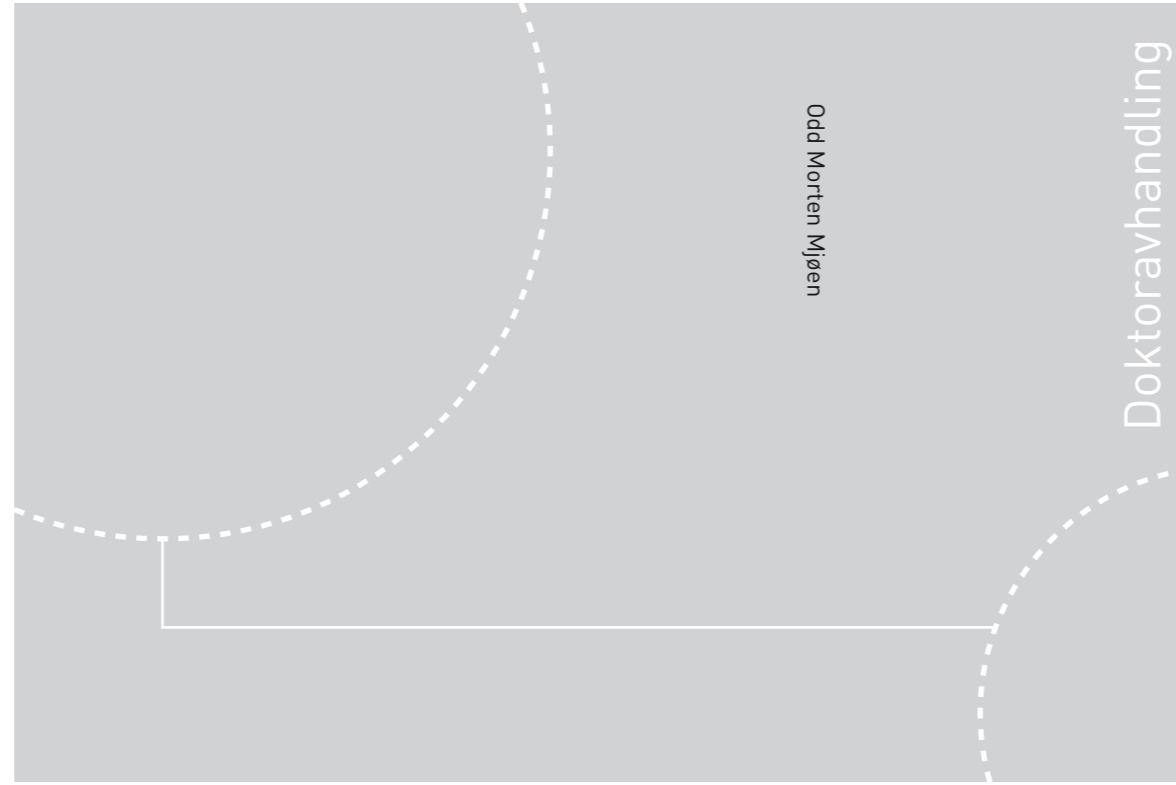


ISBN 978-82-326-4320-2 (trykt utg.)
ISBN 978-82-326-4321-9 (elektr. utg.)
ISSN 1503-8181



Doktoravhandling ved NTNU, 2019:361

Odd Morten Mjøen

Å arbeide i noens hjem

Ideologi og praksis i bofellesskap for personer med utviklingshemming

 **NTNU**
Norwegian University of
Science and Technology

Doktoravhandling ved NTNU, 2019:361

 NTNU

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Avhandling for graden
philosophiae doctor
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosialt arbeid

 **NTNU**
Norwegian University of
Science and Technology

Odd Morten Mjøen

Å arbeide i noens hjem

Ideologi og praksis i bofelleskap for personer med utviklingshemming

Avhandling for graden philosophiae doctor

Trondheim, desember 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosialt arbeid

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Avhandling for graden philosophiae doctor

Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosialt arbeid

© Odd Morten Mjøen

ISBN 978-82-326-4320-2 (trykt utg.)
ISBN 978-82-326-4321-9 (elektr. utg.)
ISSN 1503-8181

Doktoravhandlinger ved NTNU, 2019:361

Trykket av NTNU Grafisk senter

Forord

Arbeidet med avhandlingen har vært min primære oppgave de siste tre og et halvt årene. Det har vært en utrolig lærerik prosess. Når jeg nå skal sette punktum er det med litt blandede følelser. Det har vært en utrolig fin tid og det har vært et privilegium å få lov til å fordype seg i et fagfelt som jeg er interessert i, samtidig gjør gleden jeg har hatt med arbeidet det litt vanskelig å slippe taket. Når arbeidet nærmer seg slutten er det mange som fortjener takk.

Studien handler om faktorer som påvirker hvordan ansatte i kommunale bofellesskap for personer med utviklingshemming klarer å realisere sosialpolitiske idealer og mål for omsorgstjenestene. En slik studie hadde ikke vært mulig uten at beboere, pårørende, ansatte og ledere hadde stilt opp og latt seg intervju, og sluppet meg inn på sine arenaer. En stor takk til dere som delte deres tanker med meg.

Det er også andre som skal takkes. Avhandlingen har vært en del av prosjektet «Omfattende tjenester i andres hjem», som er finansiert av Norges Forskningsråd, og har vært et samarbeid mellom NTNU Samfunnsforskning, NTNU og Nord universitet. Jeg vil rette en stor takk til alle som deltok i prosjektet: Anna Kittelsaa, Aud Elisabeth Witsø, Berit Berg, Eva Magnus, Hilde Guddingsmo, Kurt Elvegård, Oddbjørn Johansen og Turid Møller Olsø for at dere raust delte av deres erfaringer og tanker med meg.

Prosjektet ble ledet av Jan Tøssebro ved Institutt for sosialt arbeid (ISA), NTNU. Han har vært min veileder og store inspirator i avhandlingsarbeidet. Med kunnskapsrik og tålmodig veiledning har jeg fått konstruktive kommentarer under veis i arbeidet med avhandlingen. Det har både vært utfordrende og ikke minst motiverende. Tusen takk!

Jeg er også veldig takknemlig for at NTNU Samfunnsforskning prioriterte å tildele meg stipendet og gi så gode arbeidsvilkår. Ikke minst har jeg fått mulighet til å være en del av forskningsmiljøet på avdeling for mangfold og inkludering. Alle dere fortjener en stor takk for måten dere har tatt i mot meg og inkludert meg i arbeidsmiljøet. Spesielt vil jeg takke Anna Kittelsaa som har vært min mentor, støttespiller og motivator gjennom hele prosjektet.

En avhandling krever mye tid og krefter. Derfor har jeg vært helt avhengig av støtte på hjemmebane. Johanna du har hele tiden hatt troen på at dette skulle gå, og har vært min viktigste støttespiller.

Orkanger, mai 2019

Odd Morten Mjøen

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	3
Sammendrag	6
Summary	7
Del I	8
Kapittel 1 Innledning	9
1.1 Bakgrunn.....	10
1.2 Målsetting og forskningsspørsmål	21
1.3 Målgrupper for dette prosjektet.....	24
1.4 Reformen for utviklingshemmede	27
1.5 Boligformer.....	28
1.6 Ansatte og omsorgsarbeid i hjemmet.....	29
1.7 Hva kjennetegner et hjem	32
1.8 Prosjektet «Omfattende tjenester i andres hjem: Brukeres, ansattes og kommuners perspektiv»	33
1.9 Avhandlingens oppbygning	34
Kapittel 2 Forskning om å arbeide i bofellesskap	38
2.1 Litteratursøk	38
2.2 Avgrensning av feltet.....	39
2.3 Ideologi, verdier, prinsipper og måldefinering	41
2.4 Litteraturgjennomgang.....	41
2.4.1 Forskning på materielle sider ved omsorgen	42
2.4.2 Forskning på strukturelle og operative sider ved omsorgen.....	45
2.4.3 Oppsummering.....	65
Kapittel 3 Teoretiske perspektiver	66
3.1 «Garbage Can» - modellen	67
3.2 Street-Level Bureaucracy.....	71
3.3 Oppsummering.....	81
Kapittel 4 Metode og materiale	82
4.1 Innledning	82
4.2 Kunnskapsteoretiske perspektiver og metodiske valg	82
4.3 Materiale	84
4.4 Utvalg.....	86
4.5 Intervjuer.....	88
4.6 Deltakende observasjon	91

4.7	Dialogkonferanser	95
4.8	Dokumentanalyser	97
4.9	Analysestrategi	98
4.9.1	Koding og analyse	102
4.10	Troverdighet og begrensninger	103
4.11	Forskningsetiske betraktninger	105
4.12	Markering av sitater i teksten	108
Del II...	109
	Innledning	109
Kapittel 5 Fire søyler.....	110
5.1	Politiske mål for mennesker med utviklingshemming	112
5.2	Målsettinger for framtidens omsorg	116
5.3	Plikt til å planlegge virksomheten i helse- og omsorgstjenestene	118
5.4	Kommunale planer for helse og omsorg	121
5.4.2	Trondheim kommunes planer som case	129
5.5	Profesjonenes idealer	137
5.6	Ny offentlig styring	145
5.7	Oppsummering	160
Kapittel 6 Ideologisk taushet eller nye idealer?.....	163
6.1	Ideologisk taushet?	164
6.1.1	Overordnet taushet?	164
6.1.2	En foreldet ideologi?	171
6.1.3	Når idealene ikke passer	172
6.1.4	Idealer og mål – mangelvare i bofellesskapene	176
6.1.5	Oppsummering	183
6.2	Nye idealer?	185
6.2.1	Fokus på tjenestene	187
6.2.2	Kvalitet gjennom internkontroll	208
6.2.3	Idealer farget av eldreomsorg?	233
6.2.4	Oppsummering	235
6.3	Målene er nådd, men hva var formålet?	238
Kapittel 7 Dilemma i arbeidet	241
7.1	Motstridende mål og idealer	242
7.1.1	Selvbestemmelse	243
7.1.2	Dilemma mellom selvbestemmelse og livsstil	244

7.1.3	Dilemma mellom selvbestemmelse og avvikende atferd	251
7.1.4	Dilemma mellom hjem og arbeidsplass – privatliv og tjenesteyting	259
7.2	Oppsummering.....	267
Kapittel 8	Ledelse – nøkkelen til realisering av idealer og mål	271
8.1	Organisering – de kommunale lederrollene	274
8.2	Ledelsens utfordringer	277
8.2.1	Resultatstyring gjennom lederavtaler	279
8.2.2	Ledere som premissleverandører	281
8.2.3	Det er økonomien som til sist avgjør.....	283
8.2.4	Forventninger til lederen.....	284
8.3	Kjennetegn ved god ledelse	289
8.3.1	Samfunnsoppdraget	293
8.3.2	Å sette klare mål.....	300
8.3.3	Oppfølging av de ansattes yrkesutøvelse.....	302
8.3.4	Aktiv i oppfølging og kontroll av virksomhetens resultater	306
8.4	Oppsummering.....	310
Kapittel 9	Utforming av boliger og organisering - Individuelle tjenester.....	313
9.1	Bofellesskap er løsningen – hva er problemet?	313
9.2	Ulike former for organisering av tjenester.....	315
9.2.1	Bofellesskap med fellesareal	316
9.2.2	Samlokaliserte boliger nærhet til personalbase.....	321
9.3	Oppsummering.....	340
DEL III	342
Kapittel 10	Avslutning	343
10.1	Ideologiske strømmer.....	344
10.2	Samfunnsoppdraget og mål for arbeidet	346
10.3	Dagsplanen – den nye ideologien	348
10.4	Tydelig og nær ledelse en forutsetning.....	349
10.5	Utforming og organisering.....	350
10.6	Implikasjoner	350
Referanser	352
Vedlegg	368

Sammendrag

I forskning på tjenester for personer med omfattende behov for hjelp i hjemmet er implementering av politiske idealer og mål et område som er lite utforsket. Forskning på hvilken rolle de ansatte har i implementeringen er også beskjedne. Til tross for at det konstateres at personalet har stor betydning, finnes det lite kvalitativ forskning som undersøker hva dette innebærer. Denne avhandlingen utforsker de ansattes perspektiver på egen yrkesrolle og praksis i bofellesskap for personer med utviklingshemming. Praksisen foregår i skjæringspunktet mellom politiske idealer og målsettinger, og strukturelle og organisatoriske faktorer i den praktiske hverdagen i samhandling med beboerne.

I samfunnsvitenskapelig forskning er det ikke uvanlig å benytte flere kvalitative metoder. I dette forskningsprosjektet er det benyttet ulike metoder for å «fange fenomenet»: fokusgruppeintervju med ansatte, pårørende og ansatte i vernepleierutdanninger, individuelle intervju med ledere og beboere, og deltakende observasjon, feltsamtaler, dialogkonferanser og dokumentstudier.

Studien er forankret i to teoretiske perspektiver. Lipskys (2010) teori om Street-level bureaucracy som beskriver skjæringspunktet mellom politikk og policyimplementering, som er i kjernen av temaet for denne avhandlingen. Teorien beskriver ansatte i førstelinjetjenestene sin politiske atferd og hvordan de samhandler med sine brukere. Problemet er at politiske idealer og mål sjelden kan implementeres direkte i samfunnet, implementeringen skjer gjennom ulike institusjoner og aktører. Virkningene av politikken står dermed i fare for å bli påvirket og fordreid av disse aktørene. Cohen, March og Olsens (1972) «Garbage Can - modell» har gitt inspirasjon til analyser av hvordan de ideologiske strømningene som kommunene må forholde seg til, har innvirkning på hverandre, og hvordan sammenfallende idealer i to eller flere strømmer vil gjensidig forsterke enkelte av idealenes betydning for omsorgstjenestene.

De ansattes praksis hviler på fire søyler: overordnede sosialpolitiske idealer og mål, kommunale planer, profesjonsidealene og ny offentlig styring (NPM). Avhandlingen gir en oversikt over ulike idealer som de kommunale tjenestene og de ansatte må forholde seg til. Idealene skal gi ansatte og ledere retning og veiledning i den praktiske hverdagen i arbeidet med å realisere målsetningene for tjenesten. På nasjonalt nivå stadfestes idealene gjennom ulike styringsdokumenter, men de mangler ofte i kommunale planverk. Sosialpolitiske idealer og målsettinger om bedring av levekår og utjevning av forskjeller mellom ulike grupper av befolkningen får mindre oppmerksomhet i dag. Oppmerksomheten er heller rettet mot tjenestene og tjenestekvalitet. Avhandlingen drøfter hvilke konsekvenser denne endringen har for de ansattes oppfatning av samfunnsoppdraget og sin egen rolle i realiseringen av sosialpolitiske idealer.

I drøfting av funn bekrefter avhandlingen at sosialpolitiske idealer og mål ofte oppleves som abstrakte, uklare og til tider motstridende. I slike situasjoner må ansatte gjøre skjønnsmessige vurderinger. Et viktig funn i denne sammenheng er at idealene fra Ansvarsreformen ikke har samme oppmerksomhet i dag. Avhandlingen drøfter faktorer som påvirker de ansattes evne til å bruke det faglige skjønnet til å realisere sosialpolitiske idealer og finner at tjenestefokuset står sterkt. Dette kan føre til at politiske idealer og mål står i fare for å reduseres til rutiner og dagsplaner blir gjennomført uten at ansatte reflekterer over hva som er formålet med aktiviteten. Kvalitetsindikatorer og avvikssystemer som benyttes for å måle tjenestekvalitet samsvarer ikke nødvendigvis med ansatte og beboeres vurdering av hva som kjennetegner god kvalitet på tjenestene.

En av de viktigste faktorene for å lykkes med å implementere og realisere sosialpolitiske idealer og mål er ledelse. Avhandlingen drøfter egenskaper ved ledere som lykkes godt med å skape forhold i bofellesskapene som gjør at de ansatte i større grad evner å realisere idealer og mål, og hva som kjennetegner ledelse ved bofellesskap der en ikke lykkes i samme grad. Et annet funn som viser seg å ha stor betydning for de ansattes oppfatning av egen rolle er hvordan boligene er utformet. Avhandlingen drøfter hvordan endringer i utforming og organisering kan påvirke tjenesteytingen.

Summary

There is little previous research on how political ideals and goals influence the implementation of services for people who need extensive home support. The research on employees' roles in such implementation is also modest. Despite the fact that staff members are of great importance, there is little qualitative research on what this entails. The focus of this dissertation is thus on how the employees of group homes for people with intellectual disabilities view their professional roles and practices. This work is at the intersection between policy and the structural and organizational factors that influence these workers' everyday interactions with residents.

In social science research, it is common to use multiple qualitative methods. In this research project, various methods help to capture the phenomenon: focus-group interviews with employees, relatives, and teachers; individual interviews with managers and residents; participant observations; field interviews; dialogue conferences; and document studies.

This study's analytical framework includes two theoretical perspectives. The first is Lipsky's (2010) theory of street-level bureaucracy, which describes the intersection of policy and implementation. Lipsky's theory focuses on frontline workers' political behavior and interactions with clients. Governments or municipalities can rarely implement their political ideals and goals directly; rather, this implementation takes place through various institutions, with other parties acting as advocates. Thus, there is a risk that these advocates will distort the policy goals. The second perspective, Cohen, March, and Olsen's (1972) garbage can model, provided inspiration for the analysis of how other ideals affect municipalities' ideological flows, as well as how congruent ideals mutually reinforce each other in the provision of care services.

The employees' practices rest on four pillars: national social-policy goals, municipal plans, professional ideals, and New Public Management. This dissertation provides an overview of the various political ideals that municipal service employees and care workers have to deal with. These ideals provide both employees and managers with direction and guidance in their practical everyday work and in realizing their service goals. Various national-level governing documents list such ideals, but municipal plans often lack them. Social policies for improving living conditions and equality receive less attention today than they have previously. This attention is instead directed toward service quality. This dissertation includes a discussion of the consequences of this change in terms of the employees' perceptions of their mission and of their roles in the realization of social-policy ideals.

This dissertation's results confirm that workers often perceive social-policy ideals and goals as abstract, ambiguous, or even conflicting. When such ideals and goals are conflicting, employees must make discretionary assessments. An important finding of this research is that the ideals from the reforms of the 1990s, when many institutions closed, do not receive the same attention today. This dissertation indicates the various influences on workers' ability to use professional judgment to realize social-policy ideals. The services' focus has shifted from individual residents' living conditions to the service system as a whole. This may result in political ideals and goals being transformed to fulfill routines and daily plans, with no reflection on the overarching mission or on the purpose of the activities. Quality-management systems such as quality indicators and measures of deviation do not necessarily correspond to the workers' or residents' assessments regarding the characteristics of high-quality services.

Managers are among the most important factors in the successful implementation of social-policy ideals and goals. The dissertation focuses on the characteristics of the group-home managers who succeed in creating conditions that enable employees to realize political ideals and goals, as well as on the characteristics of those who do not succeed to the same degree. Another issue that has great significance for employees' perceptions of their roles is how group homes are designed. The findings of this dissertation indicate how changes in design and organization can affect service provision.

Del I

Kapittel 1 Innledning

Personer som trenger omfattende tjenester i hjemmet skal motta hjelpen innenfor rammene av idealer og sosialpolitiske mål som er fastsatt for tjenesteytingen. Denne avhandlingen handler primært om tjenesteyterne, og om faktorer som påvirker ansattes arbeid med å realisere de politiske idealene og målene for omsorgstjenestene. Dette omfatter personer med ulike funksjonsnedsettelse, både kognitive, psykiske og fysiske. Historisk sett var det særomsorg i institusjoner som skulle ivareta disse gruppens behov, men i dag mottar de kommunale omsorgstjenester. I denne avhandlingen vil hovedfokus være tjenester som ytes til personer med utviklingshemming. De sosialpolitiske målene omfatter alle personer med funksjonsnedsettelse, men i forbindelse med reformen og institusjonsavviklingen på 1990-tallet, ble idealer og mål for hjemmebaserte tjenester tydeligere formulert for personer med utviklingshemming.

Et sentralt spørsmål i realiseringen av politiske idealer og mål, er hvordan de som arbeider i omsorgstjenestene forstår sin rolle og sitt samfunnsoppdrag. Et tema jeg undersøker er hvilke faktorer som påvirker de ansattes holdninger og muligheter i den praktiske tjenesteytingen. Idealene og mål legger premisser for innhold og kvalitet i omsorgen og gir retning for utvikling av velferdsstatens tjenester. For å lykkes med å realisere ønskede målsettinger er samfunnet avhengig av at de som jobber nærmest de som trenger hjelpen blir satt i stand til å forvalte dette ansvaret slik at målsettingene ivaretas.

Gjennom å undersøke hvordan idealer og målsettinger blir tolket og konkretisert i kommunale planer, drøfter avhandlingen hvordan styringssignaler kommuniseres nedover i kommunens virksomheter. Tvetydige – og i enkelte tilfeller direkte motstridende idealer og mål, skaper utfordringer for de ansattes arbeid med å realisere målene. Et annet tema som får oppmerksomhet er hvordan samfunnsutviklingen og styring av offentlig sektor fører til at noen idealer får mer oppmerksomhet enn andre, og det stilles spørsmål ved om det ideologiske grunnlaget for tjenestene er et annet i dag enn det var for noen tiår siden. Sentralt i realiseringen av de sosialpolitiske idealene for personer med behov for omfattende hjelp i hjemmet er hvordan tjenestene organiseres og virksomhetene ledes.

Fylkesmennene, som har ansvar for å føre tilsyn med kommunenes oppfyllelse av lovpålagte plikter i Helse- og omsorgstjenesteloven (§12-3), gjennomførte et landsomfattende tilsyn med helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming i 2016. Rapporten «Det gjelder livet» (Helsetilsynet, 2017a) oppsummerer funnene fra tilsynet på følgende måte:

Blant hovedfunnene var at tjenestene som inngår i personlig assistanse mange steder var utilstrekkelige og lite individuelt tilpasset. I mange kommuner påpekte fylkesmannen at tjenesteyterne hadde svak kompetanse og at det manglet planmessig opplæring av de ansatte. Tjenesteytingen var ofte lite systematisk, og dokumentasjonen av personlig assistanse mangelfull og spredt. Resultatet var at mange ansatte er dårlig informert og oppdatert om brukerne de skulle bistå, om oppgavene de skulle utføre og hvordan det skulle gjøres. Det var også i mange kommuner få spor av at brukerne medvirket i utmåling, utforming og evaluering av eget tjenestetilbud, og pårørende og verger var ofte ikke godt nok informert til å ivareta brukernes interesser (Helsetilsynet, 2017a:3).

Tilsynet peker på mangler ved systemer og organisering av tjenestene som er avgjørende for å kunne ha en faglig tilnærming i tjenesteytingen. I mange kommuner mangler en systematisk tilrettelegging av tjenestene, som er en forutsetning for at den enkelte skal kunne oppnå bedre livskvalitet og personlig vekst og utvikling. Som det landsomfattende tilsynet indikerer, er det fortsatt et stykke igjen før idealene for omsorgen er realisert.

Videre i denne innledningen vil jeg ramme inn temaet før jeg beskriver avhandlingens målsetting og forskningsspørsmål. Til slutt vil jeg beskrive noen begreper som er sentrale for avhandlingen.

1.1 Bakgrunn

Ideologien som tjenester for mennesker med nedsatt funksjonsevne bygger på har vært i endring i hele den vestlige verden siden 1960-tallet. Dette har ført til omorganisering av tjenestene fra institusjonsomsorg til hjemmebaserte tjenester (Mansell, 2006; Mansell & Ericsson, 1996; Tøssebro, 2016; Tøssebro et al., 2012). Politiske idealer, mål og nasjonale føringer for personer med funksjonsnedsettelse er nedfelt i ulike politiske dokumenter. Viktige prinsipper for omsorgen er beskrevet i meldinger til Stortinget fra 1980-tallet (kalt Stortingsmeldinger fram til 2009), som beskriver idealer og mål for Ansvarsreformen (St.meld. nr. 47 (1989-90); St.meld. nr. 67 (1986-87)), Ansvarsreformen (også kalt HVPU-reformen) handlet om å avvikle institusjonsomsorgen, og overføre ansvar for tjenesteyting for personer med utviklingshemming til kommunene. Dette skulle formelt være gjennomført innen 1. januar 1991. Omleggingen er fulgt opp av nyere meldinger som gir politiske styringssignaler for utvikling av dagens og morgendagens omsorgstjenester¹. De politiske

¹ (Meld. St. 19 (2014-2015), Folkehelsemeldingen; Meld. St. 26 (2014-2015), Fremtidens primærhelsetjeneste; Meld. St. 29 (2012-2013), Morgendagens omsorg; Meld. St. 45 (2012-2013), Frihet og likeverd – Om mennesker med utviklingshemming; St.meld. nr. 25 (1996-1997), Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene; St.meld. nr. 25 (2005-2006), Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer; St.meld. nr. 40 (2002-2003), Nedbygging av funksjonshemmende barrierer).

idealene fra reformen er stadfestet flere ganger i ettertid (f.eks. BLD, 2010) og det er kommunene, som i all hovedsak, har ansvar for å iverksette nasjonal politikk på dette området innenfor rammene de har til rådighet. Kommunale omsorgstjenester er hjemlet i Lov om helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Loven, og de siste par tiårenes offentlige styringsdokumenter, beskriver organisering av kommunale omsorgstjenester som rettes mot befolkningen generelt, og ikke mot spesifikke grupper. Kommunene må derfor forholde seg til ulike mål, føringer og prioriteringer, som kan peke i andre retninger enn det som isolert sett følger av målsettinger for personer med utviklingshemming.

En kommunal boligreform

Siden starten på 1990-tallet har det vært kommunenes ansvar å realisere de politiske idealene og målsettingene for personer med utviklingshemming. I denne perioden har normalisering, deltakelse, integrering og selvbestemmelse vært sentrale idealer, mens det har vært et mål at diskriminerende og segregerende tjenester ikke skal forekomme. Tjenestene skal ta utgangspunkt i den enkeltes behov. Idealene fra reformens dager gjelder som sagt fortsatt, men i perioden fra de hjemmebaserte kommunale omsorgstjenestene ble etablert og fram til i dag, har kommunene mottatt et bredt spekter av styringssignaler som rettesnor for utvikling av kommunale tjenester, blant annet omsorgstjenestene. Spesielt har framtidige utfordringer med en voksende gruppe eldre med omsorgsbehov, det som er kalt eldrebølgen, fått stor oppmerksomhet. I tillegg har kommunene vært nødt til å forholde seg til mer konkrete satsinger som Opptappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63 (1997-98)) og Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009)).

Avviklingen av institusjonsomsorgen og etablering av kommunale omsorgstjenester ble evaluert av Tøssebro (1996). Han peker på tre utviklingstrender som følge av reformen. Den første trenden er en bedring av bostandarden gjennom at de fleste har fått egne leiligheter, bedre plass og at hjemmene bærer et mer privat preg. Samtidig fikk beboerne mer selvbestemmelse. Den andre trenden er at endringene av dagaktiviteter, fritid og sosiale nettverk er små, men man så en positiv utvikling med mer dagaktivitet og mer kontakt med familie og venner. Den tredje trenden dreier seg om at flertallet av ansatte og pårørende mener forholdene har blitt bedre, og at beboerne selv mener det samme. Studien fra 1996 ble fulgt opp i en ny evaluering 10 år etter Ansvarsreformen (Tøssebro & Lundebj, 2002). Hovedtrenden som denne undersøkelsen finner, er at bildet har vært preget av stagnasjon siden 1994, de betegner utviklingen som *kvantespranget som gjorde slutt på ytterligere*

endring (Tøssebro & Lundeby, 2002:169). Til tross for høye ambisjoner i reformårene, kan det se ut som om det har vært vanskelig å realisere de politiske målene når de møter den kommunale hverdagen.

Et politisk mål har vært å bedre levekårene for grupper som henger etter, slik at de får samme levekår som befolkningen generelt. Det har ført til at oppmerksomheten har vært rettet mot levekårsindikatorer som helse, utdanning, arbeid, inntekt, boforhold, sosial kontakt og fritid/ferie. Flere studier finner at levekårene for personer med utviklingshemming på mange områder er dårligere enn for resten av befolkningen i landet (Kittelsaa, Wik, & Tøssebro, 2015; Söderström & Tøssebro, 2011; Tøssebro & Lundeby, 2002; Tøssebro, 1992, 1996; Tøssebro & Wendelborg, 2009).

Overgangen fra institusjonsomsorg til kommunal omsorg for personer med utviklingshemming, har blitt betraktet som en forbedring av situasjonen for målgruppen og forskning bekrefter at dette stort sett er tilfelle (Emerson, 2004; Kim, Larson, & Charlie Lakin, 2001; Romøren, 1995; Young, Sigafos, Suttie, Ashman, & Grevell, 1998). Til tross for at det i overgangen fra institusjonsomsorg til kommunale tjenester i det store og hele har vært en bedring, er variasjonene mellom ulike bofellesskap så stor, at bildet viser seg å være mer sammensatt. Små institusjoner med god kvalitet på tjenestene, kan være bedre enn bofellesskap med dårlig kvalitet på tjenestene (Emerson & Hatton, 1994; Kozma, Mansell, & Beadle-Brown, 2009; Mansell, 2006). Variasjon i kvalitet på tjenesteytingen er ofte knyttet til de ansattes yrkesutøvelse (Felce, 1998; Mansell, Beadle-Brown, Whelton, Beckett, & Hutchinson, 2008; McConkey & Collins, 2010; Petry, Maes, & Vlaskamp, 2007; Witsø & Kittelsaa, 2017).

I Norge er det reist kritikk mot kommunale tjenester om at utviklingen har stoppet opp. Kritikerne hevder at institusjonstenkingen fortsatt er en realitet, om enn i ny drakt, og at stadig flere personer med omfattende behov for hjelp i hjemmet, må bo i større enheter med flere beboere (Eide & Breimo, 2013; Folkestad, 2003; Kittelsaa & Tøssebro, 2011; Söderström & Tøssebro, 2011). Idealet fra reformperioden om den lille gruppens prinsipp (Grunewald & Olsson, 1988) er i mange tilfeller forlatt. Prinsippet går ut på at det ikke bør bo flere sammen enn at de kan bli godt kjent med hverandre. Økt antall personer gir svakere personlige relasjoner både mellom beboere og mellom beboere og ansatte. Større bofellesskap blir preget av mer rutiner (Grunewald, 2008).

Kritikk av utviklingen i omsorgstjenestene finnes også i internasjonal forskning. Den viser at lokal omsorg, som ble etablert etter nedbygging av institusjonene viderefører institusjonstenkingen inn i den nye omsorgen, i større eller mindre grad. (Bostock, Gleeson, McPherson, & Pang, 2004; Drake, 2014; Emerson, 2004; Owen, Hubert, & Hollins, 2008)

Et ideologisk skifte

Overføring av ansvaret for omsorgen for personer med utviklingshemming til kommunene, var ikke bare en forvaltnings- og organisasjonsmessig endring. Det representerte også et ideologisk skifte som krevde et nytt kunnskapsgrunnlag for omsorgsarbeidet (Askheim, 1998; Jensen, 1990b; Sandvin, Söder, Lichtwarck, & Magnussen, 1998; Wuttudal, 1995). To av kjerneområdene i den hjemmebaserte omsorgen for personer med utviklingshemming, er beboerens rett til selvbestemmelse og tjenesteyterens rolle for å bidra til dette. Ansatte har en tilskrevet makt som kan anvendes på mange ulike måter (Christensen & Nilssen, 2006; Folkestad, 2003; Handegård, 2005; Sandvin et al., 1998). De som skal forvalte profesjonell makt i normaliseringsarbeidet opplever mange dilemma. Tvetydighet i idealer og mål er noe av kjernen i omsorgsarbeidet for mennesker som har behov for omfattende tjenester i hjemme.

Prinsippet om normalisering er det ideologiske utgangspunktet for omsorgstjenestene (Kristiansen, 1994; Nirje, 1969; Wolfensberger, Nirje, Olshansky, Perske, & Roos, 1972). Normalisering er ikke et entydig begrep og Sandvin (1992 s.167) mener at det er dette som er normaliseringsbegrepets politiske styrke, at det nettopp ikke *gir noen presis veiledning for politisk handling, men snarere at det er et symbol og en motmodell i kampen mot det institusjonsbaserte*. Tøssebro (1996 s. 9) betegner normalisering som en gruppe beslektede ideer som innebærer:

[...] at funksjonshemmende skal kunne leve et liv som er så likt andres som mulig. De har i første rekke behov for det samme som alle andre – et hjem, venner, sysselsetting, rekreasjon osv. De spesielle tjenestene de trenger skal ytes på en så lite spesiell måte som mulig. Det betyr at de skal bo i en bolig som ser ut som andre boliger, som fungerer som andre boliger, og som ligger i et vanlig boområde. Boligen skal være deres hjem, ikke i første rekke personalets arbeidsplass. De skal flytte ut av foreldrehjemmet når de blir voksne, men helst ikke før. De skal ha skole eller arbeid som dagaktivitet, og dette skal ikke foregå i hjemmet. De skal slippe å flytte fra hjemstedet fordi de trenger spesielle tjenester. Kort sagt – de skal leve et liv som ligner på det andre samfunnsmedlemmer lever. Normalisering betyr i midlertid ikke at de skal bli «normale» eller klare seg uten hjelp.

Det er disse ideene som er den ideologiske basisen som omsorgstjenestene skal bygge på og som skal realiseres ute i kommunene. Men etter hvert som boliger og tjenester i kommunene er etablert har fokus gradvis blitt flyttet. Vektleggingen av normalisering og bedring av

materielle levekår er mindre viktig, og verdier som inkludering og deltakelse, selvbestemmelse og aktivt medborgerskap har fått større betydning (Hutchinson & Sandvin, 2016). Hvis en person skal leve et liv så likt som andre, så er det å bestemme over sitt eget liv sentralt.

De politiske idealene er, som sagt, i prinsippet ikke endret siden reformens dager, men ikke alle idealer har like stor betydning i utformingen av tjenestene i dag, som de hadde for tre tiår siden. Idealene har vært, og er fortsatt, normalisering, deltakelse, integrering og selvbestemmelse. Siden 2000-tallet har politikken i større grad blitt utformet med tanke på samfunnets ansvar for å redusere barrierer som hindrer deltakelse for personer med funksjonsnedsettelse, og baseres i større grad på rettighetstenkning.

Politikkutforming skjer på nasjonalt nivå, mens implementering skal skje på lokalt nivå gjennom det lokale selvstyret. I alle de nordiske landene opplever vi at det er et gap mellom de politiske idealene og de praktiske realitetene personer med utviklingshemming møter. De generelle prinsippene har vært nyttige for de som har arbeidet for å gjøre omsorgen bedre. Samtidig mener enkelte at det er et paradoks, at prinsippene ikke tar utgangspunkt i den aktuelle beboerens konkrete livssituasjon. Det kan virke som idealene forsvinner på veien og det kan være ulike årsaker til det.

Söder (1992) forklarer dette med at det foregår to parallelle prosesser i utviklingen av ideologi. Den første prosessen har utgangspunkt i et *konkret problem* eller situasjon som noen ønsker å endre. Problemet generaliseres til å gjelde flere, og det politiseres gjennom diskusjoner om løsninger. Han mener at i politiske prosesser, fra konkret problem til ideal, er det en tendens til at nyanser forsvinner. Det utvikles en mer *abstrakt ideologi* og en peker ut målsettinger og metoder for å nå målet. Det kan virke som det er lettere å komme til politisk enighet hvis en anvender *slagkraftige, om enn diffuse, formuleringer* (Söder, 1992 s. 50).

Den andre prosessen Söder (1992) peker på er endringer samfunnet gjennomgår parallelt med at ideologien utvikles. Når prosessen med utvikling av en politisk ideologi har funnet sine løsninger og sitt språk, har samfunnet endret seg så mye at det har oppstått nye faktiske problemer som ikke kan forstås med den gamle ideologiens termer. Det utvikles nye problemdefinisjoner som gir opphav til ny ideologi. Söder (1992) viser til normaliseringsidealet som det ideologiske svaret på problemer med segregering. Normaliserings- og integreringsprinsippene var et svar på forholdene i omsorgen, spesielt med tanke på segregeringstiltak som institusjoner og spesialskoler. Han mener dermed at vi kan hevde at idealene om integrering og normalisering oppstod for å løse konkrete problemer

med negative konsekvenser av segregering. Normalisering var en reaksjon på unormale livsmønstre, og integrering et svar på et økonomisk og organisatorisk problem.

De to idealene utviklet seg, på mange måter, til å bli vellykkede planleggingsprinsipper, men som planleggingsprinsipper fikk de et noe annet innhold enn de opprinnelig hadde hatt. Söder (1992:56) mener at utviklingen dermed har ført til at prinsippene som var forankret i konkrete problemer har gjennomgått en forandring:

De har blitt mer abstrakte, både som generelle planleggingsprinsipper og som uttrykk for bestemte verdier. De formuleres med et annet språk enn det opprinnelige – et byråkratisk eller (kvasi)filosofisk språk som ikke alltid er lett å omsette til virkelighetens konkrete problemer.

I samme periode som utvikling av ideologien har foregått, har samfunnet endret seg. Söder (1992) trekker fram endringene i offentlig styring, som et eksempel på dette. Når idealene ble utviklet var styringsideologien basert på regelstyring og sektoransvar. Men forventningene til omsorgen stod ikke i forhold til ressursene en hadde til rådighet. Dette førte til krav om endringer i offentlig styring, og løsningen på disse problemene ble det som vi i dag kaller New Public Management. Det kommer jeg nærmere tilbake til i kapittel 5.6.

Konsekvensen av styringsreformen var at regelstyringen ble erstattet med målstyring, og det sentrale embetsverket, som tidligere hadde produsert forordninger og direktiver, sendte nå ut målformuleringer og ideologiske dokumenter. Samfunnsutviklingen førte til et gap mellom den rådende normaliserings- og integreringsideologien og virkeligheten. Idealene ble formulert for å løse problemer med segregert omsorg fra da vi hadde et sektorstyrt velferdssamfunn. *Ideologien har fjernet seg fra virkeligheten, og virkeligheten er ikke den samme som den gangen prinsippene ble formulert* (Söder, 1992:61). Dette er en forklaring på gapet mellom idealer og realiteter i omsorgen. Andre forklaringer vil jeg komme tilbake til i kapittel seks om ideologisk taushet eller nye idealer.

Tjenesteutvikling

Et annet perspektiv som kan gi kunnskap om hva som påvirker mulighetene til å realisere idealer og mål, er å se på hvordan organisering av omsorgstjenester har blitt utviklet. Tøssebro et al. (2012) har sammenlignet utviklingen i de nordiske landene ved hjelp av en komparativ analyse. De avdekker ulike trender i organiseringen av tjenestene i perioden fra 1960 til 2010. Konklusjonen er at det i perioden etter 1990 har foregått divergerende prosesser, der fremskritt på enkelte områder har skjedd parallelt med tilbakeslag på andre. Ansvar for tjenestene har blitt overført til lokale myndigheter og det har ført til at tjenestene

for personer med utviklingshemming er mer utsatt for de samme trendene, problemene og prioriteringene som andre med behov for tjenester. I samme periode ser de en styrking av (for)brukerrettigheter og mer formalisering av tjenester. Sammen med økt fokus på menneskerettigheter har ideologien dreid seg i retning av mer selvbestemmelse, empowerment og individuelle tjenester.

Divergerende prosesser finner vi også i andre land. Bostock et al. (2004) og Emerson (2004) som har studert utviklingen av omsorgstjenester i henholdsvis Australia og Storbritannia, mener at utviklingen er preget av motstridende oppfatninger av hvor godt utviklingen av institusjonene har fungert.. Nedbygging av institusjonsomsorg og etablering av hjemmebasert brukersentrert omsorg er dominert av bofellesskap. Denne utviklingen blir kritisert fordi de fleste nyetableringer bygges over samme lest som etablerte bofellesskap, og det gir ikke personer med utviklingshemming og deres pårørende mye valg og kontroll over hvor de skal bo og hvem de skal bo sammen med. De mener at bofellesskapsmodellen heller ikke har levd opp til målsetningene med omsorgen, og dette kan true videre utvikling av individuell hjemmebasert omsorg (Bigby, 2004; Emerson, 2004). Dette har ført til, det Bostock et al. (2004) kaller, sosio-politiske motstrømmer som arbeider for andre boligløsninger enn bofellesskap. Noen pårørende og interesseorganisasjoner mener at overgangen til hjemmebasert omsorg i bofellesskap er en for stor endring, andre mener at bofellesskap blir for likt institusjonene de skulle erstatte.

Avviklingen av institusjonene og overføringen av ansvaret til kommunene kan betraktes som en utvidelse av velferdsstaten, ved at grupper som hadde sakkert akterut ble inkludert i universelle sosiale ordninger (Tøssebro, 2016). En annen viktig trend er en dreining av tjenestestrukturen. Der en tidligere betraktet omsorgstjenester for personer med utviklingshemming som en sektor med egen policy og spesialiserte tjenester, er politikken endret til mer generell omsorgspolitik. Tjenestene utformes for å kunne ytes til alle med behov. Sandvin (1996a) har kalt denne prosessen for *de-differensiering*. Disse endringene passer godt med det nordiske idealet om normalisering.

Forut for overføring av ansvar for omsorgstjenestene, hadde kommunene stadig fått ansvar for større deler av velferdstjenestene. Overføring av ansvar for tjenester til personer med utviklingshemming er på denne måten en del av en større trend. Tøssebro (2016) mener det er tre faktorer, som gjorde endringene mulig på 1990-tallet. Ut over 1970 og 1980-tallet var økt *fokus på borgerrettigheter* der bedring av levekår ble viktig. Segregering og institusjonsomsorg ble sett på som et brudd med disse verdiene. Den andre endringen var at

nå hadde de kommunale omsorgstjenestene utviklet til å være et *realistisk alternativ*. Tidligere hadde en sett på institusjonene som et nødvendig onde, noe som bare fylkeskommunene kunne ha ansvar for. Den tredje faktoren var *organisering av pårørende*. Brukerorganisasjonene hadde blitt sterkere og de gikk inn for kommunal omsorg.

Parallelt med reformen for personer med utviklingshemming, skjedde det en endring i tjenestene til personer med psykiske lidelser. Dette er en gruppe som også hadde mottatt tjenester i en institusjonsbasert omsorg. Ut over 1990-tallet skulle kommunene også få mer ansvar for tjenester til denne gruppen. Sandvin og Söder (1998) sammenligner avviklingen av institusjonsplasser i psykiatri og omsorgen for personer med utviklingshemming. De finner likhetstrekk i utviklingen, men også betydelige forskjeller. Policyutformingen for de to gruppene har hatt ulik begrunnelse.

Ulikhetene skyldes forskjellige tankemodeller for de to kategoriene omsorg. For personer med utviklingshemming benyttes *funksjonshemmingsmodellen*. Den forklarer omsorgsbehovet med utgangspunkt i en funksjonsnedsettelse som er uforskyldt, og som i praksis ikke kan behandles og leges. Det kan imidlertid iverksettes tiltak for å kompensere for funksjonstapet gjennom å tilrettelegge omgivelsene. Dette oppfattes primært som en *tilpasning av livsomstendighetene* (Sandvin & Söder, 1998:46) og dette blir en oppgave for sosialpolitikken. Viktige idealer for politikken blir dermed å skape «normale» livsomstendigheter. Tenkningen faller dermed inn i et normaliseringsperspektiv. Å lykkes med måloppnåelse i sosialpolitikken knyttes på denne måten til likhet i livsomstendigheter. Sandvin og Söder (1998) hevder at på denne måten blir offentlige tiltak i denne modellen definert som politiske. Levekår og livsomstendigheter handler om rettferdighet og likhet som kan knyttes til sosialpolitikk og ideologi.

Den andre tankemodellen ser på beboerne som syke, og det er denne modellen som dominerer psykiatrien. Det syke personer trenger, er behandling som fjerner årsakene til sykdommen. Det er ikke tilpasning av omgivelsene for å fremme like livsvilkår og tilpassede sosiale tjenester som er aktuelle tiltak. Det er derimot behandling gjennom profesjonell intervensjon. Å lykkes på dette området betyr derfor *bedring eller fjerning av symptomer* på sykdom. Behandlingen ligger derfor utenfor det sosialpolitiske området, og defineres av den profesjonelle medisinen eller psykiatrien (Sandvin & Söder, 1998).

Sandvin og Söder (1998) betegner avviklingen av institusjonene for personer med utviklingshemming for en *boligreform* (se også Tøssebro, 1996) og nedbyggingen av institusjoner innen psykiatrien for en *behandlingsreform*. Nedbyggingsprosessene er preget av

strukturelle ulikheter. Sandvin og Söder (1998) trekker fram strukturelle forskjeller på tre ulike områder: profesjonsstrukturen, brukerorganisering og statens rolle.

For det første har profesjonsstrukturen i de to omsorgsområdene vært ulik. Omsorgen for personer med utviklingshemming har vært preget av skiftende faglig dominans. Der pedagoger var i førersetet inntil første halvdel av 1900-tallet, da de tapte kontrollen til medisinen. Etter første verdenskrig mistet medisinen interesse for omsorgen, og det var først på 1960-tallet at det kom ny optimisme og personer med utviklingshemming fikk rett til skolegang (Simonsen, 2000). Det ble utviklet atferds- og læringsorienterte modeller i utlandet som etter hvert skulle få en dominerende rolle i omsorgstjenestene, og vernepleierutdanningen som ble etablert på 1960-tallet, ble et viktig instrument i dette arbeidet. Psykiatrien, derimot, har hele tiden vært dominert av medisinen, og har vært en selvstendig medisinsk spesialitet siden 1918. Konflikter innen denne omsorgen har i hovedsak vært faginterne, og aldri rasket ved psykiaternes institusjonelle kontroll over yrkesutøvelsen (Sandvin & Söder, 1998).

Den andre forskjellen de peker på, er at brukerorganiseringen innen omsorgen for personer med utviklingshemming har vært preget av en stor og sterk organisasjon Norsk forbund for psykisk utviklingshemmede (NFPU, senere Norsk forbund for utviklingshemmede NFU) som ble etablert i kjølvannet av aksjonen «Rettferd for de handikappede». De hadde stor gjennomslagskraft hos myndighetene. Innenfor psykiatrien, har ikke brukerorganiseringen vært like sterk og den har vært mer fragmentert.

Den tredje strukturelle forskjellen er at utviklingen av institusjonsomsorgen for personer med utviklingshemming var statlig drevet og skjedde inne rammene av en formell reform, mens nedbyggingen av psykiatriske langtidsplasser skjedde etter fylkeskommunale beslutninger og intern utvikling innen psykiatrien. Ønsket om å frigjøre kapasitet for å behandle flere pasienter som ble betraktet som helbredelige, var motivet for nedbyggingen av langtidsplasser innen psykiatrien. Dette førte til differensiering av behandlingsformer, heller enn en avvikling til fordel for «normale» livsvilkår. Omsorgen er i større grad innrettet på å lege sykdom, enn å løse sosiale problemer (Sandvin & Söder, 1998).

Hvem har vært driverne for endringene som har skjedd? Mens psykiatere var de viktigste endringsdriverne i psykiatrien, er det ikke profesjonene som har vært de mest sentrale pådriverne for endring av omsorgen for personer med utviklingshemming. Her var det foreldreorganisasjoner som var sentrale. Enkelte fagfolk var kritiske til omsorgen og deltok i offentlige diskusjoner, men mange fagfolk var i utgangspunktet kritiske til Ansvarsreformen (Sandvin & Söder, 1998; Tøssebro et al., 2012). Etter hvert endret ansatte oppfatning og tok

rollen som vaktbikkje i arbeidet med å ivareta interessene til personer med utviklingshemming og idealet om normalisering. Ofte i allianse med foreldrene.

