At de tre utvalgskommunene opererer med resultatenheter innebærer at de har lederstyring – de styrer gjennom lederne på hvert enkelt sykehjem. Instruksjer og initiativ tas gjennom lederne. I tillegg opererer alle tre med vanlige styringsverktøy, som periodiske, tidsavgrensede leder- og driftsavtaler, avvikskontroll og brukerundersøkelser. Vi ville se nærmere på dette, men også se hva mer de gjør – hvilke andre strategier har de for utvikling og kontroll av kvalitet? Vi valgte derfor å intervju administrasjonen med ansvar for sykehjem.

Brev til kommunene ble sendt ut av prosjektleder før jul 2014, med informasjon om prosjektet og forespørsel om å utføre undersøkelsen. Før jul ble også prosjektet meldt inn til

NSD (Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS). Tidlig ble en prosjektbeskrivelse i to versjoner – en lang og en kort – utarbeidet av prosjektleder. Vi utformet sammen en temaguide over de spørsmål vi ønsket å få svar på under intervjuene. Dette inkluderte ikke innhenting av personopplysninger, men informasjon om tiltak, systemer og prosesser. Vi formulerte temaguiden som en stikkordsbasert samtaleliste for intervjuene, hvor vektleggingen og rekkefølge ble tilpasset det enkelte intervju etter hva som ble trukket fram som viktig eller hva vi fant interessant. I tillegg til å utføre semistrukturerte intervjuer med nøkkelinformanter med ansvar for sykehjem i kommunene, ba vi om dokumenter som kunne utdype eller konkretisere informasjon vi fikk under intervjuene, deriblant eksempler på drifts- og lederavtaler og beskrivelser av kvalitetssystem.

Intervjuene med representanter fra administrasjonen var lange samtaler hvor vi ba dem fortelle om hvordan de jobber med kvalitet. Det ble gjort lydopptak av samtalene som i ettertid ble transkribert i sin helhet og mest mulig nøyaktig for å kunne brukes i analysen, og deretter ble det slettet av etiske hensyn. Under intervjuene ble ikke temaguiden fulgt i rekkefølge og heller ikke alle tema ble tatt med. Vi fikk ulike historier som forteller om hva de har gjort i det siste basert på blant annet nye lovforskrifter og hva de mener er viktig, noe som også var forskjellig ut fra forskjellige situasjoner. Vi fikk derfor ikke vite alt, men det vi fikk vite kan vise hvordan en storby jobber med kvalitet i sykehjem. Av byene vi undersøkte var det to vi fikk tilgang til hvor vi utførte intervjuene selv, mens undersøkelsen av den tredje ble utført av samarbeidspartner i prosjektet *Contested Spaces* som undersøker gode praksiser i sykehjem og som hadde forskningssamarbeid med kommunen (Vabø 2015). Alle intervjuene ble utført på arbeidsplassen til administrasjonen. I Bergen brukte vi en hel dag på intervjuer, hvor vi hadde individintervju med etatssjefen, og gruppeintervju med resten av etaten, det vil si tre rådgivere med hver sine spesialfelt. I Trondheim møtte vi fire fra rådmannens fagstab i et gruppeintervju på halvannen time. Også i Oslo var intervjulengden på halvannen time i samtale med to direktører i sykehjemsetaten. Gjennomgående var informantene interessert i problemstillingen og ville gi oss mye informasjon.

Analysen ble utført i en prosess med vekselvis fokus på teori og empiri. Teorien ble valgt for å kunne belyse det empiriske datamaterialet i form av transkriberte intervjuer. Empirien ble på den måten plassert innenfor en teoretisk ramme. Deretter ble teorien brukt som struktur for analysen, som kan sies å ha vært teoridrevet, ved at datamaterialet ble sortert og valgt ut på bakgrunn av hvorvidt det belyser motsetningene og spørsmålene skissert i teorikapittelet. I strukturering av analysen var det sentralt å finne en god fremstilling av et

datamateriale fra tre kommuner som *ikke* skal sammenlignes, men hvor tiltak, prioriteringer og erfaringer skal belyses på tvers av kommunene for å vise arbeidet som gjøres for å øke kvaliteten i sykehjem gjennom styring. Jeg har valgt ut de delene av materialet som jeg synes er interessant for å synliggjøre nettopp *gode* praksiser for å styre kvalitet i sykehjem, og har konsentrert meg om disse. Fordi beskrivelsene i empirien er av systemisk art, og ikke personlige, vil jeg referere til byen administrasjonen tilhører når jeg refererer sitater i analysen. Jeg refererer til Trondheim som (T), Bergen som (B), og Oslo som (O). For å kvalitetssikre beskrivelsene i oppgaven, fikk utvalgskommunene tilsendt et ferdig utkast av analysen med mulighet for å sjekke at gjengivelsene er riktige og melde fra om eventuelle feil.

Viktigst for forskningsmetoden var å få svar på det jeg ville, nemlig hvordan kommunene styrer sykehjem for å oppnå kvalitet. Det er viktig å understreke at dataene er begrenset. De er ikke egnet til å si alt om styringssystemene, selv om de kan si noe. De oppfatningene og vurderingene som formidles i oppgaven kommer fra administrativt ansatte i forvaltningen. Dersom vi hadde intervjuet politikere, sykehjemsledere eller ansatte, ville det sannsynligvis kommet fram annen informasjon. Hvordan en tilsynsordning eller et system for internkontroll eller kvalitetsutvikling fungerer, vil bero på hvilke kunnskaper og motiver ulike aktører har nedover i systemet (Nørgaard, A. S., Rosendahl, M. og Jensen, D. C. 2008: 15). Administrativt ansatte vil nok være mer opptatt av å innhente informasjon fra sykehjemmene som gir dem et overblikk – det vil si som gjør det mulig å sammenligne sykehjem, mens for eksempel ansatte vil være mest opptatt av systemer og endringer som gjør at de kan fokusere tiden på kjerneoppgavene og at det blir enklere å utføre arbeidet på en god måte. Hva som er nyttig for det enkelte sykehjem og hva som er nyttig for administrasjonen vil derfor ikke nødvendigvis være det samme. Jeg har ingen egen empiri om hvordan ledere og ansatte oppfatter systemer med prosedyrer og avvik. Men det finnes andre undersøkelser som antyder at det ser mer problematisk ut fra ansattes ståsted (Hofstad 2015). Det blir vanskelig å trekke slutninger om *gode praksiser* bare ved å intervju administrativt ansatte. Derfor understreker jeg at det er de administrative aktørenes egen forståelse av hva som er gode praksiser som beskrives i denne oppgaven. Det er viktig å være klar over at de praksisene som utgjør kommunenes styringssystem skal ”filtreres” gjennom mange aktører når de implementeres nedover i organisasjonen, blant de på operativt nivå. Selv om styringspraksisene er definert som gode av administrative aktører, vil dette være avhengig av øyet som ser.

4. ANALYSE AV DE GODE STYRINGSPRAKSISENE FOR KVALITET I SYKEHJEM

Jeg har argumentert for at kvalitetsarbeid i sykehjem kan ta form av enten kontroll eller utvikling. Det vil si at man enten vil sikre et visst nivå ved å hindre og rette opp feil, eller at man vil lære av de gode erfaringene når det går godt, og utvikle en organisasjon man kan *stole på*. Tradisjonelle kvalitetssystemer baserer seg på å kontrollere det forutsigbare ved organisasjoner, og viser seg blant annet i avvikskontroll og prosedyrer – instruksjoner de ansatte skal følge. Dette gjelder typisk tekniske prosesser knyttet til pleie, medisinerer, og tilrettelegging for å dekke de fysiske behovene. Den alternative kvalitetsstrategien som Hollnagel argumenterer for, er basert på at deler av organisasjonen er preget av uforutsigbarhet, og at man derfor må jobbe for kvalitet ved å sørge for at man har fleksibilitet og evne til å håndtere de delene av arbeidet som ikke passer inn i standarder og prosedyrer, men som må tas hånd om i hvert enkelt tilfelle. Dette gjelder typisk mellommenneskelige prosesser med emosjonelt arbeid. Ved å fokusere på det som gjør at man lykkes – erfaringer av det som virker – vil man bli bedre i stand til å håndtere situasjoner hvor løsninger ikke kan planlegges. I denne oppgaven er jeg ute etter både kontroll- og utviklingsstrategier som kommunene bruker, som de selv beskriver som *gode praksiser* for å skape kvalitet i sykehjem. Etersom kommunene er relativt likt organisert og de er underlagt det samme lovverket, er det mye som er likt i hvordan de jobber med kvalitet. Jeg vil vektlegge både det som er likt og de praksisene som enkelte har satset på og som andre kan lære av.

Før jeg går inn på hva kommunene gjør for å skape kvalitet i sykehjemmene, vil jeg si noe om de mulighetene og begrensningene som ligger i kommunenes handlingsrom. De tre utvalgskommunene har alle *delegert* ansvaret for sykehjemstjenestene til resultatenheter – det vil si enten kommunale eller private sykehjem, som styres på kontrakt. Kontraktene er *lederavtaler* med kommunale, eller *driftsavtaler* med private. Kontraktene inneholder økonomiske rammer i form av budsjett, i tillegg til krav til innhold og drift, hvorav sykehjemmene må vise til *resultater*. Det som er styrende for kontraktens innhold er både lovverk og politiske signaler. Kommunenes styringsmulighet overfor private aktører er mindre – man er i større grad priggitt kontraktene og det er kun ved inngåelse og fornyelse av disse at man kan legge inn nye krav og føringer. Overfor kommunale sykehjem er det større mulighet for å styre ”hands-on”. Det delegerte ansvaret sier likevel noe om at også kvalitet er *sykehjemmenes* oppgave å sørge for. Hva de ulike sykehjemmene gjør og hva de prioriterer, har ikke vi undersøkt. Men vi kan regne med at mye kvalitetsarbeid skjer på sykehjemmene,

uten kommunenes styring og involvering. Dette kan eksempelvis være fokus på individuell tilrettelegging for den enkelte beboers ønsker om tidspunkt for å stå opp og legge seg, spise og gjøre aktiviteter. Eller det kan være lokalt, medarbeiderdrevet utviklingsarbeid for å *endre* måten man gjør ting på lokalt. Poenget er at mye som er viktig for kvaliteten, gjøres på sykehjemmene uten styring fra kommunene. Den desentraliserte modellen for sykehjemstjenestene ble beskrevet som viktig: ”Hvis vi begynner å tro at vi har en mulighet til å styre det ytterste lille ledd, så mislykkes vi” (B). De var likevel opptatt av at kommunen *kan* gjøre en forskjell gjennom sin styring for kvalitet, og det er nettopp hva kommunene gjør som er fokus her.

4.1. Nettverk for utvikling

Å drive utviklingsarbeid ved å lete etter områder hvor man vil forbedre seg er ikke noe man må på samme måte som man *må* drive internkontroll fordi det er lovpålagt. Fokuset blir som regel på feil og i mindre grad det gode som skjer, som man også kan lære av: ”Vi har jo en kultur der vi ikke er så veldig flinke til å lete etter de gode eksemplene, der vi ser på: Hva gjorde vi, der vi synes det gikk bra?” (T). Likevel har kommunene erfart at å sette i gang samhandling og samarbeidsprosjekter gir en gevinst for kvaliteten og beboerne. Mens internkontroll har større preg av en defensiv strategi for å passe på at man har alt på stell og sikrer bunnen, handler utviklingsstrategier om å forbedre dagens praksis – å gjøre *mer* enn i dag, eller mer enn det man *må*. I motsetning til kontrollsystemer som gir ”svaret” i form av oppskrifter på god praksis, baserer utviklingsarbeid seg på en forståelse av at svarene og kunnskapen ligger hos de ansatte – men de må gis rom til å reflektere og dele erfaringer.

En måte alle de tre kommunene la til rette for forbedring basert på *gode erfaringer*, var å etablere og organisere grupper, nettverk eller forum for informasjonsdeling og dermed læring mellom sykehjemmene. Dette er utviklingsarbeid som er *institusjonalisert*, det vil si det er blitt en fast, regelmessig del av vanlig praksis. Eksempelvis hadde både Oslo og Bergen kvalitetsutvalg både sentralt på etatsnivå og lokalt på sykehjemmene, som var viktig for å drøfte ting som dukker opp: ”Det er få ganger vi sitter helt fast og tenker: Hvordan skal vi ta det, hvordan skal vi få drøftet det? For vi har liksom et fora du kan ta det i, og da er det noe med strukturen som i hvert fall fungerer” (O).

I nettverkene deles erfaringer og ideer om gode arbeidsformer, og utfordringer og tema av felles interesse diskuteres – om hva som skal til for å gjøre hverdagen eller tilbudet bedre, og basert på dette setter man i gang tiltak eller prosjekter på tema som kommer opp som viktige. Man kan si at i nettverkene er det endringsprosesser som drives mer nedenfra

enn ovenfra. I stedet for å basere seg på teoretisk kunnskap lagt inn i prosedyrer, tar man utgangspunkt i erfaringskunnskapen blant de ulike yrkesgruppene på sykehjemmene.

Nettverkene går på kryss og tvers og med ulike sammensetninger: ansatte, ledere og administrasjon, ulike fagdisipliner, inkludert leger, sykepleiere, rehabiliteringspersonale og fagarbeidere. Oslo har også plukket ut ansatte på hver sykehjemsavdeling som de utdanner til ”etikk-kontakter”, som får opplæring og ansvar for å organisere refleksjonsgrupper på sine avdelinger. Deltakelse i dette er pålagt for kommunale sykehjem, mens private deltar på frivillig basis. Trondheim og Bergen fremhevet at de inkluderer og oppfordrer de private til å ta del i nettverkene – de har etablert en konsensus om at private forventes å delta, og jobber for å ha dem ”tett på”. Nettverkene ble beskrevet som et ”helt nødvendig samarbeid for å få god kvalitet på tjenesten” (B). Ettersom kvalitet er et felles anliggende, ble det fremhevet som viktig å skape felles samarbeid for å *snakke sammen*, slik at man finner gode løsninger, ”med pasienten i fokus” (B). Samtidig ble det beskrevet som viktig, særlig i ledernettverkene, at de kunne få støtte og ”opp-backing” fra hverandre: ”Det handler veldig mye om det sosiale, at også lederen har gode sparringspartnere i nettverk, fra andre som står i tilsvarende situasjoner, så du har noen i ryggen når du selv går inn i din egen organisasjon” (O).

Nettverkene er utvikling med mer eller mindre involvering fra kommunens administrasjon. Noen ganger er nettverkene mer orientert rundt de lokale utfordringene og opplevelsene av hva som er viktig, med lav grad av involvering fra kommunen som heller fungerer som tilrettelegger og støtte. Andre ganger deltar representanter fra administrasjonen eller etatsledelsen for å overbevise eller overtale de andre i organisasjonen om å gjøre det på måten administrasjonen har bestemt er best eller riktig. Nettverkene er altså en måte for kommunene å involvere seg ved å gi inspirasjon og oppmuntring, og spre sine ideer for hvordan de mener ting bør gjøres, samt å få innspill. Innspillene er nyttige for å inkludere yrkesutøvernes oppfatninger om hvordan sentrale styringsplaner kan tilpasses slik at de vil fungere i hverdagen og i det konkrete arbeidet som skal utføres: ”Selv om det blir organisert ovenfra, så er det kommunikasjonen ut i systemet som gjør at man får det til” (B). Dette skaper *forankring* av planer for sykehjemmene blant de ansatte, det vil si at føringer fra kommunen ”ovenfra” brytes mot og diskuteres i nettverk for de ”der nede” på operativt nivå som skal iverksette endringene. På den måten skaper man velvilje, og ”får de med på laget” (B). Nettverkene bærer ikke preg av kontroll, men læring og utvikling, samt i noen grad myk styring ved at kommunene introduserer og skaper diskusjon og konsensus om sentralt initierte prosjekter og endringer. Særlig Bergen var bevisst at det delegerte ansvaret til sykehjemmene medfører at kommunen i liten grad kan bruke direktiv og heller må ha *myk styring* for å

forankre beslutninger nedover i systemet: ”Det skjer ikke noe uten at man er enig. Vi kommer med mange forslag, og så får de komme med innspill. Det må overtalelse og faglige begrunnelser til” (B). Det var viktig for Bergen å gjøre en jobb for å få sykehjemslederne til å være med på prosjekter og initiativ fra etaten – det var viktig for å få ting gjennomført. Når man har overlatt myndigheten til sykehjemmene, er nettverk en måte det jobbes på for likevel å forandre praksis fra kommunalt hold. I den desentraliserte modellen har ikke administrasjonen den samme myndigheten til å gi instruksjer eller direkte ordre, men det som blir kommunisert har mer form av overtalelse eller invitasjon, hvor sykehjemmene kan *velge* å følge rådene, men hvor samarbeid og enighet synes å være en viktig verdi. I nettverkene løses motsetningen mellom autonomi og styring – mellom det delegerte, lokale handlingsrommet og den sentrale styringsmakten.

I motsetning til kontrollsystemenes krav og instruksjer, hvor målet for hva man ønsker å oppnå allerede er definert, er nettverkene basert på lokal forankring og involvering, med tillit til de profesjonelle, hvor de selv definerer utviklingsveier (Vabø 2015). Utviklingen bygger på erfaringskunnskapen hos ansatte og beboere – *det som har vist seg å virke* i hverdagen. Gjennom å organisere for nettverk og sette av tid og rom for samhandling, stimulerer og legitimerer kommunene denne typen utviklingsarbeid. Gjennom å institusjonalisere utviklingsarbeidet i nettverk, bygger man en selvkritisk og *lærende organisasjon* med fokus på forbedring (Støkken 2014).

4.2. ”Årets avviker” – avvik som forbedringsstrategi

Alle kommunene registrerer avvik i sykehjemstjenestene. Det er en del av internkontrollsystemet, som kommunene er lovpålagt å ha, for å sikre at lovens krav til kvalitet overholdes. Det er et styringsverktøy som skal bidra til *faglig* forsvarlige tjenester, og dermed ivareta teknisk kvalitet. Internkontroll er typisk i vårt moderne samfunn, som synes å være avhengig av en rekke systemer som skal sikre at funksjoner og tjenester leveres på riktig måte, ved å *unngå at noe går galt*. Det er kvalitetssystemer som handler om å hindre feil og å forsvare standarden. Systemet får alle til å jobbe for å hindre avvik, det vil si hindre at noe ikke er som det skal. Kvalitetsarbeidet bunner derfor i noe problematisk. I Trondheim beskrev de avvik som at ”vi har tabbet oss ut og det har fått en konsekvens for den vi yter tjenesten til” (T). Avviksmeldingene er en tilbakemelding på at man ikke strekker til på gitte områder. Det er ikke hva som helst som kan meldes som avvik – det skal være avvik fra en standard, et brudd på en prosedyre, lov eller forskrift, eller det er en alvorlig hendelse som en fallulykke. ”Vi har jo ingen lov for duk på bordet, det får være grenser” (O). Mens Trondheim og Oslo

vektlegger avvikssystemet som en sentral del av internkontrollarbeidet og har hvert sitt system for dette (Kvaliteket og Kvalitetslosen), mangler Bergen ett avvikssystem. Likevel er det å dokumentere og ta tak i avvik, feil og mangler – å ”lukke avvik” – en viktig del av forbedringsarbeidet i alle kommunene. Perspektivet er altså at avvik representerer noe som må *løses* – det skal vekke en reaksjon i form av at det må gjøres endringer eller forbedringer.

I Bergen var det en erkjennelse at de ikke har gode nok systemer for registrering av avvik: ”Vi er for så vidt enig om at det er ingen ideell situasjon” (B). Ulike avvik registreres i ulike systemer, og Bergen beskrev det som at ”det er ikke slik man egentlig ønsker å ha det”. Det skaper en uoversiktlig situasjon, både for de i administrasjonen som vil ha god statistikk og for de ”på gulvet” som skal registrere avvik og må forholde seg til mange systemer. Mangelen på ett system for avvik i Bergen kan være årsaken til at avvik ikke vektlegges som den viktigste delen av internkontrollen i Bergen, men at de har mer fokus på utforming og implementering av prosedyrer. Til tross for mangelen på ett avvikssystem i Bergen, jobber de med å forbedre måten avviksregistreringene gjøres på, ved å sørge for en ens forståelse for klassifisering av ulike avvik i ulike alvorlighetsgrader og dermed en mer lik praksis for hvordan registreringene gjøres. Også Oslo har drevet opplæring over flere år for at ansatte skal ha kunnskap om hva som skal registreres som avvik.

Både Kvaliteket (T) og Kvalitetslosen (O) er systemer basert på informasjons- og kommunikasjonsteknologi, som sikrer effektiv informasjonsflyt for rapportering og innsamling av kvantitative styringsdata. I Oslo var de veldig fornøyd med at de kan jobbe aktivt med avviksbehandling på grunn av nye IT-systemer: ”Jeg husker de første årene her, da jeg fikk en bunke med skriftlige avvik med jevne mellomrom og tenkte, hva gjør jeg med den, jeg får legge den i skapet” (O). Med et elektronisk system får de varsler og kan gå inn på datamaskinen og følge avviksregistreringene fortløpende. Vi ser at både Oslo og Trondheim, som har en god infrastruktur – et måleverktøy som fungerer – for å produsere data om avvik, dermed også vektlegger måling og produksjon av tall som skal si noe om kvaliteten på tjenestene. Det gjør det også mulig å sammenligne sykehjem basert på det som måles. Utfordringen er at sykehjemsvirkeligheten og kvalitetsforståelsen reduseres til noen parameter.

Kommunene ser avvikssystemene som en måte å oppdage områder hvor de må forbedre seg, og dermed settes prosessen med å lukke avvik i gang – en prosess for forbedring og utvikling. Avvik blir på den måten en indikator på kvalitetsstrev – et ønske om å bli bedre. Men i avisene og blant politikerne fremstilles avvik oftest som indikator på dårlig arbeid, noe man vil ha vekk, i tråd med tradisjonell tenkning for minimering av risiko.

Mens politikerne helst vil ha avvikene ned på et minimum, var administrasjonen i Trondheim ute etter å få avvikene opp og fram i lyset, for dermed å kunne gjøre forbedringer på det som ikke var godt nok: "Forbedringsmelding er et mye bedre begrep enn avvik" (T). De hadde derfor hatt noen årlige kampanjer, hvor de kåret "Årets avviker" blant sykehjemmene. Gjennom det ville de oppmuntre organisasjonen til å være åpne om feil, lete etter svakheter og ha en åpen prosess hvor ansatte skal bli mer bevisst på god kvalitet. De beskriver det som et paradoks at de er så flinke på å melde avvik, for å få flest mulig, når politikerne helst vil ha så få som mulig. Det ene kampanjeåret nådde de toppen av avvik i Trondheim: "Men det er en kjempepedagogisk øvelse på politisk nivå, for de spør: Hva i all verden gjør dere, som har så mange avvik? Dere må da slutte med det. Og så har vi sittet på andre sida og premiert de, nettopp for å bli Årets Avviker." Trondheims forsøk på en åpenhetsstrategi og et fellesprosjekt rundt avvik for å ta tak i problemene og gjøre det til læring, ble altså ikke forstått av politikerne, som oppfattet kvalitet som fravær av feil, og derfor har en nullvisjon på avvik: "Det er et pussig mål på kvalitet, spør du meg. Det er jo lett å få vekk avvikene, det er jo bare å slutte å melde avvik" (T). Trondheim beskrev null avvik som *livsfarlig*: "Det betyr at du ikke gjør noe for å forbedre systemet" (T). Også i Oslo ble fravær av avvik oppfattet som mangel på selvkritisk bevissthet på sykehjemmene – og derfor som alarmerende i seg selv: "Det skal jo være fokus på å få dem opp, sånn at vi kan gjøre noe med det. For alt som er skjult, det får vi ikke gjort noe med". Kommunene mener en viss mengde avvik viser at man er selvkritisk og bevisst på egne mangler, og villig til å gjøre noe med det.

Oslo beskrev avvik som noe de skal ha et aktivt forhold til, der nøkkelen ikke er å telle avvik, men hva man *gjør* med det. Avvik registreres i lav, middels eller høy alvorlighetsgrad, og basert på kategoriseringen kan administrasjonen ta ut statistikk. Når *antall* avvik blir brukt som mål på sviktende kvalitet, kommer ikke nyansene i alvorlighetsgraden fram: "Det høres alvorlig ut, selv om det kanskje er små ting" (B). Avviksstrategier er en måte å identifisere hva man gjør rett og hva man kan gjøre bedre – altså en læringsstrategi, men med mange avvik kan det lett komme en pekefinger som sier det ikke er godt nok – og sette i gang kontrolltiltak i form av tilsyn og revisjoner. Trondheim har gode systemer på avvik, men som de sier: "Omgivelsene oppfatter det som en svikt. Og politikerne oppfatter det som en svikt. Og hver gang det kommer litt nyss i avisa, får vi en ny runde med revisjon. Utfordringa er at omgivelsene oppfatter ting annerledes enn vi. Og det er omgivelsene som setter i gang kontrollen." Denne etterprøvinga fra politikerne oppleves som problematisk, fordi sykehjemmene må bruke så mye tid på å dokumentere kvalitet, "at det går ut over den tida de

skal bygge opp tilliten til brukerne og den reelle kvaliteten. Jeg mener at det har passert ei grense” (T). Reaksjonene fra media og politikere tyder på at man ikke skjønner at avvikssystemet handler om læring, hvor man er selvkritisk til eget arbeid med hensikt å forbedre – i stedet oppfattes det som krise og skandale, og dermed settes det i gang revisjoner og ekstraarbeid. For administrasjonen i Trondheim er det en utfordring at omgivelsene oppfatter antall avvik som en indikator på kvalitet, når de selv ser på det som kontinuerlig forbedringsarbeid hvor avvik er en nødvendig del av prosessen.

”Fordi at det har vært et oppslag i avisa, kommer politiske bestillinger. Hvis det skjer noe, vil de kontrollere: Er dette et enkelttilfelle? Eller er det en generell tendens? Og så får vi en ny runde på det. Og så har de hatt tilsyn en eller annen plass, og så finner dette tilsynet ett eller to år etter, at det er fortsatt ikke slutt på avvikene. Dere må jo få de bort! Da får man en ny runde. Og til sammen, i hvert fall i vår kommune, så har det vært ekstremt mange sånne revisjoner og tilsyn og saker i avisa. Og hver av de utløser en ny runde med et eller annet system som kommer på toppen av det ordinære systemet. De skulle visst det, de som tror de gjør noe positivt for eldreomsorgen, når de blåser ting opp i avisene. Den mistilliten de sår sprer mye negativ energi. Det er ekstremt destruktivt” (T).

I Oslo bruker de avvik og klager som ”underlagsmaterialer” – en pekepinn på risikoområder med fare for svikt, som de dermed bestiller tematiske revisjoner av. Et nevnt eksempel på et risikoområde var overgang mellom sykehus og sykehjem, og da ble det gjort revisjon på noen utvalgte sykehjem, hvor de ”veldig fort ser noen tendenser” (O).