Etter som tiden har gått er de ansattes rolle som vaktbikkje blitt redusert. Dette skyldes i følge Tøssebro et al. (2012) fire endringer. For det første endret ideologien seg mer i retning av *selvbestemmelse*. For det andre ble forsvar for *sektorinteresser* og enkeltgrupper sett på som et brudd med det nye styringssystemet (Jf. Söder, 1992). Videre førte ny offentlig styring med oppdelingen mellom funksjonene *bestiller* og *utfører*, til at beslutninger om tjenestebehov ble flyttet vekk fra de ansatte som kjente brukeren, til personer som i hovedsak jobber med behovsprøving for et bredt utvalg av personer. Til sist foregikk det en endring av *relasjonen arbeidsgiver og arbeidstaker* i retning av mer forretningsmessig forhold som påvirket betydningen av «exit-voice-loyalty» (Hirschman, 1970), der «voice» ikke er så legitimt lenger. Endringer i ansattes rolle kan på flere områder knyttes til endringer i offentlig styringsideologi (Tøssebro et al., 2012).

Endringer i offentlig styring

En prosess som har løpt parallelt med utviklingen av de kommunale omsorgstjenestene for personer med utviklingshemming og andre med omfattende behov for hjelp i hjemmet, er at det har foregått en reform innen offentlig styring (Christensen, Lie, & Lægred, 2008; Pollitt & Bouckaert, 2017; Torsteinsen, 2012a). Tøssebro (2019) skriver om politiske idealer og utviklingslinjer i boken «Hverdag i velferdsstatens bofellesskap». Han mener at endringer i idealer for sosialtjenestene kan være et produkt av endringer i offentlig styring.

Idealer om styring av offentlig sektor er overgripende for alle politikkområdene, og har betydning for endringer av idealer og prinsipper i tjenesteytingen. Dette er ikke bare en trend vi ser i Norge. Utvikling i retning av mer liberale markedsbaserte modeller for velferdstjenester har foregått i alle vestlige land, inkludert de nordiske landene (Mansell, 2006). Det har ført til store endringer i offentlig sektor. Den nye styringsideologien er ofte kalt New Public Management (NPM) og kjennetegnes ved at en ønsker å effektivisere offentlig sektor ved hjelp av ideer fra privat næringsliv. I NPM har politikere en strategisk rolle, og lar detaljene være opp til administrasjonen. Administrasjonen forholder seg til logikken de er forventet å følge og hvis instruksjoner fra politikerne er uklare vil økonomiske og administrative retningslinjer styre aktiviteten.

Styringsperspektivet fokuserer på slanke, flate, små og spesialiserte organisasjonsformer, framfor store organisasjoner med mange formål. Det er mer fokus på prestasjon, spesielt

gjennom måling av resultater. Det forekommer utstrakt bruk av kontrakter som verktøy i koordinering av arbeidet, i stede for hierarkiske relasjoner. Markedsliknende mekanismer som anbudskonkurranser, rangering av offentlige tjenester (f.eks. skoleresultater) og resultatbasert lønn benyttes. Brukere skal behandles som kunder, og det er fokus på teknikker for å forbedre kvalitet på tjenestene (Pollitt & Bouckaert, 2017). Organisering og virkemidler i den nye styringsideologien i kommunene vil være en faktor som kan være med på å påvirke realisering av politiske idealer og mål for omsorgstjenestene (Mansell, 2006; Tøssebro et al., 2012). NPM vil drøftes mer inngående i kapittel 5.6.

Oppsummering

Politikken på dette feltet de siste 30 årene har vært i stadig endring, og det er i hovedsak et resultat av to viktige offentlige reformprosesser – Ansvarsreformen og reformen i offentlig styring. Et ideologisk skifte i omsorgen har ført til utvikling av hjemmebaserte tjenester, der normalisering har vært det overordnede målet. Selvbestemmelse, deltakelse og inkludering har vært idealene. I samme periode har omsorgstjenestene vært påvirket av det andre ideologiske skiftet – en ny offentlig styringsideologi. Den har lagt premisser for organisering og styring av tjenestene, og dermed hatt innvirkning på prioriteringer og fokus. På begge områder har politikkkutforming skjedd på nasjonalt eller overnasjonalt nivå, mens implementering har foregått på lokalt nivå i kommunene. Det har ført til endringer både i politiske idealer og mål for selve omsorgen, og endringer i idealer og mål for hvordan en best organiserer og styrer kommunene og omsorgstjenestene. Omsorgsideologien har som mål å bedre levekårene for de som har behov for tjenester, mens en markedsorientert styringsideologi har som mål å redusere gapet mellom velferdspolitiske mål og tilgjengelige ressurser gjennom effektivisering av tjenesteytingen, forenkling av forvaltningen og målstyring.

En trend har vært *dedifferensiering* der omsorgssektoren har utviklet seg i retning av mindre spesialiserte og mer generelle tjenester. Sandvin og Söder (1998) mener at både strukturelle forskjeller og ulik tenkning bak endringene i tjenestene for personer med psykisk utviklingshemming og personer med psykiske lidelser, har konsekvenser for hvordan reformer forankres og gjennomføres. Det vil være ulike krefter som er drivere bak endringene avhengig av hvordan de forskjellige interessentene er organisert, og hva som er legitime framgangsmåter i det rådende styringsregime. Forbrukerpolitiske argumenter har fått større betydning og omleggingen av offentlig styring krever en mental endring i tankegangen hos de som arbeider i omsorgstjenestene. I den markedsinspirerte styringsideologien som råder i

kommunal sektor har brukerrettigheter fått mer fokus og valgfrihet er blitt viktigere. Dette sammenfaller med idealer om selvbestemmelse i omsorgsideologien. Men det kan stilles spørsmål ved hvor vellykket selvbestemmelse fungerer i praksis.

Forskning tyder på at idealer for omsorgen står i fare for å forsvinne i kompleksiteten i styringen av kommunene. Det kan se ut som det er nødvendig å gjøre som Tøssebro et al. (2012) foreslår – å revitalisere en nasjonal policy og motvirke at idealer og mål forvirrer i prosessen med å omgjøre politikken til hverdagspraksis ute i kommunene. Både Helsetilsynets rapport, som er sitert innledningsvis, og forskning tyder på at det er et gap mellom idealer og realiteter. Det vil derfor være interessant å undersøke hva de ansatte i omsorgen beskriver som utfordringer i arbeidet med å realisere politikken på området, og se det i sammenheng med både omsorgspolitiske strømninger og offentlig styringsideologi.

1.2 Målsetting og forskningsspørsmål

Målsetningen med denne avhandlingen er å undersøke faktorer som påvirker innhold og kvalitet på tjenester for personer med behov for omfattende hjelp i hjemmet. En viktig målestokk for kvalitet er om sosialpolitiske idealer og målsettinger er realisert. Målet er derfor å undersøke faktorer som de ansatte mener er viktige i utformingen av tjenestene. Et viktig spørsmål er hva det er som er med på å definere de ansattes oppfatning av egen yrkesrolle? Hvilke faktorer legger premisser for yrkesutøvelsen? Og hva er det som påvirker de ansattes oppfatning av omsorgstjenestens samfunnsoppdrag?

Som det framgår av innledningen, er det ulike trender som påvirker utviklingen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Jeg vil undersøke hvordan politiske idealer og mål får sin utforming gjennom ansattes fortolkninger av egen yrkesrolle og samfunnsoppdrag, og hvordan dette påvirker innhold, prioriteringer og kvalitet på tjenestene.

Sosialpolitiske idealer og mål er i mange tilfeller tvetydige og uklare. Hva påvirker de ansattes praksis når de står overfor ulike etiske og faglige dilemmaer i den daglige yrkesutøvelsen. Idealene skal fungere som en rettesnor for den faglige yrkesutøvelsen, og jeg vil undersøke hvilken rolle idealer har og hvordan det legges til rette for faglig utvikling i tjenestene.

I innledningen drøftet jeg endringer i det ideologiske fundamentet for tjenestene. Ny offentlig styring er implementert med en annen ideologisk overbygning med de konsekvenser det måtte ha for kommunale virksomheter. Det vil derfor være et mål å undersøke om, og eventuelt på

hvilken måte, ledere og ansatte mener at idealer og mål for tjenestene har endret seg i løpet av de siste tiårene.

Et annet mål er å undersøke hvilken betydning forventninger har for yrkesutøvelsen og beslutninger de ansatte foretar i det daglige arbeidet. Både ledelse, kolleger, beboere og pårørende har forventninger som påvirker den enkelte ansatte.

Et annet tema det vil være interessant å se nærmere på, er om styringssignaler i kommunale planer og nasjonale føringer er forankret hos de ansatte, og på hvilken måte dette er med på å danne grunnlag for yrkesutøvelsen. Hvilken betydning har organisering og ledelse for de ansattes yrkespraksis, og hvordan det påvirker prioriteringer i tjenestene?

Det overordnede spørsmålet jeg stiller i denne avhandlingen er derfor:

Hvilke faktorer påvirker ansattes muligheter og evner til å realisere politiske mål og idealer i omsorgstjenester for personer som har behov for omfattende tjenester i hjemmet?

For å belyse dette søker jeg svar på følgende spørsmål:

- Hva er de politiske målene og idealene slik de er beskrevet i politiske dokumenter (menneskerettigheter, lovverk, regler, stortingsmeldinger) og hvordan kommer det til uttrykk gjennom kommunale planer, strategier og mål?
- Hvordan forstår og fortolker personalet politiske idealer og mål?
- Hvordan oppfatter personalet sin rolle i realiseringen av idealene?
- Hvordan påvirker offentlig styringsideologi de ansattes realisering av idealer og mål?
- Hvordan påvirker organisering og struktur (utforming, beboersammensetning, størrelse, turnus, dagsplaner og forvaltning), og internkontrollsystemer (kvalitetsindikatorer, økonomimodell, brukerundersøkelser, avvikssystemer, medarbeiderundersøkelser, Geric², IPLOS³ og KOSTRA⁴) realiseringen av politiske idealer og mål?
- Hvordan kommer faglige idealer til uttrykk i arbeidet med å realisere (politiske) idealer og mål?
- Hva er ledelsens betydning for realisering av idealer og mål?

Som et perspektiv på hva som skjer i skjæringspunktet mellom politikk og policyimplementering vil jeg i arbeidet med denne avhandlingen bruke Michael Lipskys (2010) teori om *Street-level bureaucracy*. Det vil være med på å illustrere dynamikken mellom politikk og praksis. Teorien beskriver den politiske atferden til de ansatte i

² Geric er et elektronisk pasientjournalsystem til bruk i kommunal helse- og omsorg, og dekker per i dag over 50% av befolkningsgrunnet i norsk helse- og omsorgstjeneste (www.tieto.no).

³ IPLOS er et landsomfattende pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk (<https://helsedirektoratet.no/iplos-registeret>) (Se også Forskrift om IPLOS-registeret, 2006)

⁴ KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering og gir styringsinformasjon om ressursinnsatsen, prioriteringer og måloppnåelse i kommuner, bydeler og fylkeskommuner (www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra) (Se også Forskrift om kommunal rapportering, 2001)

førstelinjetjenesten, som han kaller for *bakkebyråkrater*, og hvordan de samhandler med sine brukere. Problemet, slik han ser det, er at politiske idealer og mål sjelden kan implementeres direkte i samfunnet, implementeringen skjer gjennom ulike institusjoner og aktører. Virkningene av politikken står dermed i fare for å bli påvirket og fordreid av disse aktørene. Lipsky (2010) har utviklet en generell beskrivelse av byråkratisk atferd og stiller spørsmål om hvilke atferdsmessige og psykologiske faktorer som er felles for ulike byråkratiske roller. Teorien kan benyttes til å forstå prosesser som foregår i mange av velferdsstatens yrker, både i praksiser der profesjoner arbeider og i situasjoner der ufaglærte yter hjelpen. Jeg kommer tilbake til en utdypning av Lipskys teori i kapittel tre i avhandlingen.

Innledningsvis har jeg beskrevet ulike trender som gjensidig kan påvirke hverandre og som påvirker beslutninger som fattes i kommunale virksomheter. *The Garbage Can Model* som ble utviklet av Cohen, March og Olsen (1972) på 1960-tallet, er en modell for å beskrive hvordan beslutninger fattes i organisasjoner der *årsagssammenhenge, mål og deltagere ændrer sig og hvor problemer, løsninger og deltagere snarere kædes sammen, fordi de optræder på samme tid, end pga. andre egenskaber* (March & Olsen, 2008, s.107). I følge denne modellen skyldes resultater av beslutningsprosesser heller tilfældigheter i hvordan aktører kobles sammen på, enn rasjonelle veloverveide handlinger. De bruker begrepet *strømmer* (flows) som en metafor for prosesser som foregår i organisasjoner. Modellen beskriver fire strømmer som består av henholdsvis problemer, løsninger, deltakere og beslutningsmuligheter. Strømmene relateres til hverandre på ulike måter og blir kanalisert gjennom organisatoriske og sosiale strukturer, men de er uavhengige av systemet, og fremkalles av ytre årsaker. Modellen er et forsøk på å forstå konsekvenser av ulike prosesser som foregår i et system. Denne studien har ingen ambisjon om å analysere beslutningspraksis i kommunal styring, men det er et mål å belyse hvordan praksis påvirkes og utvikles på basis av ulike ideologiske strømmer som den kommunale praksisen er en del av, og hvilke konsekvenser det får når de ulike strømmene faller sammen i tid og i samme organisasjon. Jeg kommer tilbake til dette i kapittel tre.

Før jeg går videre i avhandlingen, vil jeg presentere og forklare noen sentrale begreper som jeg mener har betydning for å kontekstualisere dagens omsorgstjenester og rammene for avhandlingen. Først vil jeg si noe om målgruppen for dette prosjektet. Jeg kommer deretter med en kort redegjørelse for bakgrunnen for *reformen* av omsorgstjenestene for personer med utviklingshemming og hvordan den ble gjennomført. Andre fenomener og begreper jeg vil forklare er begreper knyttet til ulike *former for boliger*, endringer i forståelsen av *omsorgsarbeid* og omsorgstjenester og kjennetegn ved *personalet* i omsorgstjenestene. Før

jeg avslutningsvis drøfter begrepet *hjem*. Helt til sist vil jeg kort presentere hovedprosjektet *Omfattende tjenester i andres hjem: Brukeres, ansattes og kommuners perspektiv* som denne phd-avhandlingen har vært en del av.

1.3 Målgrupper for dette prosjektet

Tema for denne avhandlingen er tjenester for personer med utviklingshemming. I og med at dette er premisset, er personer med utviklingshemming også en målgruppe for prosjektet, i den forstand at det er idealer og mål for denne gruppen som er i fokus. Derfor er bakgrunn, kunnskapsoversikt og styringsdokumenter som analyseres primært knyttet til denne gruppen. Hovedvekten av informanter kommer fra tjenester for personer med utviklingshemming, men studien er noe breiere anlagt, og derfor vil empirien også beskrive tjenester i bofellesskap for personer med psykiske lidelser. En viktig forskjell mellom de to gruppene, er at personer med utviklingshemming trenger tjenester i et livsløpsperspektiv, mens personer med psykiske lidelser kan ha et mer tidsavgrenset behov. Når det er sagt, har organisering og ledelse av omsorgstjenester i hjemmet til personer med psykiske lidelser flere likhetstrekk med tjenestene for personer med utviklingshemming, og vil kaste lys over noen av de samme utfordringene og dilemmaene. Videre i dette delkapitlet vil jeg beskrive hvordan målgruppen – personer med utviklingshemming – kan forstås.

Utviklingshemming kan beskrives på mange måter, og det har endret seg gjennom historien. Begrepet åndssvak ble brukt helt fram til 1970-tallet da åndssvakeomsorgen skiftet navn til helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU) og ble fylkeskommunal. I dag er det vanlig å bruke betegnelsen personer med utviklingshemming. Personer med utviklingshemming er en del av den mer omfattende kategorien personer med nedsatt funksjonsevne. Manneråkutvalget (NOU 2001:22) foreslo å skille mellom begreparene *funksjonshemming/funksjonshemmet* og *funksjonsnedsettelse/nedsatt funksjonsevne*. Begrepene funksjonsnedsettelse og nedsatt funksjonsevne har samme betydning og brukes om hverandre. De viser til egenskaper ved individet, f.eks. at han lærer langsomt. Begrepene funksjonshemming og funksjonshemmet, derimot, forstås som en relasjon mellom en person og omgivelsene. Det er et misforhold eller noe i omgivelsene som gjør at enkelte personer møter vansker/barrierer (Molden & Tøssebro, 2009; Tøssebro & Ytterhus, 2006) I denne avhandlingen er begrepene brukt i tråd med denne forståelsen.

Begrepet funksjonshemming kan forstås fra tre ulike perspektiver; en medisinsk, en sosial og en relasjonell forståelse (Grue, 2004). I en medisinsk forståelse brukes funksjonshemming om

egenskaper ved individet, ofte med henvisning til en underliggende patologi beskrevet som sykdom, lyte eller skade (Barnes, Mercer, & Shakespeare, 1999). I dette perspektivet tar man samfunnet og omgivelsene for gitt, og oppmerksomheten rettes mot individet. Hvis en derimot tar den menneskelige variasjon for gitt, og tilpasser samfunnet til heterogeniteten i befolkningen, blir utfordringen å skape omgivelser som er tilpasset den menneskelige variasjonen.

En sosial tilnærming til funksjonshemming ble utviklet som en kritikk av den medisinske forståelsen, og har stått særlig sterkt i Storbritannia. Forkjempere for denne modellen, *the social model of disability*, mener at det ikke finnes en kausal sammenheng mellom funksjonsnedsettelse (impairment) og funksjonshemming (disability). De hevder at det er samfunnsskapt barrierer som gjør personer funksjonshemmet (Barnes & Mercer, 2010; Oliver, 1990). Barrierene fører til undertrykking. Løsningen vil være å endre samfunnet slik at det er tilgjengelig for alle, i stede for å tilpasse og rehabiliterer individene. I Norden har det fra 1960-tallet utviklet seg en relasjonell forståelse av funksjonshemming, som kan betraktes som en mellomposisjon i forhold til de andre to perspektivene, der samspillet mellom individets funksjon og omgivelsenes krav legges til grunn, ofte betegnet som Gap-modellen (Jf. St.meld. nr. 40 (2002-2003)).

I denne avhandlingen legger jeg en relasjonell forståelse til grunn. Enkelte har påpekt at det kan være vanskelig å holde seg til dette perspektivet. Når man skal avgrense og kategorisere er det lett at det gjøres mer i tråd med en medisinsk forståelse. Dette er også en relevant problemstilling for mitt forskningsprosjekt. I utgangspunktet har avgrensningen vært at jeg skal studere praksiser i omsorg for personer med omfattende behov for hjelp i hjemmet. Kategoriseringen blir da knyttet til et omsorgsbehov og kan sies å være i tråd med den relasjonelle forståelsen, men når jeg i tillegg sier at jeg avgrenser prosjektet til primært å handle om tjenester for personer med utviklingshemming, knytter jeg min forståelse nærmere til en medisinsk forståelse basert på egenskaper ved individene. Når det er sagt, vil fokus være på hvordan samfunnet løser utfordringer og tilpasser omgivelsene slik at personer med funksjonsnedsettelser kan leve selvstendige og likeverdige liv som kan karakteriseres som en sosial eller relasjonell forståelse.

Det kan være mange årsaker til at utviklingshemming oppstår hos enkelte individer. Skader i hjernen kan oppstå både før, under og etter fødselen. Skader som oppstår før fødselen kan forårsakes av genetiske faktorer som mutasjoner i arvematerialet eller medfødte stoffskiftesykdommer. Årsaken kan også være tilstander hos mor under svangerskapet, som

infeksjoner, sykdom, bruk av medisiner eller rusmidler. Under fødselen kan oksygenmangel forårsake hjerneskade som fører til utviklingshemming. Infeksjoner som hjernehinnebetennelse og hjernebetennelse eller svulster kan være årsak til utviklingshemming etter fødselen. Traumer mot hode er en annen årsak. For at diagnosen skal settes må tilstanden ha oppstått før personen er 18 år gammel.

Når en skal angi hva som legges i begrepet utviklingshemming er det ikke uvanlig å ta utgangspunkt i Verdens helse organisasjons (WHO) system for statistisk klassifikasjon av sykdommer ICD 10. Her defineres psykisk utviklingshemming som *tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemming av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, f eks kognitive, språklige, motoriske og sosiale* (Direktoratet for e-helse, 2018:194). En samlet vurdering av intelligens ved hjelp av standardiserte tester og kartlegging av sosial tilpassing legges til grunn når diagnosen skal fastsettes.

Klassifikasjonssystemet opererer med fire grader av psykisk utviklingshemming (Direktoratet for e-helse, 2018); *Lett* (IQ mellom 50-69), som innebærer at en kan som oftest delta i alminnelige samtaler, mestre mange av dagliglivets ferdigheter selv som personlig hygiene og praktiske husarbeid. Mange kan ha en vanlig eller eventuelt tilpasset jobb. Oftest er problemene knyttet til lesing, skriving og teoretisk skolearbeid. *Moderat* (IQ mellom 35-49), innebærer forsinket språkutvikling og språklige ferdigheter vil være begrenset. Evnen til å ta vare på seg selv vil være begrenset og noen vil ha behov for hjelp i dagligdagse gjøremål, arbeids- og samfunnsliv. Personen kan ha noen grunnleggende ferdigheter i lesing og skriving. *Alvorlig* (IQ mellom 20-34) innebærer de samme utfordringene som moderat utviklingshemming, men ferdighetsnivået er lavere. *Dyp* (IQ under 20) innebærer begrenset evne til kommunikasjon med verbalt språk og innebærer store begrensninger i å ivareta egne behov. De har omfattende behov for hjelp.

Det vil være stor forskjell på en person med lett utviklingshemming og en person med moderat eller alvorlig grad av utviklingshemming. For å kunne avklare om personens utfordringer kommer inn under diagnosen utviklingshemming er ikke intelligenstesting alene tilstrekkelig. Det foretas også kartlegging av personens evner på andre områder som motorikk, språk og sosial kompetanse. Evne til å klare dagligdagse aktiviteter, er en del av undersøkelsene. Kriteriene for diagnosen og graden av utviklingshemming er dermed forholdsvis flytende. I følge Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) var

det registrert 19 858 personer over 16 år med utviklingshemming 1. januar 2018. Tallene er basert på innrapportering fra kommunene (NAKU, 2018).

Graden av utviklingshemming for beboere i bofellesskapene som er inkludert i denne studien vil variere. Det er behov for omfattende hjelp i hjemmet som har vært inklusjonskriteriet.

1.4 Reformen for utviklingshemmede

Avvikling av institusjonsomsorg for personer med utviklingshemming som ble gjennomført på begynnelsen av 1990 tallet, ble starten på oppbygging av de hjemmebaserte kommunale tjenester som er utgangspunktet for denne avhandlingen. Hvis vi tar et skritt tilbake og ser på oppbygging av institusjonsomsorg for personer med utviklingshemming foregikk den primært etter andre verdenskrig, nærmere bestemt på 1950- og 1960-tallet. Tøssebro (1992) beskriver utviklingen av institusjonsomsorgen i tre faser: Utbyggingsfasen, utbedringsfasen og avviklingsfasen.

Utbyggingsfasen startet for alvor da Stortinget vedtok å dekke driftsutgifter for institusjoner som departementet godkjente. Veksten i antall institusjonsplasser økte kraftig fram mot midten av 1960-tallet da veksten begynte å avta. Fra slutten av 1960-tallet skiftet fokus fra å skaffe nok antall institusjonsplasser, til en gryende interesse for de mer kvalitative sidene ved omsorgen. Ut over 1970-tallet ble hovedvekten i større grad lagt på forbedringer av institusjonene. Stortingsmeldingen (St.meld. nr. 88 (1974-75)), som etterfulgte det første Lossiusutvalgets utredning (NOU 1973:25), fastslår at en fortsatt skal ha en utbygging av helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU), men hovedvekten er lagt på forbedringer. Tøssebro (1992, s. 51 ff) sier videre at i meldingen heter det: *Institusjonene bør desentraliseres og gjøres mindre. Avdelingene bør ha færre beboere og gjøres hjemlige.* Institusjonsomsorgen skulle forbedres. Det skjedde en utvikling av institusjonsomsorgen i årene fram mot reformen.

I perioden fra 1970 og utover 1980-tallet ble institusjonene mindre og antallet personer med utviklingshemming pr. institusjon reduseres. En ser også en økning av antall ansatte pr. bruker. Utviklingen hadde ført til mindre institusjoner, og det hadde også vært en klar reduksjon av antallet barn under 16 år i institusjon. Den tredje fasen som Tøssebro (1992) beskriver er avviklingsfasen, som skjedde gjennom «Reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming», det som ofte er kalt «HVPU-reformen» eller «Ansvarsreformen», som er betegnelsen jeg bruker i denne avhandlingen. Gjennom Ansvarsreformen ble ansvaret for tjenester til personer med utviklingshemming overført til kommunene. Et av målene er å

bedre og normalisere levekårene for mennesker med utviklingshemming og innebar full avvikling av institusjonene i løpet av en forholdsvis kort periode – fra slutten på 1980-tallet til midt på 1990-tallet – og var et forsøk på å realisere sosialpolitiske verdier som hadde utviklet seg siden 1960-tallet. Normalisering og integrering er begreper som er brukt på disse idealene, og representerer et annet syn på personer med utviklingshemming enn det som lå til grunn for institusjonsomsorgen. Reformen er dermed også et uttrykk for et perspektivskifte (Sandvin, 1996b). I 1991 overtok kommunene det formelle ansvaret for omsorgstjenestene og oppbyggingen av en kommunal hjemmebasert omsorg skjøt fart. Kommunale bofellesskap har siden den gang blitt den dominerende boformen for mennesker med utviklingshemming.

1.5 Boligformer

Utgangspunktet for utvikling av de hjemmebaserte omsorgstjenestene er at personer med utviklingshemming skal ha den samme boligstandard som andre. Det måtte derfor bygges nye boliger for å tilfredsstill standardene. St.meld.nr 47 (1989-90) gir føringer for ulike aspekter ved bygging av boliger for personer med utviklingshemming, føringer som blir presisert i Husbankens rundskriv HB-1212 (Husbanken, 1990). Rundskrivet oppsummerer retningslinjer for finansiering, og skal være en veileder for kommunene i planlegging og utbygging av boliger for mennesker med utviklingshemming. Rundskrivet har enpersonshushold som mal for retningslinjene. Det beskriver ulike boligformer slik de er definert av Husbanken 1) selvstendige boliger, 2) bokollektiver som ikke har fullverdige privatleiligheter (primært for kortvarige avlastningsbehov), 3) samlokaliserte boliger, som vanligvis ikke har fellesareal, men kan ha arealer til personalet og 4) bofellesskap (med fellesareal og arealer til personalet).

Bofellesskap er, i følge rundskrivet, tilrettelagt for relativt nært sosialt og praktisk fellesskap mellom beboerne. De private leilighetene skal ha en størrelse og standard tilsvarende selvstendige boliger og ivaretar vanlige behov for privatliv og selvstendighet. Det anbefales at det ikke er flere enn 4-5 boliger i et bofellesskap (Jf. Grunewald & Olsson, 1988). Bofellesskapene skal lokaliseres i egnede bomiljø, der det ikke konsentreres for mange boliger for personer med utviklingshemming eller *andre med særlige hjelpe- og tjenestebehov* (Husbanken, 1990, s. 2) og at den tilpasses bebyggelsen i området. Rundskrivet gir også veiledning til hvordan arealer for de ansatte bør planlegges. Her presiseres det at personalrom bør avgrenses til et minimum og tilretteleggingen av disse arealene må ikke undergrave hensynet til at boligene skal være egne, private hjem.

I reformen for psykisk helsevern finner vi igjen de samme prinsippene. I St.meld. nr. 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet* pekes det på behovet for bedre levekår, normalisering av livssituasjonen og desentralisering av tjenestene. Disse prinsippene er fulgt opp gjennom opptrappingsplanene for psykisk helse (St.prp. nr. 63 (1997-98)) der en viktig del av satsingen var etablering av boliger for personer med psykiske lidelser i kommunene.

Siden 1990-tallet har bofellesskap blitt den dominerende boligformen for personer med utviklingshemming (Annison, 2000; Bostock et al., 2004; Brevik & Høyland, 2007; Söderström & Tøssebro, 2011; Tøssebro & Lundeby, 2002; Tøssebro, 1996), og denne trenden ser ut til å ha styrket seg etter år 2000. I enkelte land har dominansen av denne noe ensidige boligmodellen ført til motstrømmer som ønsker andre modeller. Enkelte pårørende og interesseorganisasjoner mener at bofellesskap ikke er å gå langt nok i normalisering av boform for utviklingshemmede og at dette hindrer mer radikale løsninger (f.eks. Independent Living-bevegelsen), mens andre har argumentert for fellesløsninger som f.eks. landsby-modeller (Bostock et al., 2004; Christie, 1989).

Söderström og Tøssebro (2011) finner at andelen personer med utviklingshemming som bor i bofellesskap med fellesarealer har økt i perioden 2000 til 2010, samtidig som andelen som bor i samlokaliserte boliger (uten fellesareal) er redusert. Den største endringen er imidlertid en kraftig økning av antall beboere i samme bofellesskap, spesielt blant de som flyttet inn etter år 2000 (Kittelsaa & Tøssebro, 2011). I disse bofellesskapene er det i gjennomsnitt åtte beboere, som er langt over det Husbanken anbefalte på 1990-tallet (Husbanken, 1990). Endringene medfører at en økende andel personer med utviklingshemming bor i bofellesskap som er beregnet på flere grupper beboere, oftest personer med psykiske vansker og eldre (Söderström & Tøssebro, 2011). De konkluderer med at:

Forskjellen fra idealene i reformperioden og føringene som ble lagt den gangen er nå så stor at en må snakke om framveksten av en helt annen type bofellesskap, som mange vil forbinde med ny-institusjonalisering (Söderström & Tøssebro, 2011, s. 20)

Denne utviklingen kan tyde på at det er et stykke fra de politiske idealer fra 1990-tallet til kommunale realiteter i dag.

1.6 Ansatte og omsorgsarbeid i hjemmet

I omsorgstjenestene for personer med utviklingshemming er det mange ulike fagpersoner som arbeider. Ofte forbinder vi disse tjenestene med vernepleiere, som er den profesjonen som tydeligst har denne brukergruppen som målgruppe i sin utdanning, men blant profesjonene som jobber der vi finner også sykepleiere, ergoterapeuter, sosionomer og lærere. I tillegg

jobber ansatte med ulike fagbrev som f.eks. helsefagarbeider, hjelpepleier, aktivitør og ikke minst finner vi ufaglærte. I avhandlingen bruker jeg litt ulike betegnelser som tjenesteytere, ansatte og personale for å henvise til de som jobber i omsorgen, i tillegg til konkret yrkestittel. Til tross for en meget sammensatt gruppe av tjenesteytere i bofellesskapene, er som nevnt, vernepleiere den mest sentrale yrkesgruppen representert i denne undersøkelsen. Den første vernepleierutdanningen ble opprettet ved Emma Hjorts hjem på 1950-tallet og ble 3-årig i 1961. To år senere i 1963, ble den formalisert med grunnregler fra Sosialdepartementet. Vernepleierutdanningen kan betraktes som en reaksjon mot det etablerte omsorgsparadigmet i institusjonene, og var fra starten av en del av en debatt om behandlingssideologier. Debatten om vernepleierutdanningen har fortsatt å gå langs ideologiske linjer helt fram til i dag (Messel, 2014).

Historisk sett har omsorgsarbeid vært en oppgave primært for familien, men har utviklet seg til å bli et felt hvor offentlig omsorg stadig overtar flere oppgaver. Den offentlige omsorgen foregår i skjæringspunktet mellom det Habermas (1987) kaller *systemverdenen* og *livsverdenen*, der systemverdenen kjennetegnes ved et utenfraperspektiv, og livsverdenen med et innenfraperspektiv. I livsverdenen er det personlige bånd som regulerer samhandlingen. Disse relasjonene er personlige og tas for gitt. Familie og venner er eksempler på dette. I systemverdenen reguleres relasjoner mer av formelle roller. Her er rollene knyttet til funksjoner og stillinger, og personene kan skiftes ut. Relasjonene styres av gjensidig egeninteresse. Arbeidstid, turnus og dagsplaner er en del av dette. Dette kolliderer med logikk fra livsverden, og egenskaper hjemmet representerer for de fleste av oss. Motsetningen mellom hjem og arbeidsplass er ikke bare en praktisk utfordring, men blir et krysningspunkt mellom ulike logikker og relasjonstyper.

Flere av de som forsket på etableringen av den nye hjemmebaserte omsorgen i årene omkring Ansvarsreformen har undersøkt dilemma knyttet til disse begrepene. Karen Jensen (1990a), som var en av de første som studerte den hjemmebaserte omsorgen for personer med utviklingshemming i Norge, skriver at ansatte gjennom deltakelse i ulike yrkeskulturer utvikler et særegent perspektiv på omsorgsarbeidet, som er forskjellig fra legmannsperspektivet. Organiseringen av omsorgstjenester har gjort hjemmet til arena for den offentlige omsorgen, og det utfordrer vår oppfatning av hva vi forbinder med et hjem og hjemmets funksjon som en privat arena. Dette gjør, i følge henne, omsorgsarbeid i bofellesskap til en tvetydig prosess, for mens de ansatte på den ene siden har legitim rett til å

praktisere omsorg, utfordres de på den andre siden av beboernes rett til selvbestemmelse, autonomi og privatliv. Som Jensen (1990a, s. 20) uttrykker det;

På den ene siden er omsorgsarbeidere, både som forvaltere av betydelige samfunnsmessige ressurser, innvevd i systemverdenen, og må forholde seg til dens regelverk og de former for rasjonalitet som råer der. På den annen side ligger i selve omsorgsarbeidets karakter en forpliktelse til å la solidaritets- og fellesskapspremissene rå, det vil si livsverdenens kvaliteter.

Jensen (1990a) tar utgangspunkt i Kari Martinsens (1989) beskrivelse av omsorgens kvalitet som en *sosial relasjon* bygget på en *forståelse for den andre* og som *anerkjenner den andre* ut fra hans situasjon. Disse kvalitetene er hentet fra livsverdenens rasjonalitet. Den daglige omsorgspraksisen foregår i spenningsfeltet mellom system- og livsverden, men det kan virke som om innflytelsen fra systemverdenen stadig blir sterkere. Jensen (1990a) betegner dette som en *systemmessig innesperring* av omsorgen.

Kari Wuttudal (1995), er en annen av pionerne innen forskning på omsorgstjenester for personer med utviklingshemming. Tjenestene representerer et system og en *offentlig arena*, der de ansatte møter hjemmet som en *privat arena*. Hun diskuterer hvordan det daglige arbeidet i hjemmet påvirkes og reguleres av tilstedeværelsen av offentlige tjenester som de ansatte representerer. Det skjer en sammenblanding av forskjellige arenaer slik at organisatoriske hensyn får innpass og påvirker hverdagen og det private hjemmet. Når offentlige og private praksiser og sosiale situasjoner blandes, får det en karakter som ikke passer inn i et privat hjem og organisatoriske og administrative kriterier for arbeidet kan invadere hjemmet. Wuttudal (1995) tolker dette som *det organisatoriske etterslep* fra institusjonsomsorgen. Det andre begrepet hun benytter er det hun kaller *tjenesteyternes dilemmaer* som beskriver spenningsfeltet mellom organisasjon og hjem. Reformens idealer om selvbestemmelse har fått større innpass i de ansattes forståelse av egen praksis, sammen med usikkerhet om hva som er *«lov» i private hjem og hva som er god omsorg* (Wuttudal, 1995:281) Hun mener videre at erfaringene de ansatte får gjennom praksis i den hjemmebaserte omsorgen, må brukes som grunnlag for utformingen av de organisatoriske rammene. Hvis ikke rammene utformes slik at yrkesutøvernes betingelser for en individuell og nær omsorg er til stede, er det fare for at idealene ikke realiseres. For å lykkes er en avhengig av at den administrative ledelsen i kommunen har et helhetlig bilde av situasjonen før rammene avgjøres, slik at ikke den enkelte tjenesteyter sitter med hele ansvaret, men ikke har makt og midler til å gjøre noe. De ansattes opplevelse av dilemmaer i den daglige tjenesteytingen vil bli nærmere drøftet i kapittel sju.

1.7 Hva kjennetegner et hjem

Som Wuttudal (1995) beskriver, forgår omsorgsarbeidet i hjemmebasert omsorg i spenningsfeltet mellom organisasjon og hjem. For å få bedre innsikt i hva som ligger i begrepet «hjem» har Annison (2000) gjennomgått litteratur om begrepet fra tre ulike perspektiver: Forskning på tjenester for personer med utviklingshemming, arkitektur og miljøpsykologi. Han drøfter disse perspektivene ved å presentere forskningsarbeider fra de ulike feltene (Despres, 1991; O'Brien, 1994; Sixsmith, 1986; Smith, 1994). Målet er å gi en veiledning til ansatte i hjemmebaserte omsorgstjenester i arbeid med å utvikle genuine hjem for de som mottar tjenestene.

O'Brien (1994) som har studert hjem for personer med utviklingshemming, mener begrepet hjem er sammensatt av følgende tre faktorer: 1) *En stedsfølelse* (personliggjøring, tidsbruk, rutiner, trygghet, anerkjennelse av sosiale roller, naboskap, base for livet, avgrensning fra offentligheten, mulighet for gjestfrihet) 2) *Kontroll over hjemmet og den nødvendige hjelpen for å bo der* (valg av bosted og medboere, kontroll på antall medboere, midler og personale). 3) *Trygghet gjennom leiekontrakt eller eierskap* (eierskap over hjemmet, stolthet over eierskap, personlig stabilitet og trygghet, verdsatt sosial rolle). O'Brien (1994) identifiserer samtidig flere egenskaper som betraktes som «ikke-hjemlige», som har vært forbundet med institusjonsomsorg. Disse egenskapene har det vært viktig å unngå i den hjemmebaserte omsorgen, og han argumenterer for forbedringer for å gjøre omsorgsboligene om til hjem. De andre tre artiklene som er analysert er hentet fra forskning på hjem for personer uten funksjonsnedsettelse.

Sixsmith (1986), som representerer et miljøpsykologisk perspektiv, fant at det finnes mange individuelle forskjeller på hvordan begrepet hjem benyttes. Det er mange eksistensielle meningsnivåer og det kan også ha en konkret mening. Hun har utviklet en tredelt modell som beskriver hjemmets ulike funksjoner: «det private hjem», «det sosiale hjem» og «det fysiske hjem».

Despre (1991), har analysert litteratur fra disipliner som ser på beskrivelser av sammenhengen mellom person og omgivelser. Hun sammenstiller beskrivelsene av hjem i ti kategorier. Kort oppsummert er kategoriene: 1) Sikkerhet og kontroll, 2) ideer og verdier, 3) endringer av boligen, 4) kontinuitet, 5) relasjoner, 6) sentrum for aktiviteter, 7) tilfluktssted fra utenomverdenen, 8) personlig status, 9) materiell struktur og 10) eierskap (for mer detaljer se Despre, 1991, s. 98-99).

Smith (1994) nevner mange av de samme egenskapene ved hjem som de andre, men presenterer i tillegg egenskaper som bidrar til «ikke-hjemlige» omgivelser. Hun peker på mangler i omgivelsene som 1) Mangel på personlig frihet og privatliv, 2) Utilfredsstillende sosiale relasjoner i boligen. 3) Dårlige fysiske omgivelser, 4) Negativ atmosfære 5) Manglende individuell tilpassing, 6) Manglende stabilitet 7) Manglende trygghet 8) Manglende eierskap.

Annison (2000) identifiserer egenskaper som skiller et hjem fra et hus eller en bolig, og hva som gjør en omsorgsbolig til et hjem. Med Maslows (1943) behovshierarki som ramme rangeres egenskapene i tre behovskategorier. Utgangspunktet er hvordan de relativt sett bidrar til å imøtekomme beboerens behov: Den første kategorien er *eksistensbehov* (fundamental needs), som kjennetegnes ved tilpassede fysiske strukturer, trygghet, nødvendige tjenester, tilpassede rom for aktiviteter og adskillelse av aktiviteter, og hovedarena for fundamentale aktiviteter (søvn og måltider). Videre definerer han bl.a. følgende egenskaper i kategorien *relasjonsbehov* (intermediat needs) som er sikkerhet og trygghet, affeksjon/kjærlighet, tilhørighet sosial aksept og selvspekt. For å tilfredsstill disse behovene har en behov for et sted det er affeksjon og kjærlighet, der en har gode opplevelser, der en opplever gode relasjoner og kan velge hvem en skal bo sammen med. Det er et sted en har besøk av venner og kan vise gjestfrihet, føle tilhørighet og kan slappe av. Den siste behovskategorien han definerer er *behov for vekst og utvikling* (meta- or growth needs). Egenskaper som kjennetegner denne kategorien er bl.a. ansvar for eget hjem som husarbeid, hjemmet som sted for selvtillit der en tilpasser og omformer omgivelsene som en selv ønsker. Et sted en kan relatere seg selv til i tid. (For en mer detaljert oversikt se Annison, 2000).

Det er disse ulike behovene hjemmets ulike funksjoner skal dekke, og som ansatte i hjemmebasert omsorg skal bidra til at blir ivarettatt. Noen av disse problemstillingene vil bli nærmere drøftet i kapittel ni.

1.8 Prosjektet «Omfattende tjenester i andres hjem: Brukeres, ansattes og kommuners perspektiv»

Arbeidet med avhandlingen har vært en del av et større forskningsprosjekt som er finansiert gjennom Norges Forskningsråds program PraksisVel, og er et samarbeid mellom NTNU Samfunnsforskning, NTNU og Nord universitet. Prosjektet har fått navnet «Omfattende tjenester i andres hjem». Hovedmålet med prosjektet er å undersøke og utvikle faglig arbeid i tjenester for personer som trenger omfattende tjenester i hjemmet. Den primære målgruppen for prosjektet er personer under 67 år, som har behov for omfattende tjenester i eget hjem,

men prosjektet retter seg også mot pårørende, fagfolk, ledere og kommuner. Personer med psykiske vansker, nevrologiske sykdommer eller utviklingshemming utgjør de største gruppene av personer under 67 år som mottar kommunale omsorgstjenester. Et av de sentrale spørsmålene for prosjektet er knyttet til omsorgskvalitet og livskvalitet for personer med hjelpebehov i en fase av livet der de fleste lever aktive og selvstendige liv. Prosjektskissen beskriver at delmål for prosjektet er å:

1. *undersøke og utvikle tjenestene i nært samarbeid mellom forskere, utdanning, brukere, fagfolk og kommunene*
2. *fremme klargjøring av, gjensidig forståelse for og utvikling av ulike aktørers perspektiv*
3. *bygge bro og kontakt mellom utdanning og praksis*

Prosjektet er gjennomført som såkalt praksisforskning i samarbeid med seks kommuner i Trøndelag fylkeskommune (I oppstarten av prosjektet; Nord- og Sør-Trøndelag fylkeskommuner). Kommunene er av forskjellig størrelse og har ulik struktur på tjenestene. I samarbeid med kommunene er det valgt 16 tjenestesteder som prosjektet har undersøkt. Det er et poeng at utvalget representerer spennvidden i organisering og boformer.

Prosjektet er organisert i tre delprosjekter med hvert sitt hovedfokus:

1. *Brukerne – selvbestemmelse og aktiv omsorg*
2. *Omsorg som arbeid – dilemma når en yter omfattende tjenester i andre hjem*
3. *Policy og praksis – kommunenes system og policy for å yte omfattende tjenester*

Denne avhandlingen er et bidrag til delprosjektet «Omsorg som arbeid» der jeg undersøker de ansattes perspektiv og hva de opplever som dilemma i arbeidet med å realisere politiske idealer og mål. Videre i avhandlingen bruker jeg betegnelsen «hovedprosjektet» når jeg viser til prosjektet «Omfattende tjenester i andres hjem: Brukeres, ansattes og kommuners perspektiv». Utvalg og data for min avhandling vil bli nærmere beskrevet i kapittel 4 i avhandlingen.

1.9 Avhandlingens oppbygning

Avhandlingen har tre deler og består av til sammen ti kapitler. Del en inneholder innledning, metodiske og teoretiske tema, mens del to drøfter de empiriske funnene. Del tre er en avslutning med oppsummering av sentrale funn.

Del en innleder i **kapittel en** med bakgrunn for dette forskningsprosjektet, målsettinger og forskningsspørsmål og deretter en drøfting av sentrale begreper og fenomener som er viktige for å kontekstualisere avhandlingen. Avhandlingens **andre kapittel** har en gjennomgang av forskning som har relevans for realisering av idealer og mål gjennom arbeid i omsorg for

personer med utviklingshemming. Kapitlet vil presentere forskning på materielle og strukturelle sider ved omsorgen, livskvalitet og praksismodeller. Det belyser også forskning som har undersøkt faktorer som fremmer realisering av politiske idealer og mål, og hvilke barrierer ansatte kan støte på. Til sist vil forskning om omsorgskulturers rolle være tema.

I **tredje kapittel** presenteres de teoretiske perspektivene avhandlingen tar utgangspunkt i. Teorien bygger i hovedsak på Michael Lipskys teori om *Street-Level bureaucrazy* (Lipsky, 2010), men jeg starter med en presentasjon av Cohen, March og Olsens teori om beslutninger i komplekse organisasjoner *A Garbage Can model* (Cohen et al., 1972), som jeg benytter som et overbygg for å forstå prosesser som skjer i organisasjoner, og ser den i forhold til teorier om styring i offentlig sektor og profesjonsteori. Deretter følger en presentasjon og drøfting av Lipskys (2010) teori

Det **fjerde kapitlet** innledes med en kort redegjørelse for mitt vitenskapsteoretiske ståsted. Deretter beskrives materialet som er det empiriske grunnlaget for forskningsprosjektet og problemstillinger knyttet til utvalget. Så presenteres ulike metodene som er benyttet i datainnsamlingen. Innsamlingen av data er basert på kvalitative metoder som fokusgruppeintervju, individuelle intervju, dialogkonferanser og dokumentstudier. Kapitlet drøfter analysestrategier, altså fremgangsmåter og valg som jeg har gjort i arbeidet med analysene. Kapitlet avsluttes med en diskusjon om funnenes troverdighet og begrensninger som metoden setter, og forskningsetiske betraktninger.

Etter metodekapitlet følger avhandlingens del to, med fem empiriske kapitler der problemstillingen og spørsmålene jeg stiller innledningsvis i avhandlingen blir drøftet. Kapitlene analyserer og drøfter spørsmål om idealer for henholdsvis omsorgstjenestene, helse- og omsorgsprofesjonene og idealer for dagens offentlige styring. Videre drøftes dilemma i arbeidet med å realisere motstridende målsettinger og endringer i ideologi i de kommunale omsorgstjenestene. Før de siste to kapitlene tar for seg ledelsens betydning for å nå de politiske målsettingene og til sist betydningen av organisering av tjenestene og utforming av boligene. Her følger en nærmere beskrivelse av disse fem empiriske kapitlene:

Del to starter med **kapittel fem** som beskriver og analyserer idealer og mål for omsorgen fra tre ulike perspektiver. Sosialpolitiske idealer, profesjonsidealene og idealer hentet fra NPM. Først drøftes idealer slik de er beskrevet i internasjonale konvensjoner og nasjonale styringsdokumenter. Kapitlet gir en oversikt over idealer og mål som norske kommuner skal forholde seg til i planlegging og utvikling av tjenester på dette politikkområdet. Det gir videre en analyse av kommuneplaner fra de seks kommunene som deltar i hovedprosjektet, og

presenterer mål for omsorgstjenestene slik de framkommer fra planene. Begreper som går igjen i planene blir drøftet. Det foretas en analyse og drøfting av planverket i Trondheim kommune, som er den største kommunen i utvalget, og som har mest omfattende planverk. Kapitlet avsluttes med en analyse og drøfting av profesjonsidealene som skal ligge til grunn for yrkesutøvelsen og hvordan idealer fra NPM har påvirket de idealene som omsorgstjenestene er bygget på.