Trondheim var tydelig på at arbeid med avvik var forbedringsarbeid satt i system. ”Poenget mitt er at vi driver kontinuerlig forbedringsarbeid, det er jo hele poenget med et avvik. Hvor mange det er, spiller ingen rolle, men at du tar tak i essensen av medikamentavvik, av fall, av bla-bla-bla, og så lærer du av det. Så går det ned.” De anså det på ingen måte å være et sunnhetsstegn dersom et sykehjem har få avvik – men heller en mangel på kultur for å melde avvik.

”De antydte på Midtnytt nylig, med utgangspunkt i at det fins så mange avvik i Trondheim, at det er så mye galt. Vi har vært mye mer grundig her enn i de fleste andre kommuner. Likevel så er vi på toppen i avvik. Og det er kanskje fordi at vi vet, vi. Og de andre vet ikke hva status er. Så problemet er kanskje at det ikke er alle som går gjennom hvordan statusen er” (T).

Mange avvik ble tatt som et tegn på at man jobber systematisk for å lære av egne feil. Målet er at ansatte skal varsle om feil, slik at man kan gjøre *endringer* der det svikter. Dersom

registrering av avvik skal ha noen hensikt ut over å være en byråkratisk papirmølle, er det avgjørende at avvikene brukes som grunnlag til forbedring. ”Hele vitsen med avvikssystemet er kontinuerlig forbedringsarbeid. Bank inn den ene setningen, så skjønner [politikerne] hvorfor vi driver med avvik. Vi skriver jo ikke avvik for å melde oss selv” (T).

Trondheim mente at antall avvik også henger sammen med hvor høy faglig standard man har: ”Det er et dilemma knyttet til det også. Har du et høyt ambisjonsnivå, får du også store avvik” (T). Jo fler og mer avanserte prosedyrer, jo større blir risikoen for avvik. Dersom man er mest opptatt av høy faglig standard, skal systemet bidra til at man strekker seg lenger, men dersom man er mest opptatt av å telle antall avvik, blir det en fallgrube.

Trondheim har hatt avvikssystemet siden 2004 og det brukes av alle ansatte og sektorer i kommunen. De har merket en holdningsendring, hvor det de første årene ble opplevd som skummelt for ansatte å skrive avvik, fordi man innrømmer feil og gjør seg selv til syndebukk. Men etter hvert ser man at ansatte opplever det som en lettelse: ”Det er godt å få skrifta” (T). Arbeidet for å sørge for åpenhet rundt egne feil blant ansatte ble også i Oslo beskrevet som en utfordring de jobber med. For at avvikssystemet skal fungere som forbedringsstrategi, er det jo avhengig av at feilene ikke holdes skjult, men kommer til overflaten.

Når man har definert forbedringsarbeidet som å *lukke avvik*, er det basert på en forståelse av at det er lett eller mulig å identifisere årsaksforhold, slik det er i mekaniske organisasjoner med *tamme problemer* som lar seg avgrense og løse ut fra etablerte standarder. Men som jeg har diskutert tidligere, er sykehjem dynamiske organisasjoner som preges av uforutsigbarhet og uregjerlige problemer, hvor det som er årsaken til situasjonene som oppstår ikke nødvendigvis er enkelt å identifisere – fordi det er relasjonelt betinget. Derfor vil det ikke alltid være en enkel justering som skal til når man skal lukke avvik og kvitte seg med sårbarheten i systemet. Dersom det for eksempel er flere avvik på medisinerings, *kan* det handle om dårlige rutiner, men det *kan* også skyldes underliggende årsaker, som eksempelvis stressende arbeidsbetingelser forårsaket av lav bemanning, som ikke lar seg løse like enkelt.

På den ene siden blir registrering av avvik en form for defensiv dokumentasjon, hvor man rapporterer egen virksomhet basert på hvorvidt man har oppnådd definerte mål og krav, og hvor administrasjonen skal ha papir på hva tilstanden på sykehjemmene er. Selv om avvik ble vektlagt som et middel for *læring* og utvikling, var det også et middel administrasjonen har for kontroll og innsyn i organisasjonen. Oslo vektla at avviksregistreringer er viktig fordi det gir dokumentasjon og dermed visshet om situasjonen på sykehjemmene: ”Det er jo kjempeviktig at det ikke bare blir synsing. Og med avvik kan man sammenligne sykehjem

innenfor kategorier av avvik, for eksempel. Et verktøy der vi kan gå og se, hvis vi lurer på hvordan det er. Det gir ikke en 100 % sannhet, for det er ikke gitt at alle har meldt alle avvik, eller at de er kategorisert riktig, men det er en indikasjon” (O). Likevel viser det seg at kommunene også bruker avvikene offensivt, for å sette i gang gode prosesser for læring og forbedring. Trondheim erkjenner at det er en prosess fra å innrømme feil til at det skal inngå i en læringsløype, men de er tydelige på at det er derfor de gjør det. Men selv om avvik kan brukes til forbedring, blir forbedringen forbeholdt de områder som har definerte prosedyrer – utviklingen skjer på de områdene av omsorgsarbeidet som er prosedyrefestet og knyttet til avvikssystemet.

4.3. Prosedyrer for å heve det faglige nivået

Prosedyrer er også en del av kommunenes internkontrollsystemer. Internkontrollsystemene til Trondheim og Oslo er todelte, med prosedyrer på den ene siden, og avviksregistrering på den andre. Det er prosedyrene det meldes avvik *fra*. Prosedyrene er gode praksiser, og avvik er når de glipper. I Oslo beskrives prosedyrene som en måte å ”klippe opp kvalitetsforskriften”, altså de har konkretisert retningslinjer på det lovverket gir føringer på. ”Vi har prosedyrer på ernæring, for eksempel et måltidshjul, så det ikke skal gå for lenge mellom kveldsmat og frokost. At pasientene våre skal veies ved innkomst, få et godt mottak, og prosedyrer for en inntakssamtale. Og medikamenthåndteringsprosedyrer” (O).

Alle kommunene har tekniske prosedyrer, men særlig Bergen la vekt på dette. De fremhevet ”det store arbeidet som er gjort på internkontroll-siden”. Dette innebærer et omfattende arbeid med utvikling av prosedyrer, som ble satt i gang da en ny rådgiver ble ansatt i administrasjonen. ”Vi har forsøkt å finne fram de gode eksemplene. Det er det vi har jobbet mest med” (B). For å løfte fram de gode eksemplene har de utviklet og systematisert prosedyrer som de passer på å holde oppdaterte. De har lagd beskrivelser for ulike behandlinger, ”på hva slags antibiotika skal brukes, og hvordan skal vi behandle hjerteflimmer, og mye sånt på det medisinske” (B). De styrker det medisinsk-faglige fordi beboerne er sykere enn før og kommer kjapt ut fra sykehus og må behandles på sykehjem. Det er et resultat av Samhandlingsreformen, som har endret feltet og gjort tekniske prosedyrer og kompetanse mer viktig. Gjennom å utforme gode prosedyrer vil de sikre god praksis og dermed kvalitet, som blir forstått mer medisinsk eller teknisk. Når Bergen jobber fram prosedyrer for faglig gode måter å gjøre ting på, involverer man egen organisasjon, og når alle er enige, blir det en slags lokal forskrift for driften, i alle fall i en tidsbegrenset periode, inntil rutinene oppdateres.

Gjennom prosedyrer definerer man et nivå – en standard – for den tekniske kvaliteten, som er mulig å fange og feste i skriftlige rutiner for godt arbeid. Bergen var bevisst på at situasjonen med ”eldrebølge” og økt press på sykehjemstjenesten i årene framover vil kreve at man hever det sykehjemsmedisinske nivået:

”Det er noe med at man vil ha en ny standard. Og når vi har kommet dit at alle er der de skal være: Nå forventer jeg at alle i hele Bergen kan ta EKG, kan behandle en ALS-pasient, altså, kan alle de tingene vi har ramset opp, da har vi kommet på minste nivå: Her skal vi være. Så kan man begynne å bygge på igjen, og utvikle og forbedre kvalitet” (B).

De opplever et pressende behov for å få alle på samme nivå, og satser derfor på gode prosedyrer som gir klare retningslinjer for det medisinske i Bergen. Også Oslo tok opp at sykehjem i dag er mer medisinsk orientert, som følge av Samhandlingsreformen:

”Kravet til nye behandlingsformer, og hva man også tilbyr av behandling, har endret seg på sykehjem. Så kommunehelsetjenesten sin rolle har endret seg bare de siste ti årene. Og helsekompetansen er styrket. Så vi driver helt annet sykehjem i dag, enn for noen år siden” (O).

I Bergen var de opptatt av at prosedyrene de utarbeidet skulle være kunnskapsbaserte for beste praksis, noe som ofte innebar et omfattende arbeid hvor de bruker mye tid på å involvere spesialister og andre, så prosedyrene blir ”knadd mange ganger” (B). De sørger for at prosedyrene får legitimitet, både i form av at de er kunnskapsbaserte, og i form av medvirkning fra egne ansatte. Når prosedyrene er ferdige og godkjent, har de blitt en del av internkontrollen og sykehjemmene er pliktig å følge disse opp. De gjøres tilgjengelig på det interne nettverket i Bergen kommune etter hvert som de blir godkjent. Prosedyrene gjelder for de kommunale, ”men de private velger ofte å bruke de, likevel” (B).

Selv om sykepleierne har medisinsk utdanning, har de ikke nødvendigvis erfaring med alt de møter av sammensatte og alvorlige lidelser i sykehjem. Prosedyrer handler om at når de må håndtere avanserte medisinske oppgaver som de sjelden står ovenfor, skal de føle seg trygge på at de har gode retningslinjer slik at de kan gå fram på rett måte. Da må prosedyrene også være lett tilgjengelige for de ansatte som skal bruke dem, og de må vite at de finnes og hvor de er.

”Det handler også om at på et sykehus, så trykker du omtrent på en knapp, og så kommer legen springende. Så når du har akutt lungeødem, for eksempel, på en medisinsk plass, på et sykehus, så får du hjelp av en lege. Når du har akutt lungeødem på en lørdagskveld på et sykehjem, så har du ingen å spørre. Du må selv stille

diagnosen, noe som ikke sykepleiere kan, normalt sett. Og derfor så må du på en måte ha det mye klarere. Du gjør noe som du ikke ville nødvendigvis ha gjort på et sykehus” (B).

Prosedyrene kan ses som en måte å bygge en pålitelig organisasjon, som skal kunne håndtere kritiske hendelser og være beredt om noe oppstår.

Bergen har utviklet prosedyrer i ulike kategorier for sykehjemmene, blant annet bygning, brann og medarbeider, men også prosedyrer med krav om riktig utstyr. ”Vi har jo hatt en som går på utstyr som skal finnes på hver institusjon. Vi har laget en oversikt over det. Det var helt avgjørende. Vi hadde et sykehjem som ikke hadde EKG-apparat. Det er på en måte ikke helt holdbart” (B). Gjennom innføring av prosedyrer får de sendt ut en beskjed om hva de tydelig forventer av sykehjemmene. Riktig utstyr vektlegges som viktig for kvaliteten: ”Vi har gått til innkjøp av medisinsk utstyr. Nei, du *må* ikke ha en blære-scanner, du kan ta resturin, men for den demente pasienten som ikke skjønner hva du holder på med, så er det et overgrep å ta den resturinen. Så du bør absolutt ha den blære-scanneren og kunne bruke den” (B). Gjennom å heve den medisinske standarden, bidrar det også til å påvirke livskvaliteten til beboerne positivt. Nytt utstyr og ny teknologi er ikke definert som *krav*, men det ble likevel fremhevet som viktig, ”for du må tenke pasienten” (B).

Bergen mente sentraliserte prosedyrer og retningslinjer er en fordel, både fordi det gir en enhetlig forståelse og samme behandling i hele byen, samtidig som sykehjemmene slipper å bruke tid selv på å utvikle egne prosedyrer, med mindre lokale forhold gjør det nødvendig. ”Det er en metode for å få likest mulig kvalitet på tjenestene rundt omkring” (B). At ansatte kjenner til systemene og at de er like på tvers av sykehjemmene, gir også en fleksibilitet hvis ansatte må jobbe på ulike avdelinger og sykehjem.

Én ting er å utvikle prosedyrer basert på kunnskap om ”beste praksis”. Men de skal også ”installeres” på sykehjemmene, det vil si de må bli brukt av de på operativt nivå for å ha verdi. Da må det være prosedyrer på de områdene ansatte etterspør, og de må være lett tilgjengelige. I Bergen har prosedyrene vært bearbeidet i organisasjonen, ikke bare vedtatt tredd over hodene på sykehjemmene. De utarbeides basert på at man har sett behov for det, og deretter må de godkjennes av sykehjemslederne, men de ”kjøres” også gjennom ulike arbeidsgrupper eller nettverk på sykehjemmene for å få det på plass. Disse er med på å utvikle prosedyrene, og kan si noe om: ”Kan dette fungere på gulvet eller ikke?” (B). Å forankre prosedyrene lokalt er viktig for at de skal fungere i hverdagen: ”En prosedyre som er 40 sider fungerer ikke. Da lager jeg avsnitt og korter ned: Konkret, hva gjør du. Det må være

takeoppskrifter, for hvis ikke fungerer de faktisk ikke i praksis. Og hvis det ikke fungerer i praksis, så kan du bare la være å lage det, etter min mening” (B).