Kapittel seks analyserer utvikling av ideologi i tjenestene som ledere og ansatte mener har skjedd de siste årene. Kapitlet drøfter om idealer fra reformperioden som stadig har blitt stadfestet som fortsatt gjeldende, likevel ikke får den samme oppmerksomheten i praksis. Er idealene foreldet? Mangler vi de riktige idealene? Hva er idealenes plass i de ansattes faglige refleksjoner og diskusjoner? Det stilles spørsmål om idealer fra NPM har overtatt noe av de sosialpolitiske idealenes rolle i dagens omsorgstjenester. Kapitlet tar opp faktorer som påvirker idealene for omsorgstjenestene for personer med utviklingshemming, som økt tjenestefokus, internkontrollsystemer og påvirkning fra eldreomsorg.

Kapittel sju har hovedfokus på dilemmaer mellom ulike politiske idealer og mål, som de ansatte opplever i det daglige arbeidet. Kapitlet drøfter hvilke faktorer som påvirker beslutninger de foretar, som kan ha stor innvirkning på beboernes liv. De ansattes oppfatning av mål for omsorgstjenestene analyseres og drøftes i lys av dilemma de opplever i tjenesteytingen. Et sentralt tema er hva de ansatte oppfatter som sin egen rolle i realisering av idealer og mål. Jeg setter fokus på tre utfordringer som mange av informantene peker på som problematiske. Det er dilemmaer som oppstår i skjæringspunktet mellom selvbestemmelse og henholdsvis livsstil, avvikende atferd og dilemmaer som de opplever mellom det faktum at bofellesskapene både er et hjem og en arbeidsplass.

Kapittel åtte tar utgangspunkt i ledelse og styring på kommunalt nivå, og hvilken betydning dette har for de ansattes omsorgspraksis. Hva opplever lederne som utfordringer, og hva kjennetegner ledere som klarer å gjennomføre endringer og realisere politiske idealer og mål. Kapitlet drøfter temaer som resultatstyring, ledernes mulighet til å påvirke planer og mål oppover i systemet og være premissleverandører – og påvirke nedover, gjennom å følge opp de ansattes yrkesutøvelse.

I **kapittel ni** drøfter jeg hvordan ulike måter å organisere tjenestene påvirker de ansattes holdninger og oppfatning av egen yrkesrolle. Et tema er at mange opplever at det tas for gitt at personer med utviklingshemming skal bo i bofellesskap, og at dette skaper utfordringer og kan være en barriere for å realisere politiske idealer og mål. Kapitlet presenterer og drøfter to

ulike måter å utforme boliger på, som har stor betydning for organisering av tjenestene – bofellesskapet og samlokaliserte boliger

I **Kapitel ti** oppsummeres studiens hovedfunn og diskuterer dette opp mot avhandlingens problemstilling og forskningsspørsmål. Her peker jeg på hva denne studiens bidrag til forskningen på dette området er. Avhandlingen bekrefter at det fortsatt er stort sprik mellom politiske idealer og realiteter i den kommunale hverdagen.

Kapittel 2 Forskning om å arbeide i bofellesskap

Målet med litteraturgjennomgangen er å presentere kunnskap om faktorer som påvirker realisering av politiske idealer og mål, primært fra de som arbeider i omsorgstjenestenes perspektiv. Det er ikke gjennomført så mange studier som eksplisitt tematiserer implementering og realisering av politiske idealer og mål for personer med funksjonsnedsettelse. Men mye forskning dreier seg likevel om å beskrive og drøfte aspekter ved omsorgen som i praksis er prosessen med eller resultater av implementering av politiske idealer og mål. Som jeg kommer tilbake til, fokuserer mange av publikasjonene på et eller få politiske mål (som f.eks. selvbestemmelse eller samfunnsdeltakelse) eller utforsker barrierer, utfordringer og dilemma som ansatte opplever i den praktiske hverdagen. Andre forskningsprosjekter har komparative design og sammenligner for eksempel levekår for personer med funksjonsnedsettelse med resten av befolkningen, eller ser på levekårsutviklingen over tid. Jeg vil presentere og drøfte forskning som er relevant for å belyse faktorer som påvirker policyimplementering og de ansattes mulighet og evne til å realisere politiske idealer og mål i det praktiske omsorgsarbeidet. Intensjonen er ikke å presentere all tilgjengelig litteratur, det blir for omfattende, hensikten er å gi et bilde av hovedtrekk i forskningen på dette området.

Før jeg presenterer den aktuelle forskningslitteraturen vil jeg beskrive hvordan jeg har foretatt litteratursøk og hvordan jeg har avgrenset feltet. Deretter vil jeg presentere noen begreper knyttet til prosesser i politikkutforming og hvordan jeg bruker disse begrepene for å strukturere gjennomgangen av tidligere forskning.

2.1 Litteratursøk

Litteratursøkene er gjennomført ved å søke i ulike databaser for nordiske og internasjonale vitenskapelige tidsskrifter. Søkene er foretatt i Idunn, Academic Search Complete (EBSCO), SAGE, ERIC, Wiley Online Library og Google Scholar. Det er benyttet flere søkeord for å finne aktuelle publikasjoner. I norske databaser er søkeord som 'utviklingshemm*', 'psykiatri*', 'psykisk*', 'fysisk*', sammen med søkeord som 'bofellesskap*', 'bolig*', 'arbeid*', 'personal*', 'ansatt*', 'profesjon*' og 'yrkesutøver*' blitt benyttet. For søk i nordiske databaser har søkeordene 'utvecklingsstör*', 'gruppbo*', 'grupphem*', 'gruppboende*' blitt benyttet. Ved søk i internasjonale databaser er søkeordene 'intellectual

disability', 'mental retardation', 'learning disability' sammen med 'supported housing', 'professional', 'housing', 'staff', 'work', 'policy implementation', extensive services'. I tillegg er det gjort søk i noen særlig relevante tidsskrifter som Scandinavian Journal of Disability Studies og Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities. Det er også foretatt søk i publikasjoner fra samfunnsvitenskapelige forskningsinstitutter som NTNU Samfunnsforskning, Nordlandsforskning og NOVA, samt søk i Bibsys. Sist, men ikke minst, har jeg i arbeidet med litteraturgjennomgangen funnet mye relevant litteratur gjennom litteraturhenvisninger i de gjennomgåtte kildene og etter tips fra kolleger.

Referanser og PDF med publikasjonen ble importert til EndNote⁵ og deretter lastet inn i NVivo⁶ for videre analyser. Publikasjonene ble grovsortert og relevans vurdert etter en gjennomgang av publikasjonenes abstracts. En del av denne forskningslitteraturen vil bli presentert her for å plassere denne studien inn i en sammenheng med andre forskeres arbeider. Andre deler av forskningen vil bli presentert i forbindelse med analyser av det empiriske materialet.

2.2 Avgrensning av feltet

Inklusjonskriteriene har vært at studiene skulle handle om å arbeide i hjemmet hos voksne personer som har omfattende behov for hjelp. Undersøkelser om barn, unge og eldre er ikke inkludert. Litteraturgjennomgangen vil i hovedsak presentere forskning om hvilken rolle ansattes praksis har i implementering av politiske idealer og mål. Jeg har primært fokusert på studier av omsorgstjenester for personer med utviklingshemming, fordi ansatte som jobber med denne gruppen beboere er mest representert i mine data. Endret ideologi i omsorgen for personer med utviklingshemming og psykiatriske lidelser, har ført til en overgang fra institusjonsomsorg til hjemmebasert omsorg, i stort sett hele den vestlige verden, i løpet av de siste 30 årene. Derfor omhandler mye forskning komparative studier av ulik organisering av omsorg, ofte sammenligning av institusjonsomsorg med hjemmebaserte omsorg (Bostock et al., 2004; Hallam et al., 2002; Hamelin, Frijters, Griffiths, Condillac, & Owen, 2011; Iriarte, Stockdale, McConkey, & Keogh, 2016; Kozma et al., 2009; Lakin & Stancliffe, 2007; Mansell, 2006; Martínez-Leal et al., 2011; McConkey & Collins, 2010; McConkey, Sowney, Milligan, & Barr, 2004; Owen et al., 2008; Sandvin, 1996a; Sines, Hogard, & Ellis, 2012; Tideman & Tøssebro, 2002; Tøssebro, 1996). Denne litteraturgjennomgangen vil i liten grad

⁵ EndNote er et program som lar deg lagre litteraturreferanser i en personlig database, og sette referansene inn i tekstdokumenter.

⁶ NVivo er et program for analyse av kvalitative data.

ha fokus på å sammenligne ulike former for organisering av omsorgstjenester, men heller undersøke hva forskning sier om praksis, og hvilke faktorer som påvirker muligheten for å realisere politiske idealer og mål.

Det er definert politiske mål på en rekke samfunnsområder som har konsekvenser for personer med nedsatt funksjonsevne. Det være seg områder som utdanning, arbeid, fritid, bolig, helse eller mer overordnede temaer som borgerrettigheter, likeverd, likestilling, inkludering og deltakelse (NOU 2016:17). Noen forskere fokuserer på enkelte aspekter ved politikken som for eksempel selvbestemmelse og tvang, mens andre perspektiver er bredere og undersøker praksiser, metoder, organisering eller holdninger og verdier blant de ansatte. På alle disse områdene vil det være mål og idealer som samfunnet ønsker skal bli realisert. Hensikten med denne litteraturgjennomgangen er ikke å utarbeide en oversikt over alle samfunnsområder, men ha et profesjonsperspektiv og undersøke hva forskning sier om hvilken rolle de som arbeider i andres hjem har i realisering og implementering av politikken.

I Norge er, som sagt, den dominerende formen for organiseringen av omsorgstjenester for personer med utviklingshemming bofellesskap (Söderström & Tøssebro, 2011). Bofellesskap, slik vi har definert det i Norge, er fullverdige private leiligheter lokalisert i samme bygg, ofte med personalrom og fellesarealer. Denne utformingen av bofellesskap er ikke like vanlig utenfor Norden. I mange andre land vil bofellesskap være utformet som, det vi betegner som bokollektiv⁷, der den enkelte beboer ikke disponerer en fullverdig privat leilighet, men ett rom i tilknytning til fellesarealer. På tross av forskjeller i utforming av boligene i de ulike landene forskningen har foregått, har jeg for enkelthets skyld valgt å bruke benevnelsen bofellesskap på alle boliger der flere boenheter er samlet (clustered housing, co-residency, supported housing, community residential service) i litteraturgjennomgangen.

Ulike land har forskjellige velferdsordninger, organisering og utforming av tjenestene, men den ideologiske basisen er stort sett den samme. De fleste vestlige land bygger sin policy på internasjonale konvensjoner som FNs Menneskerettigheter⁸ og FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD)⁹. Et annet fellestrekk er at det har foregått en endring fra institusjonsomsorg til hjemmebaserte tjenester (Mansell, 2006; Tøssebro et al., 2012). De nordiske landene skiller seg fra mange andre land ved at de har utviklet en egen form for velferdsstater, det Esping-Andersen (1990) kaller «den

⁷ (Jf. Husbanken, 1990)

⁸ UN General Assembly (1948)

⁹ UN General Assembly (2007)

sosialdemokratiske modellen». De kjennetegnes ved forholdsvis rause sosiale ordninger, universelle ordninger for alle innbyggere og tjenester som er offentlig finansiert. Til tross for ulikheter mellom velferdsstatsmodeller vil mange utfordringer og dilemmaer som tjenesteytere opplever i praksis være de samme på tvers av landegrenser og systemer. Likheterne gjør at forskning om personalets rolle i implementering og realisering av policy i andre vestlige land vil være interessante for å belyse mine problemstillinger.

2.3 Ideologi, verdier, prinsipper og måldefinering

Policy- eller politikkkutforming er i følge Schalock (2017) en dynamisk prosess som bygger på noen kjernebegreper og prinsipper, og den inneholder noen ønskede mål og resultater som skal veilede beslutninger som tas. Det er tre faktorer som gir denne dynamikken. Det første er *kjernebegreper og prinsipper* som politikken baseres på. Det kan handle om rett til autonomi, uavhengighet, valgmuligheter, fysisk, psykisk og materielt velvære, sosial inkludering, tilgjengelighet, deltakelse, emosjonelt velvære og personlig utvikling. Dette er begreper som vi finner i Menneskerettighetene og CRPD.

Den andre faktoren Schalock (2017) peker på er *ønskede resultater* av politikken. Ønsker om bestemte resultater vil styre implementeringen og evaluering. Det vil a) gi begrepsmessig og empirisk kobling både til de politiske prinsippene, initiativer til lovendringer og juridiske trender. Videre vil ønskene b) identifisere beslektede intervensjoner og hjelpeordninger, og c) sammenstille politiske mål, med intervensjoner og hjelpeordninger, og intervensjoner og hjelpeordninger med resultater. Det siste poenget er at det vil d) fremme politikkkutforming basert på resultater.

Den tredje faktoren som påvirker politikkkutviklingen er *kunnskap* en sitter med på det aktuelle tidspunktet, og som en vil inkorporere i løsningene. Hvis en overfører disse faktorene til politikkkutforming på det sosialpolitiske området i Norge, kan det gi en nyttig oversikt over hvilken politikk som skal implementeres i de praksisene der mine informanter arbeider. Jeg vil derfor benytte disse faktorene for å strukturere gjennomgangen av forskning på arbeid i bofellesskap og policy-implementering.

2.4 Litteraturgjennomgang

I litteraturgjennomgangen drøfter jeg hvordan forskning belyser utfordringer med realisering av politiske idealer og mål. Jeg tar utgangspunkt i en av faktorene Schalock (2017) mener påvirker politikkkutforming, det han kaller *ønskede resultater* av politikken. I

litteraturgjennomgangen er forskningen kategorisert under to hovedoverskrifter: *materielle* og *operasjonelle* sider ved omsorgen. Profesjonsperspektivet og de ansattes oppfatning og realisering av idealer og mål vil være utgangspunktet for det jeg vil belyse i avhandlingen. Det fører derfor til at hovedfokus i dette kapitlet vil være på de operasjonelle sidene av omsorgen.

Forskningen om ønskede resultater må ses i sammenheng med *kjernebegreper og prinsipper* som politikken baseres på (Shalock, 2017). Dette temaet behandlet jeg i innledningen, spesielt i kapittel 1.1, og jeg kommer tilbake til det i kapittel fem.

2.4.1 Forskning på materielle sider ved omsorgen

Å sikre materielle levekår for alle grupper i samfunnet har vært en av velferdsstatens viktigste målsettinger. I institusjonsomsorgen hadde ikke mennesker med utviklingshemming de samme levekårene som andre borgere i samfunnet. Dette ble sett på som en av de sentrale utfordringene som Ansvarsreformen skulle gripe fatt i. Som det går fram av Stortingsmelding nr. 67 (1986-87) *Ansvar for tiltak og tenester for psykisk utviklingshemma* var situasjonen før Ansvarsreformen at *som gruppe har menneske med psykisk utviklingshemming gjennomgående mindre tilgang til gode som blir knytte til dei mest vanlege levekårsfaktorar som helse, arbeid, inntekt, utdanning, deltaking i fritids- og kulturaktivitetar osv.* (s.9).

Levekårsundersøkelser har fokusert på områder som kan måles relativt objektivt. De politiske målene for ulike sider ved levekår er: økonomiske levekår, bolig og boforhold, sysselsetting, utdanning, helse og hjelpebehov, sosial kontakt, trygghet, deltakelse i kultur- og fritidsaktiviteter og deltakelse i politikk og organisasjoner. Dette har vært tema for flere undersøkelser, og en kan følge utviklingen av levekår for personer med utviklingshemming fra institusjonsomsorgen og fram til dagens hjemmebaserte omsorgstjenester (Kittelsaa & Tøssebro, 2011, 2013; Kittelsaa et al., 2015; Söderström & Tøssebro, 2011; Tideman & Tøssebro, 2002; Tøssebro & Lundebj, 2002; Tøssebro, 1992, 1996; Tøssebro et al., 2012).

Levekårsundersøkelser gir ofte et statistisk bilde på hvordan ulike grupper av befolkningen i gjennomsnitt står i forhold til hverandre og til de definerte indikatorene, men en må være oppmerksom på at det i svært mange tilfeller vil være store forskjeller i levekår innad i de ulike gruppene. Materielle levekår er ikke hovedfokus for denne avhandlingen, men for enkelte av levekårsindikatorene vil ansattes praksis ha betydning. For levekårsområder som økonomi, sysselsetting og utdanning har de ansatte i omsorgstjenestene begrenset innvirkning på den enkeltes situasjon, mens for andre områder som bolig og boforhold, helse og

hjelpebehov, sosial kontakt, trygghet, deltakelse i kultur- og fritidsaktiviteter og i politikk og organisasjonsliv, er de som jobber i omsorgen en viktig forutsetning for tilgang til og kvalitet på tjenester, og deltakelse på ulike arenaer.

Söderström og Tøssebro (2011) har undersøkt utviklingstrender på levekårsområder som bolig, arbeid og dagaktivitet, fritid og fritidsaktiviteter, personlig økonomi, sosiale nettverk og selvbestemmelse gjennom å analysere flere levekårsundersøkelser som er gjennomført i perioden 1989-2010. De slår fast at boforholdene er bedret etter avviklingen av institusjonene (Tøssebro & Lundeby, 2002; Tøssebro, 1996), men at det på andre områder ikke har blitt de resultater som en ønsket. Når det gjelder normalisering av arbeid og dagaktiviteter går utviklingen i negativ retning. Andelen personer med utviklingshemming som ikke er i dagaktivitet øker, arbeidsmarkedsetatens rolle faller i perioden 2001 til 2010. Tiltak som tidligere var organisert mot produksjon, reduseres og erstattes med aktivisering. Lønnsveksten for personer med utviklingshemming følger ikke lønnsveksten i resten av befolkningen (Söderström & Tøssebro, 2011). De oppsummerer hovedtrendene i følgende punkter:

- I. Når det gjelder bolig er det en tydelig trend i retning av at flere utviklingshemmede nå bor i større og mer sammensatte bofellesskap enn tidligere.*
- II. andelen utviklingshemmede som ikke har noen dagaktivitet øker jevnt, og mens arbeidsmarkedsetatens rolle reduseres dreier flere og flere kommunale tiltak fra produksjon over mot aktivisering, eller ingenting.*
- III. utviklingshemmedes deltakelse i fritidsaktiviteter har på noen områder økt mellom 2001 og 2010, mens det har vært stagnasjon på andre områder.*
- IV. fattigdom er lite utbredt blant utviklingshemmede, samtidig som veksten i lønn for arbeid er betydelig lavere enn ellers i befolkningen.*
- V. familiekontakten har økt de siste årene, samtidig som det er en negativ trend når det gjelder kontakt med naboer uten utviklingshemming.*
- VI. en ser et fall i selvbestemmelse fra 2001 til 2010, med en nesten dobling i organisatoriske begrunnelser for manglende selvbestemmelse (Söderström & Tøssebro, 2011, s. vii).*

Söderström og Tøssebros (2011) analyse viser at det er et gap mellom de politiske idealene og realitetene. De hevder at utviklingen ser ut til å ha stoppet opp. Boliger for personer med utviklingshemming omfatter ulike boligløsninger, men bofellesskap er den mest utbredte. Når den hjemmebaserte omsorgen skulle utvikles i kommunene ble bygging av boliger i stor grad styrt av Husbankens retningslinjer for finansiering av boliger for denne målgruppen. Retningslinjene stilte krav om at størrelse på bofellesskapene skulle være for 3-4 beboere (Husbanken, 1990). Når øremerking av midler falt bort ble nye boliger bygget som større enheter.

Bygging og organisering av bofellesskap gjøres annerledes i dag enn i reformårene. Ved nyetableringer bygger kommunene, i mange tilfeller, dobbelt så store bofellesskap som retningslinjene fra reformårene anbefalte. I tillegg er det en utvikling i retning av at det som bygges av boliger i dag er beregnet på flere brukergrupper, spesielt i store og mellomstore kommuner (Eide & Breimo, 2013; Kittelsaa & Tøssebro, 2011; Söderström & Tøssebro, 2011).

I flere kommuner bygges boliger for personer med omsorgsbehov i boområder som er preget av omsorgsboliger (omsorgsgetto) og enkelte bofellesskap bærer preg av å ligne mini-institusjoner (Eide & Breimo, 2013; Söderström & Tøssebro, 2011). Argumentasjonen for større enheter er tredelt; i tillegg til at det skal være kostnadsbesparende, er oppfatningen at det gir mer profesjonell omsorg, stabilt personale og mindre ensomhet (Kittelsaa & Tøssebro, 2011).

Det er en utbredt oppfatning at større bokomplekser motvirker ensomhet, for da har beboerne flere å velge mellom som venner. Eide og Breimo (2013) har i sin studie ikke funnet noe som tyder på at bofellesskap i seg selv forhindrer ensomhet, det handler mer om hvilke tjenester den enkelte får. Utforming og bruk av boligen har også betydning for samhandlingen. Personalet som arbeider i spredte boliger opplever i større grad at de kommer inn i en annens hjem. Dette henger sammen med hvilke oppfatninger og holdninger tjenesteyterne har. Dette kommer jeg nærmere tilbake til i kapittel 9.

Andre faktorer er antall tjenesteytere, vaktssystem og utdanningsnivå, som igjen er en konsekvens av kommuneøkonomi og satsing på sektoren. Et reelt problem i sektoren er fragmentering av ansvar. Dette skyldes ulike faktorer som mange bistandsyttere, turnover, vikarer og manglende informasjonsflyt. Vaktordninger legger begrensninger på hvilke sosiale aktiviteter beboere kan delta i (Eide & Breimo, 2013). Söderström og Tøssebro (2011) finner at det er en økende andel beboere uten dagaktiviteter. Sist, men ikke minst, påpeker de at hensyn til turnus og rutiner gjør at selvbestemmelse synes å reduseres.

Dette er faktorer som i stor grad dreier seg om hvordan kommunene organiserer virksomhetene. Større enheter, rutiner og turnus som reduserer beboernes selvbestemmelse kan tyde på at kommunens hovedfokus er på organisering av tjenesteytingen (og økonomi) og at den enkeltes individuelle behov ikke prioriteres i like stor grad. Dette er et av de gjennomgående temaene for del to i avhandlingen.

Bigby og Beadle-Brown (2016) har oppsummert forskning for å finne ut hva som har innvirkning på livskvalitet. De finner at enkelte levekårsindikatorer har betydning. Oppsummeringen peker på at tilstrekkelige ressurser er en forutsetning, men ikke tilstrekkelig for å få gode resultater, rammene for omsorgstjenestene har også betydning. Et mål på tilgjengelige ressurser er forholdet mellom antall personale og beboere. Forskningen de finner på dette området viser sprikende resultater og ingen klar sammenheng mellom hvor mange ansatte det er i forhold til beboere og kvalitet på tjenestene. Bofellesskapenes rammer har derimot betydning. f.eks. har Tøssebro (1995) funnet at det er større grad av selvbestemmelse i settinger med seks eller færre beboere. Andre faktorer som kan ha betydning er plassering av boligen i områder nær servicefunksjoner, offentlig kommunikasjon og familie. Innredning av boligen har også betydning.

Bigby og Beadle-Browns (2016) hevder at påstander om ressurser og rammers betydning, er best dokumentert på grunn av omfattende forskning på effekter av nedbyggingen av institusjoner. To påstander har spesielt godt belegg; for det første er resultatene er best i små bofellesskap (inntil 6 beboere) med boforhold som folk flest («hjemmekoselig»), i boliger som er plassert i ordinære lokalsamfunn. For det andre er resultatene best der det er nok personale til å møte behovene, men ikke så mange at de samhandler med hverandre eller overtar alle oppgaver i hjemmet i stede for å gjøre beboerne i stand til å utføre oppgavene selv. Men funnene er ikke entydige. Felce et al. (2002) fant bare marginale forskjeller på mengden av oppmerksomhet og hjelp beboerne mottok ved å ansette mer personale. De fant at størrelse på boligen er uten betydning, men personalets erfaring utgjør en forskjell. Felce et al. (2002) konkluderer med at det trengs mer forskning på sammenhengen mellom organisering av tjenestene og personalets innsats.

Forskning som Bigby og Beadle-Browns (2016) har kategorisert som organisasjonsmessige særpreg, politikk og prosesser er presentert innledningsvis i denne avhandlingen, der jeg skriver om politikkutvikling. Forskning om omsorgstjenestenes rammer, er til en viss grad behandlet i dette kapitlet under overskriften «Forskning på materielle sider ved omsorgen». De resterende kategoriene kan i større eller mindre grad gjenfinnes i gjennomgangen av forskning på strukturelle og operative sider ved omsorgen.

2.4.2 Forskning på strukturelle og operative sider ved omsorgen

I gjennomgangen av litteratur har jeg funnet ulike tilnærminger til hvordan forskning om realisering av politiske idealer og mål er gjennomført. Det forekommer deskriptive metoder,

eksperimentelle tilnærminger og mer analytiske perspektiver. Jeg vil presentere fem ulike tilnærminger til forskning på implementering av policy. Et perspektiv der målet er å identifisere og beskrive faktorer som påvirker måloppnåelse. En annen tilnærming er mer eksperimentelle metoder, der målet er å undersøke effekter av metodikk som er implementert. Den tredje undersøker hva som karakteriserer bistand som lykkes med å realisere målsettinger (best practice), den fjerde avdekker barrierer mot realisering av politiske idealer og mål. Til sist presenteres forskning på omsorgskulturer som fremmer eller hemmer implementering av politiske idealer og mål. Det er ikke klare skiller mellom tilnærmingene og enkelte publikasjoner vil kunne kategoriseres under flere av overskriftene.

Faktorer som påvirker livskvalitet

Enkelte av levekårsindikatorene er mer avhengig av de ansattes praksis enn andre. I den praktiske hverdagen er ikke de statistiske forskjellene i levekår så interessante. Fokus er på den individuelle beboeren som bor i bofellesskapet der praksisen foregår. Et mer kvalitativt perspektiv, som fokuserer i større grad på subjektive opplevelser av livssituasjonen, er forskning på livskvalitet. I og med at livskvalitet er subjektivt, vil forskjellige personer ha ulike oppfatninger om hva som er forutsetningene for å oppleve god livskvalitet. Det er likevel et politisk mål at alle skal ha et godt liv. For mange som jobber i omsorgen vil livskvalitetsdimensjonen være svært viktig, og det er ofte et uttalt mål at beboerne skal «ha et godt liv», men det er vanskelig å definere hva det er. Flere studier av praksis i omsorgstjenester for personer med utviklingshemming har basis i livskvalitetstradisjonen (Bertelli et al., 2013; Bigby & Beadle-Brown, 2016; Bigby, Knox, Beadle-Brown, & Bould, 2014; Petry et al., 2007; Schalock, Verdugo, & Braddock, 2002; Verdugo, Schalock, Keith, & Stancliffe, 2005), og undersøker hvordan ulike sider ved omsorgen påvirker beboernes livskvalitet. Livskvalitet er en dimensjon som på en måte er abstrakt og individuell, samtidig som den kan være konkret og normativ. Begrepet forutsetter på mange måter at politiske idealer og mål er realisert. Indikatorene som forskere innenfor denne tradisjonen benytter, bruker politiske idealer og målsettinger som bakgrunn og normativt utgangspunkt for vurdering av livskvalitet. Faktorer som påvirker livskvalitet vil derfor i mange tilfeller også være faktorer som påvirker realiseringen av politiske idealer og mål.

Bigby og Beadle-Brown (2016) peker på ulike teorier som ligger til grunn for intervensjoner i omsorgstjenester for personer med utviklingshemming. Gjennom å identifisere hva som påvirker livskvalitet har de kategorisert funnene i fem områder. 1) Personalets og ledelsens praksis, 2) Kultur 3) Organisasjonsmessige særpreg, politikk og prosesser 4) Ressurser og

rammer 5) Eksterne forhold. Selv om Bigby og Beadle-Brown (2016) har fokus på livskvalitet, vil teorier som ligger til grunn for realisering av politiske idealer og mål som ikke kan direkte knyttes til livskvalitet, også kunne kategoriseres på samme måte. Det overordnede funnet i Bigby og Beadle-Browns (2016) undersøkelse er at forskningen er mangelfull i flere av kategoriene. De trekker spesielt fram behov for mer kunnskap om hva som karakteriserer erfaring, opplæring og støttesystemer som trengs for å utvikle gode ledere (practice leaders), videre mangler forskning på hva som er den beste måten å drive evidensbasert opplæring av personalet, de mest effektive systemene og strukturene for å kontrollere resultater og måle kvalitet på omsorg, innsats, kunnskap og struktur som kreves i toppledelsen. Denne avhandlingen vil kaste lys over noen av disse forholdene, spesielt temaet om måling av kvalitet på omsorgstjenester.

I det første område Bigby og Beadle-Brown (2016) peker på; *personalets og ledelsens praksis* identifiserer de forskning som bekrefter påstander om at praksis med fokus på individets behov har betydning, spesielt metoden *active support* (Beadle-Brown et al., 2014; Mansell & Beadle-Brown, 2012; Mansell, Beadle-Brown, & Bigby, 2013) løftes fram. Det er en metode som skal gjøre personer med alvorlig eller dyp utviklingshemming bedre i stand til å delta i meningsfulle aktiviteter og relasjoner. Lederpraksis er, som sagt, i liten grad utforsket, men det som er gjort viser at ledelse som støtter opp under «active support» har størst betydning. Ledelsens betydning vil behandles i kapittel åtte i denne avhandlingen.

Det andre området de peker på som relevant når vi snakker om livskvalitet er *kultur*. De finner få beskrivelser eller empiriske studier av kultur i boliger med omsorgstjenester, til tross for mange påstander om at dette er viktig for resultatene. Jeg kommer tilbake til forskning om omsorgskulturer senere i dette kapitlet,

Det tredje området er forskningspåstander om *organisasjoners særpreg, policy og prosesser*. Påstander om samsvar mellom mål, styring og operasjonelle prosedyrer deles i tre hovedkategorier. Den første dreier seg om styring og den overordnede måten organisasjonen opererer. Eksempler på påstander er at hvis formålsparagrafen har en tydelig målsetting og setter livskvalitet i sentrum for all aktivitet i organisasjonen har det en positiv effekt. Den andre kategorien fokuserer på påstander om policy og prosesser i organisasjonen. Den tredje kategorien påstander peker på behovet for tydelig definerte prosedyrer for å veilede de ansattes arbeid. Dette er et tema jeg vil drøfte i kapittel åtte i denne avhandlingen. Til tross for de mange påstandene på dette området finner de lite forskning som undersøker betydningen av karakteristiske trekk ved policy og prosesser på organisasjonsnivå. Tilgjengelighet og

organisering av opplæring av de ansatte, er et annet organisasjonsmessig område de har funnet at kan ha betydning. Også for dette området trekker de fram forskning på resultater av opplæring i «active support». Det hevdes at egenskaper hos personalet som verdier, holdninger, kvalifikasjoner, erfaring og stabilitet er av betydning for livskvalitet. Forskingen er begrenset også på dette området, og det er ikke tydelig sammenheng mellom disse variablene.

Ressurser og rammer er det fjerde området og dreier seg om påstander om tilgjengelige ressurser, størrelse og setting som har betydning for livskvalitet. Dette er det området det finnes mest forskning på. Hovedfunnene er at resultatene er best i boliger med relativt få beboere (opp til 6 beboere), og der det er nok personale for å imøtekomme beboernes behov, men ikke for mange. Det kan også se ut som om det gir bedre resultater hvis en ikke grupperer personer etter funksjonsnivå og tilleggsvansker. Det siste området av forskningspåstander Bigby og Beadle-Brown (2016) peker på er *eksterne forhold*. Det handler om forventninger i form av standarder, tilsyn og undersøkelser fra eksterne organer; press fra pårørende; verdier, holdninger og oppfatninger fra andre profesjoner eller situasjonen på arbeidsmarkedet. På dette området er det heller ikke gjort mye forskning.

Bertelli et al. (2013), har gjennom sin litteraturgjennomgang definert tre nivå som er relevante for livskvalitet og boligsituasjon: individuelt, lokalt og overordnet nivå. Det individuelle nivået påvirkes av *individuelle faktorer* som helse, utfordrende atferd, aldring og evne til å utøve selvbestemmelse. På dette nivået har også *familie og søsken* betydning. I tillegg til å være en viktig del av det sosiale nettverket, vil de være med på forme et bilde av hvordan beboeren ønsker å leve. De kan også være pådrivere i forhold til de kommunale tjenestene.

På lokalt nivå avdekker litteraturgjennomgangen funn som tyder på at å bo i egen leilighet eller bofellesskap gir positive effekter på privatliv, selvbestemmelse og deltakelse, i forhold til å bo i institusjon. De siste faktorene de definerer som betydningsfulle for livskvalitet, omslutter alle de andre faktorene er på makronivå og handler om *samfunnsdeltakelse*. Det er ikke slik at all samfunnsdeltakelse for alle har en positiv effekt på livskvaliteten fordi full inkludering kan være vanskelig å oppnå, og mislykket integrering kan være mer ugunstig enn fordelaktig. Samtidig er det en utfordring at samfunnsdeltakelse ikke er tydelig definert når det skal implementeres. Med denne begrensningen har de identifisert miljøfaktorer som virker positivt på livskvalitet som valgmuligheter, differensiering av miljøstimuli og tjenester, mulighet til å delta i planlegging, små boenheter, mulighet for autonomi, frivillige tjenester, sosial bistand, involvering fra familien, teknisk hjelp og positive holdninger blant de ansatte

(Bertelli et al., 2013). De ansatte i omsorgstjenestene sin rolle for beboernes livskvalitet er i liten grad drøftet i Bertelli et al.s (2013) litteraturgjennomgang.

Praksismodeller

Implementering og realisering av politiske idealer og mål kan undersøkes på ulike måter. En metode er å gjøre som blant andre de britiske forskerne Jim Mansell og Julia Beadle-Brown, og den australske forskeren Christine Bigby har gjort. De tar utgangspunkt i en modell for omsorgen og undersøker om den fungerer, og hva som skal til for å fremme en bestemt praksis. De har, sammen med kolleger, utviklet metoden «active support», og gjennom flere forskningsprosjekter undersøkt hvordan metoden fungerer i praksis (Mansell & Beadle-Brown, 2011, 2012; Mansell, Beadle-Brown, Ashman, & Ockendon, 2004; Mansell et al., 2013). Active support beskrives som *a model of enabling people with severe or profound intellectual disability to engage in meaningful activity and relationships* (Mansell et al., 2013, s. 48).

De mener at gjennom opplæring av ansatte i denne metoden vil en øke deltakelse i meningsfulle aktiviteter og relasjoner, som er en sentral politisk målsetting. Dette bekreftes av Fyffe, McCubbery, og Reid (2008) som har gjennomført en spørreundersøkelse blant ansatte og ledere i 11 ulike boliger og 16 overordnede ledere, som har administrativt ansvar for flere av husene. De fant signifikant sammenheng mellom ansattes rapportering om endret praksis i retning av mer active support og forekomst av organisatoriske faktorer som opplæring, samarbeid, personalmøter og dokumentasjon, samtidig som de samme faktorene hadde signifikant sammenheng med lavere rapportering om problemer med implementering av active support. Fyffe et al. (2008) mener dette bekrefter at organisatoriske faktorer må tas i betraktning når en skal implementere active support. Det er nærliggende å tro at tilsvarende organisatoriske faktorer vil også kunne gjøre utslag der andre metoder eller praksismodeller skal implementeres.

Et annet eksempel på forskning som tar utgangspunkt i en modelltenkning er et forskningsbidrag der Mansell og Beadle-Brown (2004) undersøker om en modell som er brukt i utvikling av tjenester for personer med utviklingshemming og kalles «person-sentrert planlegging» (person-centred planning). Grunnlaget for modellen er et regjeringsdokument (white paper) fra den britiske regjeringen som løfter fram «person-sentrert planlegging» som et sentralt virkemiddel for å realisere fire hovedprinsipper for omsorgen; rettigheter, uavhengighet, valgmuligheter og inkludering. Det har som mål å ta hensyn til hva beboeren

(eller evt. talspersoner) uttrykker som sine lengsler og evner, i stede for å fokusere på behov og mangler. I tillegg til å bruke rettigheter og ressurser fra tjenesteapparatet prøver en å inkludere og mobilisere personens familie og sosiale nettverk. Planleggingen legger vekt på å skaffe nødvendig støtte for å nå målene, i stede for å begrense målene til det omsorgstjenesten kan klare å håndtere.

Mansell og Beadle-Brown (2004) hevder at det i dagens samfunn ikke finnes noe alternativ til en omsorg som er tilpasset den enkeltes behov, situasjon og ønsker. De finner lite forskning på «person-sentrert planlegging» som metode, men mener at metoden kan sammenlignes med andre former for individuelle planer. Evaluering av individuell planlegging som metode tyder på at det ikke er mer effektivt enn andre tilnærminger. En av forklaringene på dette er at det i stor grad er økonomi som styrer hvilke tjenester den enkelte får. Få ansatte med nødvendig kompetanse gjør at mål som krever fagkompetanse vanskeligere realiseres, dette vil spesielt gå ut over beboere med kompliserte behov. Personalet som jobber i slike situasjoner blir hengende fast i det Mansell og Beadle-Brown (2004) kaller en «beredskapsmodell», der beredskapen først og fremst er til for tjenesten, ikke for beboeren. Eksempler på denne tankegangen er at en må avvente til beboeren får et nytt hjem/jobb/personalet har fått opplæring/politikken endres/tjenestene blir omorganisert. Den individuelle planleggingen blir en aktivitet som personalet må bruke tid og krefter på, men som ikke kommer beboeren til gode.

I en annen publikasjon beskriver Mansell, Beadle-Brown, Welton, Beckett og Hutchinson (2008) en kvantitativ studie der de sammenligner boliger der ledelsen har fått opplæring i «person-centred active support» med en kontrollgruppe boliger, og undersøker faktorer som påvirker personalets praksis. Målet er å undersøke effekter av organisatoriske variabler i utbredelsen av «active support» i boliger for personer med utviklingshemming. Mansell et al. (2008) mener det er fire faktorer som påvirker omsorgspraksiser. Faktorene er: egenskaper ved tjenesten (type og størrelse), ansatte (forholdstallet mellom ansatte og beboere, kvalifikasjoner, erfaring, opplæring, kunnskap, holdninger og turnover), forhold ved organisasjonen (jobbtilfredshet, stress, rolleavklaring og konflikter) og ledelse (lederautonomi og organisering). Faktorene vil henge sammen med hverandre og det er kombinasjoner av faktorer som påvirker praksis, ikke enkeltfaktorer.

De samme forskerne har undersøkt hvordan ledelse påvirker praksis i bofellesskapene ved å undersøke hvordan lederpraksiser påvirker implementering av «active support» og «person-centered» tilnærming (Beadle-Brown, Bigby, & Bould, 2015; Beadle-Brown et al., 2014). De

tar utgangspunkt i en form for nærledelse de kaller «practice leadership» og undersøker lederens omfang av aktiv bistand og veiledning i den praktiske hverdagen, for å se om dette hadde en effekt på beboernes deltakelse i meningsfulle aktiviteter. De mener at de kan se en effekt, men effekten er størst når «practice leadership» kombineres med kvalitativt god ledelse, en effekt de ikke ser med bare kvalitativt god ledelse. I kapittel åtte vil ledelsens rolle i implementering av idealer og mål være tema.

Kjennetegn ved bistand som fremmer realisering av politiske mål

En annen tilnærming er å undersøke hvilke karakteristiske trekk det er ved bistand som fremmer livskvalitet hos beboerne. Petry et al. (2007) undersøkte bistand hos beboere med dyp utviklingshemming og multifunksjonshemming ved å intervjuer pårørende og personale. Gjennom analysene definerer de ulike aspekter av omsorgstjenestene som kan ha betydning for livskvalitet og fant at trekk ved struktur, intern organisering og personalet kan ha konsekvenser. Strukturelle trekk ved tjenestene som er av betydning i følge pårørende og personalet er fysiske omgivelser, antall ansatte per beboer, gruppesammensetning, turnover i personalet og gruppestørrelse.

Det andre aspektet er trekk ved den interne organiseringen som har betydning for livskvaliteten. Pårørende og ansatte beskriver partnerskap, tverrfaglighet, teamwork og planlegging av bistand som betydningsfullt ved organiseringen. Partnerskap mellom personalet og pårørende karakteriseres av åpenhet, ærlighet, tillit, forståelse og gjensidig respekt.

Det tredje aspektet Petry et al.s (2007) informanter blant pårørende og ansatte peker på er egenskaper som karakteriserer personalet: Erfaring, sensitiv oppmerksomhet, fysisk styrke, kunnskaper og ferdigheter, engasjement og motivasjon og selvrefleksjon. Bigby og Beadle-Brown (2016) hevder at riktige verdier og holdninger vil gi bedre resultater, og det er noen undersøkelser i litteraturgjennomgangen som tyder på at der kvaliteten på omsorgen er dårlig er også holdningene i personalgruppa generelt svake. Forskning viser at gode holdninger hos personalet har en signifikant sammenheng med deltakelse i lokalmiljøet. Andre viser at hvis personalet opplever at det er sammenheng mellom virkelige verdier og uttalte verdier i tjenesten vil praksis reflektere organisasjonenes verdier og føre til bedre resultater. Det er foreslått at det å ha fagutdannet (profesjonelle) eller erfarent personale fører til bedre praksis og dergjennom bedre resultat. Det samme gjelder stabile personalgrupper, mens andre undersøkelser viser ingen sammenheng mellom turnover og kvalitet på hjelpen. Oppsummert

kan en si at forskningen på dette området er begrenset og at resultatene er sprikende (Bigby & Beadle-Brown, 2016)

Gridley, Brooks, og Glendinning (2014) har studert god praksis i tjenester for voksne med nedsatt funksjonsevne og eldre med omfattende behov i England. En del av undersøkelsen ser på konsekvenser av innføring av stykkprisfinansiering (personalisation) der den enkelte disponerer sitt eget budsjett og kan bruke finansieringen til å skaffe hjelp selv. Denne finansieringsformen har som et mål at maktbalansen skal endre seg slik at brukeren (og familien), får mer makt og den profesjonelle parten mindre, gjennom at brukeren selv i større grad kan påvirke hvordan ressursene brukes. Det er likevel en risiko knyttet til om finansieringen strekker til når det er snakk om sammensatte og komplekse behov. De mener at «person-centered» arbeidsmetoder på alle nivå, inkludert koordinering av ulike tjenester er avgjørende for å utvikle gode tjenester, og er vel så viktig som stykkprisfinansiering. De beskriver kjennetegn ved gode tjenester på tre nivå: 1) den daglige hjelpen, 2) organisering og koordinering av tjenester og 3) oppstart (commissioning). De har fokus på de to første punktene: hjelpen og tjenesteorganiseringen.

Gridley et al. (2014, s. 592) definerer tre ulike nivå på egenskaper ved gode omsorgstjenester. Egenskapene er gjengitt i tabellen nedenfor:

Tabell 1 Summary features of good social care (Gridley et al., 2014, s. 592)

Level	Key features of good support
At the level of everyday support	Person-centred ways of working Meeting practical, emotional and social needs Staff attitudes and approach Reliable, well co-ordinated delivery Continuity in support Sufficient resources
At the level of service organisation	Flexibility Timely, proactive approach Specialist expertise and information Case management and co-ordination
Commissioning	Specialist expertise Crossing boundaries Communication

Hjelpen går ut over det vi kan kalle personlig omsorg og omfatter hjelp med økonomiske spørsmål, transport, sosialt liv og sysselsetting. Oppmuntring til å gjøre ulike praktiske oppgaver eller å vedlikeholde ferdigheter, støtte til å ivareta vennskap, være sosial og forfølge egne interesser, inngår også i hjelpen. Også Gridley et al. (2014) understreker at de ansattes holdninger og tilnærming er viktig. Noen av informantene i undersøkelsen mener at

holdninger og verdier er like viktig som utdanning. Mange mener at de som har ansvar for å koordinere og organisere arbeidet må ha omfattende erfaring og spesialistkunnskap.

Kontinuitet er viktig og personalet og brukeren må bli kjent med hverandre. De ansatte trenger tid for å opparbeide kunnskap om den enkeltes behov. Når behovene er omfattende kan det være vanskelig å forutse akkurat hva som er behovet, det må derfor være fleksibilitet i organisering av tjenestene. Informantene understreker at øyeblikkelig respons på behov er viktig, samtidig er det viktig med en proaktiv holdning for å unngå problemer gjennom å forutse og forebygge kriser (Jf. Mjøen & Kittlesaa, 2018). Informantene ønsker en navngitt saksbehandler eller et team med ansvar for koordinering og informasjon til andre profesjonelle, og en «det kan la seg gjøre» - holdning. I bofellesskapene jeg har undersøkt, brukes betegnelsen primærkontakt ofte på den koordinerende funksjonen. Jeg kommer tilbake til denne funksjonen i kapittel åtte.

Informantene hos Gridley et al. (2014) satte pris på skreddersøm. Individuell tilpassing var avhengig av tiden de ansatte kunne bruke sammen med brukeren, holdninger, ekspertise og fleksibilitet like mye som et personlig budsjett gjennom stykkprisfinansiering. Å kjenne brukeren og dennes behov over tid, gjør arbeidet med å forhandle og avtale med andre profesjonelle og eksterne tjenester mer effektiv.

Bigby et al. (2014) har indentifisert hva som kjennetegner gode bofellesskap. Med utgangspunkt i Schallock et al.s (2002) prinsipper om krav til livskvalitet for personer med utviklingshemming, har de utarbeidet åtte kvalitetsindikatorer for vurdering av kvalitet på bofellesskap. Indikatorene er: emosjonelt velvære, mellommenneskelige relasjoner, materiell velferd, personlig utvikling, fysisk velvære, selvbestemmelse, inkludering og rettigheter. Analysene viser at det er vanskelig for kommuner, ansatte eller besøkende å vurdere kvaliteten på tjenestene uten en systematisk undersøkelse. *Only when values and intentions are operationalized is it possible to put them into practice and, in order to make judgements about the quality of services, it is necessary to be able to define what expected outcomes look like* (Bigby et al., 2014, s. 363). Kvalitetsindikatorerne utgjør et rammeverk for å vurdere kvalitet på bofellesskap. Kvalitetsindikatorer som benyttes i omsorgstjenestene jeg har undersøkt, drøftes i kapittel 6.2.2.

For å vurdere kvalitet på omsorgstjeneste, har Hatton, Wigham, og Craig (2009) utviklet et verktøy for å måle jobbprestasjoner (worker-oriented job analyses approach) hos de som jobber i hjemmebaserte tjenester for personer med utviklingshemming. De har utviklet fire forskjellige jobbprestasjonsundersøkelser med utgangspunkt i fire målgrupper: beboere,

familie, ansatte og ledelse. De fant at alle de fire gruppene identifiserte noen kjernekompetanser som er verdsatt av alle aktører. Det var egenskaper som tillit, fleksibilitet og ærlighet. Et annet av hovedfunnene er at de fire ulike verktøyenes prestasjonsmål ikke er motstridende, samtidig som de vektlegger ulike ting. Brukernes ekspertgruppe løfter fram viktigheten av personlige egenskaper og samhandlingsegenskaper. Mens måleverktøyet utviklet av de ansattes ekspertgruppe hadde mer fokus på hvordan de ansatte taklet stress i jobbsituasjonen. Undersøkelsen viser at forskjellige grupper (brukere, familie, ansatte og ledelse) har ulike, men like legitime, perspektiver på hva som er en god omsorgsarbeider.

Barrierer

En annen tilnærming en finner i forskningen på dette området, er undersøkelser av barrierer som hindrer realisering av politiske idealer og mål. Policy er ofte formulert med overordnede og generelle begreper som kan være vanskelig å definere og omsette til praksis i individuell samhandling med beboere. Begrepet normalisering har jeg drøftet innledningsvis i avhandlingen. Andre begreper som inkludering, deltakelse og selvbestemmelse, brukes ofte i politiske dokumenter, men konkretiseres og eksemplifiseres sjelden med hva det betyr i praksis for denne gruppen beboere (Bigby, Clement, Mansell, & Beadle-Brown, 2009; Finlay, Walton, & Antaki, 2008). Årsak til dette kan være at politikken er ikke (lenger) rettet mot spesielle grupper og særordninger, men mot befolkningen generelt. I mange land har det har foregått en dedifferensiering av omsorgstjenestene (Jf. Sandvin, 1996a).

Bigby og Beadle-Brown (2016) skriver at forskning viser at livskvalitet for beboere påvirkes av overordnede forhold som styring, policy og prosedyrer. Det første typen påstander dreier seg om sammenheng mellom målsetting, styring og operative prosedyrer. De hevder at tydelig målsetting for tjenesten (sense of purpose), og praksiser der beboernes livskvalitet er sentralt i alle aktiviteter i organisasjonen gir bedre resultater. De mener klarere yrkesroller for de ansatte, kan fremmes ved å omsette abstrakte målsettinger til mer funksjonelle mål. Den andre typen påstander de peker på er faktorer som har fokus på policy. Enkelte forskere hevder, i følge Bigby og Beadle-Brown (2016), at resultatene blir bedre hvis det er sammenheng mellom policy og mål for virksomheten. Eksempler på policyområder er rekruttering, arbeidsbeskrivelser, resultatstyring, kontroll- og informasjonssystemer. Det tredje er faktorer som fokuserer på prosedyrer. Det kan være prosedyrer knyttet til vurdering, ferdighetstrening, planlegging av aktiviteter, rettigheter til seksuelliv og hjelp ved avvikende atferd. Til tross for at dette er områder som trekkes fram som viktige for livskvaliteten for beboerne, har de ikke funnet mye forskning som undersøker hvilken innvirkning

organisasjonsmessig særpreg, politikk og prosesser har på resultater i omsorgstjenestene. Dette er temaer jeg vil følge opp i denne avhandlingen. I kapittel fem, drøfter jeg ulike ideologiske strømninger som kommuner og ansatte må forholde seg til, både sosialpolitisk, profesjonsmessig og styringsmessig. Videre følger jeg opp dette i kapittel seks, der idealenes stilling i dag drøftes i lys av policyområder som internkontroll og prosedyrer.

Passiv eller fraværende ledelse, og manglende konkretisering av mål for virksomheten, kan hindre realisering av politiske og faglige idealer. Det kan påvirke de ansattes samarbeid. Dette viser Hübel, Linder, og Sivberg (2008) i en singelcase study der de følger ansatte i en bolig for en gutt med autisme gjennom å benytte åpne dagboknotater fra de ansatte, individuelle intervjuer og fokusgruppe over en periode på tre år. Fokus for studien er de ansattes samarbeidsprosesser og de ønsker å beskrive de ansattes oppfatning av erfaringer fra samarbeidsprosessen. De bygger på Jennett, Harris, og Mesibov (2003) som peker på viktigheten av at ansatte forstår målene for ideologien (the philosophy), den grunnleggende forståelsen som ligger til grunn for ideologien, og drøfter hvordan identifisering med en formell ideologi gir medlemskap i en gruppe der alle deler de samme verdiene og arbeider som et team. Hübel et al. (2008) viser også til «the team effectiveness framework» (Cohen & Bailey, 1997) som skiller mellom ulike resultatmål som prestasjon og kostnadseffektivitet, og subjektive resultater som teammedlemmenes oppfatning av teamets effektivitet.

Når gutten flyttet inn i huset ble mål definert både av de ansatte og av ledelsen. Hovedmålet var at gutten skulle bli så selvstendig som mulig i aktiviteter i henhold til TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped CHildren) pedagogikk. De ansatte anstrengte seg for å utarbeide klare spesifikke mål og understreket viktigheten av konsensus, og av kontinuerlig evaluering av arbeidet. Prosessen med å etablere en struktur gjennom konsensus innad i gruppen, ble påvirket av at de ansatte ikke arbeidet samtidig. Det gjorde det vanskelig å samarbeide, planlegge og evaluere omsorgen de ytet. Arbeidsprosessen ble negativt påvirket av de ansattes ulike oppfatninger om guttens potensial, hans ressurser og evne til å gi tilbakemeldinger. Det førte året er karakterisert av optimisme og arbeid mot målene. Etterhvert går utviklingen saktere, Det er reduksjon i tilbakemeldinger fra gutten og fra ledelsen. Dette sammenfaller med de ansattes skuffelse og frustrasjon, og skaper usikkerhet blant de ansatte. Målene er ikke gjennomgått igjen og det er uenighet innad i gruppen om hva som er deres ansvar. De fortsetter å arbeide uten klare mål.

Hübel et al. (2008) beskriver prosessen i boligen med de tre begrepsparene: Optimisme/ Resignasjon, Tillit/Mistillit og Struktur/Mangel på struktur. I oppstarten var de ansatte

optimistiske og hadde forventninger. De formulerer mål, og kommuneadministrasjonen tar ansvar for guttens omsorg og opplæring. Etter et år erfarer de ansatte mangel på støtte, og begynner å føle resignasjon. I de første seks månedene mottar de veiledning fra en TEACCH veileder, men etter hvert ønsket de å overta hele ansvaret for guttens omsorg selv. Grunnen er en konflikt mellom veilederen og de ansatte. De ansatte mener at veiledningen fokuserer på feil områder, og har en for rigid tilnærming til hvordan TEACCH som metode skal anvendes. I oppstarten følte de ansatte seg trygge på at arbeidsgiveren ga nødvendig informasjon. De ansatte stolte på hverandres evne til å yte omsorgstjenester, der de pedagogiske prinsippene som var avtalt ble brukt. De forventet at arbeidet skulle evalueres og at målene skulle revideres. På grunn av manglende lederskap og evaluering av de ansattes arbeid begynte de etterhvert tvile på sine egne og kollegenes evner, og arbeidsgivers intensjoner. I begynnelsen stilte de krav til gutten og anstrengte seg for å strukturere arbeidet. Det var også konsensus om hva de skulle gjøre. Senere beskriver de at manglende lederskap, støtte og definerte mål, påvirket arbeidssituasjonen negativt.

De ansatte arbeidet for å oppnå målsettingene gjennom *strukturering* av arbeidet, *konsensus*, *evaluering* og *tilbakemeldinger*. Hübel et al. (2008) identifiserte seks ulike pedagogiske strategier som de ansatte benyttet: 1) tilbaketrekking 2) klargjøring 3) gjentakelse av instruksjoner 4) krav 5) trusler og 6) straff. Enkelte av strategiene førte til positiv respons fra gutten, mens andre ikke hadde det. Det første året, mens de positive kategoriene optimisme, tillit og struktur var dominerende og gutten utviklet ferdigheter, brukte de ansatte pedagogiske strategier som *klargjøring*, *gjentakelse*, *tilbaketrekking* og *krav* i stor grad. Etter et år ble de negative kategoriene resignasjon, mistillit og manglende struktur mer dominerende og personalet brukte i større grad de pedagogiske metodene *trusler* og *straff*, som ikke fungerte.

Hübel et al. (2008) viser at kunnskap og felles oppfatning av mål er avgjørende for å lykkes med å skape endring. Veiledning var en faktor som bidro til å samkjøre arbeidet. I begynnelsen var arbeidet sterkt påvirket av ambisjoner og mål og de ansattes ønske om å arbeide på en strukturert måte. Dette reflekterte de pedagogiske metodene. De ansatte så på seg selv som et team og utførte sitt arbeid på en positiv måte med hensyn til guttens situasjon. Når veiledningen ble avsluttet, ble arbeidet mindre koordinert og mer individuelt. Etter hvert mistet de ansatte oversikt over målene, og arbeidet uten struktur eller kontinuitet. De betraktet i større og større grad oppgaven som umulig å løse. Deres inkonsistente måte å håndtere situasjoner på, og tendenser til å jobbe intuitivt. På individuell basis forsøker de ansatte å tilby kvalitativ gode omsorgstjenester. Uklare eller manglende mål gir de ansatte større

utfordringer når de står overfor dilemmaer i tjenesteytingen. Dette er et tema som jeg kommer tilbake til i kapittel sju.

Gaventa (2008) er opptatt av de ansattes engasjement og drøfter hvordan strukturering av omsorgen har ført til økt fokus på å overholde regler, rutiner, standarder og kommunal policy. Han konkluderer med at dette reduserer profesjonell kompetanse og engasjement, bidrar til desillusjon og turnover blant de ansatte.

Whether the source for enhanced regulation is concern about health and safety, honouring rights, meeting laws and/or an underlying fear that we cannot rely on the caregivers because of the turnover or lack of skill; we end up building a system based more and more on compliance, on regulations, programme and behavioural plans and competencies, without the same kind of concern or attention for people who are doing the caring, their motivation and what they need (Gaventa, 2008, s. 598).

Hvis omsorgstjenesten ikke vet hvordan en skal styrke engasjement blant de ansatte, vil man støtte seg på at regler og rutiner overholdes. Når dette er prosesser som foregår i hjemmebasert omsorg fører det til et mer upersonlig, hierarkisk og byråkratisk hjem – og representerer de samme egenskapene som gjorde at institusjonene ble kritisert for å være umenneskelige og skadelige. Omsorgstjenestene, som Gaventa (2008) beskriver, er hjemlet i amerikansk lovgivning, og bygger på et sett verdier som uavhengighet, produktivitet, inkludering og selvbestemmelse. Disse verdiene forutsetter ansatte som er kompetente, kreative og engasjerte. Sammen med idealene og de ansattes ferdigheter, kommer et stadig mer komplekst regelverk og flere juridiske krav. Språket som brukes for å beskrive dette systemet er hentet fra næringslivet og kan virke fremmedgjørende på de ansatte i omsorgen. Denne utviklingen kan vi se tendenser til her i landet også ved at idealer og begreper hentet fra NPM får sin innpass i omsorgstjenestene (se kapittel 6.2).

Gaventa (2008) mener at resultatet av organiseringen ofte fører til tjenester og omsorg som bygges på frykt, heller enn en positiv visjon om vekst, utvikling og deltakelse. Det er frykt for overgrep, frykt for risiko, frykt for disiplin, frykt for dårlig publisitet, frykt for å gjøre feil og frykt for lavere budsjetter. Frykt styrker ikke engasjementet, det fører til økt fokus på å overholde regler og rutiner. De ansatte føler ansvarlighet overfor lovgivere og tilsynsmyndigheter, og ikke minst, planer og rutiner – ikke til relasjonen til de som mottar hjelpen, kolleger eller pårørende. Tjenestene har fokus på hvor tjenestene utføres og hva de ansatte gjør med og for andre. De er opptatt av hvordan det skal gjøres (jf. prosedyrer) og hvor ofte eller når (jf. dagsplaner). Det som blir oversett er «hvem» som er tjenesteyteren og «hvorfor» den ansatte ønsket å arbeide med omsorg i utgangspunktet, hva de lærer av det, og hvilken relasjon og engasjement det er mellom ansatt og beboer (Gaventa, 2008).

Finley et al. (2008) drøfter gapet mellom politiske mål og praksis i hjemmebaserte tjenester for personer med utviklingshemming i Storbritannia, og har gjennom en etnografisk studie undersøkt hvordan regjeringens policy for å fremme selvbestemmelse (choice and control) og empowerment realiseres i praksis. De hevder at det er to viktige barrierer mot å lykkes med dette. For det første er, i mange tilfeller, tjenestene ikke tilpasset den enkelte bruker, det er heller omvendt, personer med funksjonshemming må tilpasse seg de eksisterende tjenestene. For det andre har tjenestene ofte fokus på udyktighet, udugelighet og risiko – perspektiver som skaper avhengighet. Finley et al. (2008) mener at det er komplisert å omsette idealer om selvbestemmelse til praksis, og personalet møter ulike dilemmaer.

What we found in all of these settings was that what counts as choice and control, when translated into behaviour in real situations, is a complex issue and that staff regularly face difficult dilemmas when attempting to promote these goals. The abstract level of official discourse is not always, or easily, translated into the concrete level of questioning, encouraging, commanding, chiding or coercing (among other ways that staff engage with residents) (Finlay et al., 2008, s. 350)

Finlay et al. (2008) kategoriserer hindringer for å realisere de politiske målene i fire hovedkategorier: Den første er motstridende agendaer og kontrollregimer. Den andre er manglende oppmerksomhet på de små tingene, og den tredje kategorien hindringer er kommunikasjonsvansker. Den siste kategorien er opplæringens gjennomgripende rolle, der mål som er definert av de ansatte om stadig forbedring av ferdigheter, kan komme i konflikt med ønsker den enkelte beboer har.

Individuelle tjenester og selvbestemmelse er helt sentralt i de statlige målsettingene. Samtidig, hevder Finlay et al. (2008), må de som jobber i omsorgen forholde seg til mange, til dels, motstridende verdier og hensyn i arbeidshverdagen. Kontrollsystemer, som helse- og omsorgsplaner og risikovurderinger, fokuserer på verdier som ofte står i motsetning til verdier som fremheves i idealer om selvbestemmelse. Personalet må stå til ansvar i forhold til ulike agendaer. På den ene siden må de forholde seg til uformelle rutiner og kultur på arbeidsplassen, og på den andre siden forholde seg til formelle regler og organisering, ressurser og den eksisterende strukturen på tjenestene. I det første settet av verdier står de til ansvar ovenfor kollegene, og i det andre til ledelsen. Ansatte opplever motsetninger i mål som selvbestemmelse på den ene siden og beskyttelse av sårbare personer på den andre siden. Helserelatert omsorg gis ofte forrang foran beboeres ønsker og individbasert tilnærming som har fokus på selvbestemmelse og egne valg. *Services charged with protecting and acting in the best interests of people with learning disabilities, by their very nature, rely upon the*

institutional capacity to over-rule and act contrary to the wishes of the individual (Finlay et al., 2008:352).

Finlay et al (2008) trekker fram betydningen av kontrollrutiner for hvordan tjenestene utøves. Et eksempel på dette er at beskyttelsesfokuset i helse- og sikkerhetsregler kan gjøre et hjem til en arbeidsplass (spritdispensere ved inngangsdør og merking av dører med skilt om at her bor det personer som har behov for assistanse ved brannalarm). Hvis personalet skal overholde regler og prosedyrer, er de tvunget til å følge en praksis som aktivt fratrukker beboeren makt over eget liv (disempower). Problemet med tilsyn er at de stimulerer til forsvarlig praksis gjennom at det er bygningsmessig sikkerhet, beboernes helse, og dokumentasjon, planer og oversikter som blir kontrollert. Om beboerne har selvbestemmelse er mye vanskeligere å kontrollere og skjer bare sporadisk gjennom samtaler med beboere eller pårørende, og i mange tilfeller kan det være vanskelig å få kunnskap om på grunn av kommunikasjonsvansker.

Det andre område som Finlay et al. (2008) trekker fram er å ha oppmerksomheten rettet mot de små ting. De hevder at når en snakker om selvbestemmelse, er det ofte saker av større betydning i livet som får oppmerksomhet, som beslutninger om hvor en skal bo, dra på ferie, hvilke aktiviteter en skal delta i. Det er lett å overse alle de små beslutningene en fatter i løpet av en dag som enten kan være med på å bemyndige eller umyndiggjøre en beboer. Personalet vil ofte oppleve dilemmaer når de skal legge til rette for selvbestemmelse. *Empowerment can be a messy business – we cannot fixate on goals of efficiency, 'good' sense and tidiness if we really want to extend people's opportunities to exert themselves on the world* (Finlay et al., 2008, s. 354).

Kommunikasjonsproblemer preger i mange tilfeller muligheter til å utøve selvbestemmelse og det er viktig at dette erkjennes i politiske målsettinger. Det er utviklet strategier for å imøtekomme disse problemene, men dette krever spesialisert kunnskap eller en kultur som kjennetegnes av utholdenhet, diskusjon og evaluering. Dette mangler ofte i tjenester for personer med utviklingshemming og alvorlige kommunikasjonsutfordringer, hevder Finlay et al. (2008).

Det siste området som Finlay et al. (2008) peker på er hvor gjennomgripende rolle opplæring har i omsorgen for personer med utviklingshemming og at dette kan komme i konflikt med mål om selvbestemmelse. På den ene siden er det mål om at beboerne skal ha selvbestemmelse og mulighet til å gjøre valg og ha kontroll over eget liv, samtidig som omsorgen i økende grad oppmuntres til å stimulere til utvikling av ferdigheter i å utøve selvbestemmelse. *The implicit goal may often be to bring the views or goals of a person into*

line with those favoured by their supporters, but through a dialogue about consequences rather than the supporter imposing a set of rules (Finlay et al., 2008:356).

Finlay et al. (2008) mener at et er vanskelig for personalet, som er omgitt av en tjenestekultur med sine rutiner og strukturer, å se umyndiggjøringen som skjer i den hverdagslige praksisen uten at noen utenfra påpeker det. Umyndiggjøringen blir rasjonalisert ved å henvise til andre agendaer som de mener de må følge (f.eks. helse og sikkerhet). Begrunnelsene som personalet bruker om «regler» eller «prosedyrer» de tror de må følge er i enkelte tilfeller feil, men det er først når slik praksis blir identifisert og drøftet at en kan avlive myten. Dette er diskusjoner som må gjøres innad i tjenesten, og en kan ikke lære dette på kurs utenfor den praktiske hverdagen. Jeg kommer tilbake til en drøfting av hvordan disse problemstillingene kommer til syne i mitt datamateriale i kapittel sju.

Omsorgskultur

Den siste kategorien av tilnærminger til forskning som belyser implementering av politiske idealer og mål er publikasjoner som fokuserer på betydningen av verdier, holdninger og oppfatninger i blant de ansatte i omsorgstjenesten eller i bofellesskapet. Kollektive oppfatninger og holdninger som utvikler seg over tid, er av mange betegnet som omsorgskultur (Bigby et al., 2014; Bigby, Knox, Beadle-Brown, Clement, & Mansell, 2012; Bigby, Knox, Beadle-Brown, & Clement, 2015; Christensen & Nilssen, 2006; Folkestad, 2003; Iriarte et al., 2016) Omsorgskultur er på mange måter overgripende, fordi elementer fra alle kategoriene jeg har nevnt så langt, kan både være en årsak til, eller et resultat av omsorgskultur.

For å få kunnskap om realisering av politiske idealer og mål vil forskning om omsorgskulturer være med på å beskrive kollektive verdier og holdninger er blant personalet, som kan ha betydning. Omsorgsideologi og omsorgskulturer kan si oss noe om hvordan personalets oppfatning av egen rolle påvirker hva de ser på som sine oppgaver. Det vil ha konsekvenser for implementering av politiske idealer og mål. Det er utviklet beskrivelser av ulike omsorgspraksis og hva som kjennetegner disse (Ahnlund & Sauer, 2008; Bigby et al., 2009; Bigby et al., 2014; Bigby et al., 2015; Christensen & Nilssen, 2006; Folkestad, 2003).

Sosialpolitisk ideologi kommer til uttrykk gjennom internasjonale konvensjoner og lovverk. Dette representerer et sett verdier som omsorgstjenestene baseres på. For å realisere disse verdiene er man avhengig av at de som jobber direkte med mennesker som har behov for omsorgstjenester tilslutter seg denne ideologien. Profesjonsidealene er stadig i endring etter

som samfunnet utvikler seg og politiske idealer endres. Ansvarsreformens idealer, spesielt ideen om normalisering, har hatt store konsekvenser for idealene for profesjonell yrkesutøvelse (Tøssebro et al., 2012). Folkestad (2003) stiller spørsmål om det er mulig å tenke seg bofellesskapet som en helt ut normalisert tilværelse. Begrunnelsen for at en flytter inn i et bofellesskap er nettopp et hjelpebehov, og en kan ikke se bort fra at maktforholdene både er en forutsetning for, og en følge av møtet mellom beboer og personalet. Personalet er der som redskap i normaliseringen, og normaliseringsarbeidet har også karakter av disiplinering. Personalets arbeid foregår ut fra en ideologi som understreker at hjelpen *skal gis i den enkeltes hjem og at personer med utviklingshemming skal «slippe å bo på andres arbeidsplass»* (Rundskriv I-0647/1990 i Folkestad, 2003:200). Omsorgskulturer er et uttrykk for hvordan personalet oppfatter egen rolle, og hvilke verdier og idealer de legger vekt på. Det er ulike ideologiske perspektiver som har betydning for tjenesteytingen:

Personalet står i krysspress i møtet med krav som følger av å være ansatte i et tjenesteapparat, av menneskelige imperativ i møte med beboere og deres problemer og behov, og eventuelt av profesjonsbaserte ambisjoner og forståelser. Ulike ideologiske utgangspunkt er innbakt i dette og presser fra hver sin retning. For det første, det økonomiske språket som taler om kostnadseffektivitet, prioritering og "kvalitetssikring", har presset seg inn i tjenestene hvor personalet er arbeidstakere. Beboerne ses som "brukere" av "tjenester". Det stilles krav om eksplisitt definering av arbeidsoppgaver og om legitimering av ressursbruken. For det andre, beboerne er personer med ansikt og umiddelbarhet, og det stiller implisitte krav. De er også aktører som, med det utgangspunktet, direkte og indirekte stiller krav til personalet. For det tredje, faglige eller profesjonsbaserte ambisjoner er formulert i overordnet prinsipper og med det interne, kontekstfrie vokabular til foretrukne metoder. Slikt krever lokal oversetting for anvendelse, men bærer også i seg avgrensede forutsetninger. (Folkestad, 2003:200)

Ulike ideologier kan stå i motsetning til hverandre og kan skape dilemma for tjenesteutøverne. Ambisjoner om autonomi og selvbestemmelse kan føre til en underkommunisering av realiteten i personalets makt. Det er mange løsninger på hverdagens problemer, men ikke alle resultater er akseptable. Oppgaven blir dermed å finne løsninger som kan gjennomføres, samtidig som de skal balanseres i forhold til dilemma som aktualiseres.

Et grunnleggende dilemma i omsorgen er mellom kontroll og frihetsforsterking. I boken «Omsorg for de annerledes svake. Et overvåket hverdagsliv» har Christensen og Nilssen (2006) utviklet fire idealtypiske omsorgskulturer i bofellesskap: Profesjonskulturen, institusjonskulturen, pleie- og husmorkulturen og den andre-orienterte kulturen. Forskjellene på kulturene kommer til uttrykk gjennom ulike tilnærminger til det grunnleggende dilemmaet.

Hvis kontroll får størst plass vil formynderproblematikk være det framtreddende, hvis det derimot er det frihetsforsterkende som dominerer er det unnlatesproblematikken som blir relevant. Christensen og Nilssen (2006) mener å se fire omsorgsmetodikker som svarer til de fire idealtypiske kulturene. I beskrivelsen av metodikkene forsøker de å rendyrke systematiske forskjeller i omsorgsmetodikkene, men i praksis vil ulike metodikker være i bruk i de forskjellige omsorgskulturene. De kaller de fire metodikkene; å arbeide «på», «i forhold til», «hos» og «med» beboerne.

Med henvisning til Wærnes (1982) beskriver Christensen og Nilssen (2006) to ulike modeller for omsorg: kortsiktig *vekst- eller resultatorientert omsorg*, der akuttsykehusets behandling kan brukes som eksempel, og *resultatløs omsorg* som beskriver eldreomsorg som handler om vedlikehold eller stillstand. Christensen og Nilssen (2006) skriver at i omsorg for personer med utviklingshemming er fremdrift og resultattempo veldig lavt i forhold til mye annet arbeid. Personalet er avhengig av interaksjonen med den enkelte beboer for å få til resultater. Profesjonelt arbeid kjennetegnes ved at arbeidet gjøres ut fra universelle og ikke spesifikke normer. Etter som ansatte og de som er avhengige av omsorgen over tid utvikler relasjoner, er det universelle ikke gyldig på samme måte for omsorgsarbeid. I dette ligger det et dilemma:

De mange kortsiktige og langsiktige handlinger som utføres i det daglige omsorgsarbeidet, er av så krevende karakter at det må anses for å forutsette sympati for den andre part. Organisatorisk sett vil det imidlertid ligge klare hindringer for dette ettersom man selvfølgelig ikke kan gjøre velferdsstatens omsorgsmottakere avhengige av at noen får sympati for dem (Christensen & Nilssen, 2006, s. 200)

Arbeidets status har også betydning. Hvem som mottar omsorgen er et av kriteriene for statusrangeringen. Det kan se ut som om status ikke har så mye med graden av utviklingshemming å gjøre, men med beboerens tilbakemeldingsmuligheter (Christensen & Nilssen, 2006; Eide & Breimo, 2013). Der det er lite tilbakemelding fra beboere, er de faglige ambisjonene lave. *Der det er vanskeligst å oppnå resultater og videreutvikle beboerne, er det vanskeligst å holde høye faglige ambisjoner* (Christensen & Nilssen, 2006, s. 203). Bigby et al. (2009) har undersøkt holdninger blant ansatte som arbeider i bofellesskap for personer med alvorlig eller dyp utviklingshemming, og hva dette har å si for realisering politiske idealer som inkludering, deltakelse og selvbestemmelse. De fant at holdningene varierte, men noe som gikk igjen i den følelsesmessige, atferdsmessige og kognitive innstillingen hos de ansatte var: *Lets be realistic, it's not feasible with this group* (Bigby et al., 2009, s. 366). De fant at personalet hadde tre forklaringer på hvorfor det ikke er gjennomførbart å implementere idealene: 1) Det vil ikke gjøre noen forskjell, 2) Beboerne er for annerledes, og 3) Det er for

vanskelig fordi... De fant eksempler på positive holdninger til de politiske idealene, men de ble overskygget av tvil. De ansatte var ikke uenige i idealene, men så ikke at det var gjennomførbart for personer med alvorlig eller dyp utviklingshemming.

Utviklingshemming utgjør en særegen form for svakhet som fører til en flertydighet mellom forventning og praksis.

Mens vi forholder oss til barn som noen som må beskyttes, læres opp og holdes kontroll med, forutsetter vi derimot egenkontroll, selvbestemmelse og selvstyring hos den voksne. Maktrelasjoner er på avgjørende vis forskjellige: Mens vi er myndige personer overfor barnet, er vi bare en annen myndig person overfor den voksne. Det er forskjellen på en underordning og en potensiell likeverdighet (Christensen & Nilssen, 2006, s. 205).

Personalet må bevege seg i dilemmaer mellom å skulle yte hjelp på en måte som tilsvarer den hjelpen vi vanligvis gir til et barn, og på den annen side vise respekt for en voksen som har levd et liv. Utfordringen er at det bryter med forventningene en har til voksne. Dette øker utfordringen i å tilstrebe likeverdighet i relasjonen.

Ahnlund og Sauer (2008) drar paralleller til eldreomsorg når de sammenligner hvordan personalet i eldreomsorg med omsorg for personer med utviklingshemming i Sverige, snakker om egen praksis. De identifiserer to måter å omtale omsorgsarbeidet som alle, uavhengig av type omsorgstjenester, arbeider ut i fra: *rutiner* og *være en støtte* i brukerens hverdag, men disse begrepene framstilles på ulike måter avhengig av gruppe omsorgsmottakere. I eldreomsorgen uttrykkes arbeid som rutiner i form av arbeidstid, eller når man gjør ulike oppgaver. Når man arbeider i noens hjem innebærer det å følge rutiner som inngår i hjemmet, og delta i aktiviteter brukerne ønsker å gjøre. I eldreomsorg snakker personalet om å *gi støtte* gjennom å ha fokus på *hva* man gjør, mens personalet som jobber med personer med utviklingshemming i større grad snakker ut i fra pedagogiske holdninger, og om *hvordan* man gir støtte. De uttrykker pedagogiske holdninger og benytter ulike metoder for å oppnå virksomhetens mål. Støtten rettes mot brukergruppen, men også mot virksomhetens mål og arbeidsoppgaver. *Rutiner kan innebära att man talar om sitt arbete utifrån olika aspekter av tid och arbetsuppgifter medan stöd definieras utifrån vad och hur man gör* (Ahnlund & Sauer, 2008, s. 50). De som jobber innen eldreomsorg fokuserer mer på når og hva som gjøres, mens de som jobber med utviklingshemmede fokuserer mer på brukeren. Ahnlund og Sauer (2008) mener at årsaken til dette kan ligge i virksomhetene personalet arbeider i. Både indre og ytre vilkår vil ha betydning for hvordan de prater om jobben. I kapittel seks stiller jeg spørsmål om idealer og vilkår har endret seg, og om omsorgstjenestene for personer med utviklingshemming har blitt påvirket av idealer fra eldreomsorgen.

I omsorgstjenester for personer med utviklingshemming, snakker personalet om arbeidet ut i fra begreper som omsorgstjenestene er bygget på gjennom lovgivning og politiske mål som deltakelse og selvbestemmelse. Når de ansatte må dele oppmerksomheten på et stort antall personer med store hjelpebehov kan det føre til en prioritering av de mest presserende behovene, slik som stell, medisiner og mat (Ahnlund & Sauer, 2008; Johansen & Tøssebro, 2016).

Johansen og Tøssebro (2016) mener den ideologiske tenkingen, som var viktig for utviklingen av hjemmebasert omsorg i starten, ikke har den samme betydningen lenger.

Mens utviklingen av tjenester for personer med utviklingshemming i stor grad var drevet av ideologisk tenkning og optimisme i 1990-åra, kan det virke som om dagens ideologi om selvbestemmelse i større grad er et ferniss som dekker over ideologisk taushet og at det faglige innholdet står i fare for å havne i et slags vakuum der noen formelle ordninger knyttet til medisin og tvang blir tungtveiende (tidvis kalt «måppgaver»)(Johansen & Tøssebro, 2016, s. 16).

Johansen og Tøssebro (2016) peker her på utfordringer dagens omsorgstjenester står overfor i den kommunale hverdagen. Det viser utfordringer ansatte har i den praktiske realiseringen av politiske idealer og mål i hverdagen, når kontrollsystemer knyttet til virksomheten som lovverk, rutiner, avvikssystemer, økonomistyring og brukerundersøkelser har fokus på enkelte målbare aspekter ved omsorgen og ikke på andre mer kvalitative sider.

Legitimeringen av personalets tilstedeværelse ligger i beboernes hjelpebehov. Regler og rutiner utvikles i samspill mellom beboere og personale, men det er personalet som har mest makt i dette samspillet. Det er personalet som definerer problemer, formulerer reglene og iverksetter rutiner. Dette resulterer i *et institusjonalisert hverdagsliv*, i følge Folkestad (2003, s. 195). Beboerne er aktører i samhandlingen, men personalet opptrer i større grad som et kollektiv. Med utgangspunkt i deres legitime makt som hjelpere og ansatte er det oftest deres situasjonsdefinisjoner og forestillinger om beboerne som har størst gjennomslagskraft i hverdagen. Den enkelte ansatte kan handle i tråd med sin situasjonsdefinisjon, men blir samtidig begrenset av felles referanserammer som *består av en forståelse av arbeidsoppdraget i stort, av lokal fokusering, rutiner og regler og av «bilder» av beboerne det handler om* (Folkestad, 2003, s. 196). Folkestad (2003) har utviklet konseptet *karakterisering* som er en sosial konstruksjon som viser noe av personalets beredskap i forhold til den enkelte beboer. *Det er handlingen som personalet foretar når de tegner et forenklet («stenografert») bilde av beboere* (Folkestad, 2003, s. 197). Personalet bruker karakterisering når de skal begrunne handlingsvalg og gi kausale forklaringer på beboeres handlemåter.

2.4.3 Oppsummering

Jeg har forsøkt å skille ut strukturelle og operative sider ved omsorgstjenester for å tydeliggjøre profesjonsperspektivet i denne avhandlingen, samtidig som jeg vil få fram at omsorgstjenester også påvirkes av de materielle levekårene. Forskning på strukturelle og operative sider som undersøker faktorer som har betydning for realisering av politiske idealer og mål kan utformes på ulike måter. Det er flytende skiller mellom kategoriene jeg har valgt, og det er ikke alltid innlysende at forskningen bør framstilles under de valgte overskriftene. Jeg mener likevel at denne struktureringen av forskningen er nyttig. Faktorer som påvirker livskvalitet, testing av modeller, kjennetegn ved bistand, barrierer og omsorgskultur viser ulike innfallsvinkler til det Shalock (2017) betegner som *ønskede resultater* av politikk. Det gir også perspektiver på hvordan en kan avdekke faktorer som påvirker realisering av politiske idealer og mål.

I forskning på omsorgstjenester for personer med omfattende behov for hjelp i hjemmet er implementering av politiske idealer og mål et område som er lite utforsket. Profesjonsperspektiver og undersøkelser om hvilken rolle de ansatte har i implementeringen er også beskjeden. Til tross for at det konstateres at personalet har stor betydning, finnes det lite kvalitativ forskning som undersøker hva dette innebærer. I denne avhandlingen ønsker jeg å utforske de ansattes perspektiv på egen praksis i skjæringspunktet mellom politiske idealer og mål, og strukturelle og organisatoriske faktorer i den praktiske hverdagen. Det vil være interessant å undersøke hva de ansatte oppfatter som sin rolle i dette arbeidet. Hvilket samfunnsoppdrag mener de at de forvalter i kraft av yrkesrollen de innehar, og hvordan blir de påvirket av idealer fra offentlig styring.

Kapittel 3 Teoretiske perspektiver

I dette kapitlet vil jeg drøfte teoretiske perspektiver og begreper som jeg bruker i analyser og tolking i studien. Som jeg har skrevet innledningsvis, preges de ansattes arbeid med å implementere politiske føringer og realisere politiske idealer og mål, av prosesser på ulike nivå. På det overordnede nivået handler det om hvordan kommunene implementerer idealene i sine planer og styringssystemer. Organisering og utforming av tjenestene er en rammebetingelse som har betydning for mulighetene til å realisere idealer og mål. De kommunale ledernes evne til å kommunisere samfunnsoppdraget og følge opp målsettinger for tjenestene, er en viktig faktor på virksomhetsnivået, og ikke minst vil de ansattes kompetanse, holdninger og evne til å skape gode relasjoner med beboerne ha betydning for om målene nås. Det vil også være viktig at de ansatte, i samarbeid med den enkelte beboer, utvikler individuelle mål. Alle disse forholdene vil være grunnlag for de ansattes skjønnsutøvelse og praktiske handlinger i den daglige yrkesutøvelsen.

Tjenestene har gjennomgått flere overordnede ideologiske endringer, som bl.a. endringer i omsorgsideologi, endring fra institusjonsomsorg til hjemmebasert omsorg, dedifferensiering i helse- og omsorgssektoren, og ikke minst endringer i forståelsen av funksjonshemming. Endringene er med å utforme nasjonale politiske føringer som kommunene må forholde seg til. I samme periode som de sosialpolitiske idealene har vært i endring, har det foregått en reform i offentlig og kommunal styring. Ideer fra privat næringsliv har vært modell for ny organisering og styring av offentlig sektor (NPM).

De ideologiske endringene kan betraktes som strømninger som i noen tilfeller flyter sammen og i samme retning, mens i andre tilfeller flyter fra hverandre, kanskje til og med i motsatt retning. Påvirket av disse strømningene utvikles praksis i omsorgstjenester for utviklingshemmede og andre som har behov for omfattende tjenester i hjemmet. Ansatte i tjenestene bruker sin forståelse av målene med tjenestene og oppfatningen av egen yrkesrolle som grunnlag for utøvelse av faglig skjønn i beslutningsprosesser og handlingsvalg i den praktiske arbeidshverdagen. Det er i møtet mellom med den enkelte beboer og ansatte at disse avgjørelsene tas, og det er i dette møtet at de politiske idealene og målene konkretiseres og omgjøres til praktisk handling.

For å studere faktorer som påvirker realisering av politiske idealer og mål har jeg latt meg inspirere av to ulike teoretiske modeller. «The Garbage Can Model» som ble utviklet av Cohen, March og Olsen (1972) på 1970 tallet og Michael Lipskys (2010) teori om «Street-

Level Bureaucracy», som han utga i 1980. Fra hvert sitt perspektiv er modellene et forsøk på å forklare hva som skjer når beslutninger tas i organisasjoner der kompleksiteten er stor, målene tvetydige og deltakerne mange. Cohen et al. (1972) prøver å identifisere trekk ved beslutningsprosesser i organisasjoner, mens Lipsky (2010) forsøker å forklare hvordan de som arbeider nærmest mottakerne av offentlige tjenester, *bakkebyråkratene*, bruker sitt handlingsrom i realiseringen av politiske idealer og mål. Begge modellene prøver å beskrive trekk ved veldig komplekse organisasjoner og prosesser, og det er selvfølgelig umulig å fange denne kompleksiteten i en modell, men begge modellene gir viktige bidrag til å forstå praksis i kommunal omsorgstjeneste, som er målet med denne avhandlingen.

I analysene av mine data benyttes de to modellene på litt ulike måter. Garbage Can modellen gir et perspektiv på hvordan vi kan forstå prosesser som foregår på organisasjonsnivået. Teoriens testbarhet har vært kritisert, men jeg er ikke opptatt av å teste om teorien stemmer med praksisen jeg studerer. Jeg benytter teorien i større grad for å forstå prosesser som foregår i organisasjonene jeg studerer.

Street-Level Bureaucracy modellen, eller bakkebyråkrati-tenkingen, vil anvendes som et utgangspunkt for en mer konkret strategi for å analysere og drøfte organisatoriske rammer. Teorien er et godt utgangspunkt for å analysere faktorer som ligger til grunn for personalets atferd i arbeidet med å realisere mål og idealer i praksis. Den gir også forklaringer på hvordan de ansatte tilpasser mål og idealer til rammebetingelsene de arbeider under. Denne studien har ingen ambisjon om å analysere beslutningspraksis i kommunal styring, men det er et mål å belyse hvordan praksis utvikles på basis av ulike ideologiske strømmer som den kommunale praksisen er en del av, og hvordan ulike strømmer påvirkes av å forekomme på samme tid og i samme organisasjon. Begge modellene bidrar med et begrepsapparat som vil være nyttige i analysen av empiri.

Jeg vil i de neste avsnittene presentere sentrale begreper og kritikk som er reist mot modellene. Først vil Garbage Can-modellen presenteres, deretter presenteres Street-Level Bureaucracy tenkingen.

3.1 «Garbage Can» - modellen

Garbage Can modellen ble utviklet av Cohen, March og Olsen på begynnelsen av 1970-tallet (Cohen et al., 1972). Det er en modell for hvordan beslutninger fattes i organisasjoner der *årsagssammenhænge, mål og deltagere ændrer sig og hvor problemer, løsninger og deltagere snarere kædes sammen, fordi de opræder på samme tid, end pga. andre egenskaber* (March &

Olsen, 2008, s. 107). Denne beskrivelsen stemmer godt med hvordan kommunale omsorgstjenester for personer med omfattende behov for hjelp i hjemmet framstår. Denne type organisasjoner ble i begynnelsen betegnet som organiserte anarkier, men etter hvert som modellen har blitt utviklet er dette begrepet forlatt og begrepet tvetydighet (ambiguity) i organisasjoner fått større betydning.

Cohen et al. (1972) mener at resultater fra beslutningsprosesser i større grad skyldes tilfeldigheter i hvordan aktører kobles sammen på, enn rasjonelle veloverveide handlinger fra ledelsens side. Til tross for at det er vanskelig å fange komplekse beslutningsprosesser i organisasjoner i en modell, forsøker de med denne modellen å identifisere noen trekk ved prosessene som er viktige i tvetydige organisasjoner. Det er, i følge forfatterne, tre betingelser som kjennetegner tvetydige organisasjoner; problematiske preferanser, uklar teknologi og flytende deltakelse (Cohen et al., 1972). Problematiske preferanser betyr at det ikke eksisterer standardiserte konsistente krav til beslutninger, men at de heller kan kjennetegnes ved inkonsistente og dårlig definerte preferanser og mål. Preferanser oppfattes gjennom handling, snarere enn at handling baseres på preferanser. Den andre betingelsen er uklar teknologi. Medlemmene i organisasjonen forstår ikke prosessene innad organisasjonen. Beslutninger foregår under betingelser der årsakssammenhenger, mål og deltakere endrer seg. Organisasjonen opererer dermed ved prøving og feiling og pragmatisk intervensjon der det er nødvendig. Den tredje betingelsen er flytende deltakelse som betyr at de enkelte deltakernes tidsbruk og innsats over tid er ulik (Cohen et al., 1972).

Rasch (2010) hevder at betingelsen om uklare kollektive preferanser og uklar teknologi gjelder de fleste organisasjoner og at det derfor er flytende deltakelse som skiller tvetydige organisasjoner fra andre organisasjonsformer. Han mener at formålet med Garbage Can modellen er å forstå aktivitet i organisasjoner og forklare f.eks. hvilken betydning enkelte aspekter av organisasjonsstrukturen har for valg som foretas. Med henvisning til March (1988), påpeker Rasch (2010) at en tvetydig tilstand, slik det er i følge modellen, i enkelte henseender er ønskelig. Han mener likevel at modellen er relevant ved analyser av aktivitet i organisasjoner som framstår som tvetydige.

Cohen et al. (1972) forklarer modellen på følgende måte:

To understand processes within organizations, one can view a choice opportunity as a garbage can into which various kinds of problems and solutions are dumped by participants as they are generated. The mix of garbage in a single can depends on the mix of cans available, on the labels attached to the alternative cans, on what garbage

is currently being produced, and on the speed with which garbage is collected and removed from the scene (Cohen et al., 1972, s. 2).

Det er et trekk ved denne type organisasjoner som er spesielt fremtredende, og som gjør denne modellen interessant for denne avhandlingen, er at den beskriver noe av det som foregår i organisasjoner som ulike strømmer (Rasch, 2010). Det er en strøm av problemer, videre er det en annen strøm av løsninger, en tredje strøm av deltakere og en fjerde strøm av beslutningsmuligheter. Disse fire strømmene kan kobles til hverandre på ulike måter. Modellen er et forsøk på å forstå konsekvenser av de ulike strømmene som flyter gjennom et system.

En løsning er et svar som aktivt leter etter et problem. Ved problemløsning i organisasjoner vet en ofte ikke spørsmålet før en har svaret. Folk kommer og går, de har ulikt med ressurser, tid, oppmerksomhet og ferdigheter å bruke. Beslutninger tas når anledningen byr seg eller når det forventes at det skal tas en beslutning. Strømmene flyter gjennom systemet uavhengig av hverandre og kobles sammen med hverandre gjennom tidspunkt for ankomst og avgang, strukturelle restriksjoner, og hvilke valgmuligheter problemer, løsninger og beslutningstakere har tilgang til. Hvis det ikke foreligger strukturelle restriksjoner i prosessen vil løsninger kobles til problemer og beslutningstakere til valgmuligheter, først og fremst fordi de strømmer gjennom systemet på samme tid (Cohen et al., 1972; Rasch, 2010).

De fire strømmene kan relateres til hverandre på ulike måter og de blir kanalisert gjennom organisatoriske og sosiale strukturer, men er uavhengige av systemet og fremkalles av ytre årsaker. Modellen fokuserer spesielt på to typer strukturer, nemlig *beslutningsstrukturer* og *aksjesstrukturer*. Den førstnevnte sier noe om fordelingen av deltakere til ulike beslutningsmuligheter, og den andre forstås som regler som spesifiserer tilgangsrettigheter til problemer og løsninger på valgmuligheter. I begge strukturene varierer henholdsvis beslutninger og tilganger mellom kategoriene usegmentert, spesialisert og hierarkisk. I modellen blir avgjørelser til ved hjelp av tre forskjellige beslutningstyper: Problemet tas tak i gjennom en beslutning som fører til en *løsning* (resolution), det kan håndteres ved *uaktsomme* (oversight) beslutninger eller ved *problemflukt* (Cohen et al., 1972; Rasch, 2010).

For å undersøke konsekvenser av hvordan strømmene påvirker hverandre har Cohen et al. (1972) gjennomført en datasimulering der ulike situasjoner prøves ut. Resultat fra simuleringen viser åtte dominerende egenskaper ved beslutningsprosesser i henhold til modellen. En av egenskapene er at det ikke er vanligst at problemer løses gjennom beslutninger (resolution), generelt er det beslutningstypene «uaktsomme» og «problemflukt»

som er de vanligste. En annen egenskap er at beslutningsprosessene er følsomme for økt belastning, med økt belastning øker problemaktiviteten og beslutningstakeraktiviteten, samtidig øker beslutningsproblemer og bruken av uaktsomme beslutninger og problemflukt. Sannsynligheten for at problemer skal løses reduseres, og det er større sannsynlighet for at beslutningstakere skifter fokus fra det ene problemet til det andre. Det tar lengre tid å gjøre valg og det er mindre sannsynlighet for at de skal løse problemer.

En tredje egenskap er at både beslutningstakere og problemer følger hverandre fra valg til valg, så en kan forvente at beslutningstakere får en følelse av å jobbe med de samme problemene hele tiden, i ulike kontekster og uten resultat. Problemene, på sin side, møter de samme personene uansett hvor de drar, med samme resultat. Egenskaper ved problemene vil også påvirke prosessen. Det er mer sannsynlig at viktige problemer blir løst, enn uviktige. Simuleringen viser at sannsynligheten for at det ikke gjøres valg er størst når valget er mest viktig og minst viktig. Mellomviktige valg blir nesten alltid foretatt. Cohen et al. (1972) mener at egenskapene ved prosessen som er nevnt her, kan si noe om hvordan organisasjoner overlever når de ikke vet hva de gjør.

Hvis denne modellen skal brukes som en analysestrategi er det viktig at en drøfter hva den kan si noe om og hvordan den kan benyttes. Har modellen empirisk støtte? Rasch (2010) mener det er tre empiriske hovedlinjer som har vært fulgt; Den første har vært å gjøre rede for beslutningsprosesser og hendelsesforløp ved hjelp av begreper som inngår i modellen. Den andre linjen har vært å peke på tvetydige preferanser som grunnleggende aspekt ved organisasjoner. En tredje linje har vært å ta utgangspunkt i simuleringen og undersøke om organisasjonsprosesser kan beskrives i tråd med implikasjonene som framkommer der. Rasch (2010) tar utgangspunkt i de tre empiriske hovedstrategiene i sin kritikk av modellen. Den første strategien er å benytte modellen som fortolkningskjema til å beskrive og fortolke beslutningsprosesser i organisasjoner. Han mener at det faktum at et empirisk materiale kan beskrives med modellens begrepsapparat gir ikke avgjørende empirisk støtte. Det kan være andre begrepsapparat som kan gi like sanne beskrivelser. Den andre strategien som er å vise empirisk at det finnes tvetydigheter knyttet til organisasjoners virkemåter er ikke tilstrekkelig for å vise at modellen har relevans, for inkonsistens beslutninger, uklar teknologi og flytende deltakelse også kan forstås innen andre teoretiske rammer. Også når det gjelder den tredje empiriske strategien som han kaller modellimplikasjoner er han kritisk. Metaforene og analogiene som brukes blir for vage til at hypoteser kan dannes. Hvis en skal kunne trekke

deduktive slutninger trengs mer presise forutsetninger. Til tross for denne kritikken er det foretatt mange empiriske analyser med utgangspunkt i Garbage Can modellen.

Kritikken som er rettet mot modellen er primært rettet mot modellens testbarhet. I denne avhandlingen vil modellen benyttes, først og fremst, som en metateori og i mer pragmatisk forstand, som et hjelpemiddel til å perspektivere hvordan praksis utvikles og foregår. Modellens forklaring på hvordan ulike strømmer flyter gjennom organisasjoner, vil i min analyse være et utgangspunkt for å forstå ulik påvirkning ideologier har på ansattes arbeid og tilpasning. Når ulike ideologiske strømmer flyter gjennom organisasjonen på samme tid, vil strømmene påvirke de ansattes prioriteringer og valg.

3.2 Street-Level Bureaucracy

Det andre teoretiske perspektivet er Michael Lipskys *Theory of Street-Level Bureaucracy* (Lipsky, 1976, 2010). Dette vil være det primære perspektivet for analysene i denne studien. Han er interessert i skjæringspunktet mellom politikk og policyimplementering, som er i kjernen av temaet for denne avhandlingen. Teorien beskriver ansatte i førstelinjetjenestene, eller det som kan kalles for *bakkebyråkrater*, sin politiske atferd og hvordan de samhandler med sine brukere. Problemet er at politiske idealer og mål sjelden kan implementeres direkte i samfunnet, implementeringen skjer gjennom ulike institusjoner og aktører. Virkningene av politikken står dermed i fare for å bli påvirket og fordreid av disse aktørene. Typiske bakkebyråkrater er lærere, politifolk, sosialarbeidere, dommere og helse- og omsorgsarbeidere. Lipsky (2010) prøver å utvikle en generell beskrivelse av byråkratisk atferd og stiller spørsmål om hvilke atferdsmessige og psykologiske faktorer som er felles for ulike byråkratiske roller. Teorien synliggjør faktorer som kan være årsak til at byråkratier mangler evner til å tilby objektive og ikke-diskriminerende tjenester, erkjenne partisk atferd og respondere på press fra enkelte brukergrupper.