Bergen var orientert mot å holde ansatte faglig oppdatert og bruke prosedyrer som verktøy for å lære den riktige måten å gjøre faglige ting på. De jobber etter systematiserte løsninger på arbeidsoppgaver. Prosedyrene som Bergen har utviklet kan beskrives som en databank, hvor man har utarbeidet retningslinjer basert på kunnskap, og gjør denne kunnskapen *tilgjengelig* for alle. Prosedyrene som Bergen satser på er ment som et hjelpemiddel heller enn kontroll: Det er et offensivt og kollektivt prosjekt for å hjelpe sykehjemmene å møte kravene til kompetanse. Og Bergen snakket mye om viktigheten av det medisinske:

”Det er klart at hvis du hadde spurt meg for to år siden, så hadde jeg kanskje sagt noe annet. Det er noe med at vi har hatt det medisinske høyere opp nå enn vi har hatt før, og det er noe av erfaringene etter Samhandlingsreformen, hvor vi har hatt disse korttidsplassene med alvorlig syke, og vi er oppriktig bekymret for om vi gir god nok behandling på de. Og så har vi alle de andre som bor fast på sykehjem, som skal ha hjemmet sitt der. Og vi er opptatt av å la de være individer, og leve fullverdige liv. Det hjelper ikke at du har flotte sykehjem med god service og musikk og aktiviteter og alt dette, hvis du ikke får behandlet din hjerteflimmer, hvis du ikke får behandling er du ikke i stand til å nyttiggjøre deg av disse. Og det ser jeg, at man har hatt mye feilbehandling av gamle mennesker, fordi man ikke har hatt god nok kompetanse” (B).

Kompetanse og kvalitet i de tekniske, medisinske prosessene anses som grunnleggende viktig. Samtidig vektlegges viktigheten av at beboerne skal kunne leve fullverdige liv med livsglede.

4.4. Strategier for livsglede

Kommunene var opptatt av at sykehjem skal være et godt sted å bo, hvor den enkelte kan oppleve livsglede og leve tilnærmet normale liv, tross at man er nødt til å bo på en behandlings- og pleieinstitusjon. Dette er i tråd med ideen om at sykehjem også skal være et hjem så langt det lar seg gjøre. Nedenfor vil jeg først gå inn på ulike måter kommunene tilrettelegger for livsglede, og deretter forklare livsgledesertifiseringsordningen som er innført i Trondheim.

4.4.1. Tilrettelegging for livsglede

Individualisering, aktivitet og gode bomiljø- og omgivelser ble vektlagt av kommunene som prioriteringer som skaper livsglede. Individualisering er sentralt i hjemlighetsideologien, hvor tjenestene skal tilpasses hvem den enkelte beboer er. Kommunene beskrev en endring i

forholdet til kvalitet, hvor de for noen år tilbake hadde vært mest fokusert på hva som var lovpålagt og å sørge for å registrere at de fulgte loven, altså mer defensivt. Mens nå var de mest opptatt av hva som var *treffsikkert*, at det oppleves riktig for beboerne, gjør de tilfredse og glade: ”Da er det ikke interessant hva som er lovpålagt” (T). De beskriver selv at ”synet på kvalitet er helt markant annerledes” (T), og gjennom det de sier kan man forstå kvalitet mer offensivt, som hvordan de kan få til best mulig omsorg, ikke begrenset til hva loven krever.

Individualisering henger sammen med aktivitet, ved at man gjennom å vite hvem den enkelte beboer er, også kan tilby kvalitet i form av individualiserte opplevelser og aktiviteter. En individuell tilnærming betyr at man differensierer tjenestene ut fra beboernes ulike behov og ønsker. Ved innflytting på sykehjemmet hadde kommunene rutiner for å gjøre seg kjent med hver enkelt sin historie og personlige særpreg – en kartlegging. Kjennskapet til den enkelte er viktig både når tekniske oppgaver skal utføres, men også når man skal tilrettelegge for mellommenneskelige prosesser. Bergen kunne fortelle fra en driftsoppfølging hvor en assistent brukte bakgrunnskjemaet aktivt for å skape en god samtale: ”Når folk gikk fra måltidet og skulle sette seg i stuen, så var hun veldig oppmerksom på å ta stolene som stod rundt omkring og samle de rundt bordet, sånn at folk var nødt til å sette seg der. Så brukte hun de opplysningene hun hadde veldig aktivt til å kunne ha en samtale.” Gjennom å ha kjennskap til temaer som den enkelte kunne mye om, kunne den ansatte sette i gang samtaler – forme gode situasjoner – mellom beboere som i dette tilfellet bodde på en demensavdeling. Å kjenne den enkelte handler også om å unngå situasjoner som den enkelte opplever som ubehagelige, altså er den individuelle kunnskapen nødvendig for godt emosjonelt arbeid. Ansatte står i en maktrelasjon ovenfor beboerne, og å vite hvor grensene til den enkelte går er viktig for ikke å krenke.

Ettersom de som bor på sykehjem er de sykeste av de syke, vil muligheten for å nyttiggjøre seg av aktiviteter være begrenset. Ettersom mye avhenger av dagsform, er det viktig at man har tilgang til å gjøre aktiviteter når det passer en selv, når en har lyst eller ork, ikke bare når det kommer en aktivitør som setter i gang noe. ”Vi er opptatt av at det skal være gode aktiviteter, individuelt tilpasset. At en også skal være forsiktig, sånn at det ikke blir for mye aktivitet. At en har en rett dosering på det, for å si det slik (B). Det skal være aktiviteter som gir den enkelte glede og gode opplevelser, og gjerne bygger på gjenkjennelse.

Kommunene kommuniserte at rutiner for aktivitet, tidspunkt for måltider og døgnrytme er noe som er opp til sykehjemmene selv å organisere. Det avgjøres også lokalt i hvor stor grad man tilrettelegger for enkelte beboeres ønsker:

”Der ser vi også forskjell. Noen plasser er det et veldig rigid system, der beboerne må innpasse seg. Og det er klart at til en viss grad må man ha systemer for å komme gjennom dagen. Andre steder senker personalet litt skuldrene, og sier: Ja, ta det som det kommer. Det er viktig at de får den behandlingen de skal ha, at de får aktiviteter som de liker å holde på med” (B).

Det kunne være stor variasjon i hvorvidt sykehjemmene lykkes med å skape aktivitet:

”Noen ganger så kommer du på et sykehjem og det kan være en som er syk og de er underbemannet, men de får til alt, og de får brukt velværevognen og får til å gjøre aktiviteter, men så lar de kanskje noe annet ligge. Og så kan du komme andre dager, hvor ingenting skjer, og alt er bare kaos, og ingen får gjort noen aktiviteter. Så det handler jo om hvem som er på jobb, også, enten vi vil eller ikke, så gjør det jo det. Så kvalitet på arbeidet som blir utført, handler om hvem som leder den dagen og hvor flinke de er, de som er på jobb. Det er ikke til å stikke under en stol” (B).

Her kommer man inn på viktigheten av personalet, og om å ha en kultur på arbeidsplassen der ansatte i tidsrom hvor det ikke skal skje noe spesielt, ikke trekker seg tilbake men aktivt bruker muligheten for å skape gode øyeblikk for beboerne. Det å gjøre emosjonelt arbeid og se den enkelte innebærer i praksis å ta seg tid til å snakke med beboerne og sette i gang aktiviteter som de har lyst til, som å gå en tur ut. Forming av sosiale situasjoner baserer seg på engasjement hos den ansatte som dermed bidrar til mellommenneskelig kvalitet.

Alle kommunene har ansatte som er dedikert til aktiviteter av hjemlig art, som aktivitører eller musikkterapeuter. Disse forsøker kommunene å spre i en rettferdig fordeling mellom sykehjemmene slik at alle får nytte av aktivitetene. Aktivitetene drar gjerne rundt på de ulike sykehjemmene og arrangerer eksempelvis sittedans, gitar og sang, eller andre, større ting som beboerne kan glede seg til, gjerne med involvering av frivillige. De har også en rolle i at de kan gi opplæring og veilede andre ansatte. Aktivitetene prioriteres gjerne politisk: ”De har en sånn varig verna status nå i Bergen kommune, som den eneste yrkesgruppen. Og vi har prøvd å utfordre litt det der, for vi ser at det er andre enn aktivitører som kan gi gode aktiviteter” (B). Egne ansatte dedikert til ”trivselsoppgaver” bygger opp under en forståelse av at det mellommenneskelige er noe som kommer på toppen av eller i tillegg til de nødvendige tekniske prosessene, og ikke noe som er innbakt i de daglige rutine, eller noe som de ”vanlige ansatte” skal ta seg tid til. Aktivitetene gjøres da til et ”krydder” som kan skape variasjon i hverdagen – en bonus. Men opplevelsen av hjemlighet og god mellommenneskelighet handler kanskje først og fremst om å bli sett og ivaretatt som individ i det daglige av de stabile og kjente ansatte, i forbindelse med nødvendige oppgaver som pleie

og måltider – hvor de tekniske prosessene også blir preget av mellommenneskelig kvalitet. Fremfor å satse på aktivitører en gang i blant, kunne man da satse ressursene på at de faste ansatte gis bedre betingelser for å kunne prioritere aktiviteter for livsglede og trivsel.

Mens aktivitører og frivillige gjerne kan bidra til å arrangere større ting, har sykehjemmene mer lavterskel aktiviteter som en del av livet i institusjonen, innbakt i det daglige, av sosial art eller i form av enkelt utstyr tilgjengelig for beboerne. I Bergen hadde de et eksempel hvor de hadde kjøpt inn treningssykler med hjelpemotor, ”slik at når du ble sliten så kunne den trø til så du kunne holde på lenger. Veldig bra for sirkulasjonen.” Dette var et pilotprosjekt kommunen hadde satt i gang på et sykehjem. Samtidig med at beboerne syklet fikk de se filmer hvor de tilsynelatende sykler rundt i blant annet Bergens gater: ”Og det var en forbløffende effekt, i forhold til dette med glede, matlyst, fysisk mobilitet, og reduksjon av smerter. Altså det var en serie med gode reaksjoner, da” (B). De kunne fortelle om en beboer som tidligere hadde vært i rullestol, men som hadde prøvd seg på sykkelen og syklet daglig i en periode: ”Han som måtte ha hjelp fra seng til stol, han var oppe og gikk. Det er sånne utrolig gode historier fra virkeligheten” (B). Dette er et eksempel på at aktiviteter ikke bare er godt for humøret, men i seg selv også kan virke rehabiliterende. Erfaringen med disse syklene i Bergen var også at de kunne invitere til sosial aktivitet: ”Vi har kommet noen ganger på besøk, der vi ser det er en som sykler, og det sitter mange rundt, så det blir en sosial ting også. De sitter sammen og ser på filmen og snakker sammen og husker ting, sant” (B). Her ble dette med fysiske utforminger nevnt som viktig, fordi ”det kommer litt an på hvor de har plassert sykkelen inne i miljøet” (B).

Som en del av fokus på livsglede og hjemlighet, er sykehjemmets fysiske utforming og omgivelser. Det boligrelaterte ble trukket fram som viktig, både medisinsk og hjemlig. I og med Verdighetsgarantien ble det lovbestemt at beboere på sykehjem skal ha egne rom. Oslo fortalte også at de har ”sambo-garanti”: ”Selv om samboeren din ikke trenger sykehjemsplass, så får samboeren bo der” (O). Dette bidrar til å øke opplevelsen av fortsatt å bo hjemme. Særlig Trondheim har satset mye på å oppgradere og bygge nye sykehjem, for å ha *funksjonelle* bygg tilpasset de økte medisinske kravene, mens i Oslo kunne de fortelle at trivselen var høy også i sykehjem som ”nesten ser ut som de er falleferdige på utsida”, fordi de har et mer gammelt og mindre minimalistisk preg, noe som bygger opp under det hjemlige og ”skaper en god atmosfære” (O). Trondheim har i enkelte tilfeller bygget sykehjem og barnehager vegg-i-vegg, slik at barna enkelt kan besøke beboerne, noe som oppleves som positivt. Det å legge til rette for kontakt med omverden og lokalsamfunn ble ansett som et livsgledetiltak, og en måte å dempe det institusjonelle: ”Noen [sykehjem] får inn barnehager,

skoler, og noen har veldige gode frivillighetssystemer, der de er inne og driver kor. Altså, veldig sann aktivt, og det må vi få mer av i framtiden” (B). Ved å få frivillige inn øker også kapasiteten for å ha aktiviteter, for eksempel hvis man vil ha beboerne med ut på kino, trenger man nok folk som kan trille stolene – men kontakt med frivilligheten var en del av sykehjemmenes delegerte ansvar. Men at sykehjemmene enkelt skal ha tilgang på frivillige og ulike service- og kulturtilbud i nærmiljøet, handler også om hvor sykehjemmet er lokalisert i bybildet, noe som er opp til kommunen når nye sykehjem skal bygges.

Oppsummert så langt var kommunene opptatt av å legge til rette for livsglede ved å stille krav om kartlegging av beboerne ved innflytting for å kunne tilby individualisert omsorg, ansette aktivitører og sørge for utstyr som kan brukes for aktivitet og trivsel, samt at bo-miljø og omgivelser ble trukket fram som et relevant element. Gjennom disse prioriteringene, kan vi si at kommunene kommuniserer viktigheten av livsglede og individualisering, og forsøker å skape en kultur hvor deler av den mellommenneskelige kvaliteten, som ikke har blitt prioritert så sterkt før, får økt legitimitet.

4.4.2. Sertifisering av livsgledesykehjem

Trondheim hadde satt dette med livsglede og individbasert omsorg inn i et system for *sertifisering* av sykehjem. Det var politisk vedtatt at alle sykehjem skulle livsgledesertifiseres. Sertifiseringsordningen er utviklet som et prosjekt i samarbeid med stiftelsen Livsglede For Eldre: ”Det kom jo i stand her i Trondheim, med indikatorer for sertifisering. [...] Vi begynte å utvikle noe sammen som handlet om det å sikre internkontroll og kvalitet på tjenestene” (T). Hensikten er å øke fokuset og systematikken for å sørge for bedre livsglede og dermed bygge opp under hjemlige prosesser. Administrasjonen omtaler ordningen med livsgledesertifisering som ”en milepæl”, og at det var positivt at politikerne besluttet at alle sykehjemmene skulle livsgledesertifiseres innen 2015.

Livsgledesertifisering innebærer at et sykehjem starter en 12-18 måneders prosess for å skape nye rutiner og rytmer i hverdagen for både de eldre og ansatte, slik at de kulturelle, åndelige og sosiale behovene til de eldre i større grad blir tilfredsstilt (Stiftelsen Livsglede for Eldre 2005-2016). Det er ni punkter innenfor trivsel og aktivisering som fungerer som *kriterier* for å bli livsgledesykehjem. Blant disse er tilrettelegging for frisk luft, kontakt med dyr, sang og musikk, og en hyggelig ramme rundt måltider. Det er vekt på individuelle opplevelser, men som gjerne vil foregå i samspill med andre, enten beboere, pårørende eller ansatte, og derfor har en mellommenneskelig side. Ordningen er utviklet av ansatte ved sykehjemmene, med fokus på hva det er mulig å gjennomføre i en vanlig arbeidsdag, uten ekstra bemanning. Gjennom sertifiseringsordningen har livsglede blitt satt i system, på lik

linje med teknisk kvalitet. Ved at systemet legges til sykehjemmets internkontroll, vil de ulike aktivitetene knyttet opp mot livsgledekriteriene bli ivaretatt, uavhengig av hvem som er på jobb. Etter at endringene i sertifiseringsarbeidet er på plass, blir sykehjemmet vurdert etter hvorvidt kriteriene er oppfylt. Sykehjemmet må da legge fram dokumentasjon på sertifiseringsdagen, som gjennomgås og vurderes før sertifiseringen eventuelt blir et faktum. Sertifiseringen gis for ett år av gangen. Resertifisering skjer deretter årlig, og det har hendt at sykehjem har mistet sin sertifisering.

Trondheim har ansatt livsgledekonsulenter, ofte sett med gule trøyer, som ”har i oppdrag å rydde i eget hus”, det vil si sørge for at livsgledeordningens arbeidsformer og program systematisk implementeres, og bistå sykehjemmene i å ”komme inn i modus til å drive med kontinuerlig tjenesteforbedring, for så å bli sertifisert” (T). Gjennom konsulentene vil Trondheim sørge for bedre gjennomføring enn hvis de kun hadde sendt ut instruksjoner til sykehjemmene om arbeidsform og føringer for livsglede. ”Det tar selvfølgelig tid å få dette inn under huden og få aksept og skjønne hva det *egentlig* handler om, at det ikke bare er noen med gule trøyer, men at det faktisk handler om vår egen kvalitetsjobbing og å få det inn som en del av arbeidsformen” (T). Arbeidet med livsgledesertifisering har vist seg i målte resultater ved sammenligning av de sykehjemmene som har jobbet systematisk og som var sertifisert, og de som ikke var det – i det som Trondheim beskriver som en markant forskjell, hvor livsgledesertifiseringen har hatt en positiv effekt på arbeidsmiljøet, ”Og det tror vi faktisk også har en positiv effekt på kvaliteten på tjenestene” (T).

En viktig del av livsgledeordningen er fokus på individuelle ønsker og tilpasninger i omsorgen. I Trondheim er kartleggingen av hver enkelt beboer en del av livsgledeprogrammet.

”Det er kartlegging ved inntakssamtalen og få tak i livshistorien, så de skal bli kjent med hver enkelt bruker. Hva er det som er særskilt viktig for vedkommende? Og så settes det mål og lages tiltak ut fra hva er det som er viktig. Forskjellen fra dette med å ha masse-arrangement for grupper, til å finne ut hva som passer. Og da vil det være forskjellig med mengde og type og sånt for hver enkelt” (T).

Det ble også nevnt at denne kunnskapen om og oppfølgingen av hver enkelt var viktig i dialog med pårørende, som gjerne vil vite hvordan sine nærmeste har det.

Etter man har kartlagt beboernes historie og fastsatt mål for hver enkelt, ”så kan man også føre avvik på Per og Pål. I forhold til at det ble ikke noe, eller Pål ville ikke” (T). Man skal dokumentere når man ikke har fått til eller gjort ting som planlagt, og man har til og med utvidet det elektroniske kvalitetssystemet med en egen side for livsglede for den enkelte

beboer: ”for å kunne kvittere ut at man faktisk gjør det, og at det føres avvik når du ikke har gjort det du skal gjøre” (T). Man skal altså oppfylle indikatorer for hjemlig kvalitet, og det er en del av arbeidsformen for livsgledesertifisering. Man har altså overført tradisjonelle kontrollstrategier med indikatorer, prosedyrer, dokumentasjon og avvik, som typisk har vært for tekniske, medisinske oppgaver, til mer trivselsorienterte, hjemlige oppgaver. Sertifiseringsordningen gjør målbart noe som ikke man har målt før – altså det hjemlige, kvalitet som ikke er medisinsk eller ”nødvendig” sett ut fra et institusjonelt ståsted. Ordningen er et forsøk på å styre deler av de mellommenneskelige prosessene målrasjonelt, ved å sette de inn i forhåndsdefinerte krav. Ved å innføre dette systemet vil man være offensiv for å skape økt livsglede, men det får også en defensiv funksjon fordi det skaper mer dokumentasjon og kontroll. Det er ikke nok å *oppfylle* kravene for å bli livsgledesykehjem, man må også *dokumentere* det godt nok. For noen sykehjem, som kanskje allerede gjør mange av de tingene som skal til for å bli livsgledesykehjem, blir sertifisering å dokumentere hva man allerede gjør. I så måte ligger det en viss kontroll i sertifiseringsordningen.

Verken Oslo eller Bergen har villet kopiere Trondheims livsgledeordning, men de jobber hver for seg med å utvikle en egen profil for sine sykehjem. Bergen vil utvikle ”Bergen-sykehjemmet”: ”Det er å gi sykehjemmene en ny farge, på en måte” (B). I Oslo skulle de også gå i gang med å definere en egen standard: ”Oslo-standard, basert på mye av det vi ser er bra og som vi ser fungerer.” De skal plukke ut elementer som skal bli en del av kvalitetsstandard for Oslo. Gjennom å lage sine ”profiler” ønsker kommunene å sette fokus på det de synes er viktig for å skape god kvalitet: ”For den som er opptatt av kvalitet og gode prosesser, så tror jeg systematikken, alt du klarer å systematisere og ha fokus på, det gir ofte et litt bedre resultat” (O). Å sette kvalitetsarbeidet inn i ulike systemer ble sett på som viktig for å få fokus på det, og er en måte å styre på. I arbeidet med å utvikle Oslo-standard ville administrasjonen involvere sykehjemslederne og ansatte som er tett på praksis: ”Alle ressursene vi sitter på, samlet sett, som brenner for eldreomsorg” (O) – de har mange i egen organisasjon som vil kunne være bidragsytere i dette utviklingsarbeidet.

I Oslo hadde det tidligere vært en politisk bestilling at alle kommunale sykehjem skulle styres etter den danske ”Lotte-modellen”, som har fokus på at beboerne skal få leve mest mulig som hjemme. Oslo har også latt seg inspirere av Nederland, for å videreutvikle Lotte-modellen: ”Det er egentlig bare å sette et ord på hvordan vi - veldig, veldig mange – har jobbet hele tiden” (O). Man har fokus på og skaper bevisstgjøring rundt hva som skaper en bedre hverdag.

”Det er en inspirasjon og en måte å organisere seg på, som er fin på mange områder, og så ser jeg at det halter i forhold til at hovedvekten er veldig på miljøtiltak og livskvalitet i forhold til hvordan du opplever hverdagen, og litt lite kanskje på den syke delen av pasienten. Vi må ikke glemme at det er et sykehjem” (O).

Både fokus på sykелighet og hjemlighet ble trukket fram som viktig for en god helhet i omsorgstilbudet.

”Innenfor den paraplyen som vi prøver å kalle Bergen-sykehjemmet, som også består av de private ideelle og kommersielle sykehjemmene, skal det være mer enn bare livsglede. Det hjelper ikke å ha livsglede i sykehjem, hvis man ikke holder økonomien, hvis ikke man har en medisinerings som er på plass, hvis ikke man passer på at de ansatte har forsvarlige ansettelsesforhold, og så videre. Så vi forsøker å ha litt mer fokus enn bare en liten ting. Vi er nødt til å jobbe mer bredt og mer langsiktig. Og det hjelper heller ikke å ha veldig mye dans og musikk, hvis annet svikter” (B).

Mens Trondheim har skilt dette med livsglede ut som en helt egen del, var altså Bergen og Oslo mer opptatt av å se det i sammenheng med alt annet, når de skulle utforme en egen profil med egne systemer på sine sykehjem.

4.5. Tilsyn gjennom besøk

Tilsyn og revisjon gjøres som regel gjennom målinger basert på parameter eller indikatorer, som et kontrolltiltak. Kvalitet brytes ned til noe kvantitativt, som gir ”objektive” tall og dermed kan brukes til å sammenligne. Også i avtalene kommunene har med sykehjem forsøker man å operasjonalisere kvalitet i ulike mål og krav, hvor man har valgt noe som sykehjemmene måles på, og som fungerer som indikatorer på kvaliteten. Kommunene problematiserte derimot denne ensidige måten å tilnærme seg kvalitet på: ”Du kan ikke vite hva som faktisk er god kvalitet, alltid, for du klarer ikke å måle det” (B). Som tidligere definert er teknisk kvalitet mulig å måle og dermed revidere, mens mellommenneskelig kvalitet ikke lar seg skriftliggjøre eller tallfeste på samme måte, og dermed må man tilnærme seg dette på en annen måte.

”Man kan se en del ting som man tenker: Dette er i hvert fall ikke god kvalitet, og her må man gjøre noe. Og så gjør man noen grep. Men det er ikke sikkert du har klart å måle om de grepene du har gjort er riktig, men du kan kanskje observere det, og se at: Nå er følelsen når jeg kommer inn her bedre. Nå ser pasienten bedre ut, de ser velstelte ut, nå har de vasket rullestolen og vinduene er rene og klærne er rene. Altså,

jeg trenger ikke å telle hvor mange ganger de vasker skjorten, men når jeg kommer inn, så finner jeg i hvert fall pasienten ren og fin og velstelt” (B).

En alternativ måte som kommunene gjorde tilsyn på, var å skape systemer for at sykehjemmene besøker hverandre. I Bergen omtaler de det som interntilsyn, hvor noen fra et sykehjem besøker et annet for å se hvordan de jobber. Hensikten er at sykehjemmene skal lære av hverandre, ved at praksis møter praksis: ”Det går ut på at ett sykehjem fører tilsyn med et annet sykehjem. Og så snur de på det. Tilbakemeldingene er at både sykehjemmet som gir tilsyn, og de som får tilsyn, lærer mye i prosessen” (B). Bergen beskriver dette systemet for å ha ”falt i god jord”, og at de opplever at det gir stor lærdom og ettertanke for alle parter: ”Det er skikkelig nyttig” (B). Administrasjonens rolle er å lage spørsmål på gitte temaer til de ulike ansattgruppene: til sykepleierne, hjelpepleierne, helsefagarbeiderne og leder. Men ut over å sette det i gang, skjer interntilsynene uten administrasjonens medvirkning.

Også Oslo har prøvd noe lignende, men da kun for lederne. De har *ledervisitter*, det vil si omrokkeringer av sykehjemsledere som forflytter seg til et annet sykehjem og jobber der en uke: ”Og alle kommer tilbake igjen og sier at: Du verden, nå så jeg det og det der, også så jeg det de burde endre. Så tar de med seg ting. Det er så nyttig” (O). I tillegg har Oslo gjort omrokkering av ledere innenfor samme sykehjem, men mellom avdelinger, som en egen observasjons-metodikk for internkontroll: ”Det gjøres innenfor dedikerte temaer og man gjør kontroller på kryss og tvers, internt på eget hus. Men da ikke bare for å være pekefingerkontroll, men mye for å lære” (O).

Gjennom at kommunene setter i gang slike læreprosesser på grunnplanet får revisjon eller tilsyn en ny mening, hvor man går mer bort fra kontroll og over på utvikling og positiv erfaringsutveksling. I Bergen var dette med besøk for læring mellom sykehjem en bevisst strategi fra etatsledelsen. På samme måte som utviklingsmulighetene i nettverk, redegjort for tidligere, baserer også denne besøksstrategien seg på kollega-læring og tillit til de profesjonelles kunnskap og erfaringer, fremfor at man har definert ”sannheten” innenfor kategorier for kontroll.

4.6. Investering i personalet

Investeringen kommunene gjør i personalet er preget av en dobbelthet, hvor man på den ene siden må sikre seg *kompetanse* for å håndtere tekniske oppgaver, og hvor man på den andre siden må holde på *faste og stabile* ansatte, for å kunne ha god mellommenneskelig kvalitet gjennom relasjoner. I tillegg må man investere i gode arbeidsbetingelser, gjennom å ha riktig *bemannings*, altså nok folk på jobb i forhold til de oppgavene som skal gjøres.