Bakkebyråkrater er ansatte i offentlige virksomheter som møter borgere ansikt til ansikt som det offentliges representanter. De karakteriseres av følgende tre betingelser:

- 1) *He is called upon to interact constantly with citizens in the regular course of his job*
- 2) *Although he works within a bureaucratic structure, his independence on the job is fairly extensive. One component of this independence is discretion in making decisions; but independence is not limited to discretion. The attitude and general approach of the street-level bureaucrat toward the citizen may affect the individual significantly. These considerations are broader than the term discretion suggest.*

3) *The potential impact on citizens with whom he deals is fairly extensive (Lipsky, 1976, s. 197).*

Alle disse betingelsene er til stede hos de som arbeider i omsorgstjenester for personer med utviklingshemming og jeg velger derfor å betrakte de ansatte i disse tjenestene som bakkebyråkrater.

Lipsky (1976, 2010) hevder at arbeidsforholdene i offentlige tjenester er preget av at bakkebyråkrater blir konfrontert med problemer som skyldes mangel på organisatoriske og personlige ressurser, fysiske og psykiske trusler og konfliktfylte og/eller uklare rolleforventninger. Trusler og myndighet er gjensidig knyttet til hverandre. Jo større grad av personlig eller rollebestemt myndighet en har, jo mindre utsatt for trusler er en. Et annet kjennetegn ved bakkebyråkratene er at deres brukere eller klienter er det ufrivillig, og at bakkebyråkratene har begrenset kontroll, men omfattende innvirkning på brukernes handlinger.

Bakkebyråkratenes prestasjoner er vanskelig å måle. Mål og standarder som utvikles er ofte problematiske fordi de sier lite om kvaliteter som er viktige i omsorgstjenester som f.eks. trygghet eller brukeres evne til å overkomme problemer. Jeg kommer nærmere tilbake til dette i kapittel 6.2. Problemene med å måle prestasjoner kombinert med utstrakt skjønnsutøvelse gir utfordringer med å kontrollere eller utvikle disse organisasjonene ovenfra.

Ansvarlighet er det som knytter byråkrati til demokrati, i følge Lipsky (2010), og moderne demokratier er avhengige av at byråkratiet viser ansvarlighet ved å gjennomføre vedtatt politikk og etterleve statlige reguleringer. For å få til dette er en avhengig av at det er sammenheng mellom hva overordnede myndigheter ønsker å få til og hva de ansatte faktisk gjør. Men når det gjelder bakkebyråkrater i førstelinjetjenesten, mener Lipsky (2010), at det er så godt som umulig å oppnå byråkratisk ansvarlighet, i hvert fall i situasjoner som involverer kvalitative aspekter av arbeidet. Ledere i omsorgstjenestene og andre offentlige tjenester, arbeider for å bedre ansvarligheten til de ansatte gjennom å benytte insentiver eller andre strukturer. For å legge til rette for ansvarlighet blant de ansatte mener (Lipsky, 2010, s. 161) at følgende forhold må være tilstede:

- 1) *Agencies must know what they want workers to do. Where the objectives are multiple and conflicting, agencies must be able to rank their preferences.*
- 2) *Agencies must know how to measure workers performance.*
- 3) *Agencies must be able to compare workers to one and another to establish a standard for judgement.*
- 4) *Agencies must have incentives and sanctions capable of disciplining workers. They must be able to prevail over other incentives and sanctions that may operate.*

Hudson (2014) følger opp dette og peker på fire hovedtyper ansvarlighet: Ansvarlighet til organisasjonen, ansvarlighet til brukeren, ansvarlighet til loven og ansvarlighet til profesjonelle normer, og hver av disse er problematiske. Den mest vanlige er å forsøke å øke *ansvarligheten til organisasjonen* for å bedre samsvaret mellom ansattes praksis og tjenestens målsettinger, men det er både vanskelig å avgjøre når det er riktig å kontrollere praksis, og å definere og måle kvalitet på utøvelsen. I tillegg foregår det meste av praksisutøvelsen uten at leder (eller andre) kan observere den.

Styrking av *ansvarlighet til brukerne* er heller ikke uproblematisk. Hudson (2014) bruker *voucher system* som et eksempel på hvordan brukernes makt kan styrkes, det er et system der staten garanterer for kostnader på et bestemt nivå og brukeren kan selv bestemme hvor han skal skaffe hjelpen. Dette kan sammenlignes med stykkprisfinansiering som Gridley et al. (2014) undersøker (se kapittel 2.4.2). Den andre måten å styrke brukernes selvbestemmelse er gjennom å fjerne offentlig ansatte fra tjenestene for eksempel gjennom ordninger som personlig assistenter. Et tredje alternativ er brukermedvirkning på tjenestenivå.

Ansvarlighet til loven er en tredje form for ansvarlighet som kan brukes for å sikre rettigheter for tjenestemottakere, men det kan være vanskelig for enkelte av brukergruppene å sikre sine rettigheter selv ved for eksempel anke på vedtak. Når det er mulighet til å anke en avgjørelse, øker det legitimiteten til byråkratiet. For at dette skal fungere må to forhold være på plass: Det må se ut som om det er en reell ankemulighet, men denne muligheten må ikke være for enkel å benytte, sjelden medføre suksess og ikke være så godt kjent. I de senere årene har det kommet krav om at rettigheter skal gjøres kjent for klientene, det skal informeres om tidsfrister for anke og være tilbud om veiledning. Offentlige tjenester prøver å unngå at klager gjøres kollektivt.

Den siste hovedtypen ansvarlighet er *ansvarlighet til profesjonelle normer*. Problemet med denne formen for ansvarlighet er at ansatte som går inn i omsorgstjenestene med idealisme og engasjement, opplever at dette blir undergravd av organisatoriske strukturer og jobbsituasjonen. *The problem with the «professional fix» in solving dilemmas of street-level accountability lies in the great gap between the service orientation of professionals in theory and professional service orientation in practice* (Lipsky, 2010, s. 202)

Nesten all byråkratisk beslutningstaking foregår i en kontekst der det er begrenset tid og informasjon. Bakkebyråkrater har tilgang til organisatoriske ressurser som teknisk bistand og redskaper og rammer som leder til medgjørighet fra brukernes side. De må ofte gjøre en jobb der forventningene er sprikende, tvetydige og motstridende. Det er vanlig å plassere

rolleforventninger tre steder; hos kolleger, hos referansegrupper og i offentligheten. Disse forventningene kan være sammenfallende, men ofte opplever bakkebyråkrater motstridende og tvetydige rolleforventninger på grunn av ulike oppfatninger fra forskjellige deler av samfunnet.

Det er forventninger om at de skal behandle individer rettferdig og upartisk, samtidig som de skal ta individuelle hensyn. Det er forventninger om likebehandling, men på samme tid har enkelte grupper forventninger om forståelse for at enkelte situasjoner krever ulik behandling. De blir utfordret av «realister» som er opptatt av at tjenestene må tilpasses arbeidsbetingelser og tilgjengelige ressurser. Lipsky (2010) mener at bakkebyråkrater møter de ulike rolleforventningene med å velge ett av forventningssettene i stede for å forsøke å tilfredsstille flere av dem. Når det er snakk om ulike rolleforventninger er det viktig å merke seg at det er av relativ liten interesse for hva de ufrivillige brukerne mener (f.eks. elever, tiltalte eller mottakere av omsorgstjenester). Det er ikke de som primært avgjør hva som skal være rolleforventningene til bakkebyråkratene. Jeg kommer tilbake til disse dilemmaene i kapittel sju.

På grunn av utfordringer knyttet til utilstrekkelige ressurser, trusler, myndighet og uklare forventninger til jobben de skal utføre, utvikler bakkebyråkrater metoder for å gjøre oppgavene enklere. For å gjøre arbeidssituasjonen mer overkommelig, tilpasses den ved hjelp av ulike mekanismer som forenkling og rutiner slik at beslutninger kan tas hurtig. Forenklinger dreier seg om symbolske konstruksjoner som tilpasser bakkebyråkratens oppfatninger og forståelse slik at omgivelsene, slik de oppfatter det, blir enklere å håndtere. Rutiner er vaner og regelmessige mønster for hvordan oppgaver løses for å redusere problemer som oppstår på grunn av ressursmangel, oppfatninger om trusler eller uklare rolleforventninger. Bakkebyråkrater etablerer rutiner for å få kontroll over en vanskelig og tvetydig arbeidssituasjon og Lipsky identifiserer, i følge Hudson (2014), tre vanlige responser: begrensnig av etterspørsel på tjenester, endring av oppfatning av jobben og endring av oppfatningen av brukerne.

Dette er i tråd med det Evelyn Brodtkin (1997), har funnet gjennom en casestudie der hun har studert praksis blant saksbehandlere i sosialtjenesten som jobber med å få sosialhjelpsmottakere ut i arbeid. Hun har sett på hvilken rolle skjønnsutøvelse har når politiske reformer skal omsettes til praksis. Hun bygger undersøkelsen på en oppfatning av at velferdspolitikken bare delvis bestemmes av formelle krav. Mye av politikken innhold utvikles uformelt gjennom samhandlingsrutiner mellom sosialarbeidere og klienter. Hennes forskning

viser at faktorer som påvirker skjønnsutøvelsen er personalets profesjonelle kapasitet, tjenestens insentiver og forholdet mellom krav til arbeidet og tilgjengelige ressurser. Gjennom institusjonelle ressurser og insentiver skapes det en ramme for byråkratisk konstruksjon av klienters rettigheter og statens forpliktelser. Brukere kan oppleve å bli presset til å akseptere denne konstruksjonen. Disse forholdene former personalets skjønnsutøvelse i praksis. Uformelt forfekter personalet sin egen versjon av hva som er rettigheter og forpliktelser. I stede for å avdekke brukerens tjenestebehov og handle i forhold til det, har sosialarbeidere en tendens til å definere behovene slik at de passer med de tilgjengelige tjenestene, og presser dermed brukerne til å akseptere den byråkratiske konstruksjonen av rettigheter og forpliktelser.

Skjønnsutøvelse er helt nødvendig når velferdstjenester skal leveres. Når skjønn er nødvendig for å nå intensjoner og politiske mål, vil politikkenes spesifikke innhold substansielt bli bestemt av aktivitetene som ansatte i førstelinjen utfører. Ansattes kapasitet til å jobbe i henhold til profesjonelle normer og kvalitetsstandarder er kritisk når skjønnsutøvelse er sammenvevd med tjenesteutøvelsen. Den formelle velferdspolitikken beskrives som om innholdet i tjenestene er kjent, mens den burde heller bli oppfattet som abstrakte politiske løfter, som ikke sikrer rett til hensiktsmessige eller nyttige tjenester (Brodkin, 1997).

Brodkin (1997) fant indikasjoner på at et av problemene er at sosialarbeiderne ikke er ansvarliggjort i forhold til kvaliteten på tjenestene. Mangel på ledelse er et aspekt av dette. Et annet aspekt, er klientenes begrensede mulighet til å ansvarliggjøre myndighetene for brutte politiske løfter. På den ene siden avhenger dette av brukernes kapasitet til å fremme egen sak, men vel så viktig begrenses ansvarlighet på grunn av egenskaper ved strukturen i byråkratisk klient-forholdet, og mangelen på «exit» mulighet. (Jfr. Voice, exit, loyalty (Hirschman, 1970))

Bakkebyråkraters arbeid innebærer et motsetningsforhold: Det er forventet at de skal utøve skjønn og behandle sakene og klientene individuelt, samtidig som de i den praktiske saksbehandlingen må følge rutiner, stereotypier og andre mekanismer som tilrettelegger for effektiv oppgaveløsning. På grunn av dette motsetningsforholdet utvikler bakkebyråkrater, i følge Lipsky (2010), det han kaller *The Client-Processing Mentality* (s. 140). For å minske gapet mellom idealer og utøvelse tilpasser de ansatte målene slik at de passer bedre til hva som er mulig å gjennomføre. Mentalt undervurderer de brukerne for å redusere spenningen som oppstår når de ikke klarer å behandle borgerne slik tjenesteidealene tilsier. Kort sagt; bakkebyråkrater utvikler egne oppfatninger om jobben og klientene for å redusere gapet

mellom kapasitet og mål. Gjennom dette gjør de jobben psykologisk enklere å håndtere. Denne praksisen, som er utviklet av den enkelte ansatte, vil ofte virke fornuftig bare i den ansattes personlige oppfatning, mens ledere og offentligheten forventer lojalitet til mer komplekse mål (Lipsky, 2010).

Idealistene, de som potensielt er de mest dedikerte offentlige ansatte, er på en måte de minst egnede for jobben fordi de ikke takler spenning mellom muligheter og mål. Denne situasjonen kan føre til at de slutter i jobben. Tjenestene sitter til syvende og sist tilbake med den staben av ansatte som er minst plaget av gapet mellom idealer og hva de faktisk gjør. De som ikke slutter, kan mentalt slutte gjennom at de avviser personlig ansvar for tjenesteytingen. Det er rettigheter og fordeler som offentlig ansatt som holder dem i jobben. De fleste ansatte forblir forholdsvis dedikert til yrkesmessige mål slik de selv definerer dem. De rasjonaliserer tvetydigheter og motsetninger i mål, gjennom å utvikle egne oppfatninger av offentlige tjenester, noe de deler med kollegene (Lipsky, 2010).

For å imøtekomme utfordringer med gapet mellom muligheter og mål, finner Lipsky (2010) at bakkebyråkratier bruker flere metoder for å rasjonalisere tjenestene. En metode er å opprette *køer*. Det er flere prinsipper som benyttes: «først til mølla», timeavtale, venteliste. Det brukes ulike skjønnsmessige vurderinger for å prioritere brukerne i de ulike metodene for kø. En annen form for rasjonalisering, som er veldig aktuell i tjenestene som denne avhandlingen har undersøkt, er *rutiner og prosedyrer* som sikrer orden, ansvar og rettferdighet, og beskytter den ansatte fra krav og forventninger om respons. Rutinene beskytter de ansatte mot å forholde seg til den menneskelige dimensjonen i situasjonen, og kan være en unnskyldning for ikke å være fleksibel. I en begrenset forståelse, vil rettferdighet være det samme som lik behandling. Rasjonalisering av tjenester kan også foregå ved at de begrenses geografisk, ved egenskaper hos klienten, eller til bestemte typer saker. Begrensningene er ofte ikke uintendert og tilfeldige – ledelsen er klar over effektene av organiseringen.

Offentlige tjenester kan også rasjonaliseres ved å fordele godene ulikt. Lipsky (2010) peker på fire ulike grunner til ulik fordeling: 1) Samfunnet ønsker at det skal ligge individuell vurdering bak tjenester som gis, og at dette gjøres ut i fra den enkeltes situasjon og individuelle behov. 2) Ansatte i velferdsyrkene ønsker å gjøre livet for brukerne bedre og de bruker skjønnsmessige vurderinger til å ha denne innflytelsen. 3) Byråkratier er ofte nødt til å differensiere mellom brukere. Alle har ikke samme krav på bistand. Prosessen med å redusere en person til hans kvalifikasjoner for byråkratisk intervensjon, er prosessen med å bli til en bruker eller klient. Det må etableres kategorier for hvem som kan få hjelp og det

gjennomføres kartlegging av om personen er kvalifiserer eller ikke til å havne i denne kategorien. 4) Differensiering forekommer rutinemessig fordi det hjelper de ansatte med å håndtere arbeidsmengden.

En annen form for rasjonalisering i offentlige tjenester er det Lipsky (2010) kaller å «skumme fløten». Med dette mener han at bakkebyråkrater gir tjenester til de som mest sannsynlig gir byråkratisk suksess gjennom å nå målsettinger. Dette skjer når det ikke er mulig å ha kontroll over og måle suksess. Han peker også på at ansattes preferanser er med på å rasjonalisere tjenestene. En faktor er kjemi – den ansatte liker noen brukere bedre enn andre. En annen faktor er hva samfunnet anser som mer verdt, han snakker om moralsk merverdi hos enkelte (f.eks. ung foran gammel). Et tredje aspekt er forventninger til hvordan brukere responderer på intervensjonen, brukere som den ansatte mener er mer mottakelig for behandling enn andre prioriteres. Lipsky (2010) mener at disse tilbøyelighetene er regelen, ikke unntaket.

Lipsky (2010) hevder at forskjellsbehandling av klienter forekommer av ulike grunner og oppsummerer det i sju punkter: 1) Når det er vanskelig å måle utførelsen av tjenesten. 2) Regler for likebehandling som skal redusere forskjellsbehandling, skaper myter om hvordan tjenester oppnås. Ansatte tror de behandler klienter likt. 3) Hvis forskjellsbehandling kan ses, forklares dette med at det er til klientens eller til fellesskapets beste. 4) Det etableres regler for normalatferd i møtet med byråkratiet, som enkelte klienters atferd kan avvike fra og det fører til at enkelte klienter blir sett på som avvikere. 5) Selvoppfyllende profetier som bekreftes gjennom spuriøse sammenhenger. 6) Subjektiv vurdering av egen praksis. 7) Rasisme og fordommer som er utbedrede i samfunnet, institusjonaliserer en stereotypisk tenkning (for mer utfyllende forklaringer se Lipsky (2010 s. 112 ff.)). For personer med utviklingshemming, som denne avhandlingen handler om, er det personer som gir minst respons som kommer dårligst ut, for eksempel personer med multifunksjonshemming jf. litteraturgjennomgangen kapittel 2.4.7 om ulike omsorgskulturer. Det kan virke som at en «skummer fløten» ved at det jobbes mer med å realisere politiske idealer og mål for personer med mindre omfattende bistandsbehov, og lett eller moderat utviklingshemming. En grunn til dette kan være at det er lettere å registrere framgang og måloppnåelse for disse gruppene beboere.

Sosial orden er avhengig av en generell enighet blant medlemmene i en organisasjon, og at de samarbeider om aktivitetene. Det vanlige er at samarbeidet hverken er tvunget eller frivillig, men en konsekvens av alternativenes struktur. Arbeidet som klientene er forventet å samarbeide om, kan eller trenger ikke å være i samsvar med tjenestenes politiske erklæringer,

men den må være i samsvar med bakkebyråkratens oppfatning av hvordan arbeidet skal gjennomføres med lavest risiko for forstyrrelser av rutinene.

Lipsky (2010) beskriver former for kontroll av brukerne som er vanlige i bakkebyråkratier (s. 117 ff). 1) Interaksjonen foregår i situasjoner som symboliserer, forsterker og begrenser relasjonene mellom byråkrat og klient. Situasjonene tydeliggjør hvem som har makten og henter om forventninger til brukeren. 2) Brukere er isolert fra andre brukere og tjenestene er organisert slik at brukere har liten kunnskap om andre i samme situasjon. 3) Tjenester og prosedyrer er presentert som gunstige og til brukernes beste. 4) Brukerne må komme til tjenestene. 5) Samhandling med brukere er vanligvis strukturert slik at bakkebyråkraten kontrollerer innhold, tidspunkt og framdrift. 6) Når det er vanskelig å kontrollere brukerne, samtidig som samhandling er kritisk for utførelse av oppgaven, blir samhandlingen dominert av kontrollrutiner. 7) Bakkebyråkrater utvikler sanksjoner for å straffe manglende respekt for de etablerte rutinene. Noen av disse formene for kontroll gjør seg gjeldende i bofellesskap. I mine data snakker de ansatte om utfordringer i tilknytning til dette i bofellesskap der de har fellesareal og fellesaktiviteter. Jeg kommer tilbake til dette i kapittel ni.

Uforutsigbare omstendigheter krever at bakkebyråkrater har en reservekapasitet som kan brukes som respons på uforutsette situasjoner. De ansatte vet at hvis det er tegn til at de ikke utnytter hele kapasiteten de har til å jobbe, vil de få flere oppgaver. *Husbanding of resources* (Lipsky, 2010, s. 125) eller husholdering med ressursene, som vi vil si på norsk, er en konsekvens av at det er behov for å imøtekomme uforutsigbare krav. Lipsky (2010) mener det er et sett av praksiser som brukes for å husholdere ressurser. Det ene er å *sortere* oppgaver ved at personer uten en formell rolle er buffere mellom klienter og bakkebyråkrater (resepsjonister, sekretærer mm). De fungerer som bakkebyråkrater og gjør skjønnsbaserte beslutninger uten å være kvalifisert for det. En annen praksis er å *overta andres vurdering* som om det var sin egen. I disse tilfellene lar bakkebyråkraten andres syn bestemme handlingen. Når klienter presenteres med merkelapper som forutsier en bestemt behandling, er det ikke en vurdering knyttet til den enkelte saken, men det er en respons til stereotypien merkelappen representerer. *Henvisninger* er en annen strategi. Klienter henvises til andre tjenester. Noen henvisninger ser ut til å fungere som en måte for å lette på stort arbeidspress. Det er en måte å beskytte seg selv gjennom å gi symbolske tjenester, når den reelle tjenesten ikke er tilgjengelig. De håndterer klienters behov uten å håndtere dem. Mange klienter kan tas opp i tjenestestrukturen samtidig uten at det gis mer tjenester.

Når oppgaver løses ved hjelp av rutiner får det noen konsekvenser som må håndteres. Som nevnt er henvisninger en måte å håndtere vanskelige saker på. Det er greit hvis årsaken er at den ansatte ikke har nødvendig kompetanse for å løse problemet, men det blir problematisk hvis henvisninger skjer fordi saker forstyrrer rutiner og prosedyrer. De må behandles særlig fordi byråkratiet ikke har råd til å høre klager på avgjørelser som gjelder andre klienter med tilsvarende krav som blir behandlet på samme tid, men som ikke har samme mulighet til å si fra. Problemet blir løftet oppover, ikke på grunn av behov for ekspertkompetanse, men på grunn av uenighet eller avslag.

Byråkratiet har, i følge Lipsky (2010) såkalte «Trykkspecialister» (pressure specialists) som hører på og bestemmer i saker der klienten forfølger saken sin spesielt aktivt. De beskytter de ansatte fra klienters negative reaksjoner gjennom å gi en alternativ beslutningsprosess. «Trykkspecialisten» kan institusjonaliseres gjennom å opprette en spesialavdeling som får ansvar for saker som er problematiske for tjenesten.

Hva er svakhetene ved Lipskys teori? Tony Evans (2011) hevder at Lipskys arbeid bør videreutvikles for å ta hensyn perspektiver som profesjonstenking når en studerer leder-ansattrelasjoner og skjønnsutøvelse i bakkebyråkratier i sosialarbeideres praksis. Med henvisning til bl.a. Howe (1991) viser Evans (2011) til at Lipsky er blitt kritisert for at teorien er utviklet i en annen tid. De hevder at dagens styringssystemer med fokus på enhetsledelse og strategi har endret forutsetningene for maktutøvelsen. Makten er flyttet fra profesjonenes skjønnsutøvelse i retning av tjenester som er definert av praksis og drevet fram av ledere.

Ellis (2007), mener derimot, at til tross for at Lipskys teori ble utviklet på grunnlag av etterkrigstidens velferdstjenester, før en fikk konkurranseutsetting og nye styringsformer i offentlig virksomhet, gjør den seg fortsatt gjeldende. Jeg sier meg enig med Ellis (2007), og vil påstå at til tross for denne endringer i styringssystemene, så tilpasser de ansatte seg fortsatt rammene de jobber innenfor.

Evans (2011), hevder at Lipsky ikke gir nok oppmerksomhet til skjæringspunktet mellom profesjonalitet og ledelse, og at han ikke tar hensyn til effekten profesjonell status og faglige forpliktelser har i utøvelsen av skjønn, eller hva dette har å si for bakkebyråkraters motivasjon.

He also brackets off managers from critical analysis, treating them simply as a homogeneous group, committed to the implementation of organisational policy. He consequently considers a key problem in policy analysis—the apparent gap between what policy says and how policy is enacted in the day-to-day delivery of service—as a

function of street-level distortion, ignoring the role and influence of manager as policy actor (Evans, 2011, s. 371)

Her mener jeg (Evans, 2011) har et poeng. Som jeg kommer tilbake til i kapittel åtte i avhandlingen, spiller ledelsen en meget viktig rolle i arbeidet med å få realisert politikken på området. Ledelsen har en sentral rolle i utformingen av tjenestens policy og hvilke mål som skal prioriteres.

Lipsky kritiseres også fordi hans eneste løsning på problemene med bakkebyråkratens manglende realisering av politiske mål, er å stramme inn rommet for skjønnsutøvelse (Elmore, 1979). Lipsky tar for lite hensyn til kompleksiteten i mangfoldet av bakkebyråkratier når han prøver å forstå skjønnsutøvelse og ledelse av disse tjenestene. Han tar ikke nok hensyn til at profesjonenes status har betydning for autonomien yrkesgruppen har i utøvelsen av yrket. Profesjonsrollen medfører forpliktelser til enkelte verdier som vil prege skjønnsutøvelsen. Profesjonell status, på sin side, har innvirkning på forholdet ansatte har til ledelsen, og mange ledere rekrutteres fra den dominerende profesjonen i tjenesten. Ledere som har profesjonsbakgrunn har ikke lojaliteten bare knyttet til organisasjonen, men også til faget. Dette bekrefter ledere som jeg har intervjuet. Evans konkluderer med at:

Lipsky gives insufficient attention to the role of professional status, in structuring and informing discretionary practices. Lipsky's view of managers as the disinterested servants of policy, and street-level practices as the source of policy distortion, is problematic (Evans, 2011, s. 373)

Som nevnt, har det skjedd store endringer i styring, organisering og ledelse av offentlig virksomhet siden Lipsky utviklet teorien på 1970-tallet. Etter hvert som NPM har utbredt seg som styringsideologi, er det blitt mer vanlig å organisere norske kommuner i resultatenheter. Et mål med denne organiseringen er nettopp å styrke byråkratisk ansvarliggjøring. Målet er bedre og mer effektive tjenester. Ledelsen av de ulike kommunale virksomhetene har mer makt med denne styringsmodellen, og det er mer fokus på resultater med vekt på målformulering, resultatkrav, resultatmåling og resultatvurdering. Det er sterk tro på ledelsens betydning for virksomhetens prestasjoner.

Til tross for samfunnsendringer og endringer i offentlig styring har Lipskys teori fortsatt relevans og brukes til å undersøke misforholdet mellom ordbruken innen administrativ styring (managerialism) og det daglige arbeidet og den praktiske skjønnsutøvelsen på bakken. Lipskys analyse kan være nyttig for å forstå offentlige velferdstjenester, inkludert tjenester for personer med funksjonsnedsettelse, men at det har vært sparsomt med forsøk på å teste Lipskys ideer på noen felt (Hudson, 2014). En kan stille spørsmål om teorien kan testes, men

den kan uansett bidra med nyttige perspektiver i analyser av velferdsstatens yrker, både i praksiser der profesjoner arbeider og i situasjoner der ufaglærte yter hjelpen.

3.3 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg presentert to tilnærminger til hvordan beslutninger tas i organisasjoner og hvordan disse påvirkes av ulike faktorer. Modellene bidrar med forskjellige perspektiver på hvordan en kan forstå prosesser som skjer i skjæringspunktet mellom politikk og praksis. De presenterer begreper som vil være nyttige redskaper i analysearbeidet, og fungere som et rammeverk for tolkning av de empiriske funnene.

Jeg vil benytte de to teoretiske perspektivene til analyser på to ulike nivåer. Garbage can modellen til Cohen et al. (1972) benytter jeg primært på et overordnet nivå for å forklare hvordan ideologiske strømninger har innvirkning på hverandre, og hvordan sammenfallende idealer i to eller flere strømmer vil gjensidig forsterke enkelte idealers betydning. Mens sammenfall av idealer som er motstridende eller konkurrerende, vil kunne svekke betydningen, oppmerksomheten og prioriteringen det vil få i omsorgstjenestene. Teorien gir i tillegg et begrepsapparat som jeg bruker til å belyse og drøfte mulige årsaker til, og konsekvenser av at ansatte i organisasjoner kan oppleve å ha et begrenset antall løsninger som problemer må tilpasses til.

Lipskys teori (2010) om Street-Level Bureaucracy, brukes mer på det vi kan kalle det praktiske nivået der policyimplementeringen skjer. Den beskriver faktorer ved organiseringen av tjenestene som påvirker ansattes handlinger. Det gir begreper som jeg bruker i analyser og beskrivelser av ansattes vurdering av egen praksis.

Jeg har ingen ambisjon om å teste ut disse to teoriene på organisasjonene som er med i dette forskningsprosjektet, men bruke modellene til å kaste lys over faktorer som kan forklare ansattes tilpasning til rammene de arbeider innenfor, og dette poenget hos Lipsky eksisterer fortsatt i dag. Jeg vil også bruke modellene til å belyse hvordan disse rammene konkurrerer med profesjonsdefinerte idealer og normer. Teoriene er med på å forklare faktorer som har innvirkning på realisering av sosialpolitiske idealer og mål.

Mitt bidrag til forskningsfeltet vil være å drøfte realisering av sosialpolitiske idealer og mål fra to perspektiver, på den ene siden å drøfte dilemmaer ansatte opplever i den praktiske hverdagen, på den andre siden ønsker jeg å sette fokus på ledelsens rolle i policyimplementeringen.

Kapittel 4 Metode og materiale

4.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for avhandlingens metodiske tilnærming ved å beskrive fremgangsmåtene jeg har benyttet for å samle inn og bearbeide data. Som nevnt innledningsvis er jeg interessert i å undersøke hvilke faktorer som påvirker realisering av politiske idealer og mål med utgangspunkt i de ansattes fortolkning av egen yrkesrolle og samfunnsoppdrag. Det er perspektivet til de som arbeider i omsorgen, altså et profesjonsperspektiv, som utforskes. Min forskningsinteresse er å undersøke hvordan de ansatte og ledere i omsorgen kjenner til og tolker politiske idealer og mål for tjenestene, og hvordan de forstår sin egen rolle i arbeidet med å realisere målene. Det er, som jeg har beskrevet i kapittel tre, i møtet mellom den enkelte omsorgsmottaker og ansatte at politiske idealer og mål blir realisert i praksis (Lipsky, 2010). Min overordnede problemformulering for dette er derfor, som nevnt innledningsvis: *Hvilke faktorer påvirker ansattes muligheter og evner til å realisere politiske mål og idealer i omsorgstjenester for personer som har behov for omfattende tjenester i hjemmet?* Det er dette spørsmålet metoden jeg har valgt skal gi meg svar på. Jeg er altså interessert i å få innsikt i hvordan de ansatte opplever sitt arbeid og sine muligheter til å realisere målsettinger og idealer for tjenestene, og hva de ansatte oppfatter som forutsetninger og hinder for å få til dette i praksis.

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for mitt kunnskapsteoretiske ståsted, og hvordan det påvirker de metodiske valgene jeg har gjort. Deretter vil jeg presentere materialet og drøfte utvalget av bofellesskap og enheter som er med i undersøkelsene. Metoder og analysestrategi, som er grunnlaget for denne avhandlingen blir behandlet, og til sist presenteres noen forskningsetiske betraktninger.

4.2 Kunnskapsteoretiske perspektiver og metodiske valg

Den kunnskapsteoretiske forståelsesrammen avhandlingen bygger på, faller inn i en konstruktivistisk tradisjon som har preget mye av forskningen om funksjonshemming. Denne tradisjonen ser på funksjonshemming som sosialt konstruert, og som en relasjon mellom individ og omgivelser. Samtidig erkjennes det at det finnes fysiske, psykologiske eller biologiske utgangspunkt for konstruksjonen av funksjonshemming. Samfunnsvitenskapelig analyse av funksjonshemming har tradisjonelt foregått på tre nivå; individuelt nivå der erfaringer med funksjonshemming og funksjonsnedsettelse er tema, det sosiale nivået der

sosiokulturelle kategorier funksjonshemming er i fokus og samfunnsperspektivet med velferdssystemet og sosialpolitikk som temaet (Barnes et al., 1999). Selv om det ikke er en analyse av funksjonshemming jeg skal foreta i dette prosjektet, men en analyse av hvordan personalet forstår og omsetter politiske idealer og mål til praksis i møtet med funksjonshemmede beboere, vil de ulike nivåene Barnes et al. (1999) beskriver, være et relevant bakteppe for denne studien. Nivåene gjenspeiler også perspektivene i hovedprosjektet som phd-prosjektet er en del av. Problemstillingen for avhandlingen strekker seg over alle de tre nivåene, og de er viktige for å beskrive ulike perspektiver på yrkesutøvernes handlinger. I disse nivåene vil en både finne betingelser for forklaringer på, og konsekvenser av personalets handlinger. Med dette utgangspunktet er jeg interessert i å bruke metoder der jeg kan utforske hvordan individnivået, det sosiale nivået og det strukturelle nivået påvirker personalets realisering av politiske idealer og mål.

Jeg vil ikke betegne den metodiske tilnærmingen primært som en casestudie, men det er flere case som inngår i undersøkelsen. Casestudier kjennetegnes ved at det undersøker et avgrenset system eller case (evt. flere caser) over tid. Målet er å samle inn data ved hjelp av ulike datakilder som gir kontekst til dataene. Det er flere potensielle muligheter for å organisere materialet i caser. På overordnet nivå kan den enkelte kommune som er med i undersøkelsen, bli betraktet som en case, eller på et individuelt nivå kan tjenestene rundt den enkelte beboer defineres som en case. For denne avhandlingen finner jeg det mest formålstjenlig å definere det enkelte bofellesskap, der de ansatte som er intervjuet arbeider, som en case. Datakildene har vært intervjuer, observasjoner, dialogkonferanser og dokumenter. Kontekstualisering innebærer å situere casen i de fysiske, sosiale, historiske og økonomiske rammene der den eksisterer (Creswell, 1998).

Som en grunnleggende (ontologisk) forståelse legger jeg til grunn at virkelighet er noe som konstrueres av ulike aktører. Det vil derfor eksistere flere versjoner av virkelighet knyttet til casene som jeg undersøker; personalet vil ha ulike forståelser (versjoner) av virkeligheter, det samme vil beboere, pårørende, ledelse, politikere og jeg som forsker. Det er derfor viktig å være klar over at ved å velge forskningsmetodikk, velger en også et perspektiv på virkeligheten (Law, 2004). Ved å gjøre andre metodiske valg kan en annen versjon av virkeligheten (eller en annen virkelighet) kunne bli konstruert. Law (2004) utfordrer den tradisjonelle metodetenkningen gjennom å spørre hvordan metode skal forholde seg til en uklar og rotete verden. Han argumenterer for en videre, løsere og mer generøs forståelse av metode enn det som har vært vanlig. Law (2004) hevder at det ikke er mangel på variasjon i

praktiseringen av metoder som er problemet, men de hegemoniske og dominante pretensjoner enkelte versjoner av metoder har blitt gitt. Samtidig sier han at standardmetodene er gode på å gjøre det de gjør, men er dårlig tilpasset det forgjengelige, det uklare og det uregelmessige. Med dette mener han at det ikke er metodene i seg selv som er problemet, men det normative knyttet til dem i metodediskusjoner. Han hevder at forskning bygger på en oppfatning av at virkeligheten er noe som er «der ute», utenfor oss selv, og forskningen forsøker å beskrive denne virkeligheten. Han mener derimot at virkelighet konstrueres, og stiller spørsmål ved hvordan metoder er med på å konstruere den. Han viser til eksempler fra medisinen der ulike disipliner benytter ulike metoder og har ulike perspektiver for å snakke om objekter og prosesser som passer sammen og skaper en separat virkelighet. Hver av metodene skaper sin versjon av virkeligheten, og de ulike versjonene settes sammen til en virkelighet. Ved å benytte flere forskningsmetoder kan en få fram ulike representasjoner av fenomener og prosesser som undersøkes. Det gir bedre grunnlag for å kunne beskrive aktørers virkelighetsoppfatning, når en ved hjelp av ulike metoder setter sammen ulike versjoner til en virkelighet. Målet er å finne metoder som Denzin (2002, s. 354) beskriver som *capturing the phenomenon*. Det består i å finne flere tilfeller som omhandler problemet, hvordan en får kunnskap om livet til de som studeres, hvilke endringer de opplever, og historier med personlige erfaringer om temaet som studeres.

Jeg ønsker å undersøke hvordan personalet oppfatter sin yrkesrolle, og hvordan det omsettes til handlinger i interaksjon med beboere. Metodene skal sette meg i stand til å beskrive hvordan personalet som arbeider i omsorgstjenester forstår og omsetter politiske idealer og mål, og hva de mener at dette får å si for deres yrkespraksis. I samfunnsvitenskapelig forskning er det ikke uvanlig å benytte flere kvalitative metoder for å finne svar på slike problemstillinger. Både intervju og feltstudier eller en kombinasjon av disse er vanlige. I dette forskningsprosjektet benytter jeg ulike metoder for å «fange fenomenet»: fokusgruppe intervju med ansatte, pårørende og ansatte i vernepleierutdanninger, individuelle intervju med ledere og beboere, og deltakende observasjon, feltsamtaler, dialogkonferanser og dokumentstudier. Jeg vil komme nærmere inn på de ulike metodene videre i kapitlet, men først vil jeg beskrive datamaterialet som er utgangspunkt for analysen.

4.3 Materiale

Før jeg går inn på mine data vil jeg kort gjøre rede for kommunene og tjenestestedene som er med i hovedprosjektet «Omfattende tjenester i andres hjem», som mitt phd-prosjekt er en del

av. Det er, som nevnt, seks kommuner i Trøndelag som er samarbeidspartnere i prosjektet. Kommunene kan deles i tre kategorier; en stor, to middels og tre små kommuner¹⁰. Kommunenes ulikhet i størrelse og folketall gjør at de har organisert tjenestene på forskjellige måter. I samarbeid med kommunene er 16 ulike tjenestesteder valgt ut for å være med i prosjektet. De ulike tjenestestedene varierer i størrelse og utforming, fra enkelttiltak der det bor en beboer, til større bofellesskap med opp til 18 beboere. Til sammen bor det 147 beboere ved tjenestestedene som er inkludert i hovedprosjektet. Målgruppen for to av bofellesskapene er personer med psykiske diagnoser, mens de andre 13 virksomhetene har personer med utviklingshemming som sin primære målgruppe. Denne inndelingen er ikke helt uproblematisk for bildet er mer sammensatt. Det er flere av beboerne i boliger for personer med utviklingshemming som har sammensatte problemer og diagnoser i kombinasjon med utviklingshemming som psykiatriske diagnoser, autismespekter diagnoser, sansetap, multifunksjonshemminger eller rusproblematikk. Det er også beboere i enkelte av boligene som ikke har utviklingshemming, men har behov for omfattende tjenester i hjemmet på grunn av store fysiske funksjonshemminger. I tjenestene som er tilknyttet boligene er det mange ansatte. Til sammen representerer tjenestene som er med i prosjektet nærmere 500 ansatte i forskjellige stillingsstørrelser. Andre viktige informanter for prosjektet er beboernes pårørende og kommunale ledere på forskjellige nivå. Hovedprosjektet er som nevnt et praksisforskningsprosjekt der det benyttes mange ulike metodiske tilnærminger (Intervju med beboere, pårørende, ansatte og ledere, fokusgruppeintervju med ansatte og ledere, deltakende observasjon, dialogkonferanser og dokumentstudier). Mitt prosjekt har i prinsippet tilgang til data fra alle stedene og jeg har deltatt i diskusjoner i prosjektgruppa om funn fra alle kommunene.

I denne avhandlingen har jeg primært brukt data fra fire av kommunene, en stor, to middels og en liten kommune. Ansatte og ledere som er intervjuet representerer til sammen 11 virksomheter. Disse 11 virksomhetene yter tjenester for til sammen 99 beboere. Ansattressursen består av i overkant av 200 årsverk fordelt på mellom 350-400 tjenesteytere som arbeider turnus med tjenesteyting i disse virksomhetene. I praksis er det vernepleiere som er mest representert i mitt datamateriale, med vernepleiere i alle bortsett fra et av fokusgruppeintervjuene, til sammen 31 av 65 informanter som jeg har fått oppgitt utdanningsbakgrunn for. Sykepleiere er den nest største gruppen høgskoleutdannede i

¹⁰ Små kommuner: Kommuner med 0-4 999 innbyggere. Mellomstore kommuner: Kommuner med 5 000-19 999 innbyggere. Store kommuner: Kommuner med minst 20 000 innbyggere (SSB, 2011, s. 10)

datamaterialet med fem informanter, i tillegg er det to lærere, en sosionom og en som oppgir miljøterapeut som bakgrunn. I tillegg er det 19 informanter med helse- og sosialfaglige fagarbeiderutdanninger fra videregående opplæring. Seks er ufaglærte. Blant de seks faglederne som er intervjuet er fire vernepleiere og to er sykepleiere. Alle de tre enhetsledere jeg intervjuet har vernepleierfaglig bakgrunn.

4.4 Utvalg

Utvalg av omsorgstjenester og informanter vil ha betydning for hvilken informasjon jeg har tilgang til i arbeidet med avhandlingen (Kristensen & Ravn, 2015). PhD-prosjektet er, som beskrevet over, en del av prosjektet «Omfattende tjenester i andes hjem». I dette samarbeidet har kommunene i stor grad stått for rekrutteringen av bofellesskap og tjenester som inngår i prosjektet, dette gjelder også for de fire kommunene i mitt datamateriale. Dette har på den ene siden gjort rekrutteringsarbeidet forholdsvis enkelt, men på den andre siden kan det reises spørsmål ved om kommunene og lederne gjennom sine valg av bofellesskap kan ha påvirket hvilken informasjon vi får. Jeg verken tror eller har belegg for å hevde at det er gjort bevisst manipulasjon av utvalget, men i en drøfting av utvalget vil det være viktig å reflektere over spørsmål om rekruttering av utvalg. For de minste kommunene som er med i utvalget, er det så få personer i målgruppa, at utvalget representerer hele populasjonen. Hvis det bare er ett bofellesskap i kommunen, så er det med i utvalget. I den største kommunen er det derimot foretatt en utvelgelse av bofellesskap. Der finnes det bofellesskap med langt flere beboere enn i de bofellesskapene som ble rekruttert til utvalget i vår studie. En skal ikke se bort fra at størrelse på bofellesskap, med tanke på antall beboere, vil ha betydning for personalets mulighet til å realisere politiske idealer og mål. Dette vil kunne påvirke studiens troverdighet. Hvis en ser på hovedprosjektet som helhet, kan et annet spørsmål ved utvalget av tjenester reises. Antall bofellesskap for personer med utviklingshemming er svært stort og blir veldig dominerende i forhold til de andre målgruppene for hovedprosjektet. Det er ingen personer med behov for omfattende hjelp i hjemmet, og som benytter seg av brukerstyrt personlig assistent som er med i utvalget. Det er en gruppe brukere som vi vet at eksisterer i flere av de aktuelle kommunene, men kommunene rekrutterte ingen av disse tjenestene til dette prosjektet. Denne formen for omsorgstjenester er derfor ikke representert i utvalget uten at vi har en forklaring på hvorfor. Dette har mindre betydning for mitt phd-prosjekt, i og med at omsorgstjenester for personer med utviklingshemming er målgruppen.

Et annet aspekt ved rekruttering av informanter er utvalg til fokusgruppene. Før vi skulle gjennomføre fokusgruppeintervju gjorde vi avtaler med lederne for de enkelte bofellesskapene, eller enhetsleder i kommunen, om å finne deltakere til fokusgruppeintervjuene. Denne rekrutteringsprosessen kan både sies å ha et forhåndsdefinert utvalg, og at den har gjort bruk av mediatorer eller portvakter (Kristensen & Ravn, 2015). Ledere fungerte som portvakt for å skaffe deltakere til fokusgruppeintervjuene. Utvalgsriteriet er at de skulle finne personer med et tilsetningsforhold i bofellesskapet som de mente kunne belyse problemstillingene våre. I den praktiske gjennomføringen har vi i noen tilfeller fått bruke en del av personalmøter, eller at vi har kommet i vaktskiftet og møtt noen som skulle starte på vakt og noen av de som skal gå av vakt. I disse tilfellene har utvalget bestått av de som tilfeldigvis var på vakt denne dagen. Når ledelsen plukket ut personer førte det i første omgang til at vi primært fikk tilgang til ansatte i faste stillinger, med store stillingsandeler og som hadde lang erfaring. Det som kunne være problematisk med dette er at det i mange tilfeller er en stor andel av de som jobber i bofellesskapene som er vikarer og har mindre stillinger. Disse fikk vi da ikke snakket med. Dette førte til at vi ba om et utvalg informanter som representerer denne gruppa i et av bofellesskapene, noe leder ordnet med en gang. Vikarer og personer i små stillinger belyste problemstillingen, og ga oss nyttig informasjon om praksis, som vi ikke hadde fått i de andre gruppene. Den høye andelen vernepleiere og tilsvarende lav andel ufaglærte kan ha noe å si for resultatene, og må tas i betraktning når en skal vurdere om diskusjonene i fokusgruppene har overføringsverdi til andre praksiser.

I og med at hovedprosjektet er et praksisforskningsprosjekt der kommunene er samarbeidspartnere, er deltakelse i forskningsprosjektet noe som kommunen har bestemt. Intervju med ansatte er derfor gjennomført i arbeidstida. De ansatte fikk dermed lønn av kommunen i tiden de var tilstede i intervjuene. Vår erfaring er at deltakerne opplevde det som positivt å være med i fokusgruppeintervjuene og at de uttrykte at det ga en mulighet til å reflektere over problemstillinger som de ellers ikke hadde mulighet til i den daglige praksisen. Alle deltakerne er informert om at det er frivillig å delta i fokusgruppen og at de kunne trekke seg hvis de ønsket det. Ingen benyttet seg av denne muligheten.

Når det gjelder intervju med ledere, er det et begrenset antall personer som sitter i bestemte posisjoner og utvalget begrenset seg naturlig i forhold til antall ledere. Utvalg av ledere er gjort med tanke på å få belyst problemstillingene i prosjektet fra deres posisjon. Det er gjennomført intervju med ledere på ulike nivå i kommunene; ledere på høyeste administrative

nivå, enhetsledere, avdelingsledere og fagledere. Lederne som ble forespurt har ansvar, på et eller annet nivå, for de samme bofellesskapene som var med i utvalget. Lederne ble kontaktet og forespurt om de var villige til å bli intervjuet, og det var ingen av de som ble forespurt som ikke lot seg intervjuet.

Jeg behandler ikke de ulike casene på identisk vis. Noen av stedene har jeg gått mer i dybden, besøkt flere ganger, og gjort flere fokusgruppeintervjuer og lederintervjuer på ulike nivåer. Mens i andre bofellesskap har jeg bare gjennomført ett fokusgruppeintervju. Dette gjør at enkelte av casene blir viet større plass i avhandlingen.

4.5 Intervjuer

Mitt primære datamateriale består av 17 fokusgruppeintervju med til sammen 93 ansatte fra 11 utvalgte botilbud. Ni av botilbudene er for personer med utviklingshemming og to botilbud for personer med psykiske lidelser. Det er gjennomført 12 lederintervju med ledere på ulike nivå i fire kommuner. Det er disse intervjuene som er kjernen i datamaterialet. Profesjonenes perspektiv er supplert med sju intervju med beboere som bor i samlokaliserte boliger for personer med psykiske lidelser, og et fokusgruppeintervju med pårørende til de samme beboerne. I tillegg har vi gjennomført tre fokusgruppeintervju med vernepleiere som jobber i tre ulike vernepleierutdanninger, til sammen 12 vernepleierutdannere. Datainnsamlingen har foregått i en periode over to år og åtte måneder. Intervjuene er gjennomført på informantens arbeidsplass, i enkelte tilfeller i fellesarealet i bofellesskapene informantene arbeider, i andre tilfeller på et møterom eller personalrom i tilknytning til bofellesskapet. Lederintervju ble gjennomført på lederens kontor eller tilstøtende møterom, i de fleste tilfellene var dette lokalisert i kommunale servicebygg der administrasjon og ledelse hadde tilhold. Intervju med beboere ble gjennomført i beboernes egne leiligheter. Fokusgruppeintervjuene med vernepleierutdannerne foregikk på de respektive utdanningsstedene.