4.6.1. Kompetente medarbeidere

For å sikre god kompetanse må man rekruttere flinke ansatte. Trondheim hadde innført ”rekrutteringsstillinger”, som da er stillinger for andre- og tredje-års studenter på vernepleie og sykepleie, som forplikter seg til å jobbe annen hver helg, minst seks uker om sommeren, og enten jul eller påske, mot at de får stipend og sikres heltidsstilling når de er ferdig med studiene. ”Så det er også et grep for å sikre kvaliteten og fagmiljøet” (T). Kommunene var opptatt av å sørge for gode arbeidsplasser som er spennende steder å være faglig sett:

”Etter samhandlingsreformen så har vi massivt økt rekrutteringa, så vi har skiftet ut så sammensetningen i arbeidsstokken vår er annerledes enn den var tidligere. Nå har vi fått langt flere sykepleiere. [...] Det rekrutterer i seg selv, når det synliggjøres at vi har fagmiljø. Det er ganske utfordrende og spennende oppgaver, også i kommunehelsetjenesten” (T).

I rekruttering konkurrerer delvis de kommunale med de private kommersielle sykehjemmene. Dårligere pensjoner gjør at de privat ansatte blir billigere, og dermed har private sykehjem ”mer til overs” økonomisk slik at de for eksempel kan ha høyere bemanning:

”Vi har kun ett kommersielt firma i Bergen. Private ideelle har samme pensjonskostnader som de kommunale. Men pensjonsforskjellene har økt, altså vi har jo 19 % vi betaler inn i pensjon, mens Aleris sikkert har en 5 % innbetaling. Så de kunne ha både høyere bemanning, og overskudd. Men det gjør jo at den pensjonen de deler ut ikke er like god. Vi skulle ha brukt det høyere, at hvis du jobber i kommunen, så har du en offentlig pensjonsordning, men jeg tror ikke de tenker så mye på det, disse pleierne. De er opptatt av hvordan de har det her og nå. Det de får i dag, og ikke hva de får når de blir pensjonist og hvilke garantier de har da” (B).

Samtidig opplevde Bergen at kommunale sykehjem i større grad var attraktive for ansatte som i snitt har høyere alder, sammenlignet med kommersielle sykehjem: ”Det vi ser, er at når, det er stort sett kvinner dette, når de passerer 40, så søker de seg over i kommunale institusjoner. For da går det opp for dem at dette ikke er liv laga pensjonsmessig, og jeg kan ikke fortsette her” (B). Dette viser at pensjon er et viktig element for å beholde ansatte over tid.

Kompetanse handler både om kompetansen som de man ansetter *har*, men også om kompetansen personalet *utvikler* gjennom kurs og tiltak for kompetanseheving, samt den enkeltes erfaring og kjennskap til de beboerne, systemene og det konkrete sykehjemmet man jobber på. Kompetanseutviklingen prioriteres til de som er faste og stabile i organisasjonen, som man ønsker å beholde og dermed investere i. Stabilitet og kompetanse i personalet henger derfor sammen. Et stabilt faglig miljø ble ansett som en viktig betingelse for kvalitet,

hvor ansatte kan *utvikle* seg i *samspill* med hverandre, og hvor de ansatte også kjenner hverandre nok til å kunne rådføre seg eller gi tilbakemeldinger på arbeid som gjøres.

I Trondheim måler de sykehjemmene på parameter som handler om personalet, blant annet på sykefravær, andel heltidsstillinger og deltidsstillinger, andel menn, og fagsammensetning, eller rettere sagt: Sykehjemmene må *måle seg selv* og rapportere to ganger i året til administrasjonen. Slik kan man også se utviklingen statistisk sett. Man henter ut ting som er lett å få tall på, og så blir disse indikatorene et mål på kvaliteten. ”Aldri har vi hatt så god oversikt over kvaliteten i sykehjem som nå”, sa de i Oslo, da basert på tallmateriale – kvantitative data. Det beskrives som en trygghet å ha den tallbaserte oversikten. Samtidig var man bevisst at det ikke fanger hele bildet: ”Det er så mange parametere. Så det nytter ikke liksom å si at *sånn* er kvaliteten. Det kvantitative er mye lettere, det kvalitative er fryktelig vanskelig” (O).

Det er opp til sykehjemmene å dimensjonere behov for fagsammensetning og bemanning. De økonomiske overføringene sykehjemmene får – rammen på budsjettet – baserer seg enten på *antall beboere* eller *pleietyngden* hos beboerne.

”Vi har ikke sagt at: Du skal ha 20 % sykepleiere på ditt sykehjem. Det har vi ikke sagt. Det er opp til de, og hva de mener er nok til å drive faglig forsvarlig. Vi teller jo og sammenligner tall på hvor mange sykepleiere, hvordan ligger du i forhold til gjennomsnittet, sant. Hvor mange ansatte har du i forhold til gjennomsnittet. Og gir anbefalinger på hva er kanskje det smarteste. Men det er litt opp til sykehjemmene å finne de gode løsningene” (B).

Som nevnt tidligere har økt kompetanse blitt viktig som følge av Samhandlingsreformen. Fokuset på kompetanse viser seg også i at kommunene spesialiserer egne sykehjemsavdelinger til enkelte faglig krevende sykdommer. Fokuset på økt kompetanse har medført at medarbeiderne har blitt *dyrere*: ”Utfordringene har økt, og bemanningen har gått ned. Fordi vi har fått bedre kompetanse og kompetanse koster, og så får vi ikke kompensert for det” (B). Fordi man har ansatt en større andel faglærte og flere med medisinsk kompetanse, har man ikke råd til *flere* ansatte. ”Bruker de veldig mange høyt utdannede, så får de litt færre [ansatte]” (B). Likevel er dette et valg man har gjort for å få kvalitet i tjenestene.

I Bergen har man hatt et systematisk arbeid eller en strategi for å heve kompetansen på sine ansatte, hvor assistenter har fått bli helsefagarbeidere, og helsefagarbeidere har blitt sykepleiere. ”Og klart at de koster mer, sant. Men det er gjort mye for å heve kvaliteten på de ansatte. Det er ikke mange assistenter vi har igjen nå. Det er helgevaktvikarer innimellom. Og

mange av dem er sykepleiestudenter eller medisinstudenter, så det er mange som har gode kvalifikasjoner der” (B). I dette kompetansehevingsprogrammet er det ikke bare administrasjonen som bestemmer, men man involverer sykehjemmene i beslutningene:

”Det er veldig viktig at det blir satt i kraft og at det blir organisert fra toppen, men at styrerne ute er med på å anbefale: ”Jeg har en ansatt som er så fantastisk flink, jeg vil gjerne at den skal få lov til å bli helsefagarbeider”, eller at man har en helsefagarbeider som man virkelig ønsker skal få bli sykepleier” (B).

En annen side ved kompetanse som Bergen tok opp, var å kvitte seg med ansatte som ikke har håndtert arbeidet godt nok:

”Vi har en personalrådgiver og hun er ganske flink til å si opp folk som ikke oppfører seg skikkelig. Så det er på en måte også med i det kompetansebildet, egentlig. De som ikke duger, de som ikke vil eller evner, de går ut av systemet. Vi er vell den etaten som har flest oppsigelser, og det høres jo veldig negativt ut, men... Dette har med kvalitet å gjøre. Som vi da erstatter med bedre folk” (B).

I tillegg til kompetanseheving på *faglig* kompetanse, trakk Bergen fram det systematiske arbeidet de har gjort på kursing i *språk*, ettersom mange ansatte er fremmedspråklige, der de både må bestå norsk nivå 3, i tillegg til et kurs med test på legemiddelhåndtering for å sikre at samtlige som håndterer legemidler forstår hva de skal gjøre. Det handler altså både om å utføre tekniske oppgaver riktig, men språket er også viktig for å kommunisere i hverdagen med beboerne og bli kjent.

4.6.2. Stabile og kjente ansatte

I et sykehjem blir livsglede og tilrettelegging for et mest mulig normalt liv med aktivitet og opplevelse viktig. Hjemlighet rommer derimot mer: Det handler om stabile, trygge relasjoner, ansatte som kan se hvem den enkelte beboer er som person og ivareta dette i den daglige samhandlingen. ”Det er møtet mellom pasient og ansatt som er det ultimate, det er jo der vi ser kvaliteten” (O). Alle de daglige møtene ansatte har med beboere hvor tjenestene og kvaliteten realiseres er på noen måter utenfor kommunens kontroll, fordi det er færre *tamme* og flere *uregjerlige* problemer. Når en viktig del av omsorgsarbeidet – de mellommenneskelige prosessene – ikke kan defineres i standarder og prosedyrer, blir det umulig å styre ovenfra og det står og faller på de menneskene det gjelder. Da handler det om den enkelte ansatte, og holdninger og kultur på arbeidsplassen. En måte å håndtere det uregjerlige på, hvor det ikke finnes én riktig løsning, er å investere i personalet. ”Min sjef sier: Du må jo vite hva som er best. Men beklager, jeg gjør ikke det, det har med mennesker å gjøre, sier jeg” (B). Kommunen må derfor *legge til rette for* at menneskemøtene har gode

vilkår. Det må være god strukturell kvalitet for de menneskene som er på sykehjemmet, som har et omsorgsetisk ansvar som stekker seg ut over det målbare i kvaliteten. Kommunene vektlegger derfor de ansatte som grunnleggende viktig. Når beboerne har faste å forholde seg til bygger det opp under hjemlighet og mellommenneskelig kvalitet.

For at det skal være faste og kjente ansatte, er det viktig med ansatte som er mye på jobb, det vil si har hele stillinger eller høye stillingsandeler. Kommunene var opptatt av dette – store eller hele stillinger er viktig for stabilitet: ”Det at en del, frivillig eller ufrivillig, går i mindre stillinger, gjør jo at kontinuiteten blir dårligere, sant. Hadde vi hatt heltidsstillinger, så hadde de vært mer på jobb, for å si det sånn” (B). Trondheim satser sterkest på heltid, gjennom tydelige politiske signaler om at alle nye ansettelser skal være i 100 % stilling: ”Det har snudd seg fra [fokus på] ufrivillig deltid til at det er arbeidsgiver som vil mer enn de ansatte selv” (T), fordi man anser det som så viktig for kvaliteten. Dette fordi det gir mer stabilitet og kontinuitet i ansatte som er på jobb – de kjenner beboerne bedre og beboerne kjenner dem, en forutsetning for at det relasjonelle skal fungere godt. Ellers er det tariff-festet at ”du skal tilby høye stillinger, der hvor det er praktisk mulig” (B). Men en felles utfordring for kommunene er dagens turnusordning, som gjør det umulig at alle jobber heltid. Bergen beskriver det som ”ren matematikk”:

”Vi ønsker jo hele stillinger, vi ønsker hjertelig velkommen en heltidskultur. Men vi ser at hvis vi skal ha forsvarlig drift i helgene, så må vi få folk til å jobbe i helgene, på en eller annen måte. Det er dessverre ikke alle som forstår det. På et sykehjem så er det som i visse deler av industrien: Det er like stor produksjon i helgene. Og guttene, de jobber syv dager, så har de fri i syv dager, eller de jobber i en slags skiftordning, som gjør at det er like mye folk på jobb lørdag og søndag. Men det har vi glemt i helse. Deler av helse, i hvert fall. Når vi gikk over fra annen hver helg til tredje hver helg, så mister de plutselig en tredjedel i helgene, sant” (B).

Da man la om turnusen for at de ansatte skulle jobbe hver tredje istedenfor hver andre helg, skapte man rom for små stillinger for å dekke helg hvor de faste ikke skulle jobbe. ”På et sykehjem er de akkurat like hjelpetrengende i helgene, sant. Så i bunn og grunn må man jobbe nok timer i helgene, for at det skal bli forsvarlig. Eller så må vi ha mange små stillinger” (B). Å gå tilbake til å jobbe annen hver helg, eller jobbe lengre vakter, ble trukket fram som mulige løsninger på dagens turnusutfordring. Men å gjøre slike strukturelle endringer i turnusen oppleves utenfor kommunens myndighet, og i stedet gjøres kompenserende tiltak for å tilpasse seg, for eksempel ved at studenter og andre vikarer i mindre stillinger brukes til å dekke opp behovet i helgene. Det betyr at sårbarheten øker i helgene fordi det er færre faste

med kjennskap til arbeidsplassen. Når det gjelder heltid er det altså slik at kommunene vil, men de får det ikke til. Det er frykt i fagforeningene for hva lengre vakter vil bety for de ansattes helse og mulighet til et normalt liv utenfor jobben. De trekker frem Arbeidsmiljøloven som en vernelov som skal beskytte arbeiderne, og de vil ikke godta endringer som kan forverre arbeidsforholdene. Denne motstanden mot langvakter omtalte de i Bergen som ”ubegripelig”:

”Fagforeningen mener de sitter med fasiten på dette. Og så viser det seg at der man prøver dette ut, og iverksetter dette, så er erfaringene veldig gode. Både på brukersiden og på ansattensiden. Og det er klart at hvis dette skulle vise seg å ha uheldige helseeffekter på ansatte, så vil man jo gå tilbake” (B).

Det synes altså å være en interessekonflikt som står i veien for gode kvalitetsløsninger når det gjelder utfordringene rundt heltid i sektoren.

En måte kommunene har operasjonalisert behovet for kontinuerlige og kjente ansatte i sin klassiske målstyring – krav som henger sammen med sykehjemsavtalene – er å satse på *primærkontakter* for beboerne, som en viktig kvalitetsindikator. Dette ble også trukket fram som viktig også for pårørendes trygghet: ”At man ringer opp pårørende og sier: Hei, jeg er primærkontakt, jeg skal bare gi en liten statusmelding, og din mor har sånn og sånn” (B). Bergen har også et sekundærkontaktsystem som skal fungere sammen med primærkontakten, og når hen er syk eller på ferie. Det legges altså inn som krav i avtalene som et parameter sykehjemmene måles på, og dermed signaliserer kommunen at det er viktig. Primærkontakten bidrar til å understøtte det hjemlige, ved at det er en fast ansatt som kjenner og følger beboeren særlig godt. Bergen mente også at et fungerende primærkontaktsystem kan være veldig ressursbesparende på et sykehjem:

”Hvis man har en ordning som fungerer, der lederen ikke springer rundt og gjør altfor mye, og delegerer. Vi tror på å myndiggjøre, spesielt helsefagarbeidere. De får et ansvar, som de kan vokse inn i, og faktisk redusere fravær, fordi de må bare komme på jobb, fordi det er ingen andre til å ta seg av denne samtalen. Vi gjør de viktige. Det er en del av primærkontaktrollen” (B).

Ved å sørge for at ansatte har en sterk tilknytning til arbeidsplassen og opplever at de er viktige på jobb i kraft av sine forpliktelser, heves også terskelen for å være borte fra jobb. ”Dette med sykefravær, det er et kvalitetsparameter, og et økonomisk parameter, det er faktisk begge deler. Fordi får du ned sykefraværet, så får du et større økonomisk handlingsrom, det er økonomien i det. Og får du ned sykefraværet får du også stabilitet” (O).

Både Oslo og Bergen mente at et stort merforbruk økonomisk ofte vil være tegn på dårlig drift. De som driver mer kortsiktig og ikke investerer i for eksempel tilstrekkelig med fagpersoner, ender kanskje opp med å kjøpe inn eksterne vikarer, eller å betale mye overtid, slik at det blir dyrere i lengden. Bergen mente derfor at det kunne være billigere å ha mange fagpersoner. Samtidig vil et for lavt bemanningsnivå øke arbeidsbelastningen og det kan igjen medføre økt sykefravær som også kan bli dyrt i lengden:

”Man skulle tro at jo mer penger du brukte, jo bedre kvalitet. Men det er ingen direkte sammenheng. De beste institusjonene våre, de holder både budsjettene, og har primærkontaktordninger som fungerer, og lavt fravær. De kommer inn i gode sirkler, og da bruker de heller ikke så mye penger. For da er det planlagt. Noen bruker penger på fravær, fordi de har ikke ansatt nok folk, man må betale overtid og bruke vikarer, fordi man ikke har den gode driften inne” (B).

Å investere handler om hva man bruker ressurser på for å skape gode prosesser i sykehjem, og kan ses i motsetning til å spare. Av det kommunene fortalte kan mye tyde på at man må investere både i kompetente og stabile ansatte, og sørge for nok folk på jobb, for å skape gode sirkler og *strukturell kvalitet*, som også vil vise seg i resultater. Denne investeringen bærer ikke preg av kontroll, men tillit til at kvalitet kan utvikles og sikres gjennom å satse på gode og stabile ansatte.

5. DISKUSJON

I analysen av de gode erfaringene kommunene har for å styre kvalitet i sykehjem, legger jeg til grunn kvalitet som både teknisk og mellommenneskelig kvalitet – den som er lett å måle, og den som ikke er det. Kontrollsystemene fungerer for å sikre et visst nivå av teknisk kvalitet, mens den mellommenneskelige kvaliteten trenger andre strategier som ikke gir like enkle svar på arbeidsutfordringene.

Alle som driver sykehjem må dokumentere at de følger – og om de bryter – lover og regler. Derfor blir internkontroll viktig. Arbeidet med å utvikle kunnskapsbaserte prosedyrer, og registrere og lukke avvik anses som grunnleggende viktig for å sikre tjenestenes tekniske kvalitet. Alle byene bruker altså prosedyrer og avvik som kvalitetsstrategi, men det er ulikt hvordan de vektlegger de to. Det synes som at det man kan, blir det man gjør, og det man gjør blir viktig. For eksempel i Trondheim har de et godt gjennomarbeidet avvikssystem, som er viktig der, mens Bergen har jobbet tungt med prosedyrer, som er viktig for dem.

Internkontrollsystemene inneholder på den ene siden beskrivelser av hvordan ting skal gjøres, i form av prosedyrer, og på den andre siden krav om å melde fra når det har skjedd brudd på prosedyrene, i form av avvik eller klager. Kvalitet i internkontroll vil derfor være gode prosedyrer og færrest mulig avvik. Det er et eksempel på den tradisjonelle, reaktive tilnærmingen i kvalitetsarbeid, hvor kvalitet blir ensbetydende med fravær av feil og ting som går galt. Kontrollen ligger i å sørge for at virksomheten følger prosedyrer for ”beste praksis” og melder fra når avvik skjer. Prosedyrer egner seg til prosesser for teknisk kvalitet, men også deler av den mellommenneskelige kvaliteten er forsøkt implementert i kontrollsystemer, gjennom ordningen for livsgledesertifisering. Her har man valgt ut elementer som kan bidra til å dekke beboernes menneskelige behov i form av opplevelser og forming av sosiale situasjoner, og gjort det målbart slik at det kan fungere i kontrollsystemer. Derimot vil den kvaliteten som handler om relasjoner og samhandling, prosesser *mellom* mennesker, falle utenfor internkontrollsystemene, fordi disse prosessene ikke lar seg standardisere. Det kan derimot styres gjennom tilrettelegging for mellommenneskelig kvalitet, gjennom å investere i personale som både er kompetent og stabilt, og ha systemer for å sørge for at ansatte gjør seg kjent med den enkeltes historie og særegenhet, og følger den enkelte beboer tett opp.

Vi kan forstå strategien basert på prosedyrer, avvik og dokumentasjon som en kontrollstrategi – den er ovenfra-og-ned, med kvalitetskriterier- og mål fastsatt av kommunen sentralt. Motsetningen er strategien basert på samhandling og deling – den er nedenfra-og-opp, og tar utgangspunkt i lokale behov. Begge disse strategiene initieres fra sentralt hold med siktemål om bedre tjenester i en sektor som preges av ”uregjerlige” problemer. Men de to strategiene baserer seg på to ulike forståelser av hva som er kvalitet (Støkken 2014). I kommunenes kontroll- og kvalitetssystemer, som handler om å møte definerte kvalitetsstandarder og sikre et visst nivå, ligger en forståelse av kvalitet basert på *evidens*. Det vil si at man skal ha et forskningsbasert grunnlag for arbeidet, slik at man iverksetter tiltak man *vet* virker og kan måle effekt av i etterkant. På den andre siden er lokal kvalitetsutvikling, basert på det som har vist seg å virke i hverdagen, hvor det ligger en forståelse av kvalitet som også inkluderer erfaringskunnskapen hos ansatte og beboere (Støkken 2014). Her forstår man at den vitenskapelige evidensbaserte kunnskapen om ”beste praksis” møter en konkret kontekst, hvor *relasjonen* og *samhandlingen* mellom beboere og ansatte får betydning for utfallet. Kvalitet forstås som noe som må realiseres og utvikles *mellom mennesker* – hvordan de forstår og opplever det innenfor organisasjonen. Med dette utgangspunktet ligger svaret i konteksten og samhandlingen, ikke i kontekstuavhengige prosedyrer og kvalitetsindikatorer. Kvalitetsforbedringen baserer seg på samarbeid mellom lokale aktører, som tar utgangspunkt i

lokale behov og lokalt definerte problemstillinger. Begrepet *kvalitetsutvikling* indikerer at standarder ikke er endelig gitt, og at det finnes et forbedringspotensial som det er mulig å søke seg fram mot (Støkken 2014). Det fremstår som et mer åpent konsept, der oppmerksomheten rettes mot flere nivå i organisasjonen og forskjellige aspekter ved forbedringsarbeidet. Selv om deler av arbeidet i sykehjem – de tekniske prosessene – er forsøkt pakket inn i standardløsninger og prosedyrer som garantert virker, er fortsatt vesentlige deler av sykehjemstjenestene preget av usikkerhet, som krever profesjonelt skjønn i håndteringen av konkrete situasjoner. Støkken (2014) som har undersøkt ulike kvalitetsstrategier i andre deler av helse- og sosialsektoren, mener det gir en mer helhetlig tilnærming til kvalitet dersom man kombinerer kontroll med utvikling. Det vi ser hos kommunene er at de vektlegger kontroll mer enn utviklingsstrategier i kvalitetsarbeidet, men at de også *har* strategier for utvikling i blant annet nettverk og besøk mellom sykehjem.

Årsaken til at kontrollstrategier vektlegges, er i følge Støkken (2014) at sykehjemmene har et samfunnsmessig mandat som omfatter sårbare grupper og hvor krav om rettssikkerhet og innsyn blir særlig aktualisert. Gjennom å fokusere på prosedyrer, avvik og dokumentasjon kan man derfor stå til rette når man stadig utsettes for kritiske blikk utenfra, ikke minst fra media. Dette ytre presset gjør at kommunene gjerne fokuserer mer på kontroll, for å kunne ha sitt på det tørre, fremfor mer innovative utviklingsstrategier, som faktisk kunne gjort mer for kvaliteten beboerne opplever i hverdagen – men som ikke lar seg dokumentere i samme grad. Fokus på kontroll og målstyring mot det man vet virker, basert på en evidensforståelse av ”objektive data”, blir gjerne også det rasjonelle i en kostnadseffektiv organisasjon, som sykehjemmene forventes å være, fordi de er finansiert av skattebetalernes penger som ikke bør sløses, men brukes fornuftig (Vabø 2014a). Dermed blir prosesser knyttet til utvikling og ikke-målbare resultater muligvis nedprioritert eller ikke holdt like høyt. Det synes likevel som at kommunene har investert tungt i kontrollverktøy slik at sykehjemmene styres ”ovenfra”, men kommunene har kanskje i større grad potensial for å prioritere, igangsette og nyttiggjøre seg av lokale utviklingsprosesser ”nedenfra”. Det kan oppmuntres til lokalt utviklingsarbeid, ved å sørge for tid og rom, og ved å sende et signal om at dette er *ønsket*. I stedet for å møte mangler og dårlige resultater med flere styringskrav ovenfra, kan man i større grad stole på at ressursene og svarene for positiv endring ligger hos partene på arbeidsplassen, og at involvering av ansatte er nøkkelen til å identifisere problemer og finne løsninger. Ved å øke tilliten til egne ansatte i kvalitetsarbeidet, kan sykehjemmene også øke sin innovasjonsevne. Men å øke handlingsrommet for lokalt utviklingsarbeid innebærer også å gi fra seg noe kontroll, ved å overlate til ansatte lokalt å finne løsninger, og

sørge for at de har tid og rom til å prioritere dette arbeidet systematisk. Det innebærer en risiko for å mislykkes – at de ansatte ikke finner svaret på de komplekse utfordringene, verken på første, andre eller tredje forsøk.

Mens kontroll handler om å *vite* hvordan det *er*, handler utvikling om å *undersøke* hvordan det kan *bli* (Støkken 2014). Likevel har vi sett at de tradisjonelle kontrollsystemene også brukes for å forbedre, men da fokusert på den tekniske kvaliteten i tjenestene. På den måten inneholder begge strategier et læringsperspektiv, men hvor kontroll er læring basert på forhåndsdefinerte områder og ofte med utgangspunkt i det dårlige, altså avvik og feil, og hvor utvikling handler om å oppdage det gode og ikke er begrenset til de definerte standardene eller prosedyrene.

Vi kan forstå kommunens styringssystemer som en måte å skape gode betingelser for kvalitet. Kommunene kan legge til rette for at møtene mellom ansatt og beboer skal være preget av god teknisk kvalitet slik at de får dekket kroppens behov, og av mellommenneskelig kvalitet ved at de ansatte kjenner dem og kan møte dem som individuelle personer med egne særtrekk og personlighet. I tillegg til strategier som handler om å *sikre* ved kontroll eller *utvikle* kvalitet, har kommunene også fokus på det jeg definerer som strukturell kvalitet, som i hovedsak handler om å investere i egne ansatte for å bygge opp under krav om kompetanse og stabilitet, som er viktig for å håndtere både de institusjonelle og hjemlige sidene ved et sykehjem. Overfor sykehjemmene fungerer kommunen både som kontroll, støtte, og oppmuntring for gode praksiser. Muligheten til å styre og påvirke er helt klart større overfor kommunale sykehjem, hvor private sykehjem, særlig kommersielle, i større grad blir en ”black box”, det vil si man i mindre grad vet hva som gjøres inne på disse sykehjemmene.