For at en samtale mellom intervjuer og intervjuobjekt skal betegnes som et forskningsintervju vil forskeren ha et formål med intervjuet. Kvale (1997) skiller mellom to hovedformer for intervju; det kan være utforskende intervju som er åpent og har lite struktur, eller formålet kan være å teste ut hypoteser som forskeren har, da vil intervjuet være mer strukturert. Hypotesetesting vil foregå ved å sammenligne intervjuer med flere grupper. Hovedformålet med et intervju kan derfor være både empirisk eller teoretisk. Undersøkelser kan være planlagt ut i fra å skulle innhente empirisk informasjon om f.eks. hvordan personalet i et bofellesskap forstår og omsetter politiske idealer og mål til praksis. Eller den kan være

planlagt med henblik på å teste følgene av en teori (f.eks Street-Level Bureaucrazy), eller for å utvikle empirisk fundert teori (Grounded theory) gjennom observasjoner og intervjuer. Intervjuer kan også brukes mer spesifikt i case-studier for å innhente kunnskap om en institusjon eller belyse mer generelle fenomener (Kvale, 1997). Mitt formål med intervjuene er å få kunnskap om hvordan de som arbeider i omsorgen oppfatter sin yrkesrolle og samfunnsoppdrag. Jeg ønsker å undersøke hva de mener er forutsetninger som må ligge til grunn for å oppnå målene, og hvilke hindringer begrenser muligheten for å realisere oppdraget. Jeg benytter Lipskys (2010) teori om Street-Level Bureaucrazy i analyse og drøfting av dataene.

Intervju som metode gir meg mulighet til å stille spørsmål om tema og problemstillinger som jeg ønsker belyst. Når jeg vil undersøke hvordan noen oppfatter et fenomen eller en prosess, er dette en metode som gir grundige beskrivelser av det som undersøkes. Målet med kvalitativ forskning er å få fram erfaringer som informantene har gjort seg, og er en egnet metode for å få kunnskap om informantenes opplevelser og oppfatninger. Formålet er å forstå intervjuobjektene daglige arbeid ut i fra deres perspektiv.

Individuelle intervju åpner opp for at informanten i større grad kan gi mer omfattende fortellinger, og snakke mer åpent om tema som kan være knyttet til status, konflikt og selvpresentasjon, enn gruppeintervju. Fokusgruppeintervju kan brukes eksplorerende, når forskeren ikke helt vet hvilke kategorier, koblinger og perspektiver som er relevant. Det egner seg også godt til å belyse et avgrenset tema, og det fungerer best når det åpner for at informantene kan snakke sammen om det de opplever i hverdagen. I disse samtaler kan tema som ikke drøftes til vanlig komme til overflaten, og mer usynlige eller ureflekterte problemstillinger kan bli satt ord på. Fokusgruppeintervjuer blir ofte valgt når det er flere lag med argumenter og det er ulike oppfatninger om temaet. Metoden passer godt når en ønsker å få fram ulike meninger eller gruppedynamikk (Macnaghten & Myers, 2006).

Det er ulike perspektiver på hvordan intervjudata skal forstås. Rapley (2004) peker, med henvisning til Seale (1998), på to ulike tradisjoner for analyse av intervjuer. Den ene tradisjonen er *intervjudata som ressurs* som kjennetegnes ved at en ser på dataene som om de reflekterer informantenes virkelighet utenfor intervjusituasjonen. Den andre tradisjonen ser på dataene som om de er *konstruert i fellesskap* mellom informantene og forskeren. Jeg deler den sistnevnte forståelsen. Det vi skal være klar over er at det som informantene sier i intervju er gjenfortellinger av noe som har skjedd. Rapley (2004) påpeker at det i like stor grad kan være at informanten vil presentere seg selv på en bestemt måte i den aktuelle sammenhengen, som

det reflekterer virkeligheten som skal beskrives. Han mener at oppmerksomheten derfor bør være på hvordan intervjusituasjonen *produserer redegjørelser og versjoner av erfaringer, følelser, identiteter, kunnskaper, meninger, sannhet etc.* (s. 16) [min oversettelse]. Jeg mener derfor at dataene ikke kan betraktes som objektive data hentet fra observasjon eller eksperimenter, men at de har oppstått i samtale med de som har deltatt. Det åpner for å reflektere over problemstillinger som deltakerne ikke nødvendigvis gjør i det daglige arbeidet. Dataene blir dermed meningsfulle relasjoner som skal tolkes.

Når jeg velger å benytte fokusgruppeintervju med personalet er det fordi jeg mener at denne metoden er godt egnet for å belyse problemstillingen for denne avhandlingen. Politiske idealer og mål er ikke entydige og vi kan oppleve at enkelte idealer og mål går på tvers av andre. Det er med andre ord flere lag med argumenter (Macnaghten & Myers, 2006). Realisering av idealer og mål i praksis vil derfor være en avveining mellom ulike interesser. Personalet vil oppleve en rekke dilemma. Det er nettopp dilemmaene personalet og ledere må ta stilling til i realiseringen av idealer og mål som er interessant å utforske (Jf. Denzin, 2002). Det er derfor viktig å designe intervjuguidene slik at ambivalensen de opplever kommer til uttrykk.

Intervjumetodene har gitt informasjon fra to forskjellige perspektiver. Hvordan ansatte og lederne oppfatter og snakker om mål og idealer knyttet til egen praksis, og hvordan de beskriver hvordan de handler i praksis for å realisere målene. Metodene har også gitt informasjon om hva de mener de ikke lykkes med å realisere. De to gruppene informanter har ulike roller i arbeidet med idealer og mål, og det kommer også fram under intervjuene. De representerer to perspektiver eller to versjoner av virkeligheter som jeg skal prøve å sette sammen til en virkelighet i mitt prosjekt (jf. Law, 2004).

Som sagt, er mitt prosjekt en del av et større prosjekt, og derfor har jeg samarbeidet med andre forskere i utarbeidelsen av tema for intervjuene, og i mange tilfeller har vi vært to forskere til stede i intervjusituasjonene. Dette har gjort at vi har hatt en arbeidsfordeling mellom oss, der en har ledet intervjuet og den andre har vært referent og deltatt gjennom å supplere med enkelte spørsmål. I de tilfellene jeg har vært alene, har intervjuet vært tatt opp på lydopptaker og transkribert i ettertid. Alle intervjuene har blitt innledet med en kort introduksjon om prosjektet. Intervjuene har vart fra 1 til 1,5 timer.

Alle intervju ble gjennomført som semi-strukturerte intervjuer (Kvale, 1997). Som et ledd i forberedelsene til intervjuene har vi utarbeidet intervjuguiden i form av temaoversikter som vi mener vil belyse problemstillingen fra ulike perspektiver. Vi har utarbeidet ulike intervjuguiden for hver av gruppene vi har intervjuet; ansatte, ledere, beboere, pårørende og

utdannere. Disse er noe justert etter hvert som prosessen har gått framover og intervjuer er gjennomført. Temaoversikten gir intervjuene struktur, samtidig som det åpner opp for at tema som informantene bringer fram kan forfølges og utdypes.

Temaene for fokusgruppeintervjuene med de ansatte er: Innhold i tjenestene, arbeidsforholdet, mål for tjenestene, om forholdet til beboerne, aktiviteter, bruk av boligen og forhold til pårørende. Under hvert av disse temaene utarbeidet vi en rekke spørsmål som i større eller mindre grad ble tatt i bruk under intervjuene. For lederintervjuene er det utarbeidet en tilsvarende temaliste. Hovedtemaene for spørsmålene var noe annerledes enn for personalet: Stillingen, mål for tjenestene, arbeidsoppgaver, forholdet til organisasjonen og innholdet i tjenestene. For hvert av temaene hadde vi flere oppfølgingsspørsmål. Fokus for beboer- og pårørendeintervjuene som vi gjennomførte i sammenheng med en omorganisering som nylig var gjennomført, har som primært mål å få deres beskrivelser av prosessen som var gjennomført, og temaene er derfor i stor grad relatert til dette. Temaene i fokusgruppeintervjuene med vernepleierutdannerne er: Vernepleierens profesjonelle kompetanse, innhold i undervisningen, studentpraksis, vernepleierens samfunnsoppdrag, forventninger til nyutdannede vernepleiere og kartleggings verktøy.

I intervjusituasjonene har vi lagt vekt på at informantene i størst mulig grad skal få uttrykke det de har på hjertet. Det har gjort at de enkelte intervjuene kan ha fokus på, og gå i dybden i litt ulike tema, samtidig som vi stort sett har fått belyst de fleste temaene i hvert intervju. Dette gjør at vi, på mange områder, kan sammenstille funn fra ulike intervjuer.

Det som kan være en svakhet ved fokusgruppeintervju, er at den enkelte kan vegre seg for å fortelle om handlinger de faktisk gjør i interaksjon med beboere, men som de tror er i strid med hva den kollektive oppfatningen for god praksis er. Vi erfarte i enkelte tilfeller at gruppeintervju kan bli dominert av enkeltpersoner og det kan være til hinder for dynamikken vi ønsker i gruppa.

4.6 Deltakende observasjon

Feltstudier og deltagende observasjon er en metode som er utviklet innen antropologien og sosiologien, og den har etter hvert blitt vanlig innen samfunnsvitenskapen. Som jeg har beskrevet over, er intervju den primære informasjonskilden og metoden for dette prosjektet, men for å supplere intervjuene med noe mer kontekst, har jeg gjennomført deltagende observasjon. Jeg har gjennomført deltagende observasjon i hovedsak på to steder, et bofellesskap og i tjenester organisert i samlokaliserte boliger. De deltagende observasjonene

ble gjennomført i løpet av en periode over to år og seks måneder. Og bestod av deltakende observasjon i til sammen sju dager fordelt som to dager i mars, en dag i juni og to dager i september 2016, og to dager i november 2018. Årsaken til at observasjonene ble gjennomført på denne måten, er at bofellesskapet der de første observasjonene ble gjennomført, ble omorganisert og flyttet til de samlokaliserte boligene sommeren 2018. Det var derfor interessant å se hvilke endringer dette medførte. I tillegg til disse boligene har jeg i samme periode besøkt flere av bofellesskapene i sammenheng med intervjuene og gjort observasjoner i den forbindelse. Jeg har for eksempel observert overlappingsmøter i forbindelse med vaktskifter.

Målgruppen for bofellesskapet jeg gjennomførte hoveddelen av den deltakende observasjonen var personer med psykiske lidelser. Dette er ikke tjenester for hovedmålgruppen for mitt phd-prosjekt, men parallellene til bofellesskap for personer med utviklingshemming er flere. Mange dilemmaer og utfordringer er de samme, og informasjon fra de deltakende observasjonene i disse omsorgstjenestene kaster nyttig lys over mine problemstillinger.

Det var ni beboere som hadde sitt hjem der. Det er noe tilfeldig at dette bofellesskapet ble valgt som arena for deltakende observasjon. Til dels var det praktiske årsaker fordi forskeren i hovedprosjektet som var kontaktperson for dette bofellesskapet, er i familie med en av beboerne og kunne av den grunn ikke gjøre dette. Det åpnet seg derfor en mulighet. En annen årsak var at dette bofellesskapet var for personer med psykiske lidelser, noe jeg har begrenset kjennskap til, og det representerte en annen del av omsorgstjenestene med klarere forbindelse til helsesektoren. Etter at bofellesskapet ble avviklet og et nytt tilbud er etablert som samlokaliserte boliger, gjennomførte jeg deltakende observasjon igjen. Flere av beboerne fra bofellesskapet hadde flyttet inn, men det var også flyttet inn andre beboere. Det var til sammen åtte beboenheter i det nye tilbudet. I tillegg var det en leilighet som var definert som akutt plass, som tas i bruk ved behov. Alle ansatte i bofellesskapet, ble overført til det nye tilbudet.

Ved deltakende observasjon er et overordnet formål å beskrive hva folk sier og gjør i sammenhenger som forskeren ikke har strukturert. Denne metoden velges når folks handlinger er det som interesserer oss. *Fieldwork is an expression of curiosity of the Other – of people who construct their worlds differently than we researchers construct ours* (Czarniawska, 2007, s. 9). Fangen (2010) mener at en fordel med feltarbeid er at det gir forskeren kunnskap gjennom egne førstehånds erfaringer. Disse erfaringene kan styrke forskerens forståelse og fortolkning av feltet. *Som deltakende observatør studerer du heller*

hvilke aktiviteter folk selv setter i gang, hvem som er til stede, hvilke profiler og posisjoner de har, og hva de sier, uten at du nødvendigvis stiller dem spørsmål (Fangen, 2010, s. 31). Når jeg har vært til stede i praktiske situasjoner, gjør det at jeg kan benytte egne inntrykk og følelser som en del av datamaterialet. Mange av inntrykkene jeg sitter igjen med gjennom feltarbeid kan være vanskelige å sette ord på, men de vil likevel prege min forståelse. Denne forståelsen vil gjøre meg som forsker mer følsom for mindre åpenbare sider ved praksisen og det reiser spørsmål som ikke blir aktualisert på samme måte i en intervjusituasjon.

For å få mer kunnskap om hva de ansatte faktisk gjør i praktiske situasjoner, er etnografisk metode gjennom feltarbeid eller deltakende observasjon, et godt supplement til intervju. Et felt forstås i denne sammenhengen som en praksis der både mennesker og omgivelser vil ha betydning for handlinger og samspill. Når jeg bruker begrepet deltakende observasjon, betyr *deltakende* at forskeren deltar, *ikke bare som forsker, men også som menneske* (Fangen, 2010, s. 29).

Som deltakende observatør vil du måtte engasjere deg i de menneskene du studerer, og delta i samhandling og samtale med dem. Du kan ikke stille deg utenfor deres verden ved å innta en ren tilskuerposisjon, der du kun nedtegner inntrykkene av hva de sier og gjør. Tvert i mot må du delta selv, for å få troverdige data, og for å ikke innvirke på situasjonen slik at de tilstedeværende føler seg objektivert og stresset av din tilstedeværelse (Fangen, 2010, s. 29).

Fangen (2010) sier videre at dette ikke betyr at du må delta i alle aktiviteter som foregår i praksis, men at du er tilstede og deltar i allmenn sosial samhandling med forskningssubjektene.

Den deltakende observasjonen jeg gjennomførte i bofellesskap/samløst boliger begrenset seg til sju dager og til sammen 29 timer og 40 minutter. Disse dagene oppholdt jeg meg primært i bofellesskapets fellesareal eller personalbasen, og observerte aktiviteter som foregikk der. I enkelte tilfeller ble jeg med inn i enkelte beboeres private leiligheter etter at personalet hadde avklart med beboeren at det var i orden. Inne i leilighetene observerte jeg samhandling mellom beboer og ansatt, i aktiviteter de kalte *boveiledning*, som i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) betegnes som praktisk bistand. I ett tilfelle ble jeg spurt av en beboer om jeg kunne hjelpe til med å ordne leiligheten (boveiledning) noe jeg da gjorde. I dette tilfellet var jeg alene sammen med beboer i hans leilighet. I et annet tilfelle ble jeg invitert inn i leiligheten til en annen beboer og vi hadde en samtale om hvordan det er å bo på denne måten.

En del av de daglige rutinene i bofellesskapet er ulike møter mellom de som er på arbeid denne dagen. Det er flere overlappingsmøter i vaktskifter i løpet av døgnet. De kaller disse møtene *rapport*. Der informeres det om alle beboere, hva de har gjort i løpet av dagen eller natten, hvilken helsetilstand de er i, og om det er noe spesielt det er viktig å være klar over for de som begynner på vakt. I løpet av dagene jeg gjennomfører feltstudiene deltar jeg som observatør på rapporter mellom dagvakt og ettermiddagsvakt og et morgenmøte mellom nattevakt og fagleder. Deretter på rapport fra fagleder til de andre på formiddagsvakt. Jeg deltar også på et fast møtepunkt som de hadde på slutten av hver vakt som de kalte *debriefing*, der fokus er på hvordan de ansatte har opplevd vakta. Jeg har også deltatt på tilsvarende møter i to bofellesskap for utviklingshemmede. Jeg kommer tilbake til betydningen av ulike samhandlingsarenaer for de ansatte senere i avhandlingen.

Egne observasjoner gir data som beskriver praksis og mulighet til å reflektere over hva som skjer i situasjonen, og i neste omgang kan det være utgangspunkt for spørsmål som kan stilles til aktørene. Denne tilnærmingen er krevende for det vil si at forskeren skal *delta mest mulig og leve seg inn i sine informanternes erfaringsverden, samtidig som hun skal observere og reflektere* (Almklov, 2008, s. 38). I feltarbeidet vil det stadig tvinge seg fram nye spørsmål som forskeren vil kunne søke svar på i fremtidige feltøkter. *An observer can never know better than an actor; a stranger cannot say more about any culture than a native, but observers and strangers can see different things than actors and natives can* (Czarniawska, 2007, s. 21). Det er i praksisfeltet både handlinger og handlingenes forklaringer finnes og kan observeres. Gjennom deltakende observasjon har jeg fått et mer sammensatt bilde og alternative fortellinger til det jeg har fått fram i intervjuene. Observasjon er en egnet metode for å studere praktisk samhandling. Ved å observere en praksis over tid vil forskeren få et mer helhetlig bilde av deltakerne og situasjoner de opplever. Det gir også mulighet til å observere hva deltakerne gjør i praksis i forhold til det de sier at de gjør, og en kan få informasjon som deltakerne ikke vil snakke om i et intervju. Gjennom deltakende observasjon får en også mulighet til å konfrontere deltakere med spørsmål på bakgrunn av det en har sett (Fangen, 2010).

Jeg gjorde noen notater i løpet av dagen i situasjoner der det var mulig, for eksempel hvis det ikke var noen beboere i fellesarealet. Om kveldene, etter at jeg hadde avsluttet observasjonene, skrev jeg mer utfyllende notater. Refleksjoner og analyser foregikk hele tiden.

4.7 Dialogkonferanser

Som en del av praksisforskningsperspektivet i hovedprosjektet, har vi gjennomført tre dialogkonferanser i ulike faser av prosjektet, ved oppstart, underveis og i avslutningsfasen. Dialogkonferanser som metode dreier seg om å samle deltakere og legge til rette for en dialog om handlinger. For å forstå og utvikle praksis må dette gjennomføres på en strukturert måte. Metoden ble utviklet innen arbeidslivsforskningen på 1980-tallet i Norge og Sverige for å skape endring i organisasjoner og på arbeidsplasser gjennom møter og dialog. Målet er å skape arenaer der relasjoner mellom deltakere blir etablert, og konkrete utfordringer blir tatt opp gjennom dialog (Lund, Rotvold, Skrøvset, Stjernstrøm, & Tiller, 2010). Forskernes jobb er å strukturere dialogkonferansen slik at vi får bedre innsikt i deltakernes erfaringer. Metoden egner seg til å få løftet fram problemstillinger som vi trenger mer kunnskap om. Gjennom dialogen reises nye problemstillinger og perspektiver, uavhengig av ideologi. Dette gjør at dialogkonferansen kan være en arena som fremmer både individuell og kollektiv forståelse av nye begreper. Enkelt begreper oppnår kollektiv status og blir en del av det kollektive praksisfellesskapet, mens andre begreper avvises. Nye begreper som tas i bruk i dialogene og får en kollektiv status, kan bli en del av det språklige praksisfellesskapet. (Lund et al., 2010) kaller denne type begreper for markører. Dialogkonferanser må legges til rette slik at nye perspektiver og aspekter kommer fram. *Dialogen, språket, deltakelse og kunnskapens forskjellige natur er [...] bærebjelker i dialogkonferansene* (Lund et al., 2010, s. 57). Strukturen i dialogkonferanser følger ofte et mønster der det gjennomføres gruppediskusjoner etterfulgt av oppsummeringer i plenum. Philips og Huzzard (2007, s. 10) beskriver fire tema som er forbundet med hverandre og som er en vanlig struktur i dialogkonferanser:

1. *Visions. How do we wish the organization and the work organization to look in the near future (3-5 years)? (A horizontal slice of homogenous groups.)*
2. *Challenges. What are the obstacles to change? (A diagonal slice of mixed groups.)*
3. *Ideas. What can be done? (Dialogue groups freely composed.)*
4. *Plans for future work. Who is to do what and when? (A vertical slice of heterogeneous groups.)*

Dialogkonferansene vi har gjennomført har ikke fulgt denne framgangsmåten slavisk, men vi kjenner klart igjen trekk fra strukturen. Våre konferanser har hatt ulik innretning og til dels ulik sammensetning av deltakere. Oppstartskonferansen ble gjennomført som første del av datainnsamlingen. Den hadde som formål å presentere og drøfte prosjektopplegget. De inviterte deltakere var representanter fra de seks kommuneadministrasjonene (N:17), brukerorganisasjoner (N:8) og arbeidstakerorganisasjoner (N:6), til sammen 31 deltakere. Fra prosjektet var vi 11 forskere og to masterstudenter. I tillegg til å drøfte opplegget for

forskningsprosjektet var en av målsettingene å identifisere hva som er hovedutfordringene i organisering av tjenestene til de som har behov for omfattende hjelp i hjemmet i dag, og hvilke dilemma oppstår i tjenesteytingen. Samtidig ba vi deltakerne om å finne gode eksempler eller tabber som vi kan lære av. Problemstillingene ble drøftet i grupper som var satt sammen på tvers av de ulike organisasjonene. Representanter fra prosjektet var sekretærer for gruppene, og oppsummeringer fra gruppediskusjonene ble presentert i plenum. Etter konferansen ble referater fra gruppearbeidene sammenfattet til et dokument der hovedtemaene fra diskusjonene er beskrevet.

På de neste to dialogkonferansene inviterte vi deltakerne som er nærmere praksis. Vi ønsket å invitere de samme deltakerne på midtveiskonferansen og avslutningskonferansen for å få kontinuitet, og for at deltakerne skal kunne være med å vurdere prosesser og utvikling i perioden prosjektet har foregått. På dialogkonferansen midtveis var sammensetningen av deltakere ledere (N:13), ansatte (N:38), beboere (N:6) og pårørende (N:16) fra de konkrete tjenestene og bofelleskapene i de seks kommunene som deltar i prosjektet deltakerne. Til sammen 73 deltakere. Fra prosjektet var vi 11 forskere. På konferansen ble sentrale utfordringer vi har sett under besøk og intervju ute i de enkelte enhetene presentert.

Konferansen bestod av to gruppesesjoner. Første sesjon tok opp utfordringer, og gruppene var sammensatt av representanter med samme rolle (beboere, ansatte, ledere og pårørende). I tillegg skulle gruppene beskrive fungerende praksis og positive eksempler. I andre gruppesesjon ble deltakerne satt sammen kommunevis, med unntak av beboerne som utgjorde en gruppe gjennom begge gruppearbeidene. Andre sesjon var et *fremtidsverksted* hvor utvikling av praksis var i fokus. To deltakere fra forskerteamet deltok som henholdsvis ordstyrer og sekretær i gruppene. Referatene fra de ulike gruppearbeidene er gjennomgått og sammenstilt i et eget referat fra konferansen.

På avslutningskonferansen er de samme deltakerne som på forrige dialogkonferanse invitert. Denne konferansen har mer fokus på å presentere funn fra prosjektet, og erfaringer kommuner, beboere og forskere har gjort seg i løpet av prosjektet. Konferansen ble innledet med en plenumssesjon der viktige lærdommer fra prosjektet ble oppsummert. En av deltakerkommunene presenterte endringer av organisering av tjenester den siste tiden og fra ett av delprosjektene ble beboernes opplevelse av selvbestemmelse belyst. Ikke minst fikk en av beboerne komme til orde med sine tanker om å ha hjemmet sitt på et sted som er arbeidsplass for andre. I avslutningskonferansens andre sesjon ble deltakerne delt i heterogene grupper på tvers av kommuner. Diskusjonsoppgavene hadde to hovedtema: nærledelse og

individuelle tjenester og deltakerne skulle reflektere over hvilken betydning nærledelse har for tjenesteytingen og utfordringer ansatte, ledere og pårørende opplevde med å nå målsettinger om å utvikle individuelle tjenester. For beboerne som deltok på konferansen var det en egen gruppe der de reflekterte over hva som hadde betydning for dem for å få de tjenester de hadde behov for. Flere av deltakerne hadde deltatt på de tidligere konferansene, men det var også enkelte som var med for første gang og deltok fordi de hadde fått nye roller i kommunene. Sammensetningen av deltakere på avslutningskonferansen var som følger: ledere (N:16), ansatte (N:15), beboere (N:6) og pårørende (N:4). På denne konferansen ble også representanter fra ergoterapi- og vernepleierutdanninger (N:7) invitert. Vi var 9 forskere fra prosjektet som deltok. Inkludert forskere var vi 57 personer som deltok.

4.8 Dokumentanalyser

For å kunne beskrive politiske idealer og mål for omsorg for personer med utviklingshemming har dokumentstudier av styringsdokumenter som meldinger til Stortinget, NOUer og komitéinnstillinger i Stortinget blitt analysert. Videre har jeg analysert kommunale planer for å undersøke hvordan styringssignalene blir fanget opp av lokale myndigheter og nedfelt i lokale planer og målsettinger for tjenestene.

Utvalget av styringsdokumenter er foretatt gjennom søk i databaser, og gjennom studier av forskning på tjenesteorganisering for målgruppen. Jeg har primært vært interessert i de nyeste dokumentene som vi kan anta har hatt konsekvenser for kommunenes planlegging og utforming av tjenestetilbud i dag. Eldre dokumenter fra tiden før Ansvarsreformen, som har hatt vært sentrale i utviklingen for målgruppen, har også blitt analysert. I analysene av kommunale planer har jeg tatt utgangspunkt i planene fra alle de seks kommunene som er inkludert i hovedprosjektet. Dette har gitt et noe større utvalg og bredde av planer. Alle relevante planer, både kommuneplaner og temaplaner fra de seks kommunene, er nøye gjennomgått og analysert. For å kunne sammenligne kommunene har jeg fokusert på planene som er felles for alle kommunene, nemlig den lovpålagte kommuneplanens samfunnsdel, som er et uttrykk for kommunenes langsiktige planer. I tillegg har kommunenes handlings- og økonomiplaner for inneværende eller kommende fireårsperiode blitt analysert.

I tillegg til offentlige styringssignaler til kommunene, vil profesjonsutdanningene ha en viktig rolle i å forberede og forankre idealer og samfunnsoppdrag for tjenestene hos framtidige profesjonsutøvere. Derfor er rammeplaner for utdanning, dokumenter og litteratur som beskriver profesjonsidealene for omsorgstjenestene blitt analysert.

Dokumentanalysene har primært vært en tematisk analyse der hovedmålet har vært å undersøke hvilken ideologi som ligger til grunn for dagens politikk, hvordan dette formuleres i idealer og målsettinger, og hvilke styringssignaler sendes nedover i systemene. Når jeg har analysert kommunale planer har jeg fokusert på hvordan de fanger opp signalene fra nasjonalt nivå og hvordan det formuleres i det kommunale planverket. I tillegg til den tematiske analysen, har jeg vært interessert i hvilke begreper kommunene bruker i sine planer når de skal beskrive mål og tiltak for tjenestene, og om disse gjenspeiler begrepsbruk fra styringsdokumentene.

4.9 Analysestrategi

Noe som har betydning for valg av analysestrategi er hvilken forskningsmetode som velges. Gjennom å ha benyttet intervju som den primære metoden, har jeg ikke primært en antropologisk tilnærming, der jeg ønsker i størst mulig grad å leve meg inn i informanters livsverden. Min tilnærming er i større grad et ønske om mer systematisk å «samle inn data» (eller for å bruke konstruktivistens perspektiv: gjennom intervjuer konstruere og beskrive versjoner av virkeligheter i interaksjon med informantene) for å belyse problemstillingen. Jeg deler Gubrium og Holsteins (1997) ønske om å skille mellom informantenes analyse av situasjonene, og mine egne.

We share ethnomethodology's desire to distinguish between members' analytic resources and our own. Therefore, as we focus on the substantive resources used in interpretive practice, we attempt to understand and describe them as they relate to members' activities. Our interest lies in how members apprehend, employ, and are constrained by interpretive resources and conditions; we want to document ethnographically how members' interpretive activities are conditioned by what they experience as the circumstantial realities of their lives (Gubrium & Holstein, 1997, s. 120). (uthevet i originalen)

I analysene har fokus vært på hvordan personalet forstår idealer og mål og hvordan materielle ressurser og organisering påvirker realiseringen av disse. Hvordan personalet konstituerer og beskriver hverdagslivet i denne praksisen, og hvordan de oppfatter sin yrkesrolle er sentralt. Det er også interessant hvordan de beskriver at de anvender sin kunnskap og makt, og hvordan de opplever at de hemmes av strukturer som omgir praksisen. Det er ikke primært en analyse av hva som foregår i situasjonene, jeg er mer interessert i å vite hvordan denne virkeligheten skapes og gjenskapes, forstås og bevares gjennom hverdagslivets praksis, det er de sosiale prosessene som er interessante. I praksiser som beskrives er samhandling en forutsetning. Derfor er det profesjonsteoretiske perspektivet som ligger til grunn for analysene interaksjonsteoretisk (Måseide, 2008). Analysene har fokus på de ansattes refleksjon over

hvordan idealer og mål blir konkretisert og virkeliggjort gjennom den praktiske aktiviteten i samhandling med beboeren, og hvordan personalet bruker den profesjonelle kompetansen i refleksjoner over dilemmaer som oppstår i interaksjon med beboerne, pårørende og andre profesjonsutøvere.

Jeg vil undersøke ansattes og lederes oppfatninger om praksisen de arbeider i. For å gjøre dette har jeg valgt en kunnskaps sosiologisk tilnærming, som jeg kan relatere det til de tre formene for kunnskap som Bogner og Menz (2009) bruker i sin artikkel om ekspertintervjuet; teknisk-, prosessuell- og tolkningskunnskap. Både ledere og personalet i bofellesskapene kan betraktes som eksperter i følge deres definisjon. Jeg anvender kunnskapsbegrepene som en analytisk konstruksjon til tolkning av informasjon som kommer fram i intervjuene.

Informantenes oppfatning av hva som er idealer og mål for virksomheten og hvilken oppfatning de har om egen rolle, beskrives av Bogner og Menz (2009) som *teknisk kunnskap*. Utdanning spiller en viktig rolle i hvordan informantene oppfatter sitt ideologiske ståsted og yrkesrolle. Andre viktige forutsetninger for hvordan personalet oppfatter som sine oppgaver er kunnskap om kommunens planer og ledelsens styring av virksomhetene. Det betegnes som teknisk kunnskap. Det dreier seg om konkret kunnskap om politiske idealer og mål for virksomheten, samt profesjonelle idealer og mer lokale målsetninger. Informasjon om ledelse og ledelsesidealene vil være en del av denne kunnskapen. Vi har søkt informasjon om dette på forskjellige måter i intervjuene, både gjennom direkte og mer indirekte spørsmål. For å kunne realisere idealer og mål, må personalet kjenne disse, i tillegg til lovverk, rutiner og planer som regulerer virksomheten. Fokusgruppeintervju med personalet er egnet til å skape diskusjon blant deltakerne om hvordan de har oppfattet målene for virksomheten, om det er uenighet blant dem om målene eller om de ikke har oppfattet hva som er målsettingene. Metoden gir forskeren mulighet til å stille spørsmål om hvordan de oppfatter sin egen yrkesrolle, og det ligger også til rette for at deltakerne kan diskutere og reflektere over egen funksjon i realiseringen av målsettingene. På den annen side er ikke personalets kunnskap om dette en garanti for at idealer og mål følges opp i det daglige arbeidet. Et annet sentralt spørsmål har vært om de politiske idealene og målsettingene oppleves som like relevant i dag, som de var rett etter reformene på 1990-tallet. Her fikk personalet mulighet til å reflektere i fellesskap om relevans og hva de opplever at kommunens politikere mener er viktig i omsorgen. Spørsmål om barrierer i arbeidet med å realisere idealer og mål var et tredje tema som var oppe til diskusjon i fokusgruppene. Dette er også spørsmål som egner seg godt å reflektere sammen om i et fokusgruppeintervju.

De individuelle lederintervjuene er godt egnet til å få informasjon om tekniske kunnskap. Ledere har mer kunnskap og bevissthet om idealer og mål. De har stor bevissthet om faglige idealer og kjenner lovverk, regler og rutiner godt. Flere av lederne har også vært med å utforme kommunenes planer for omsorgen. De kjennetegnes av lang erfaring og kunnskap om utviklingen av omsorgen over tid.

Den andre analysekategorien, den *prosessuelle kunnskapen* (Bogner & Menz, 2009) eller det som kan kalles praksiskunnskap, som dreier seg om handlinger, interaksjon med beboere, rutiner i virksomheten og aktuelle hendelser. Det er erfaringsbasert kunnskap som personalet har fått gjennom praksis fra tjenesteyting, og er en annen type informasjon som vi ønsker å få innblikk i gjennom fokusgruppeintervjuene. Personalet snakker om hvordan de handler i ulike situasjoner for å realisere idealer og målsettinger i interaksjon med beboere. Det kan også være refleksjoner over rutiner og andre strukturer i virksomheten, hvordan disse praktiseres og eventuelt hvordan de blir opplevd som hinder for å realisere idealer og mål. Beskrivelser av handlinger i praksis, blir ofte ledsaget av fortellinger om hendelser fra den praktiske hverdagen som kan kaste lys over den aktuelle problemstillingen. Det er viktig å huske at det som kommer fram i fokusgruppeintervjuene er personalets gjenfortellinger av hendelser og erfaringer. Det er deres tolking av den aktuelle hendelsen og at dette i seg selv en representasjon av en virkelighet.

Lederintervjuene egner seg også godt til å få prosessuell kunnskap, men på et litt annet nivå enn om den praktiske interaksjonen med beboere som personalet kunne fortelle om. Ledere har et mer overordnet blikk på prosessene. De har også klare meninger om hvordan interaksjonen mellom personale og beboere bør være. Ledere er primært involvert hvis det oppstår alvorlige hendelser som skader på personalet, saker med vedtak om bruk av tvang og makt eller i oppfølging av sykemeldte. Men i hovedsak er de mer vendt mot prosesser på overordnet nivå, som plan- og budsjettprosesser. De er mer orientert oppover i systemet, deltar på møter med andre ledere på samme nivå, og blir ansvarliggjort for driften av sin enhet av kommuneledelsen.

Den siste av analysekategorien er *tolkningskunnskap* (Bogner & Menz, 2009), det er informantenes subjektive oppfatninger, synspunkter og tolkninger av hva som er idealer og mål for praksis. Det viser at kunnskap ikke nødvendigvis er en ting, men et konglomerat av ulike oppfatninger og synspunkt. Her er det informantenes tolkning av idealer, mål, regler som er i fokus. Flere av spørsmålene vi tar opp i fokusgruppeintervjuene handler om hvordan personalet forstår de politiske idealene om tema som *selvbestemmelse, normalisering og*

aktivt voksenliv og hvordan de setter ord på problemstillinger og dilemma knyttet til disse temaene. Personalets tolking av idealer og mål er sentralt i realiseringen av dem.

Fokusgruppeintervju er egnet til å skape felles refleksjoner om tolkninger, men her kan det være at det er kollektivets felles oppfatninger som kommer til uttrykk, og ikke i så stor grad individuelle tolkninger. De individuelle lederintervjuene egner seg vel så godt til å få fram tolkningskunnskap. Lederne er også mer trent i å sette ord på denne type kunnskap. I og med at flere av lederne har vært med å utforme kommunenes strategiske planer for omsorgen, har de også tidligere vært med i diskusjoner om idealer og mål, og tolkning av disse.

Et siste poeng jeg vil påpeke, som et utgangspunkt for analysen, er at det er ikke slik at vi ved oppstarten av forskningsprosjektet står helt uten kunnskap om dette praksisfeltet. Vi har noen tanker om hvilke problemstillinger og dilemma som er aktuelt å undersøke nærmere, og spørsmål vi ønsker å få personalet til å reflektere rundt. Gjennom dialogkonferanser i hovedprosjektet fikk vi verdifull informasjon om områder som det er aktuelt å undersøke nærmere. Et eksempel på dette er pårørendes rolle, som var et tema som ble tatt opp i dialogkonferansene. Vi har også med oss teoretiske perspektiver. Som jeg beskriver i kapittel tre, er analysene inspirert av Lipskys (2010) teori, som beskriver skjæringspunktet mellom policy og praksis, og hvordan det profesjonelle skjønnet påvirkes av rammevilkårene arbeidet utføres i. Hans teori om hvordan personer som har ansvar for den offentlige tjenesteytingen, utformer politikken gjennom konkrete handlinger i møtet mottakere av tjenester. Han hevder at er det tjenesteyternes skjønn som til syvende og sist som bestemmer hvilke tjenester mottakeren får og hvordan de utformes.

Gjennom analysene er ikke min ambisjon å teste denne teorien i de aktuelle praksisene, men snarere å benytte begrepsapparatet som et analytisk verktøy. Jewell og Glaser (2006) har også latt seg inspirere av teorier om bakkebyråkrater, og de har utviklet et rammeverk for å undersøke hvilke faktorer som påvirker de som jobber i førstelinjetjenesten når de skal omsette politiske mål til praksis i møte med brukerne. De stiller spørsmål om hvorfor noen typer sosialarbeidere er mer effektive enn andre med å fremme tjenestens mål i samhandling med brukerne. De referer til Elmore (1979) sin analysestrategi «Backward-mapping» og stiller flere spørsmål: Hvordan defineres resultater av de politiske målene? Hvilken posisjon i en organisasjon har størst mulighet til å påvirke det aktuelle politiske målet? Og hvilken atferd hos personalet er best tilpasset for å oppnå det ønskede resultatet?

De peker på seks områder som kan være utgangspunkt for en analyse av organiseringen av tjenester som kom oppsummeres i følgende punkter: 1) *Myndighet*, som forstås som den

ansattes mulighet til å påvirke brukere i kraft av sin stilling. 2) *Rolleforventninger*, som forstås som hvordan mål og verdier i tjenesten blir en del av den ansattes egen oppfatning av og holdninger til arbeidet og brukerne. 3) *Arbeidsmengde*, som er omfanget av oppgaver knyttet til det daglige arbeidet. Dette gjelder både antall oppgaver de er pålagt og oppgavens art. 4) *Brukerkontakt*, som refererer til frekvens, tidsbruk og kvalitet på samhandlingen med brukerne. 5) *Kunnskap og ekspertise*, som knyttes til hvordan den ansatte forstår regler og mål med tjenesten, brukernes muligheter og behov og hvilke ferdigheter som trengs for lette undersøkelser og engasjement rundt brukerne og 6) *Insentiver*, som er formelle og uformelle systemer for belønning og sanksjoner som påvirker den ansattes handlinger.

Ved å benytte teorier som analytiske redskaper, vil analysene av dataene til en viss grad også kunne betraktes som en form for hypotesetesting (Kvale, 1997). Analysearbeidet kan derfor betraktes som en abduktiv prosess.

4.9.1 Koding og analyse

Analyse av kvalitative data handler om å bygge bro mellom rådata og resultater. Gjennom å tolke og sammenfatte dataene prøver en å beskrive det vesentligste i materialet. Problemstillingen for prosjektet stiller spørsmål til materialet og det er gjennom å organisere og systematisere dataene at mønstre trer fram. Gjennom kritisk refleksjon identifiserer og gjennforteller vi mønstrene (Malterud, 2003, s. 93).

Et verktøy for å identifisere mønstre og kjennetegn ved dataene er dataverktøyet Nvivo, som jeg har tatt i bruk i dette prosjektet. Alle data med unntak av overordnede styringsdokumenter er lastet inn i analyseverktøyet. Transkripsjoner av individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer, observasjonsnotater og kommunale planer, er bearbeidet og kodet ved hjelp av dette programmet.

Analysearbeidet startet allerede under intervjuene, og har vært en pågående prosess under hele prosjektet. De mer systematiske analysene startet med å gå nøye gjennom alle intervjuer og feltnotater. For å få et overblikk over helheten, er transkripsjonene lest grundig flere ganger. Denne gjennomlesningen dannet grunnlag for tema som tydeligst kom til uttrykk fra de ulike informantene. Data fra intervjuene ble analysert og strukturert med tanke på å finne gjennomgående dimensjoner i dataene. Disse temaene dannet utgangspunkt for kodingen. I første fase av analysene ble tre tema spesielt tydelige: *Dilemma* i tjenesteytingen, *ideologi* som utgangspunkt for tjenesteytingen og *organisering* av tjenestene som påvirker realiseringen av idealer og mål. Med disse temaene som utgangspunkt kodet jeg dataene.

Under temaet *dilemma*, kodet jeg hva ansatte og ledere beskrev som dilemmaer i forhold til tvetydige idealer og mål som selvbestemmelse, tvang og makt, uro og utagering. Under temaet *ny ideologi* kodet jeg hva de ansatte beskrev om idealer for omsorgen som normalisering, selvbestemmelse, individuelle tjenester, aktivt voksenliv, deltakelse og inkludering, men også idealer fra NPM. Under temaet *organisering* kodet jeg det ansatte og ledere sa om ressurser, utforming av bofellesskapet, ledelse, faglig refleksjon, rutiner og rapporteringssystemer.

Analysene er gjennomført i flere trinn, først ved å kategorisere dataene i mindre deler, for deretter å sette de sammen igjen i en forståelig sammenheng. Jeg benytter også teoretiske perspektiver fra tidligere forskning, som har bidratt med ideer til nyttige kategorier i de ulike fasene av prosjektet.

4.10 Troverdighet og begrensninger

Et viktig spørsmål jeg har stilt meg i arbeidet med avhandlingen er det samme som Creswell (1998, s. 193) stiller: *How do we know that the qualitative study is believable, accurate, and right?* Han mener det er noen kriterier som må ligge til grunn for at forskningsresultater skal kunne etterprøves eller verifiseres. Begreper som benyttes for å gjøre rede for troverdighet i kvalitativ forskning er representativitet, pålitelighet og overførbarhet. Jeg vil peke på prosedyrer og fremgangsmåter Creswell (1998) beskriver, og drøfte spørsmål knyttet til troverdighet i forskningen jeg har gjennomført for å sikre mest mulig pålitelige data.

En metode for å sikre at datagrunnlaget belyser fenomenet som studeres er triangulering av metoder og kilder. Data til denne avhandlingen er fremskaffet gjennom ulike metodiske tilnærminger: fokusgruppeintervju med ansatte i bofellesskap, fokusgruppeintervju med ansatte i vernepleierutdanninger, lederintervju, intervju med beboere, fokusgruppeintervju med pårørende, deltakende observasjon, dialogkonferanser og dokumentstudier. De ulike metodene gjør det mulig å tilnærme seg fenomenet jeg har studert fra ulike perspektiver. Det gir et mer utfyllende bilde enn om jeg bare skulle brukt en metode. Som jeg har gjort rede for tidligere i dette kapitlet, vil jeg tilnærme meg problemstillingen fra ulike nivåer – både fra individ, sosialt og samfunnsnivå, og metodetriangulering gjør dette mulig.

Triangulering av kilder er en annen strategi for å sikre mest mulig pålitelige data. Dette er gjort gjennom å inkludere ledere og ansatte i bofellesskap fra fire kommuner – en stor, to mellomstore og en liten kommune. Dette gir et utvalg av kommuner som representerer ulike løsninger på organisering og styring. 11 forskjellige bofellesskap eller boformer, med ulik

størrelse og organisering, er representert i de 17 fokusgruppeintervjuene med ansatte. Dette gir både en bredde i praksiser på tvers av kommuner og bofellesskap. Samtidig er fokusgruppeintervjuer med flere grupper av ansatte foretatt ved enkelte av bofellesskapene. Det gir et mer sammensatt bilde av praksis i disse bofellesskapene. Utvalget av ledere som er intervjuet i fire forskjellige kommuner, er på ulike nivå i organisasjonene. Det gir også forskjellige perspektiver på fenomenet som jeg har undersøkt.

Dialogkonferansene er en mulighet til å diskutere problemstillinger med ansatte, beboere, pårørende og ledere. Gjennom konferansene har vi fått innspill på hva de ulike aktørene mener er problemområder som vi burde se nærmere på. Hovedprosjektets praksisforskningsperspektiv, har også åpnet opp for å involvere praksisfeltet i problemstillinger som har kommet fram i prosjektet underveis. Dette har gitt forskningsprosjektet større nærhet til praksisfeltet. Ved to av bofellesskapene, har jeg deltatt i oppfølgingsmøter for å presentere funn fra undersøkelsene med tanke på å endre praksis. Dette har åpnet for refleksjon og dialog rundt våre funn.

Arbeidet med avhandlingen er, som nevnt flere ganger, en del av et større prosjekt der flere erfarne forskere deltar. Vi har ofte vært to forskere til stede under intervjuene. Dette gir muligheter til å diskutere funn og analyser. Vi har gjennomført jevnlige prosjektmøter der funn og problemstillinger er presentert og drøftet underveis. I dette forumet har jeg fått delta i verdifulle diskusjoner, og fått kritiske og konstruktive innspill til analyser jeg har presentert. Gjennom disse prosessene har kvalitet på analyser og tolking av data blitt styrket. Til en viss grad har dette også kunne bekrefte eller avkrefte om funn jeg har gjort gjennom mine data er representative gjennom at flere av forskerne i prosjektet har funnet det samme. Disse møtene har bidratt til en kvalitetssikring av data, funn og analyser.

Et siste poeng jeg vil peke på i denne sammenheng, er at kvalitativ forskning ofte beskrives gjennom såkalte *tykke beskrivelser*. Disse beskrivelsene er så detaljerte at lesere kan reflektere over om informasjonen samsvarer med egne erfaringer og avgjøre om funnene kan overføres til andre situasjoner fordi karakteristiske trekk ved situasjonene som beskrives, er de samme som erfares i andre praksiser. I de empiriske analysene og drøftingene som presenteres i del II av avhandlingen kontekstualiseres og gjengis relativt mange sitater fra intervjuene, nettopp for at leseren skal ha mulighet til å gjøre seg opp egne meninger om tolkninger som jeg gjør.

Avslutningsvis vil jeg understreke to poenger. For det første er det de ansattes perspektiv som er utgangspunktet for dette forskningsprosjektet. Gjennom å benytte fokusgruppeintervju og individuelle lederintervju som metode, er det de ansattes fortellinger og tolkninger av

fenomenene som beskrives. Avhandlingen er ikke et forsøk på å beskrive hvordan praksis faktisk foregår, men den vil beskrive hva de ansatte sier at de gjør og refleksjoner de knytter til praksiser de beskriver. Dette perspektivet er valgt fordi de ansattes refleksjoner om politiske idealer og mål, vil etter min mening, ha stor betydning for hvordan de handler i praksis, til tross for at det ikke er noen garanti for at de gjør som de sier.

For det andre, er et påfallende funn fra mange av fokusgruppeintervjuene, deltakernes manglende evne til å gjøre rede for målsettingene ved virksomheten de jobbet i. Dette kan skyldes flere ting. En forklaring kan være at de ikke kjenner idealer og mål, en annen forklaring kan være at de kjenner målsettingene, men ikke klarer å sette ord på det når de får direkte spørsmål om målsettinger. Vi kunne kjenne igjen politiske idealer og mål i refleksjoner om hvordan de arbeidet i praksis. En tredje forklaring kan være at fokusgruppeintervju ikke er egnet for å få fram denne type kunnskap. Dette er problemstillinger jeg vil komme tilbake til i drøftingen.

Kvalitativ forskning er ikke en metode der funn kan generaliseres. Men jeg vil forsøke å gjøre framstillingen av funn og analyser så tydelig, at leseren kan vurdere om det har overføringsverdi til andre praksiser.

4.11 Forskningsetiske betraktninger

Personopplysningsloven (2018 §§ 7 - 27) regulerer meldeplikt for forskningsprosjekter som behandler personopplysninger. Dette prosjektet er meldepliktig og meldt til Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (Vedlegg I). Det er utformet samtykkeskjema og fire informasjonsskriv tilpasset de ulike delene av utvalget (beboere, pårørende, ansatte/ledere, og beslutningstakere).