Til tross for tilrettelegging fra kommunen i form av ressurser og organisering, er det samspillet mellom mennesker mye av kvaliteten står og faller på. Det er derfor ingen mekanisk og sikker årsakssammenheng mellom hva kommunen gjør og hva som skjer i menneskemøtene, som er avhengig av hvem, hva, hvor, når – faktorer som gjør det uforutsigbart. Man kan derfor heller ikke forvente at lik styringsinnsats- og krav fra kommunens øvre hold vil resultere i like resultater nede på omsorgsenhetene. Det er derimot ikke alltid synspunktet hos politikerne. Et resultat som velferdsinstitusjoner ofte måles på er sykefravær, som man anser som viktig for kvaliteten – og i en sak fra Trondheim forklarer ansatte høyt sykefravær med lav bemanning, mens varaordføreren er usikker på om bemanning er årsaken, fordi ”bemanningstettheten er den samme, men fraværet varierer” (Skjesol 2016). Med andre ord forventer politikerne at gitte strukturelle betingelser – i form av eksempelvis bemanning – skal gi seg utslag i ett bestemt nivå for sykefravær, og når

virkeligheten viser seg å være en annen – at det *varierer* – underkjennes betingelsene som avgjørende for å skape bedre kvalitet i form av lavere sykefravær, fordi det ikke er *én* sikker løsning som vil gi ett sikkert resultat. De forventer at styringen skal gi konkrete og etterprøvbare resultater. Denne mekaniske oppfatningen av hvordan organisasjoner fungerer ser bort fra det uforutsigbare elementet: mennesker og relasjoner – og kompleksiteten som ligger bak å forstå hvorfor kvaliteten blir som den blir, når det er basert på menneskelig samhandling. Når man har valgt en desentralisert organisering hvor lederne på hvert sykehjem blir ansvarlige, blir den lokale ledelsen viktig for kvaliteten, og ledelse er *personavhengig*. Som jeg tidligere har vært inne på, er ledelse noe annet enn styring (Ladegård og Vabo 2011). Ettersom ledelse ikke er system-, men personorientert, er påvirkningen mindre etterprøvable og konkret, og mer avhengig av det relasjonelle samspillet med og mellom de ansatte. I stedet for direkte kontroll, er det en forhandlende og dynamisk påvirkning. Investering i personale og god ledelse kan forstås som en viktig strukturell betingelse for kvalitet, men det finnes ikke en etterprøvable og ”sikker” oppskrift som sikrer et godt årsaksforhold mellom ”riktig og gode” ansatte og god kvalitet på de tingene man måler, som sykefravær.

For å konkludere om hvilke styringspraksiser som brukes av kommunene for å skape kvalitet i sykehjem, har jeg vist til nettverk og besøkstilsyn som utviklingsstrategier kommunene bruker. Disse praksisene framstår åpne, hvor læring skjer på de områder som deltakerne selv definerer som viktige og hvor utvikling trengs. Ved å satse på kompetente ansatte som man beholder over tid, kan disse i seg selv representere en mulighet for utvikling basert på erfaringskunnskap, i tillegg til den umiddelbare viktigheten de har for teknisk og mellommenneskelig kvalitet. Arbeid for livsglede handler også i stor grad om å utvikle kvalitet med en bredere kvalitetsforståelse enn det tekniske, men samtidig har sertifiseringsordningen blitt en kontrollstrategi hvor opplevelsesmessige aktiviteter settes inn i prosedyrelignende systemer med avviksregistrering, som kjennetegner de tradisjonelle kvalitetssystemene i kommunen, som administrasjonen vektlegger sterkt for god teknisk kvalitet. For å ivareta viktigheten av mellommenneskelig kvalitet, men også teknisk kvalitet, er det investering i personalet kommunene beskriver som essensielt. Samtidig er den relasjonelle delen av kvalitetsarbeidet – som i stor grad kjennetegner all virksomhet på sykehjem – preget av uforutsigbarhet. Det uforutsigbare faller utenfor kontrollsystemenes styringsrekkevidde og instrumentelle logikk. Når uforutsigbarhet er normalen, kan man ikke avgrense det i en prosedyre eller definere hva som skal gjelde som avvik. Med vektlegging av praksiser basert på kontroll gjennom prosedyrer og avvik, ser vi likevel at en instrumentell logikk dominerer fremfor en omsorgsrasjonell. Selv om administrasjonen uttrykker en

forståelse for at omsorg også omfatter relasjonelt, mellommenneskelig og emosjonelt arbeid, er styringssystemene i stor grad fokusert mot det praktiske, fysiske og tekniske ved omsorgsarbeidet. Det mellommenneskelige er derfor noe som må realiseres uten kommunenes direkte styring. De ulike styringspraksisene kan ses som kommunenes svar på de motsetningsfylte kravene som rommer sykehjemsektoren. De organiserer sykehjem som effektive behandlingsinstitusjoner for sterkt hjelpetrengende eldre, og legger til rette for god teknisk kvalitet, samtidig som de forsøker å sørge for at beboerne gis mulighet til å leve et normalt og selvstendig liv, ved å ivareta og styrke arbeidsbetingelser for mellommenneskelig, relasjonell kvalitet.

Når det gjelder videre forskning, ville jeg vært interessert i å undersøke forsøk på nye, utradisjonelle utviklingsstrategier for styring av sykehjem, som er utprøvd i blant annet Stockholm (ved Stadsledningskontoret, presentert på konferansen "Hverdag i sykehjem" ved NOVA oktober 2015), eller andre steder hvor man i media hører det gjennomføres "tillitsreformer" som alternativ til kontrollsystemer, risikohåndtering, indikatormålinger, revisjoner og avviksbehandling som typisk har kjennetegnet styringen. I Stockholm har de innført et system med kvalitetsobservatører, hvor altså kvalitetsoppfølging med sykehjem baserer seg på kvalitative observasjoner fremfor kvantitative indikatorer, og som man mener i større grad skal fange opp den reelle kvaliteten i møtet mellom ansatt og beboer. Hva som er innholdet i disse nyere og alternative kvalitetsstrategiene, og hvordan det har fungert hvor man har prøvd det ut, er interessant å finne ut av.

6. REFERANSER

- Clarke, J. (2005). Performing for the public: doubt, desire and the evaluation of public services i Du Gay, P. (red.) "The Values of Bureaucracy." Oxford University Press, 211-232
- Dahl, T. og Gullikstad, B. (2002). Velferden tilbake til hjemmet? i Forseth, U. og Rasmussen, B. (red.) "Arbeid for livet." Oslo: Gyldendal Akademisk, 43-54
- Donabedian, A. (1988). "The Quality of Care: How can it be assessed?" Archives of Pathology & Laboratory Medicine, Vol. 121, 11. ProQuest Nursing Journals, 1743-1748
- Fjær, E. G. og Vabø, M. (2013). Shaping social situations: A hidden aspect of care work in nursing homes. *Journal of Aging Studies*, 27, 4, 419-427.
- Foucault, M. (2002). Forelesning om regjering og styringskunst. Oslo: Cappelen's upopulære skrifter.
- Garsjø, O. (2003). Institusjon som hjem og arbeidsplass. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gautun, H. og Syse, A. (2013). Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA rapport nr 8/13
- Gjerde, I. (2012). Balansert målstyring som styringsverktøy i Torsteinsen, H.

- (red.) "Resultatkommunen. Reformert og resultater." Oslo: Universitetsforlaget, 107-124
- Hofstad, E. (2015). "Liten nytte av å melde avvik", publisert på Sykepleien 12. mars 2015. Hentet fra <https://sykepleien.no/2015/03/1-av-2-ser-ikke-nytt-en-av-melde>
- Hollnagel, E., Woods, D. D., og Leveson, N. (red.) (2006). "Resilience Engineering: Concepts and Precepts." Hampshire: Ashgate Publishing Limited.
- Hollnagel, E., Braithwaite, J. og Wears, R. L. (2015). Resilient health care: turning patient safety on its head. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(5), 418–420
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons. *Public Administration*, 69 (1), 3-19
- Hood, C., James, O., Jones, G., Scott, C. og Travers, T. (2015). Regulation Inside Government: Where New Public Management Meets the Audit Explosion. *Public Money and Management*, 18:2, 61-68
- Internkontrollforskrift i helsetjenesten (2003). Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Karlsen, G. (2002): Sårbarhetens mulighet. Om utfordringer i den personlige lærergjerning. Rapport fra FoU i praksis 2002.
- Kvalitetsforskriften (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Sosialdepartementet.
- Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2004). Veileder, IS-1201. Utgitt 01.11.2004. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Ladegård, G. og Vabo, S. I. (2011): Ledelse, styring og verdier. *Magma – Tidsskrift for økonomi og ledelse*, 1/2011, 23-31
- Martinsen, K. og Wærness, K. (1991). Pleie uten omsorg? Norsk sykepleie mellom pasient og profesjon. Oslo: Pax Forlag.
- Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015) ...Og bedre skal det bli! Veileder, IS-1162. Utgitt: 01.09.2005. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- NOU (1992: 1). Trygghet - Verdighet - Omsorg. Oslo: Sosialdepartementet.
- NOU (2011: 11). Innovasjon i omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Næss, A., Fjær, E. G. og Vabø, M. (2016). The assisted presentations of self in nursing home life. *Social Science & Medicine*, 150, 153-159
- Nørgaard, A. S., Rosendahl, M. og Jensen, D. C. (2008). Plejehjemstilsyn– politik på pressens præmisser. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Rasmussen, B. og Vabø, M. (2014). Inneklemte ledelse – reformer i hjemmetjenesten i Vabø, M. og Vabo, S. I. (red.) "Velferdens organisering." Oslo: Universitetsforlaget, 94-107
- Rasmussen, B. (2016). Tilbake til byråkratiet? Weber, byråkratiet og lærerstreiken. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 57(2), 199-208
- Rittel, H. W. J., og Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences*, 4, 155-169
- Rosness, R. (2002). Slank og sårbar? i Forseth, U. og Rasmussen, B. (red.) "Arbeid for livet." Oslo: Gyldendal Akademisk, 31-42
- Røiseland, A. og Vabo, S. I. (2012). Styring og samstyring – governance på norsk. Oslo: Fagbokforlaget
- Scott, J. (2008). Modes of power and the re-conceptualizing of elites i Savage, M. og Williams, K. (red.) "Remembering Elites." Oxford: Blackwell.
- Skjesol, H. (2016). "Lover ikke flere ansatte i barnehagene i Trondheim", publisert i Adressa Pluss 29. mars 2016. Hentet fra: <http://www.adressa.no/pluss/2016/03/29/Lover-ikke-flere-ansatte-i-barnehagene-i-Trondheim-12531247.ece>
- Slagsvold, B. (1999). Kvalitet og kontekst i Thorsen, K. og Wærness, K. (red.) "Blir

- omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten." Oslo: Ad Notam Gyldendal, 105-126
- St.meld. nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- St. meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Stiftelsen Livsglede for Eldre (2005-2016). Livsgledepsykehjem. Hentet fra <https://www.livsgledeforeldre.no/sykehjem.html>.
- Støkken, A. M. (2014). Forbedringsarbeid – ulike strategier og konkurrerende kunnskapsforståelser i Vabø, M. og Vabo, S. I. (red.) "Velferdens organisering." Oslo: Universitetsforlaget, 79-93
- Thorsen, K. og Wærness, K. (1999). Eldreomsorg i omforming i Thorsen, K. og Wærness, K. (red.) "Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten." Oslo: Ad Notam Gyldendal, 11-24
- Torjesen, D. O. og Vabo, S. I. (2014). Samhandlingsreformen – virkemidler for koordinering i Vabø, M. og Vabo, S. I. (red.) "Velferdens organisering." Oslo: Universitetsforlaget, 138-157
- Torsteinsen, H. (2012). Lederroller og lederrelasjoner i Torsteinsen, H. (red.) "Resultatkommunen. Reformen og resultater." Oslo: Universitetsforlaget, 77-92
- Vabo, S. I. (2014a). Flernivåorganisering – lokal skreddersøm og nasjonale standarder i Vabø, M. og Vabo, S. I. (red.) "Velferdens organisering." Oslo: Universitetsforlaget, 158-174
- Vabo, S. I. (2014b). Velferdens organisering – mellom styring, ledelse og læring i Vabø, M. og Vabo, S. I. (red.) "Velferdens organisering." Oslo: Universitetsforlaget, 175-197
- Vabø, M. (2014a). Dilemmaer i velferdens organisering i Vabø, M. og Vabo, S. I. (red.) "Velferdens organisering." Oslo: Universitetsforlaget, 11-28
- Vabø, M. (2014b). Bakkebyråkratiet – der emosjonelt arbeid blir politikk i Vabø, M. og Vabo, S. I. (red.) "Velferdens organisering." Oslo: Universitetsforlaget, 29-46
- Vabø, M. (2014c). Reformtrender og endringsparadokser politikk i Vabø, M. og Vabo, S. I. (red.) "Velferdens organisering." Oslo: Universitetsforlaget, 62-78
- Vabø, M. (2015). "Hverdag i sykehjem." Konferanserapport. Høgskolen i Oslo og Akershus, Oslo, 15.-16. oktober 2015.
- Verdighetsgarantien (2010). Forskrift om en verdig eldreomsorg. Helse og omsorgsdepartementet
- Vihma, S. (2013). Homelike Design in Care Residences for Elderly People i Hujala, A., Rissanen, S. og Vihma, S. (red.) "Designing Wellbeing in Elderly Care Homes." Aalto University publication series CROSSOVER 2/2013, 36-51
- Williamson, O. E. (1979). Transaction-cost economics: The governance of contractual relations. *The Journal of Law & Economics*, 22, 2, 233-261
- Wulff, A., Rasmussen, B. og Westgaard, R. (2000). Documentation in large-scale engineering design: information processing and defensive mechanisms to generate information overload. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 25, 295-310
- Wærness, K. (1999a). Omsorg, omsorgsarbeid og omsorgsrasjonalitet - refleksjoner over en sosialpolitisk diskurs i Thorsen, K. og Wærness, K. (red.) "Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten." Oslo: Ad Notam Gyldendal, 46-62
- Wærness, K. (1999b). "Kan travelhet skape grusomhet i den offentlige omsorgstjenesten?" i K. Thorsen og K. Wærness (red.), *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 149-157
- Ytrehus, S. (2013). Kvalitet i eldreomsorgen i Bergland, Å. og Moser, I. (red.)

“Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre.” Oslo: Cappelen Damm Akademisk.