Kvale (1997) omtaler tre etiske regler som er spesielt viktige når en skal forske på mennesker: informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser. Informert samtykke innebærer at de som er informanter i intervju eller deltakende observasjon, informeres om forskningsprosjektets overordnede mål og hovedtrekk i prosjektplanen. De skal også få informasjon om at deltakelse i forskningsprosjektet er frivillig og at de kan trekke seg når som helst, hvis de måtte ønske det. Konfidensialitet handler om at forskningen ikke skal offentliggjøre personlige data som kan avsløre informantens identitet. Det tredje etiske prinsippet Kvale (1997) trekker fram er at konsekvensene av intervjustudien bør vurderes med tanke på mulig skade det kan påføre intervjupersonene som deltar.

Deltakerne i denne studien har krav på vern, men ut i fra de posisjonene de har, vil krav om vern fortone seg noe ulikt. Beboere i bofellesskapene har krav på det sterkeste vernet. Personer med kognitive vansker og psykiatriske diagnoser utgjør ingen homogen gruppe, men et fellestrekk er at de er i sårbare posisjoner og kan ha vanskeligheter med å formulere egne ønsker og krav. Enkelte kan mangle samtykkekompetanse. Det er derfor meget viktig å vise varsomhet og utøve skjønn i feltarbeidet. I bofellesskapene der jeg gjennomførte deltakende observasjon, er det ingen av beboerne som mangler samtykkekompetanse. Forskere fra hovedprosjektet gjennomførte informasjonsmøter med alle bofellesskapene, der både beboere, pårørende, ansatte og ledere var representert. Her ble det informert om prosjektet og problemstillinger som kunne være interessante å forfølge videre i prosjektet ble drøftet.

Forut for mitt feltarbeid sendte jeg et informasjonsskriv til beboerne, med invitasjon om å delta i prosjektet og samtykkeskjema. Enkelte av beboerne ble forespurt av leder ved boligen om de var villige til å bli intervjuet. De som var villige til å bli intervjuet undertegnet samtykkeskjemaet. Både gjennom informasjonsskrivet, og i forkant av intervjuet informerte jeg om at deltakerne når som helst kunne trekke seg og be om at opplysninger om seg selv ble slettet. Alle beboere og ansatte var informert om prosjektet av lederen ved boligen før jeg kom, der fikk de også informasjon om at det var frivillig å snakke med meg. Når jeg var kommet til bofellesskapet, ble jeg presentert for beboerne som oppholdt seg i dagligstua (fellesarealet) av ansatte, eller jeg presenterte meg selv. Jeg svarte på spørsmål som beboere og ansatte måtte ha om prosjektet. Gjennom hele feltarbeidet reflekterte jeg over egen rolle og framgangsmåte, og var oppmerksom på å legge til rette for at dagliglivet i bofellesskapet gikk sin gang, og at jeg i så liten grad som mulig virket forstyrrende inn på det som skjedde der.

I tillegg til informasjonen som er sendt til beboere, er det utarbeidet et informasjonsskriv til ledere og tjenesteutøvere i kommunene med informasjon om prosjektet. Der informeres det om at det vil bli gjennomført intervjuer og deltakende observasjon i bofellesskapene som kommunene hadde valgt ut til å delta i prosjektet. Det er frivillig å delta, og hvis en ikke ønsker å delta, vil det ikke noteres fra situasjoner der denne personen inngår, og vedkommende vil ikke bli intervjuet. Informasjonsskrivet informerer også om at opplysninger blir behandlet konfidensielt, og at ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i det som skrives om prosjektet. Alle intervju ble innledet med en kort informasjon om prosjektet, målsettinger og prosessen. Alle deltakere ble informert om at deltakelse var frivillig og at de kunne avstå fra å delta hvis de ønsket det. Utvalg av deltakere til fokusgruppeintervju med ansatte var foretatt av ledere i bofellesskapene. For ledere og ansatte ble ingen persondata

registrert, bare synspunkter som kom fram under intervjuene. Både i informasjonsskrivet til beboere og ansatte er det oppfordret til å ta kontakt hvis en har spørsmål. Alle ansatte var villige til å delta og ingen brukte muligheten til å trekke seg fra prosjektet. Det er vanskelig å vite om noen av de ansatte opplevde at de måtte delta fordi de var plukket ut av ledelsen, men vi fikk ikke inntrykk av at noen følte press om å delta. Det var derimot flere som ga uttrykk for at de syntes deltakelsen var interessant, og at de fikk diskutert og reflektert over problemstillinger de sjelden hadde tid til i arbeidshverdagen.

Deltakere i fokusgruppene er anonymisert og bofellesskapene disse representerer presentert slik at de ikke skal gjenkjennes. Enhetsledere og ledere på høyere nivå i kommunene kan være vanskelig å anonymisere fordi det er så få personer det dreier seg om på de ulike ledernivåene. Det er en risiko for at personer som kjenner lokale forhold kan gjenkjenne hvilke stillingsinnehavere det er snakk om. Hvis jeg forsøker å anonymisere ledere ved å generalisere begrepsbruk, eller plassere ledere på fiktive steder i organisasjonen, kan framstillingen bli veldig avvikende fra virkeligheten, og det blir vanskelig å få fram viktige poenger i styringssystemet. I mange tilfeller vil nettopp informasjon om hvilket nivå lederen er leder på være avgjørende for å få fram hvordan praksis utspiller seg i kommunen, og hvordan styringssystemer fungerer. En helse- og sosialsjef, for eksempel, har en bestemt funksjon og myndighet i organisasjonen og framstillingen vil bli helt feil hvis jeg ikke plasserer denne på riktig plass i hierarkiet hvis det er et poeng for framstillingen. Ledere på høyere nivå i kommunene representerer kommunen og kommunens policy på en annen måte enn medarbeidere lenger ned i systemet. Når det gjelder kommunene og kommunale systemer og tjenester har de ikke vern på samme måte som enkeltpersoner, det er forskningens oppgave å påpeke kritikkverdige forhold og praksis som bør endres. Når det er sagt, har jeg, så langt det er mulig, anonymisert og generalisert for at ikke enkeltpersoner blant lederne skal kunne gjenkjennes. For eksempel har jeg i mange tilfeller generalisert begrepsbruken til å bruke begrepet *leder* uavhengig av nivå.

Det siste punktet Kvale (1997) drøfter er hvilke konsekvenser studien kan ha for deltakerne, og forskeren bør vurdere hva deltakelse i intervjustudien kan ha å si for informantene. I denne undersøkelsen er spørsmålene som drøftes knyttet til arbeidssituasjonen, og den praksis som foregår i tjenesteytingen. Det er i liten grad spørsmål av personlig art som er gjenstand for undersøkelse. I teksten vil portretter av enkeltpersoner bli tegnet gjennom beskrivelser av situasjoner, og gjengivelse av ytringer personer kommer med. Det kan være utsagn og beskrivelser av praksis, som kan sette enkeltpersoner i et dårlig lys. Jeg har derfor tenkt nøye

gjennom hvordan personer og enkelte situasjoner framstilles. Jeg har vært opptatt av at informantene skal bli framstilt på en måte som de kan kjenne seg igjen i. Jeg har vært bevisst på at måten folk ordlegger seg på muntlig, kan, når det omgjøres til skriftlig tekst, gi inntrykk av at fornuftige personer virker naive. Måter vi formulerer oss på muntlig kan gi feil inntrykk hvis de transkriberes ordrett. Når det er brukt sitater fra intervju eller feltsamtaler, har jeg tatt hensyn til dette, og bestrebet meg på ikke å framstille informanter på en slik måte. I enkelte tilfeller har det ført til at utsagn er omformulert til en mer skriftlig språkform, men uten å endre meningen.

4.12 Markering av sitater i teksten

Sitater fra lederintervjuene er merket med lederens stilling, som enhetsleder, fagleder, avdelingsleder. Videre oppgis kjønn og profesjonsutdanning. Dette gir de ulike lederne noen kjennetegn slik at opphavspersonene til sitatet i noen grad kan adskilles, samtidig som noen av lederne får samme betegnelse fordi de har samme stillingsbetegnelse, kjønn og utdanning. Dette gjør at lederne er anonymisert. Et eksempel på hvordan sitater fra lederintervjuer merket er: (Fagleder, kvinne, vernepleier). For ledere på rådmannsnivå i organisasjonene brukes bare betegnelsen kommunal leder. Sitater fra fokusgruppeintervju med ansatte eller vernepleierutdanninger er merket med et nummer på bofellesskap/vernepleierutdanning som er tilfeldig valgt, og nummer på fokusgruppe ved dette bofellesskapet, for eksempel (Bofellesskap 1, fokusgruppe 1). Alle sitater fra fokusgruppeintervjuer er markert etter dette systemet, også der betegnelsen samlokaliserte boliger eller enetiltak hadde vært mer riktig. Alle sitatene har også et nummer som indikerer at det kan være flere fokusgruppeintervju gjennomført av ansatte i bofellesskapet, tallet 1 er også oppgitt der det bare er gjennomført et fokusgruppeintervju. Sitater fra intervju med beboere er alle markert (Intervju med beboer) og tilsvarende, fokusgruppeintervju med pårørende som (Fokusgruppeintervju med pårørende). Sitater fra feltnotater er markert med (Feltnotat).

Del II

Innledning

Del II av avhandlingen består av fem kapitler som belyser de ulike forskningsspørsmålene som ble presentert innledningsvis i avhandlingen.

Kapittel fem legger et grunnlag for å forstå hvilke ideologiske fundamentet samfunnet forventer at omsorgstjenestene skal bygge på i arbeidet med å realisere politiske idealer og mål. De ansatte er den viktigste enkeltfaktoren for å klare dette. Kapitlet presenterer fire søyler som tjenesteutøvelsen hviler på; nasjonale sosialpolitiske idealer og mål, kommunale planer, profesjonsidealene og idealer fra NPM. Idealene skal fungere som en veiledning og gi tjenestene som helhet og den enkelte ansatte et bedre grunnlag for å ta beslutninger som fremmer de målene som samfunnet har satt for tjenestene og den enkelte bruker.

De fire påfølgende kapitlene analyserer og drøfter ulike aspekter ved policyimplementeringen. Organisering av tjenestene vil være et gjennomgående tema i alle disse kapitlene. Kapittel seks drøfter mulige endringer av ideologien tjenesteytingen hviler på og konsekvenser av dette. Kapittel sju undersøker de ansattes dilemma i møtet med uklare, tvetydige og motstridende målsettinger for tjenestene. Kapittel åtte analyserer og drøfter ledelsens betydning i implementeringen, og til sist kapittel ni, rettes fokuset spesielt mot utforming og organisering av tjenestene, og hvilken betydning det har for realisering av idealene.

Kapittel 5 Fire søyler

Nasjonale idealer og mål – kommunale planer – profesjonsidealene – NPM

I dette kapitlet bruker jeg metaforen *fire søyler* for å beskrive byggverket som tjenestene og de ansattes praksis skal hvile på, støttes opp – eller styres av. Den ene søylen er overordnede sosialpolitiske idealer og mål som myndighetene beskriver i ulike dokumenter som meldinger, proposisjoner, handlingsplaner og satsinger. Den andre søylen er kommunale planene som tar opp i seg den nasjonale politikken og formulerer mål og prioriteringer lokalt. Det dreier seg om strategiske planer med konkrete mål for tjenestene, som gir retning og fordeler ressurser som gir rammer for personalets arbeid med å realisere politiske idealer og mål. Den tredje søylen, som praksis bygger på, er profesjonsidealene som angir normer for den enkelte profesjons yrkesutøvelse. Det siste settet idealer som jeg beskriver, er idealer for ny offentlig styring eller NPM, som har hatt stor betydning for organisering av tjenestene i kommunene de siste tiårene. Kapitlet er en blanding mellom teori og empiri, der fokus er på systemene rundt praksis, slik at det empiriske er noe tonet ned. Hensikten med kapitlet er å gi en oversikt over ulike idealer som strømmer gjennom en organisasjon som en kommunal omsorgstjeneste representerer. Idealene skal gi ansatte og ledere retning og veiledning i den praktiske hverdagen i arbeidet med å realisere målsetningene for tjenesten. Kapitlet danner et grunnlag for å forstå rammene for praksis som beskrives i de påfølgende kapitlene.

Ansvar for omsorgstjenestene er lagt til kommunene fordi de skal tilpasses den enkelte bruker og lokale forhold, men staten har også et legitimt behov for styre. Det finnes derfor en rekke nasjonale mål som avgrenser kommunenes handlefrihet. Meld. St. 12 (2011-2012) (s. 54) *Stat og kommune – styring og samspel* viser til forskjellige hensyn som må foreligge for å begrunne behovet for at staten skal styre kommunesektoren gjennom lov eller forskrift:

- *rettstryggleik, m.a. sikring av rettane til minoritetar*
- *likskap og likeverd*
- *økonomiske disposisjonar som får verknader ut over kommunen sjølv*
- *nasjonale miljøverdiar*
- *samordna og omstillingsorientert forvaltning*
- *liv, helse og samfunnstryggleik*

Kommunene er selvstendige rettssubjekter og statsforvaltningen må ha hjemmel i særlover for å kunne utøve styring. Særlovene som pålegger kommunene ansvar for ulike oppgaver, hjemler dermed også retten til å vedta forskrifter, føre tilsyn, og behandle klager på kommunale vedtak. Det er i dette samspillet mellom statlige mål og kommunalt ansvar at

idealene skal få sin konkrete utforming. Analysen viser at det er mange faktorer som spiller inn på om, og eventuelt hvordan, idealer og mål realiseres i den enkelte beboers hverdagsliv.

Framstillingen av de første to søylene tar utgangspunkt i dokumentanalyser av styringsdokumenter, som meldinger til Stortinget, NOUer og komitéinnstillinger, og kommunale planer. Analysene beskriver politiske idealer og målsettinger på nasjonalt nivå, og hvordan de kommunale planene formulerer lokale mål og tiltak for tjenestene. Disse dokumentene gir retning til tjenestenes utvikling, og hva som skal prioriteres. De uttrykker forventninger til hva kommunale tjenester, med de ansatte som de fremste representantene, skal realisere av idealer og mål i den daglige praksisen.

Foruten nasjonale og kommunale styringssignaler, forholder ansattes seg til profesjonsidealene, som utgjør den tredje søylen. Tjenestene, og måten tjenestene blir utført på, er et uttrykk for, eller en operasjonalisering av, politiske og profesjonelle målsettinger. Det kan variere om det er standardiserte metoder eller arbeidsredskaper som profesjonen har med seg fra opplæring eller som virksomheten har innført, som benyttes. Operasjonaliseringen av idealene baseres i mange tilfeller på faglig skjønnsutøvelse, og i enkelte tilfeller, den ansattes intuitive handlinger. Profesjonsidealene vil i mange tilfeller samsvare med politiske idealer og mål, men i enkelte sammenhenger kan de ansatte oppleve at politiske idealer og profesjonsidealene er motstridende. Ikke minst kan ansatte oppleve at idealer fra den fjerde søylen, NPM, vil være i divergerende fra profesjonsidealene. Dette kommer jeg tilbake til senere i dette kapitlet.

Lipsky (2010) peker på at det er i skjæringspunktet mellom politikk og policyimplementering at tjenestene får sin utforming. Offentlige ansatte som møter borgerne ansikt til ansikt har stor makt over hvordan tjenester utformes. Det som gjør arbeidet utfordrende er at tjenestene, i følge Lipsky (2010), preges av uklare og idealiserte politiske målsettinger som er vanskelige å nå, og som til dels er motstridende. Jeg kommer nærmere inn på målsettingene som kommunene må forholde seg til i de neste to delkapitlene. De tar for seg politiske mål for omsorgstjenestene for personer med utviklingshemming spesielt, og mål for framtidens omsorgstjenester, mer generelt. De politiske målene for personer med utviklingshemming, vil gjelde alle som har behov for hjelp, men for personer med utviklingshemming er målene mer eksplisitt beskrevet.

5.1 Politiske mål for mennesker med utviklingshemming

De politiske idealene og målsettingene for mennesker med utviklingshemming ble utviklet forut for HVPU-reformen på 1990-tallet. Gjennom en rekke offentlige dokumenter som ledet fram mot reformen ble idealene utformet (NOU 1985:34; St.meld. nr. 47 (1989-90); St.meld. nr. 67 (1986-87)). I de senere årene har menneskerettighetene fått større betydning for utforming av policy på dette området, og de politiske idealene som våre politikere har vedtatt, tar utgangspunkt i internasjonale konvensjoner. FN-konvensjonen om rettighetene for mennesker med nedsatt funksjonsevne (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD) (UN General Assembly, 2007) presiserer at personer med funksjonsnedsettelser skal ha likeverdige og likestilte rettigheter som resten av befolkningen. NOU 2016:17 *På lik linje* trekker fram flere av artiklene i CRPD som omfatter bestemmelser på livsområder som er aktuelle for omsorgstjenester for personer med utviklingshemming. Rettigheter som trekkes fram er: Artikkel 5 om Likhhet og ikke-diskriminering, artikkel 7 om barn med nedsatt funksjonsevne, artikkel 12 om likhet for loven, artikkel 14 om frihet og personlig sikkerhet, artikkel 15 om tortur, artikkel 16 om frihet fra vold, utnyttning og misbruk og artikkel 24 om utdanning. Enkelte av rettighetene er spesielt aktuelle for problemstillinger i tilknytning til tjenesteyting for personer som har omfattende behov for hjelp i hjemmet, som denne avhandlingen undersøker:

Artikkel 19 Rett til selvstendig liv og til å være en del av lokalsamfunnet,
Artikkel 22 Rett til privatliv,
Artikkel 23 Respekt for hjemmet og familien,
Artikkel 25 Helse,
Artikkel 26 Habilitering og rehabilitering,
Artikkel 27 Arbeid og sysselsetting,
Artikkel 29 Deltakelse i det politiske og det offentlige liv,
Artikkel 30 Deltakelse i kulturliv, fritidsaktiviteter, fornøyelser og idrett

NOU 2016:17 *På lik linje* (s. 15-16) utdyper rettighetene og understreker at mennesker med nedsatt funksjonsevne skal ha anledning til å velge bosted, boform, og med hvem de vil bo sammen med. De skal være inkludert og delta i lokalsamfunnet. Videre skal de ikke utsettes for ulovlige inngrep i privatlivet og personopplysninger skal beskyttes. Personer med nedsatt funksjonsevne skal ha samme muligheter for ekteskap og familie som andre. NOUen understreker at selvbestemmelse i forhold knyttet til egen helse, og tilgang til helsetjenester som skal ytes i nærmiljøet, er en rettighet på samme måte som for andre personer. Myndighetene skal sørge for at det finnes helse- og omsorgstjenester som støtter deltakelse og inkludering i lokalsamfunnet (habilitering). De har rett til arbeid på lik linje med andre, og

diskriminering i arbeidsforhold er forbudt. Personer med nedsatt funksjonsevne skal få hjelp til å finne og holde på et arbeid, og arbeidslivet skal legges til rette. De skal ha anledning til å delta i det politiske og offentlige liv, på lik linje med andre. De skal ha samme tilgang til å nyte kultur, fornøyelse og idrettsunderholdning som andre og det skal legges til rette slik at de selv skal kunne drive med idrett og delta i kulturelle og kunstneriske aktiviteter.

Med utgangspunkt i menneskerettighetene er det utviklet noen prinsipper som er lagt til grunn i utformingen av politikk for mennesker med utviklingshemming. Prinsippene som ble utviklet før Ansvarsreformen på begynnelsen av 1990-tallet har blitt stadfestet i nyere offentlige styringsdokumenter (Inst. 127 S (2013-2014); Meld. St. 45 (2012-2013)). I Meld. St. 45 (2012-2013) *Frihet og likeverd – Om mennesker med utviklingshemming* defineres de overordnede målene for regjeringens politikk til å være 1) Likestilling og likeverd, 2) Selvbestemmelse og 3) Deltakelse og integrering. De politiske målsettingene er overordnede og generelle, og det er interessant å se nærmere på hva regjeringen legger i disse uttrykkene.

Meldingen utdyper at likestilling er et generelt menneskerettslig prinsipp, som gjennom lovgivning *defineres til å omfatte likeverd, like muligheter og rettigheter, samt tilgjengelighet og tilrettelegging*, og at likeverd innebærer en *rett til å bli respektert for den man er, uavhengig av biologiske, sosiale og kulturelle forskjeller* (s. 26). Dette innebærer at alle skal ha like rettigheter og muligheter, og at dette sikres gjennom lovgivning. Det betyr at samfunnet må gjøres tilgjengelig slik at mulighetene faktisk kan benyttes. Gjennom Likestillings- og diskrimineringsloven (2017) er det forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne. Loven skal fremme likestilling og likeverd og sikre like muligheter til samfunnsdeltakelse for alle, uavhengig av funksjonsevne. Meldingen understreker at å sikre likestilling og hindre diskriminering innebærer en plikt til å behandle like tilfeller likt, samtidig som en skal legge til rette for forskjellighet.

Målet om selvbestemmelse innebærer at personer med utviklingshemming, i så stor grad som mulig, skal ha de samme valgmulighetene som andre. Meldingen sier derfor at det skal legges til rette for at de kan bruke selvbestemmelsesretten sin, og leve sine egne liv etter egne valg. Ikke alle voksne har forutsetninger for eller kompetanse til å fatte beslutninger om eget liv, og trenger hjelp til å analysere handlingsalternativer og foreta valg. Det er derfor vedtatt en rekke regler og prosedyrer for medbestemmelse, og krav om samtykke for å sikre retten til så stor grad av selvbestemmelse som mulig. Dette betyr at den enkelte skal ha mulighet til å medvirke i situasjoner der myndighetene skal ta avgjørelser i saker som gjelder vedkommende. Det forutsettes sterk brukerinnflytelse og kontroll over egen livssituasjon for å

virkeligjøre verdier som deltakelse, uavhengighet, selvstendighet, verdighet og normalisering.

Til tross for at det legges så stor vekt på selvbestemmelse, er den fortsatt begrenset for mange beboere i bofellesskap. Johansen og Tøssebro (2016) mener det har vært en utvikling i ansattes forklaringer på begrenset selvbestemmelse:

Den mest påfallende utviklingen er hvordan personalet begrunner lav grad av selvbestemmelse. I institusjon ble det vist mye til rutiner, turnus og andre beboere, i 1990-åra var vekten på personens funksjonsnivå og evne til å bestemme, mens en i 2010 på ny ser mer bruk av argumenter som turnus og rutiner (Johansen & Tøssebro, 2016, s. 15).

Det kan virke som det har skjedd en utvikling der organisatoriske forhold har fått større betydning etter 2000 tallet.

Det ligger en forutsetning om samspill mellom beboer og omsorgsperson for å skape medvirkning. Det er dermed et element av egeninnsats fra beboers side for å virkeligjøre medvirkningen. Den kognitive funksjonsnedsettelsen kan påvirke evnen til å se hva slags valgmuligheter en har og å se konsekvensene av valgene en tar. Selvbestemmelsen må derfor ses i sammenheng med at personer med utviklingshemming ofte trenger hjelp til å velge og å komme i gang med aktiviteter. Selvbestemmelse må ikke brukes som et argument av tjenesteytere for ikke å gjøre noe som helst.

Det tredje hovedmålet som fremheves i stortingsmeldingen (Meld. St. 45 (2012-2013)) er deltakelse og integrering. Deltakelse kan foregå på ulike nivåer og det er et hovedmål å sikre mennesker med nedsatt funksjonsevne samfunnsmessig deltakelse. For målgruppen i denne studien vil det være spesielt interessant å peke på mål om deltakelse på områder som de ansatte i de kommunale omsorgstjenestene må tilrettelegge gjennom hjelp og bistand. Hjelpen vil omfatte områder som går ut over praktisk bistand i hjemmet og kan omfatte hjelp i økonomiske spørsmål, transport, sosialt liv og sysselsetting (Gridley et al., 2014). Det er også andre områder der unge voksne med omfattende hjelpebehov vil kunne trenge bistand. Det er for eksempel et mål at personer med utviklingshemming skal delta på alle demokratiske arenaer. For å realisere denne målsettingen kan det være nødvendig med bistand til deltakelse i valg, interessepolitiske organisasjoner, partipolitikk og deltakelse i samfunnsdebatten. Videre vil deltakelse i arbeidsliv og deltakelse i fritids- og kulturelle aktiviteter være viktige områder.

Det er en politisk målsetting om å legge til rette for at hele befolkningen skal kunne delta i arbeidslivet. Når det gjelder personer med utviklingshemming, er kanskje dette mer et ideal

enn et reelt mål, men det skal legges til rette for at personer som har problemer med å få innpass i arbeidsmarkedet skal få en egnet jobb, og det er en overordnet målsetting å få flere personer på trygd over i arbeid. Gjennom Ansvarsreformen var målet å unngå særomsorg og legge til rette slik at personer med utviklingshemming kunne delta i ordinært arbeidsliv. Arbeidsmarkedsmyndighetene skulle ha en tydeligere rolle overfor personer med utviklingshemming. En erkjente at personer med utviklingshemming har varierte og sammensatte behov, og at en måtte gjøre individuelle vurderinger av evner og behov. Derfor skulle det satses på tilrettelagte arbeidsplasser i det ordinære arbeidsliv i kombinasjon med trygdeordninger og tilskudd til arbeidsgiver (St.meld. nr. 47 (1989-90)). I en studie om arbeidsdeltakelse blant personer med utviklingshemming, finner Wendelborg, Kittelsaa, og Wik (2017, s. 149) at unge med utviklingshemming er *så godt som helt utenfor det ordinære arbeidsmarkedet og også marginalisert og i utkanten av det skjermede arbeidsmarkedet*. De finner at nesten alle personer med utviklingshemming mottar uførepensjon etter fylte 20 år. Det er NAV som har ansvar for å tilby personer med nedsatt arbeidsevne arbeidsrettede tiltak. Personer med utviklingshemming kan gjøre seg nytte av tidsavgrensede tiltak, men har ofte behov for varig tilrettelegging. Varig tilrettelagt arbeid (VTA) er det eneste arbeidsmarkedstiltaket hvor personer med utviklingshemming utgjør en sentral målgruppe. Målsettingen er at arbeidet skal bidra til at deltakerne utvikler sine ressurser gjennom kvalifisering og tilrettelagt arbeidsoppgaver, men Wendelborg et al. (2017) hevder at personer med utviklingshemming *marginaliseres også i arbeidsmarkedstiltak som opprinnelig var ment for dem og resultatene viser at utviklingshemmete faller nærmest helt utenfor aktive tiltak rettet mot et ordinært arbeidsliv og penses inn på et spor rettet mot tiltak for et skjermet arbeidsliv*. De konkluderer med at *unge med utviklingshemming er i utkanten av alt arbeidsliv – ordinært eller skjermet* (s.149-150).

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) fastslår at tjenestene skal være forsvarlige, helhetlige, koordinerte og verdige. Alle skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester og ingen skal diskrimineres i tilgang til tjenester på grunn av bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisitet, livssituasjon eller diagnose. Utforming, tildeling og gjennomføring av tjenestene skal ta utgangspunkt i den enkeltes behov og ønsker. Det er et velferdspolitisk mål at personer med utviklingshemming skal bo i ordinære bomiljøer, i mest mulig vanlige boliger og motta nødvendige tjenester der. De skal ha mulighet til å leve selvstendige og aktive liv. Alle skal ha et godt sted å bo, og alle som har behov for tjenester, skal få hjelp til å mestre boforholdet. Den offentlige innsatsen skal være helhetlig og effektiv.

Personer med nedsatt funksjonsevne skal ha et kultur- og fritidstilbud som er likeverdig med tilbudet til befolkningen for øvrig, og alle uansett funksjonsnivå, skal kunne delta på lik linje med andre på ulike fritidsaktiviteter. For personer med omfattende behov for hjelp, vil de være avhengig av at ansatte eller pårørende ledsager de til ulike aktiviteter.

5.2 Målsettinger for framtidens omsorg

Realisering av politiske idealer og målsettinger om et likeverdig samfunn for personer med funksjonsnedsettelse, skjer på forskjellige arenaer og gjennom ulike tiltak. En av de viktigste forutsetningene for å nå målene, er velfungerende offentlige tjenester. De kommunale helse- og omsorgstjenestene har, i løpet av de siste 30 årene, stadig fått flere oppgaver. Kommunenes ansvar for omsorgstjenester har økt gjennom reformer som Sykehjemsreformen, Ansvarsreformen (HVPU-reformen), Opptappingsplanen for psykisk helse og Samhandlingsreformen. Veksten i denne perioden har i stor grad vært tjenestemottakere under 67 år, mens den store diskusjonen knyttet framtidens omsorg, er den forventede økningen av antall eldre i befolkningen, og hvordan dette vil påvirke utviklingen av tjenestene.

De siste tiårene har særomsorg fått mindre oppmerksomhet. Politiske idealer og mål har i større grad blitt utformet for å gjelde hele befolkningen, og er regulert i den generelle lovgivningen. Regjeringen sier i Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg* at:

Morgendagens omsorgstjeneste skal hindre segregering og særordninger for grupper, og bygge på individuell tilnærming og tilpasning av tjenestetilbudet til den enkeltes bakgrunn, enten det handler om språk, kultur, tro, livssyn eller det handler om alder, kjønn, seksuell legning eller det handler om diagnose, funksjonsnedsettelse eller problem (s 50)

Kommunene forholder seg primært til politiske mål og idealer som gjelder hele befolkningen når de utformer framtidens omsorgstjenester for personer med omfattende behov for hjelp. I meldingen pekes det på at fremtidens brukere av omsorgstjenester vil være flere, og de vil ha mer sammensatte behov, men at det [...]ikke er nok å framskrive problemene. Vi må også framskrive ressursene og se hvordan brukernes egne ressurser kan tas i bruk (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 21). En av de sentrale målsettingene for framtidens omsorg er å utnytte de ressurser, evner og muligheter som den enkelte har. Utgangspunktet er å avdekke hvilke muligheter beboeren selv har for bidra til å øke sitt funksjonsnivå. Da blir personens egne ressurser, ønsker og mål, utgangspunktet for tjenestene som gis. Dette krever at de ansatte arbeider sammen med, og ikke for den enkelte beboeren. Kartlegging av habiliteringspotensial

og påfølgende opplæring, vil øke mestringsevnen og redusere behovet for hjelp fra det offentlige. «Aktiv omsorg» er et annet fokusområde meldingen legger vekt på å utvikle. *For å utvikle en framtidsrettet og god omsorgstjeneste er det behov for større vektlegging på aktivisering både sosialt og fysisk og økt oppmerksomhet på brukeres sosiale, eksistensielle og kulturelle behov* (s 24). Det kan trekkes paralleller fra dette perspektivet, som kanskje primært er rettet mot eldreomsorg, og til begrepet *active support* som er en metode som brukes i omsorg for personer med utviklingshemming (Bigby & Beadle-Brown, 2016; Fyffe et al., 2008; Mansell & Beadle-Brown, 2011, 2012; Mansell et al., 2004; Mansell et al., 2013; Mansell et al., 2008). En endring i retning av mer fokus på den enkeltes ressurser og ønsker vil kreve en faglig omstilling, med sterkere vektlegging av rehabilitering og aktivisering. Økt bruk av velferdsteknologi, er et annet område som får stor oppmerksomhet av myndighetene, og blir sett på som et hjelpemiddel for å styrke folks evne til å klare seg selv:

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon (NOU 2011:11, :11).

For personer med omfattende behov for hjelp i hjemmet kan velferdsteknologi være med på å forbedre beboernes mulighet til å mestre egen hverdag. Det er viktig å understreke at teknologi ikke kan erstatte menneskelig kontakt og fysisk nærhet, men at det kan være med på å *endre disse tjenestenes innretning med større vekt på hjelp til selvhjelp, selvstendighet, sosial deltakelse, aktiv omsorg og hverdagsrehabilitering* (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 109).

I helse- og omsorgstjenestene skal økt bruk av velferdsteknologi bidra til å:

- *forbedre brukernes mulighet til å mestre egen hverdag*
- *øke brukernes og pårørendes trygghet, og avlaste pårørende for bekymring*
- *øke brukernes og pårørendes deltakelse i brukernetverk og mulighet til å holde løpende kontakt med hverandre og med hjelpeapparat (s 114)*

Begrepsbruk og formuleringer i meldingen følger trenden med mer generelle ordninger tilpasset alle uavhengig av diagnose, men inntrykket en sitter igjen med er at meldingen legger opp til å forberede kommunene på eldrebølgen. Brukerne det primært siktes til, er en eldre person, som har bodd i eget hjem og klart seg selv, helt til at alderdommen har ført til funksjonsnedsettelse som medfører behov for hjelp og omsorg. Målet er å unngå permanent

institusjonsplass. Det fokuseres derfor på å rehabilitere personen slik at hun kan klare seg selv, med minst mulig hjelp fra det offentlige.

Som nevnt står kommunene overfor en rekke styringssignaler fra regjering og departementer om framtidens omsorgstjenester. Til tross for ønsket om å utvikle mer generelle tjenester for hele befolkningen, så er det fortsatt nødvendig med politiske idealer og mål som er rettet mot enkelte spesielt sårbare grupper av befolkningen, som personer med utviklingshemming, rusproblemer eller psykiske lidelser. Disse målene er svar på levekårsutfordringer som personer med omfattende behov for hjelp har opplevd og fortsatt opplever (Jf. NOU 2016:17). For å nå disse målene skal tjenestene vektlegge mestring, rehabilitering, forebygging, tidlig innsats, aktivisering, nettverksarbeid, miljøarbeid, veiledning av pårørende og frivillige og innføring av velferdsteknologi (Helse og omsorgsdepartementet, 2015; Meld. St. 26 (2014-2015); Meld. St. 29 (2012-2013)). I tillegg til dagens utfordringer må kommunene forholde seg til mer langsiktige behov basert på framskrivinger av befolkningsutviklingen, og framtidige behov der regjeringen definerer politiske mål for omsorgen og utvikling av tjenester. Som sagt, er det gjennomgående i alle meldingene om framtidens omsorg er at kommunene skal forberede seg på «eldrebølgen», og legge til rette for å kunne tilby tjenester til en aldrende befolkning.

Oppsummert kan vi si at styringssignalene til kommunene de senere årene har vært å forberede seg på eldrebølgen som kommer. Det skal ikke bygges ut særomsorg rettet mot enkelte diagnosegrupper, men være generelle løsninger for alle med hjelpebehov, uavhengig av funksjonsnedsettelse. Fokus er flyttet fra sosialpolitiske idealer som levekår, til kvalitet på tjenestene. Det er forventninger om at kommunene utvikler kvalitetsindikatorer, som kan benyttes i mål- og resultatstyringen. Samtidig forventes det at kommunene har internkontrollsystemer, som et ledd i å sikre kvalitet på tjenestene. Medvirkning har fått en mer sentral rolle. Disse kravene er tydeliggjort i planleggingsplikten som kommunene har.

5.3 Plikt til å planlegge virksomheten i helse- og omsorgstjenestene

Kapitlet så langt, har vist at styring av kommunene skal skje i henhold til en rekke idealer og mål: internasjonale konvensjoner, nasjonale politiske idealer og mål uttrykt gjennom lovverk og politiske strategier og lokale planer og mål. Realiseringen skjer innenfor rammene av NPM. Til sammen representerer dette et system, som på den ene siden, er klart hierarkisk der nasjonale strategier skal implementeres, samtidig som det skal ivareta lokalt selvstyre med kommunale målsettinger innenfor gitte rammer. Implementering av målene skjer gjennom det

offentlige styringssystemet, der ansvar for å ivareta ulike rettigheter og for å yte tjenester er gitt til kommunene gjennom ulike lover og forskrifter.

I spørsmål om hvordan disse oppgavene løses, står kommunene friere. NPM legger opp til mål- og resultatstyring med brede fullmakter til ledere av offentlige virksomheter om hvordan de vil organisere tjenestene. Fokus er på resultatoppgjøret med frihet til å velge metoder og organisering av tjenestene for nå målene. Styringsideologien har stor tro på, og fokus på, å utvikle gode ledere. God ledelse handler om å sette mål og sørge for at en oppnår ønskede resultater. Lederne er nøkkelpersoner i implementering av idealer og mål, men det er personalet, de ansatte i tjenesteytingen, som i siste instans står for realiseringen av mange av idealene og målsettingene.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017), som har en klar forankring til NPM-tenking, stiller tydelige krav til ledelse og organisering. Forskriften som tidligere het *forskrift om internkontroll* i helse- og omsorgstjenesten, legger klare føringer for hvilke systemer kommunene skal utvikle. *Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften, og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette (§3).* Dette innebærer en plikt til å planlegge virksomhetens aktiviteter. Forskriften definerer i § 6 hvilke oppgaver ansvarlig leder for virksomheten har, med tanke på planlegging:

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten*
- b) innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene*
- c) ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten*
- d) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten*
- e) planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt*
- f) ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring*
- g) ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.*

Planleggingsplikten er omfattende. Det skal være tydelig hva som er oppgavene og hvem som har ansvar og myndighet på de ulike områdene. Det skal arbeides systematisk med å forbedre kvalitet og øke sikkerhet i virksomheten. Det pålegger kommunene å utvikle omfattende systemer i for å holde oversikt og ivareta planleggingsplikten. En stor oppgave vil være å sikre at nødvendig informasjon gjøres kjent i virksomheten. Like viktig som å planlegge aktiviteter er å påse at oppgavene blir gjennomført. Derfor har ledelsen plikt til å sørge for at virksomhetens oppgaver blir gjennomført, og gjøre medarbeiderne kjent med virksomhetens oppgaver og planer. Dette er beskrevet i forskriftens § 7:

§ 7. Plikten til å gjennomføre

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres*
- b) sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet*
- c) utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*
- d) sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes*
- e) sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.*

Det er omfattende krav som påhviler ledelsen gjennom forskriften. I tillegg til det kommunale planverket vil det være behov for å konkretisere mål på virksomhetsnivå. For å lykkes med å realisere idealene, må målene utarbeides i samarbeid med den enkelte beboer eller bruker (evt. pårørende eller brukerorganisasjoner). Det er virksomhetslederens ansvar å sikre at planer og mål på ulike nivå blir utviklet og forstått av de som skal utføre tjenestene. Utarbeidelse av individuelle mål for beboere, vil i praksis være delegert til ansatte nærmere beboer (fagansvarlig, koordinator, primærkontakt). Når individuelle mål skal utarbeides i samarbeid med beboer eller pårørende, ligger det som en forutsetning at politiske idealer og mål er retningsgivende for de individuelle målene og for tjenesteytingen. Jeg kommer nærmere tilbake til disse temaene i kapittel sju og åtte.

Et hovedpoeng her er at implementering av styringssystemer og internkontroll, er tydeliggjort og konkretisert gjennom denne forskriften, og vil ofte veie tyngre i planlegging og evaluering av virksomhetene enn sosialpolitiske målsettinger. Overordnede politiske idealer og mål, er i mange tilfeller utformet på et generelt og abstrakt nivå. For at personer med behov for

tjenester skal oppnå målsettingene i de overordnede idealene, er det nødvendig at disse konkretiseres og operasjonaliseres. I mange tilfeller gjøres dette bare i begrenset grad.

Nå skal vi bevege oss ett nivå lenger ned i målstrukturen og se på kommunale planer og hvordan kommunene fanger opp styringssignaler fra regjeringen og foredler disse i sine egne planer. Jeg starter med å drøfte kommunenes planleggingsplikt.

5.4 Kommunale planer for helse og omsorg

Kommunene har ansvar for å realisere mange av de politiske idealene og målene i praksis gjennom de hjemmebaserte omsorgstjenestene. Et viktig nivå i målstrukturen på vei mot realisering og implementering av målsetningene er den lovpålagte kommunale planleggingen. For å gi en oversikt over dette nivået i styringsstrukturen, vil jeg i dette delkapitlet gi en oversikt over systemet med kommunale planer. Kapitlet vil vise at det er store forskjeller i omfang av kommunenes planer, og hvilken rolle de spiller i realiseringen av politiske idealer og mål for tjenestene.

Forskjeller i størrelse og kompleksitet

De seks kommunene som deltar i hovedprosjektet har ulik størrelse og folketall. Det gir seg utslag i ulike behov for planverk i den enkelte kommune. Den minste kommunen har et innbyggertall som tilsvarer 0,8 % av befolkningen i den største. Dette fører til at antall beboere med omfattende tjenester i hjemmet og ansatte som arbeider i omsorgen er tilsvarende forskjellig. I store kommuner blir omsorgssektoren så omfattende, med tanke på antall brukere, ansatte og ressursbruk, at det er behov for en annen form for ledelse, organisering og planlegging enn i små kommuner. *Styringssystemet, [...], skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig* (§ 5 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2017).

Noen tall som illustrerer forskjellen i kompleksitet i organisering og styring mellom kommunene er at Trondheim kommune har i 2014 262 personer med diagnosen utviklingshemming som har botilbud i bofellesskap og 48 som har bolig i nærhet til base, til sammen 310 brukere. Tjenestene er organisert i bo og aktivitetstilbud i hver bydel og hadde til sammen 672 årsverk (Trondheim kommune, 2015). Namdalseid kommune har i 2015 et bofellesskap med fire beboere og avlastningsplass for to brukere, og til sammen 18 ansatte i ulike stillingsstørrelser. Dette illustrerer ulikhetene mellom kommuner.

Når sektorer eller tjenesteområder involverer mange brukere og ansatte, vil behov for sektor- eller temaplaner være større enn hvis det er få. Sektor-, tema-, og fagplaner utarbeides etter et annet lovverk enn plan- og bygningsloven, som er loven som i størst grad regulerer planarbeidet i kommunene. Planene kan være pålagt ved lov eller forskrift, eller de kan være nødvendige i planleggingen av enkelte virksomhetsområder. Det kan også være sektorovergrepene temaer. I tabell 1 er det en oversikt over vedtatte planer som har størst betydning for omsorgstjenestene i kommunene som er med i prosjektet. I kolonnen «kommuneplaner» finner vi en oversikt over de overordnede planene for kommunene.

Kommuneplanens samfunnsdel er kommunenes langtidspanlegging og skal ta stilling til langsiktige utfordringer. Den skal være grunnlag for sektor- og temaplaner og virksomheten i kommunen, og gi retningslinjer for hvordan kommunens egne mål og strategier skal gjennomføres. I samme kolonne er det også en oversikt over kommuneplanenes handlingsdel som sier hvordan planen skal følges opp de kommende fire årene. Handlingsdelen skal rulleres hvert år, og i denne prosessen skal kommunen innhente synspunkter fra statlige og regionale organer, og andre som har ansvar for å gjennomføre tiltak i handlingsdelen. I kolonnen «temaplaner» er det en oversikt over kommunedelplaner som de seks kommunene har vedtatt.

Oversikten i tabell 2 viser at det er stor forskjell på hvor omfattende kommunenes planverk er, ut over det lovpålagte. Det er f.eks. bare den største kommunen som har prioritert å utvikle en egen strategi for arbeid med personer med utviklingshemming.

Samtidig viser analyser av kommuneplanene at det er den samme kommunen som gjennom handlings- og økonomiplanen forankrer virksomheten tydeligst i de politiske idealene for mennesker med utviklingshemming. De mindre kommunene bruker gjennomgående mer generelle mål for helse- og omsorgssektoren, som er innarbeidet som en del av kommuneplanen og handlingsprogrammet.

Kommuneplanenes samfunnsdel skal gi kommunale virksomheter retning i hvordan kommunens mål og strategier skal gjennomføres (Plan- og bygningsloven, 2008 § 11-2). Alle kommunene i dette prosjektet har kommunale planstrategier, kommuneplaner og handlings- og økonomiplaner, i tillegg er det utviklet planer på andre områder der kommunene mener de har behov for det.

Tabell 2 Kommunale planer i de seks samarbeidskommunene

Kommune	Kommuneplaner ¹¹	Temaplaner
Trondheim (Antall innbyggere: 192 847)	<ul style="list-style-type: none"> • Kommuneplanens samfunnsdel 2009-2020 • Handlings- og økonomiplan 2018-2021 	<ul style="list-style-type: none"> • Temaplan for habiliterings- og rehabiliteringstjenester for voksne 2015-2018 • Boligprogram 2011-2014 • Strategisk kompetanse- og rekrutteringsplan 2014-2017 • Strategisk plan for utviklingshemmede 2015-2018 • Ikt, digitalisering og velferdsteknologi 2015 – 2018 • Helse- og velferdstjenester for befolkningen mellom 18-67 år. (Yngreplan) • Temaplan Psykisk helse og rus 2017-2020
Hitra (Antall innbyggere: 4 659)	<ul style="list-style-type: none"> • Kommuneplanens samfunnsdel 2014-2026 • Handlings- og økonomiplan 2018-2021 	
Malvik (Antall innbyggere: 13 914)	<ul style="list-style-type: none"> • Kommuneplanens samfunnsdel 2018-2030 • Budsjett 2017 og økonomiplan 2017-2020 	<ul style="list-style-type: none"> • Utviklingsplan for helse og velferd. Kvalitetsmål og satsingsområder 2015-2017
Namsos (Antall innbyggere: 13 051)	<ul style="list-style-type: none"> • Har ingen samfunnsdel av kommuneplan • Handlingsprogram med økonomiplan 2018-2019 	<ul style="list-style-type: none"> • Boligsosial handlingsplan 2010-2014 • Handlingsplan for helse og omsorg 2015 • Omsorgsplan 2015 • Kompetanseplan for helse og omsorgstjenesten 2012-2016
Overhalla (Antall innbyggere: 3 858)	<ul style="list-style-type: none"> • Kommuneplan 2007-2019 • Revidert økonomiplan 2017-2020 	<ul style="list-style-type: none"> • Boligsosial handlingsplan 2012-2020 • Kompetanseplan 2010-2015
Namdalseid (Antall innbyggere: 1 584)	<ul style="list-style-type: none"> • Kommuneplan 2001-2012 • Budsjett og økonomiplan 2017-2020 	<ul style="list-style-type: none"> • Boligpolitisk handlingsplan 2005-2015 • Arbeidsgiverpolitikk 2015-2024 • Kompetanseplan 2012-2015 • Psykiatriplan 2007-2010

En av kommunene har ikke prioritert å utarbeide kommuneplanens samfunnsdel. Noen kommuner ønsker bevisst å holde antall sektor- og temaplaner så lavt som mulig. Som en konsekvens av Kommunereformen (Prop. 96 S (2016-2017)) står flere av kommunene overfor

¹¹ Kommuneplanene skal bestå av to deler, i tillegg til samfunnsdelen skal de inneholder arealdel, men denne er ikke relevant i denne avhandlingen, og er derfor ikke med i oversikten.

kommunesammenslåinger fra 1.1 2020, og dette kan påvirke deler av planarbeidet. Handlingsdelen skal konkretisere kommuneplanenes samfunnsdel med prioriteringer for de fire kommende budsjettårene. Det er et styringsverktøy, og skal bestå av mer konkrete tiltak for kommunens daglige drift.

Kommunenes planstrategier gir innblikk i hvordan politikerne i den enkelte kommunen tenker i forhold til behov for framtidig planverk og behov for sektor- og temaplaner. For å ha et felles utgangspunkt, har jeg foretatt en gjennomgang av relevante planer som kommunene har vedtatt. Jeg ønsker å danne meg et bilde av hvilke vurderinger politikere og kommuneledelse har gjort seg i de ulike kommunene, og hvordan overordnede politiske idealer og styringssignaler kommer til uttrykk gjennom planene. Kommunal planstrategi, kommuneplan med samfunns- og arealdel, samt handlings- og økonomiplaner er lovpålagte oppgaver for kommunene. Derfor har alle kommunene vedtatt disse planene. I analysen av planverk for kommunene er disse planene lagt til grunn fordi de gir et felles grunnlag for sammenligning av kommunenes planer. Sektorplaner og temaplaner, der de finnes, er brukt for mer utfyllende informasjon.

Før jeg går videre i analysen er det viktig å spørre seg om hva som er hensikten med kommuneplanene. Hva kan en forvente at planene skal inneholde? Planene er først og fremst en kommunikasjon mellom administrativ og politisk ledelse i kommunene. Samtidig så er planer, sammen med budsjett, noen av de viktigste verktøyene for å sette ulike temaer og målsettinger på dagsorden. Spesielt kommer dette til uttrykk gjennom sektor- og temaplaner. Planene er også i mange tilfeller et redskap for å definere resultatmål som er utviklet med utgangspunkt i sosialpolitiske målsettinger. Denne funksjonen er nært knyttet til idealene i offentlig styring som baseres på resultatstyring.

Ulike planstrategier

Kommuneplanene skal ivareta ulike interesser (nasjonale, regionale og kommunale) og tilpasse målsetningene til lokale forhold og kommunens rammer. Et generelt inntrykk er at kommunene i stor grad forsøker å følge opp nasjonale strategier og mål for omsorg. Det kan virke som om nasjonale strategier om folkehelse eller framtidens omsorgstjenester, i større grad legges til grunn, når mål for omsorgen konkretiseres i kommuneplaner, mens nasjonale strategier som omhandler spesifikke brukergrupper (som f.eks personer utviklingshemming eller med psykiske lidelser), ikke kommer like tydelig til uttrykk gjennom de generelle planene. Særgrupper ivaretas mer i kommunedelplaner og temaplaner.

Av kommunene i utvalget har Trondheim kommune et befolkningsgrunnlag som gjør at omfanget av brukere av ulike tjenester, er så stort at kommunepolitikerne har funnet det formålstjenlig å vedta temaplaner på flest områder. Både knyttet til enkelte brukergrupper (utviklingshemming, psykiatri og rus, yngreplan) og på ulike satsingsområder (velferdsteknologi, habilitering og rehabilitering, boligsosialt, kompetanse og rekruttering). Hitra kommune skiller seg ut fra de andre kommunene med at det ikke er noen vedtatte kommunedelplaner for helse- og omsorgssektoren tilgjengelig på kommunens hjemmesider, mens de andre kommunene i dette prosjektet, har tilgjengelige temaplaner på minst ett av områdene. Malvik kommune har vedtatt en restriktiv planstrategi, der de ikke utarbeider kommunedelplaner i perioden 2016-2020. Kommunedelplaner som er knyttet til helse- og omsorgstjenester må ses på som en del av oppfølgingen av plikten til å planlegge (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2017). Dette kommer jeg tilbake til senere.

Et perspektiv som er tydelig i alle de kommunale planene er en styringslogikk som baseres på NPM, og kjennetegnes ved mål- og resultatstyring. I planene finner vi en styringslogikk der bedre kvalitet og mer effektiv bruk av ressursene skal oppnås ved tydelig definerte *resultatmål*, fokus og tro på ansvarliggjøring av *ledelse* (accountability), *brukermedvirkning*, utvikling og bruk av *kvalitetsindikatorer* og *brukerundersøkelser*. Planene bruker også *benchmarking* gjennom måling og sammenligning av resultater og ressursbruk i bl.a. KOSTRA og Kommunebarometeret. Jeg kommer tilbake til NPM i delkapittel 5.6 og kvalitetsindikatorer i kapittel 6.2.2.

Kommunedelplaner

Sammen med den årlige rulleringen av handlings- og økonomiplaner er tema-, sektor- og fagplaner med på å definere mål for de ulike områdene. Planene fanger opp nasjonale og regionale føringer og å peke ut en retning for utviklingen. Gjennom kommunedelplanene konkretiseres idealer og mål for tjenestene. Planene inneholder handlingsprogrammer som redegjør for prioriteringer og mål, samt strategier og tiltak for å nå målene. Enkelte av kommunene har definert resultatmål, som enhetene med ansvar for oppfølging kan måles på.

Kommuneplaner og kommunedelplanene kan være nyttige hjelpemidler for kommunene i arbeidet med å få oversikt over nasjonale idealer og mål, og få disse tilpasset de lokale forholdene. De er med på å sikre at kommunens virksomhet ivaretar lovpålagte oppgaver og krav. Planene er spesielt nyttige for ledere på virksomhetsnivå i arbeidet med å utvikle

virksomhetsplaner, men vil også kunne være viktige som rettesnorer for ansatte i tjenestene, i arbeidet med å utvikle individuelle planer for den enkelte beboer (Jf. Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011§ 7-1).

I kommuner der det ikke foreligger tema- sektor- eller fagplaner vil ledere og ansatte måtte støtte seg på kommuneplanens samfunnsdel og handlings- og økonomiplaner. Dette kan suppleres med uformelle diskusjoner og signaler fra Rådhuset. Da stilles det mye større krav til enhetsledere om å tolke og konkretisere nasjonale idealer og mål slik at de passer de lokale forhold. Det vil kreve en annen form for delegering av oppgaver og ansvar, og tydeliggjøring av mål for den enkelte sektoren, enn det som gjøres gjennom kommunedelplaner. Det forutsetter at det er etablert en annen form for struktur for å ivareta oppgavene, og for å påse at lovverket følges. Brukere av omsorgstjenester har de samme rettighetene, og skal ha den samme tryggheten for at nasjonale idealer og mål blir fulgt opp, uavhengig av hvilken kommune du bor i, og hvilket detaljeringsnivå kommunale planer utformes.

I analysen av de kommunale planene har jeg vært opptatt av hvilke begreper kommunene bruker i planene. Hele det kommunale omsorgsfeltet påvirkes i retning av en medisinsk forståelse av funksjonsnedsettelsene som er preget av helse- og rehabiliteringstenkning for å imøtekomme den voksende gruppen eldre som har behov tjenester på grunn av aldersrelaterte helseproblemet og demens. Begrepsbruk som går igjen i de kommunale planene preges av dette. Begreper som hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring, helhetlig pasientforløp og helsefremming er begreper som forekommer hyppig. Inntrykket en sitter igjen med etter å ha lest mange av planene er at de i mange tilfeller primært har eldreomsorg i tankene.

Det er et mål at helsefremming, forebygging og tidlig innsats skal prege tankesettet i alle virksomheter innen helse -og velferd. Dette er et arbeid som tar tid, og som det er viktig å videreføre. Erfaringene så langt viser at dette styrker tjenestemottakernes ressurser og medvirkning. Det bidrar også til økt tverrfaglig innsats og bedre samhandling (Malvik kommune, 2016, s. 31)

Andre begreper som går igjen hos flere av kommunene er i stor grad hentet fra politiske styringsdokumenter som regjering og departementer har utarbeidet i form av stortingsmeldinger og andre styringsdokumenter. Dette tyder på at kommunene er lydhøre for signaler som overordnede myndigheter sender ut. Et begrep som forekommer ofte i de kommunale planene er *brukermedvirkning*. Det er i tråd med nasjonale føringer og idealer for omsorgen. For å nå målsettinger med at brukere skal klare seg i størst mulig grad selv er medvirkning viktig.

Styrking av brukernes rolle er en viktig faktor i kvalitetsutviklingen i tjenestene, og for bestiller/utfører-modellen som er innført i alle kommuner gjennom etablering av forvaltningsenheter (vedtakskontor, brukerkontor, offentlig servicekontor) (Jf. Vabø, 2001). Medvirkning er et viktig mål i alle kommunene, enten det er beboeren selv og/eller pårørende som medvirker i utforming av mål og planer for den enkelte. Brukermedvirkning er dermed et begrep som gir gjenklang i ideologi fra alle de fire søylene som drøftes i dette kapitlet – både i kommunale planer, som jeg behandler her, men også nasjonale idealer som jeg tok opp innledningsvis i kapitlet, og profesjonsideologi og New Public Management, som jeg drøfter senere i dette kapitlet. Dette viser at ulike ideologiske strømmer påvirker hverandre (jf. Cohen et al., 1972; March & Olsen, 2008).

Spørsmålet er om brukermedvirkning løser problemene som flyter gjennom organisasjonen. For at brukermedvirkning skal være med på å løse problemer, må medvirkningen foregå på riktig tidspunkt i en prosess. Tidspunkt for medvirkning er forskjøvet i forhold til tidligere. Der kommunene før involverte brukerorganisasjoner i en tidlig fase av prosessen, for å sikre at beboernes behov og ønsker ble ivaretatt, ser vi at det har vært et skifte fra medvirkning av organisasjoner til individuell deltakelse. En konsekvens har vært at brukermedvirkningen er svekket. Kommunene planlegger og bygger nye boliger, men det er først når prosjektene er mer eller mindre ferdigstilt at den individuelle bruker eller deres pårørende blir involvert. Valget blir redusert til «take it or leave it». Det er funn som tyder på mer selvbestemmelse i hverdagslivets situasjoner, men den er ikke økt i avgjørelser om hvor eller med hvem en skal bo (Söderström & Tøssebro, 2011; Tøssebro & Lundebj, 2002; Tøssebro et al., 2012).

For personer med utviklingshemming benyttes i tillegg et beslektet begrep – *selvbestemmelse* – som er et ideal for denne beboergruppen. To av de seks kommunene løfter fram dette begrepet, den ene gjennom en strategiplan for personer med utviklingshemming, den andre har et eget tema/overskrift i handlingsplanen om denne beboergruppen, og peker på selvbestemmelse som et viktig ideal. Selvbestemmelse som løsning på problemer i omsorgen har det blitt drøftet i flere av fokusgruppeintervjuene. Selvbestemmelse for personer med utviklingshemming skaper mange dilemma for de som jobber i bofellesskapene. Det skal jeg komme nærmere inn på i kapittel sju. I enkelte sammenhenger dreier personalets beslutninger seg om å bestemme at beboeren skal få selvbestemmelse i en konkret situasjon, selvbestemmelsen er derfor begrenset til hva de ansatte, eller eventuelt andre med beslutningsmyndighet (ledere eller pårørende), vurderer som den beste løsningen på aktuelle problemstillinger.

Mestring er et annet begrep som brukes av mange kommuner. Det er snakk om å mestre sitt eget liv. Begrepet er ofte koblet sammen med brukermedvirkning og medbestemmelse. Da med tanke på at brukere selv skal kunne ha innflytelse over egen hverdag gjennom valgfrihet og mangfold av tilbud. Det er brukerens individuelle behov som skal være i sentrum.

Brukere av kommunale helse og omsorgstjenester befinner seg i et kontinuerlig pasientforløp, og de skal oppleve forutsigbare, koordinerte og trygge tjenester som ivaretar den enkeltes ressurser og understøtter egen mestringsevne (Namsos kommune, 2017, s. 52)

Mestringsbegrepet kobles også sammen med rehabilitering/habilitering, som i mange tilfeller er en forutsetning for å oppnå best mulig mestringsevne, selvstendighet og sosial deltakelse. I enkelte planer brukes begrepene *hverdagsmestring* og *hverdagsrehabilitering*. Hverdagsrehabilitering er en metode eller tilnærming der pleie eller praktisk bistand ikke gis før det er gjort en vurdering av personens rehabiliteringspotensiale. Den enkeltes mestring vektlegges før det legges til rette for kompensierende tjenester.

Et begrep flere av kommunene bruker, som jeg vil trekke fram, er begrepet *kvalitet*. Alle kommuner er opptatt av kvalitet i tjenestene. I planene kommer dette til uttrykk på forskjellige måter. I enkelte planer benyttes begrepet mer generelt, som en påpekning på at det er viktig med fokus på kvalitet og *kvalitetsutvikling*. Andre snakker om å utvikle en *kvalitets- og forbedringskultur*. Et felles *kvalitetssystem* og utvikling av *kvalitetsindikatorer* er også på dagsorden i enkelte kommuner. Kvalitetssystemer og kvalitetsindikatorer er en del av styringsrasjonale i NPM. Dette temaet vil jeg utdype i kapittel seks.

Når kommunens politikere skal vedta kommuneplaner eller kommunedelplaner vil de alltid stå overfor en utvelgelsesprosess. Planlegging er alltid en form for prioritering mellom ulike oppgaver som må løses. Enkelte oppgaver er allerede prioritert fra nasjonale myndigheters side. Det som har høyest prioritering er vanligvis nedfelt i lovs form, og vi ser at lovpålagte oppgaver også får prioritering i kommunene (Hagen et al., 2015). Andre oppgaver, som også er viktige, men ikke like høyt prioritert, blir gitt til kommunene gjennom styringssignaler i andre dokumenter, som meldinger til stortinget, satsingsområder eller egne planer (f.eks. Omsorg 2020). Kommunene vurderer de ulike styringssignalene, tar lokale rammer og forhold i betraktning, og på basis av dette, utvikler de egne planer.

I denne sammenhengen kan det som ikke løftes fram eller ikke nevnes – det som ikke prioriteres i planene, være like interessant å avdekke som områder som får fokus. Når jeg har sett etter hvilke styringssignaler som «forsvinner» i prosessen fra nasjonale styringsdokumenter til kommunale planer, er det idealer og mål knyttet til spesifikke grupper,

som ikke følger med. De kommunale planene beskriver tiltak for den generelle befolkningen og tar i liten grad for seg enkelte grupper eller diagnoser. Hvis vi igjen trekker fram idealene i meldingen *Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming* (Meld. St. 45 (2012-2013)) peker den på tre overordnede mål for politikken: likestilling og likeverd, selvbestemmelse og deltakelse og integrering, er disse målene i liten grad reflektert i de kommunale planene, kanskje med unntak av selvbestemmelse, som to av kommunene nevner. Det kan virke som idealet om selvbestemmelse har erstattet normaliseringsidealet, som var hovedmålet i politiske dokumenter i reformårene. Ideologi knyttet til levekår er mer eller mindre fraværende i de kommunale planene. Det dreier seg i første rekke om tjenestene og organisering og utvikling av disse. Hvis det kan finnes spor av en form for ideologisk tenking i de kommunale planene er dette primært hentet fra helsesektoren, med eldreomsorg og rehabiliteringstenking som grunnlag. Sosialpolitisk ideologi med begreper fra reformperioden, som normalisering og integrering er fraværende. Jeg kommer tilbake til oppmerksomheten ideologi får i dagens omsorgstjenester, i neste kapittel.

Konklusjonen må være at kommuneplanens samfunnsdel, og handlings- og økonomiplaner, i liten grad gir ledere og ansatte en ideologisk retning i arbeidet med utvikling av tjenestene. De må selv sette seg inn i dette ved å lese styringsdokumenter på nasjonalt nivå. Oppfølging av politiske idealer og mål for enkelte grupper kan finnes i kommunedelplaner. Men som analysen viser, er det få områder som har temaplaner i mellomstore og små kommuner. Et eksempel på en kommune som har flere temaplaner er Trondheim kommune. Der er det vedtatt en egen strategisk plan for utviklingshemmede (Trondheim kommune, 2015). Denne temaplanen har en tydelig ideologisk forankring og, sammen med resten av kommunens planverk, utgjør den en viktig del av styringssystemet i kommunen. Den gir ledere og ansatte retning på arbeidet med å realisere målene i handlings- og økonomiplanen. Jeg presenterer derfor en analyse av Trondheim kommunes kommunedelplaner for å gi et bilde på hvordan et mer omfattende plansystem kan gi et (bedre?) grunnlag for utvikling av tjenester for personer med utviklingshemming.

5.4.2 Trondheim kommunes planer som case

På grunn av innbyggertall og kompleksitet er det Trondheim kommune som har utviklet det mest omfattende planverk i vårt utvalg. For å gi et bilde på hele målhierarkiet har jeg valgt Trondheim kommune som case, og foretatt en analyse av kommunens planer, der strategier og mål for omsorgen for personer med utviklingshemming er beskrevet.

Trondheim kommune trekker fram seks strategiske hovedgrep, som målene i samfunnsdelen i kommuneplanen 2009-2020 baseres på. De strategiske hovedgrepene er: Mestring, samhandling, samarbeid og samordning, medvirkning, kommunikasjon, ressursstyring og kompetanseutvikling. Hovedgrepene representerer verktøy i løsningen av utfordringer kommunen står overfor. Jeg vil ikke gå inn på alle punktene i planen, men trekker fram noen områder som er spesielt relevant for den overordnede tenkningen knyttet til kommunens omsorgstjenester. I punkt 1) Mestring sier kommunen at:

En av kommunens hovedoppgaver i årene fremover vil være å legge forholdene til rette slik at flest mulig av innbyggerne har mulighet til å mestre livets utfordringer og klare seg selv. Kommunen vil i større grad en tidligere bidra til at innbyggerne, både individuelt og kollektivt, blir i stand til å ta ansvar selv, gjøre egne valg og gjøre bruk av sine samlede ressurser (Trondheim kommune, 2010, s. 5)

Målsettinger som legger opp til at borgerne i størst mulig grad skal ta vare på seg selv er gjennomgående i alle styringsdokumentene, og er i tråd med nasjonale strategier. Mange av kommunens temaplaner støtter opp under denne overordnede målsettingen. Som et ledd i denne utviklingen har vi i de senere årene sett en stadig større satsing på hjemmebaserte tjenester og nedbygging av institusjonsomsorgen. Dette kommer til uttrykk gjennom målsettinger for tjenesteutviklingen som fokuserer på tiltak som brukermedvirkning, tidlig innsats, rehabilitering og innføring av velferdsteknologi, men også mer generelle tiltak som universell utforming og satsing på frivillig sektor.

Et annet område som har fått stadig større plass er brukermedvirkning. Under overskriften medvirkning, skriver kommunen at:

I all kommunal virksomhet er det avgjørende å legge til rette for reell medvirkning fra tjenestemottakeren. Dette gjelder også på områder der slik medvirkning ikke er lovregulert. Kommunen vil legge til rette for medvirkning gjennom tilrettelegging av møteplasser og arenaer. Nye metoder for dialog, aktiv informasjon og kommunikasjon, vil styrke innbyggernes medvirkning i utformingen av tjenestene, og både innbyggernes og kommunens rolle blir tydeligere. Trondheims innbyggere skal delta i byens utvikling, både når det gjelder beslutninger som angår dem, og som deltakere i politiske og frivillige organisasjoner. (Trondheim kommune, 2010, s. 5)

Et av hovedmålene for kommunen er: I 2020 er Trondheim kommune en inkluderende og mangfoldig by, der pekes det på at for at byens mangfold skal være en ressurs, må det legges til rette for at alle, uavhengig av alder, etnisitet, trosretning, funksjonsnivå, økonomiske og sosiale forhold deltar og opplever byen som sin (Trondheim kommune, 2010, s. 17). Planen sier videre at:

Målet om universell utforming handler om å skape tilgjengelighet og likeverd slik at alle skal kunne delta. Utformingen skal bidra til selvstendighet for personer med ulik funksjonsevne og tjene et vidt spekter av individuelle valg og ferdigheter. (Trondheim kommune, 2010, s. 18)

Med utgangspunkt i kommuneplanen er det utviklet ulike delplaner eller strategiske planer. Det er flere delplaner som har personer med utviklingshemming som definert målgruppe: Strategiplan for personer med utviklingshemming 2015-2018, Boligprogram 2011-2014 og Temaplan for habiliterings- og rehabiliteringstjenester for voksne 2015-2018, Helse- og velferdstjenester for befolkningen mellom 18-67 år 2011-2015 (Yngreplan) og Temaplan psykisk helse og rus 2017-2020.

I strategiplan for personer med utviklingshemming 2015-2018 (Trondheim kommune, 2015), er verdier som likestilling, selvbestemmelse, brukermedvirkning, rettsikkerhet og tiltak for å unngå makt og tvang beskrevet som sentrale verdier i planen. Planen knytter disse verdiene til politiske idealer og rettigheter i CRPD og til målsettinger regjeringen har satt for sektoren. Strategiplanen er et ledd i å realisere de politiske målsettingene for sektoren. Planen beskriver mål og strategier for tjenester på fem ulike satsingsområder: Overgang fra ungdom til voksen, flytting til egen bolig, utviklingsfremmende tjenester, arbeid/aktivitetstilbud på dagtid og fritidsaktivitet og ferie. For dette prosjektet, som har voksne som målgruppe, vil de tre sistnevnte områdene, være mest interessante og vil presenteres kort.

Utviklingsfremmende helse- og omsorgstjenester er et viktig begrep i strategiplanen (Trondheim kommune, 2015). Grunnleggende verdier som legges til grunn for tjenestene er trygghet, respekt, individuelle hensyn og valgfrihet, medvirkning, selvbestemmelse og faglig god kvalitet. I tillegg til de grunnleggende verdiene pekes det på tema som habilitering/rehabilitering/ individuell plan (IP), kosthold, fysisk aktivitet, kommunikasjon og samhandling, sansestimulering, velferdsteknologi og årlig helsesjekk, uten at det er formulert konkrete mål knyttet til disse temaene, bortsett fra årlig helsesjekk.

Begrepet utviklingsfremmende tjenester, beskriver en praksis der tjenesteutøveren skal støtte og hjelpe den som trenger omsorg med det primære målet om at beboeren skal gjøre mest mulig selv, og personalet skal ikke overta oppgaver som personen kan gjøre selv. Dette er i tråd med signaler i overordnede styringsdokumenter, som bruker begrepene hverdagshabilitering og hverdagsmestring. De ansatte skal finne aktiviteter som beboeren liker å gjøre, og som kan skape motivasjon til aktivitet og opplevelse av mestring. Personalet skal ha høy toleranse for avvikende atferd, og hvis atferden blir aggressiv skal en først og fremst trekke seg unna uten å intervensere. En skal forsøke å finne årsaken til at atferd er på en

måte som virker hemmende på en beboers utviklingsmuligheter, og hjelpe vedkommende å finne andre måter å agere på. Planen sier videre at det er oftest bistandsyterne som er den største *utviklingshemmeren* gjennom måten hjelpen ytes på. Oppgaver som beboeren kan klare selv overtas, de fratas muligheter for å oppleve konsekvenser av egne handlinger, oppmerksomheten er på negativ utvikling, og ansatte har lave forventninger til beboeren. Trondheim kommune har satt et eget resultatmål for utviklingsfremmende tjenester:

Personer med utviklingshemming har et tjenestetilbud som er tilpasset deres behov. Hver utviklingshemmede bruker har en koordinator som sørger for nødvendig oppfølging og sikrer samordning av tjenestetilbudet (Trondheim kommune, 2015, s. 10).

For å oppnå resultatmålet om utviklingsfremmende og individuelle tjenester beskriver planen en rekke strategier som skal benyttes for å nå målet. Strategiene kan deles i to kategorier; i hovedsak er det tiltak som skal gjennomføres gjennom organisatoriske endringer/utvikling. De organisatoriske tiltakene kan deles i to grupper tiltak. To av punktene dreier seg om å tydeliggjøre primærkontakter og koordinatorens ansvar med å utarbeide individuelle planer:

- *Alle brukere har primærkontakt.*
- *Alle brukere har koordinator for individuell plan (IP)*
- *Individuell plan og/eller tilsvarende plan evalueres av ansvarsgruppen minimum en gang per år.(Trondheim kommune, 2015, s. 11).*

Dette gir beboere og pårørende en ansatt eller et team, å forholde seg til når de har spørsmål eller når aktiviteter skal gjennomføres. Dette støttes av forskning som viser at disse funksjonene er viktige for å utvikle gode tjenester (Gridley et al., 2014). Den andre kategorien organisatoriske tiltak dreier seg om kompetanse og kompetanseutvikling:

- *Minimum 40 prosent av ansatte i hver BOA enhet har høgskoleutdanning innenfor helse- og sosialutdanning.*
- *Utvikle samarbeid med høgskole/universitet om evaluering og utvikling av metoder for å implementere "beste praksis".*
- *Helse og velferd oppretter egen BOA¹²-skole for ansatte, tjenestemottakere og pårørende med regelmessig undervisning. Alle ansatte skal ha basiskompetanse, samtidig som den enkelte ansatte også har spesifikk kunnskap i forhold til utfordringer den ansatte vil møte.*
- *Det opprettes ett byomfattende fagnettverk innenfor generelle samspillferdigheter, kommunikative metoder (alternativ supplerende kommunikasjon (ASK)) og sansestimulering for utviklingshemmede.*
- *Velferdsteknologi som er utprøvd tas i bruk som supplement til helse og omsorgstjenestene. (Trondheim kommune, 2015, s. 11)*

¹² Bo- og aktivitetstilbud

Dette er i stor grad resultatmål og måloppnåelse som kan telles eller på annen måte måles på en forholdsvis enkel måte. Andre strategier for å nå resultatmålet er tiltak som er mer rettet mot den enkelte beboer/tjenestemottaker eller den enkelte ansatte, og kan være mer krevende å måle. Disse målene krever en mer skjønnsbaserte vurdering av måloppnåelse:

- *Heltidskultur som bærer preg av utviklingsfremmende relasjoner.*
- *Alle ansatte har ansvar for å melde fra om den utviklingshemmedes behov for individuell plan (IP) og koordinator.*
- *Metodene som anvendes i tjenesten er basert på erfaring og anerkjent forskningskunnskap.*
- *Ansatte har god kunnskap som bidrar til gode helse- og omsorgstjenester (Trondheim kommune, 2015, s. 11).*

Et område som er viktig i de overordnede politiske målsettingene er retten til arbeid og sysselsetting (jf. CRPD artikkel 27). Resultatmål for arbeid/aktivitetstilbud på dagtid er:

Flest mulige utviklingshemmede får tilrettelagt arbeid i det ordinære arbeidslivet i samarbeid med NAV. Alle utviklingshemmede brukere som ikke er i arbeid, har andre utviklingsfremmende aktiviteter (Trondheim kommune, 2015, s. 11)

Målsettingen om at flest mulig utviklingshemmede får tilrettelagt arbeid i det ordinære arbeidslivet er selvfølgelig en viktig målsetting. Men forskning viser at vi er langt unna å lykkes med dette (Wendelborg et al., 2017). Arbeid/aktivitetstilbud for personer med utviklingshemming er organisert i samme tjeneste, såkalte bolig og aktivitetstilbud (BOA), dette gjør at skillet mellom bolig og arbeid ikke er så tydelig som intensjonen var da institusjonene ble avviklet, og tankegodset fra totalinstitusjonene ble forlatt. En strategi i planen er at *det skal være et tydelig skille mellom hjemmet og aktivitetstilbudet/arbeidet – det skal vurderes individuelt da det finnes vektige grunner i noen tilfeller for det motsatte*. Det står ingen ting om hva vektige grunner er, men i intervju har det kommet fram at ansatte i boligene i enkelte tilfeller har ansvar for å *lage et aktivitetstilbud* i boligen. I fokusgruppeintervju har det kommet fram eksempler på at beboere som har hatt arbeid/aktivitetstilbud som de har trivdes med, har vært nødt til å skifte arbeid fordi det er gjort omorganiseringer i kommunen, og beboeren etter omorganiseringen ble boende i «feil» bydel for å få fortsette med arbeidstilbudet som lå i en annen bydel. Beboeren ble tvunget til å skifte arbeidsplass og arbeid til noe hun ikke hadde samme interesse for. Dette signaliserer at arbeidet er ikke så viktig, fordi det ikke er «ordentlig arbeid», organisatoriske argumenter går foran beboerens interesse og motivasjon. Samtidig viser det at selvbestemmelse ikke gjelder hvis det ikke passer med den interne organiseringen i kommunen.

Det ligger en tvetydighet i måten dagaktivitet og arbeidstilbud er organisert på. Personer med utviklingshemming mottar uføretrygd og er sikret inntekt. Dette definerer dem ut av

arbeidsmarkedet som yrkeshemmede, samtidig er de objekter for en offentlig aktiviserings- og sysselsettingspolitikk. Feltet preges på denne måten av å være i skjæringspunktet mellom en omsorgslogikk og en arbeidsmarkedslogikk (Olsen, 2009; Tøssebro, 1996). Opprettelsen av såkalte BOA, kan være et svar på at feltet beveger seg i retning av å bli definert i en omsorgslogikk.

Det tredje området jeg vil trekke fram i denne avhandlingen er fritidsaktivitet og ferie. Dette er også et mål som skal realisere rettigheter som personer med utviklingshemming har i følge CRPD. I strategiplanen er det to resultatmål. Et som setter mål for aktiviteter på ettermiddager og kveld, og et som sier noe om mål for ferier:

- *Brukerne opplever å ha meningsfulle og utviklingsfremmende fritidsaktiviteter på kveld og helg.*
- *Brukerne opplever å ha en innholdsrik ferie (Trondheim kommune, 2015, s. 12)*

Alle strategiene for å oppnå resultatmålene på dette området er av organisatorisk art:

- *Det er tilgjengelig tilpasset informasjon om byens ordinære kultur-/friluftstilbud og tilrettelagte fritidsaktiviteter for brukerne.*
- *Det foreligger en individuell ukeplan for gjennomføring av aktivitet.*
- *Det er tilstrekkelig antall tilgjengelige ledsagere.*
- *Videreføre samarbeidet med Kulturenheten for å utvikle tilbud i tråd med brukernes interesser.*
- *Utvikle samarbeidet med frivillighetssentraler og frivillige organisasjoner.*
- *Ferie planlegges minimum 6 måneder før feriestart med henhold til ledsagere og dekning av utgifter (Trondheim kommune, 2015, s. 12)*

I fokusgruppeintervjuer kommer det fram at de ulike bofellesskapene har forskjellig forutsetninger for å realisere disse målene. Det paradoksale er at i bofellesskap der beboerne har størst hjelpebehov, har høyest bemanningsfaktor (en-til-en), og størst anledning til å yte individuelle tilbud om fritidsaktiviteter. Men denne gruppen beboere har i mange tilfeller også vanskeligst for å benytte seg av anledningen til individuell aktivitet utenfor boligen. I bofellesskap der beboere har mindre behov for hjelp, og beboere i større grad kan delta på individuelle fritidsaktiviteter, er bemanningen lavere og muligheten til å få en av personalet til å ledsage seg er mindre. Her har ansatte ofte ansvar for flere enn den ene beboeren, og kan ikke forlate boligen. For å imøtekomme denne begrensningen har kommunen innført en standard der alle skal ha tilbud om en aktivitet i uka. Dette gir mulighet til å fordele ressursene slik at alle kan få litt.

Dette er et eksempel på det Brodtkin (1997) kaller en byråkratisk konstruksjon av klientens rettigheter. Kommunen sier at alle har rett på en fritidsaktivitet i uken. Det er en begrensning i forhold til idealene om at alle skal ha et kultur- og fritidstilbud som er likeverdig med

befolkningen for øvrig. Retten til en individuell aktivitet i uka er definert for å tilpasse aktivitetsnivået til kommunens økonomiske rammer, ikke til den enkeltes behov og ønsker. Beboerne er nødt til å akseptere dette. Ønsker de flere aktiviteter, må pårørende eller andre stille opp som ledsagere. Denne byråkratiske konstruksjonen tilpasses også kommunens avvikssystem, der det kun registreres avvik hvis beboere ikke får den ukeplanfestede aktiviteten, hvis en beboer ønsker en individuell aktivitet en annen dag, men ikke får dette på grunn av personalsituasjonen, betraktes ikke dette som et avvik og registreres ikke.

Den kommunale strategiplanen for personer med utviklingshemming omhandler ideologi og målsettinger på ulike plan. Den forankres i nasjonal politikk ved å vise til styringsdokumenter kommunen må forholde seg til, som menneskerettighetene og ulike stortingsmeldinger. På lokalt plan viser den til andre planer og strategier som kommunen har vedtatt, og som har betydning for tjenester for personer med utviklingshemming.

Oppsummering

Et av styringssystemets bærende prinsipper er mål og resultatstyring. I denne styringsideologien er forståelsen at gode resultater oppnås gjennom å definere resultatmål og kvalitetsindikatorer, og systematisk følge opp avvik fra måloppnåelsen. For å lykkes med dette, er det avgjørende, at mål og oppgaver er beskrevet, og ansvar er tydeliggjort, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017). De overordnede målene for personer med nedsatt funksjonsevne er, som sagt, hentet fra menneskerettigheter og nasjonale mål, og kan stikkordsmessig oppsummeres til: normalisering, rettsikkerhet, likeverd, likestilling, selvbestemmelse, deltakelse og mestring. Dette er idealer som må ligge til grunn for at for den enkelte borger skal kunne realisere sitt livsprosjekt, og som kommunale planer bygger på.

Det mine analyser viser, er at i kommuneplanenes samfunnsdeler og handlings- og økonomiplaner, som alle kommunene er pliktig til å vedta, er sosialpolitiske idealer og mål nesten fraværende. Styringssystemer og mål om effektiv tjenesteyting og økonomiske rammer, veier i mange tilfeller tyngre enn sosialpolitiske idealer. Kommunale temaplaner henviser i større grad til ideologisk forankring og idealene vil derfor være mer synlig når kommunen (administrasjonen) gir begrunnelser for utvikling av disse planene.

Av de seks kommunene i utvalget for denne undersøkelsen, er det bare den største kommunen som har utviklet temaplaner på flere områder. I de mellomstore og mindre kommunene er ikke dette gjort. I disse kommunene er forholdene så små at kommunestyret ikke har funnet

det hensiktsmessig å bruke tid og ressurser på å utvikle temaplaner. Det som er utfordringen i disse kommunene, er å realisere idealer fra nasjonale myndigheter gjennom andre metoder enn i det kommunale planverket. Når ikke idealer og mål er beskrevet og konkretisert i de kommunale planene, hviler det et større ansvar på lederne. De må kommunisere idealer og mål slik at de *enkelte medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet* (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2017:§ 7 b).

Analysen viser at kommunale mål og handlingsstrategier flytter fokus fra den enkelte beboer eller bruker og over til tjenestene. Tjenestene skal forsøke å nå overordnede mål og idealer gjennom å fokusere på den enkeltes ressurser, mestring, rehabilitering, forebygging, tidlig innsats, aktivering, nettverksarbeid, miljøarbeid, veiledning av pårørende og frivillige og innføring av velferdsteknologi.

For at de kommunale handlingsstrategiene skal få mening i omsorgen for den enkelte beboer, må det utvikles individuelle mål som tar utgangspunkt i forståelsen av de overordnede idealene. Målene må utvikles i samarbeid med den enkelte beboer, eller sammen med pårørende. Det må vurderes hvilke habiliterings- eller opplæringstiltak som må settes i verk for at beboeren kan oppleve mestring og et mest mulig selvstendig liv med utgangspunkt i sine forutsetninger. Hvordan kan det legges til rette for at den enkelte beboer opplever selvbestemmelse, og hvilken støtte trenger den enkelte for å ta egne beslutninger? Hvilke tjenester trenger den enkelte for å leve et aktivt liv? Kommunenes handlingsstrategier kan ses på som verktøy eller virkemidler for å oppnå idealene, men uten at idealer og overordnede mål for omsorgen er beskrevet i disse planene, er vi avhengig av at den enkelte ansatte kjenner de overordnede idealene som er grunnmuren i tjenesteytingen, og at de klarer å omsette disse i praksis i møte med den enkelte beboer.

Når mål er satt og planer lagt, er det til syvende og sist den enkelte ansatte som møter beboeren i de praktiske situasjonene, som må gjøre vurderingene om hvordan idealene kan realiseres der og da. Det kan være krevende å vite hva en skal gjøre. Ofte må ulike hensyn vurderes opp mot hverandre. Mål og idealer kan være motstridende, og ansatte opplever dilemma som de må ta stilling til. Det er i slike situasjoner at faglig skjønn kommer til anvendelse. Skjønnsutøvelse er krevende. Den skal ikke være tilfeldig, men bygges på idealer, mål, samt faglige og etiske vurderinger, og kjennskap til beboeren. De faglige og etiske vurderingene skal baseres på akademisk kunnskap og praktisk erfaring. I slike situasjoner er

profesjonelle idealer et viktig grunnlag for yrkesutøvernes refleksjoner og skjønnsmessige vurdering. En forutsetning for å lykkes med å realisere politiske idealer og mål i praksis, er at virksomhetene legger til rette for faglig refleksjon. Det må arbeides systematisk med utvikling av egen praksis. Faglige ledere har et stort ansvar for å organisere dette arbeidet.

Når kommunale planer i mange tilfeller gir de ansatte lite hjelp i tolking og konkretisering av politiske idealer, er kommunene avhengig av at de ansatte har en basiskunnskap som gir et ideologisk grunnlag for yrkesutøvelsen. Mange ansatte i omsorgstjenestene har treårig helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning, som gir et ideologisk grunnlag basert på enkelte profesjoners idealer, men det er også mange som ikke har nødvendig utdanning. Dette er kompetanse som kommunene i mange tilfeller er avhengig av for å realisere idealene for omsorgen.

5.5 Profesjonenes idealer

Den tredje av søylene jeg vil drøfte er idealene for omsorgstjenestene som kommer til uttrykk gjennom profesjonenes idealer. Lipsky (2010) skriver om ulike former for ansvarlighet som er nødvendig for å gjennomføre politikk og etterleve reguleringer. Dette utdypes av Hudson (2014) når han snakker om ansvarlighet til profesjonelle normer. Evnen til å jobbe i henhold til profesjonelle normer og kvalitetsstandarder er, i følge Brodtkin (1997) kritisk når skjønnsutøvelse og tjenesteutøvelsen er sammenvevd. Spørsmålet i dette delkapitlet er hvilke idealer og normer har de som jobber i bofellesskapene?

I denne avhandlingen er det primært de helse- og sosialfaglige bachelorutdanningene vernepleier og sykepleier, som er mest relevant for tjenestene som beskrives. Den store representasjonen av vernepleiere i datamaterialet gjør at jeg velger å fokusere på vernepleierprofesjonens idealer. Profesjonsidealene kan komme til uttrykk på ulike måter. Jeg har sett på hva ulike dokumenter sier om profesjonsidealene i vernepleierutdanningen, og hvordan dette kommer til uttrykk i rammeplan for vernepleierutdanningen (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Jeg har også ved hjelp av fokusgruppeintervjuer, undersøkt hvordan lærere ved vernepleierutdanninger og ansatte i bofellesskap for personer med utviklingshemming, reflekterer og diskuterer idealene i dagens kommunale omsorgspraksis. Før jeg kommer dit, vil jeg innlede dette delkapitlet med en profesjonsteoretisk tilnærming for å forstå hva som kjennetegner profesjoner som arbeider i organisasjoner, som de kommunale omsorgstjenestene.

Profesjonsutdanninger skiller seg fra disiplinutdanninger ved at de skal danne grunnlag for praktisk yrkesutøvelse (Smedby & Mausethagen, 2017). Det ligger en normativ forventning og forpliktelse til profesjoner gjennom at den enkelte yrkesutøver, og yrkesgruppen som kollektiv, har et eget ansvar for å ivareta og utvikle arbeidet i tråd med kunnskapen på feltet, samfunnets forventninger og yrkesetiske verdier og normer. Det som kjennetegner profesjoner er at de baserer yrkesutøvelsen på spesialisert kunnskap, praktiske ferdigheter, verdier og holdninger. Det er samspillet mellom disse dimensjonene som utgjør kompetansen til den enkelte yrkesutøver, og er forutsetninger for kvalifisert og hensiktsmessig skjønnsutøvelse (Smedby & Mausethagen, 2017).

Et kjennetegn ved profesjoner er autonomi i yrkesutøvelsen. Dette stiller krav til kunnskap og kompetanse. Smedby og Mausethagen (2017) referer til Freidsons (2001, s. 12) bruk av begrepet *profesjonalisme* som en spesifikk form for koordinering og kontroll, som er forskjellig fra andre former for styring som byråkratisk styring eller markedsstyring. Det som er interessant er hvordan nye former for offentlig styring påvirker profesjonene, spesielt med tanke på yrkesutøvernes autonomi og rom for utøvelse av profesjonelt skjønn. De nye styringsformene er en form for profesjonalisering ovenfra (Evetts, 2003), og spørsmålet er om det gir rom for faglig skjønn. Man frykter at med NPM vil skjønnsutøvelse basert på profesjonell kompetanse bli undergravd, dette til tross for at hensikten er å stimulere til realisering av politiske mål og idealer. I dette styringsregimet blir ledelsen sett på som hovedagent i arbeidet med endring og utvikling. Dette kompliseres ved at lederne, på den ene siden, deler mye av den samme kunnskapsbasen som de ansatte (vernepleierne), samtidig som de skal påvirke arbeidet ovenfra. *Professionalism has tended to involve making claims to work autonomy, arguing that responsibility to clients overrides responsibility to political policy makers* (Hill, 2014, s. 380).

Andreassen (2017) skriver om profesjonsutøvelse i en organisatorisk kontekst, og hevder at profesjonskompetansen, som læres i utdanning av profesjoner, er ekspertise til å håndtere komplekse problemer guidet av faglige standarder og etiske retningslinjer. Fokus i profesjonsutøvelsen blir ofte det performative aspektet (Molander & Terum, 2008), som dreier seg om *hvordan* profesjonene løser klientens problemer. Andreassen (2017) argumenterer for at kvalifisert yrkesutøvelse også dreier seg om å håndtere den organisatoriske konteksten. Det er i organisasjonene rammene for yrkesutøvelsen settes, og de representerer profesjonenes samfunnsoppdrag. De ulike yrkesgruppene har fått

[...] delegert autonomi til å yte tjenester på vegne av offentlige myndigheter. Faglige standarder og skjønn blir i praksis en rasjoneringsstruktur for velferdsstatens tjenester. Yrkesgruppenes autonomi er også en kontrollert autonomi (Andreassen, 2017, s. 141).

Det er to ulike måter å se på forholdet mellom profesjon og organisasjon. Det ene perspektivet har fokus på hvordan organisasjoner står i motsetning til profesjon. Det andre perspektivet viser til at forholdet mellom organisasjon og profesjon er mer komplekst og mer preget av gjensidig avhengighet. Andreassen (2017) hevder at det er spesielt i forbindelse med neo-liberal politikk og NPM, at organisasjonsformer blir sett på som en trussel mot profesjoner og profesjonalisme. Et alternativt perspektiv er å se organisasjoner som en forutsetning for profesjonsutøvelse, som stiller ressurser som teknologi, bygninger og utstyr, renommé, status eller andre yrkesutøveres kompetanse og arbeid til rådighet. Organisasjonene vil preges av en kombinasjon av ulike logikker. Profesjonslogikk vil kombineres eller konkurrere med andre logikker som byråkratisk styringslogikk, markeds- og konkurranselogikk, eller en politisk demokratilogikk (Andreassen, 2017), eller som i vårt tilfelle – hjemmets eller privatlivets logikk. Hun bruker begrepet *hybrid profesjonalisme* (Noordegraaf, 2015) eller *organisert profesjonalisme*, som beskriver nye former for profesjonalisme som inkluderer en organisasjonslogikk der profesjonsutøverne beveger seg ut over sin kjernekompetanse, og balanserer profesjonelle prinsipper med ledelsesprinsipper (s. 143).

Andreassen (2017, s. 144) tar utgangspunkt i Sullivans tre dimensjoner i utdanning av profesjoner: den første er en akademisk kunnskapsdimensjon (teknisk kompetanse); *de må vite hva de skal gjøre*. Den andre dimensjonen dreier seg om kompetente ferdigheter og praktisk kyndighet *de må vite hvordan de skal gjøre det* (kunne resonnerer praktisk i praksis), det vi kan kalle den anvendte dimensjonen. Den tredje dimensjonen dreier seg om yrkesutøverens identitet, profesjonens sosiale rolle og profesjonsfeltets formål, om verdier som profesjonell integritet, ansvar for egen yrkesutøvelse og for standardene yrkesutøvelsen generelt skal leve opp til. Det er også en kobling av profesjonsutøvelsen til den samfunnskontrakten yrkesfeltet inngår, *de må vite hvorfor og når de skal gjøre det* (ha praktisk klokskap, etiske standarder og tilslutning til det samfunnsoppdraget som er gitt deres profesjonsfelt). Det vi kan kalle den etiske dimensjonen. Andreassen (2017) påpeker at Sullivan (2015) mener at *profesjonsutøvere er omsluttet av sosiale relasjoner som representerer etiske krav til dem, og at profesjonsutøveres muligheter til å opptre ansvarlig må understøttes av den sosiale og institusjonelle konteksten de arbeider innenfor*

(Andreassen, 2017 s. 144). Hun sier videre at Sullivans beskrivelse viser at det å lære å være profesjonell er knyttet til tre elementer:

- *Profesjonsfeltets formål og samfunnskontrakt*
- *Profesjonsutøvernes integritet og egenansvar – om ansvarlig profesjonsutøvelse*
- *Profesjonell identitet – om hvordan yrkesutøverne forstår seg selv, sin rolle og oppgave (s144)*

Profesjonenes samfunnsoppdrag formidles i praksis primært gjennom de organisasjonene profesjonsutøvelsen foregår. Samfunnsoppdraget er demokratisk bestemt, samtidig betyr profesjonell integritet at profesjonsutøverne skal lære å være kritiske til politisk bestemte oppdrag, varsle om uforvarlige forhold i tjenestene og protestere hvis de blir pålagt urimelige lojalitetsforpliktelser. I praksis vil profesjonsutøverne oppleve mange dilemma, derfor bør det være en kontinuerlig diskusjon om ulike hensyn som organisasjonen forventes å ivareta, som transparens, rettssikkerhet, styringsinformasjon, kontroll, risikoforebygging og kvalitetssikring, som alle må kunne forsvares. Samtidig som de skal veies opp mot hverandre. Ansvar til den enkelte yrkesutøver som jobber i en organisatorisk kontekst handler om å ta ansvar for egen yrkesutøvelse og for standardene som yrkesutøvelsen skal leve opp til (Andreassen, 2017).

De sosialfaglige profesjonsutdanningenes vitenskapelige kunnskapsgrunnlag er ikke like godt vitenskapelig forankret som hos de klassiske profesjonene (f.eks. lege og jurist) (Heggen, Smeby, & Vågan, 2014). Vernepleierprofesjonen, som de andre helse- og sosialfaglige utdanningene, står i et skjæringspunkt mellom teori og praksis. På den ene siden bygger profesjonen på teoretisk kunnskap som studentene tilegner seg gjennom studier. Dette er generaliserbar kunnskap som består av teorier og metoder som er forskningsbasert. Yrkesutøveren må omsette og tilpasse denne kunnskapen til den konkrete praktiske situasjonen de står i og den individuelle brukeren som trenger bistand. Praksiskunnskap er kunnskap som de tilegner seg gjennom praktiske situerte erfaringer. Ofte kan slik kunnskap være vanskelig å lære utenfor den praktiske situasjonen. Profesjonsutøvelsen består i å benytte den abstrakte teoretiske kunnskapen i praktiske situasjoner, kunnskapene må ofte kombineres med praktiske ferdigheter og vurderingsevne.

Vernepleierutdanningen ble etablert på 1960-tallet ut i fra et politisk ønske om å få kvalifisert personale til institusjonsomsorgen for åndssvake. Utgangspunktet for utdanningen var noe annet enn myndighetenes pleieideal og var bygget på nye ideer om menneskeverd og likhet for alle (Messel, 2014). Utdanningen er bygget på miljøterapeutisk og sosialpedagogisk tenking. Siden oppstarten har det vært mange samfunnsendringer og endring i behov og

arbeidsoppgaver som skal løses i velferdsstaten. «Helse- og sosialfagutdanningene har som overordnet mål å utdanne reflekterte yrkesutøvere som setter mennesket i sentrum, og som kan planlegge, organisere og gjennomføre tiltak i samarbeid med brukere og andre tjenesteytere» (s 1) i følge Rammeplan for vernepleierutdanning fra 2005. Det er altså mennesket som skal stå i sentrum og bistanden skal planlegges og utformes i samarbeid med den som trenger hjelpen. Praksis og ferdighetstrening er sentralt i utdanningen. Gjennom de fire hovedemnene samfunnsvitenskap og juridiske emner, psykologiske og pedagogiske emner, helsefaglige emner, samt miljøarbeid og habiliterings- og rehabiliteringsarbeid, kommer profesjonens heterogene kunnskapsgrunnlag til uttrykk. I den praktiske arbeidshverdagen skal yrkesutøveren trekke på de ulike delene av kunnskapsgrunnlaget. Enkelte sider av kompetansen vil ha større betydning enn andre i den praktiske arbeidshverdagen, men det er summen av de ulike kunnskapsemnene som utgjør profesjonens kunnskapsgrunnlag. Utdanningen for den enkelte profesjonsutøver blir å finne en meningsfull sammenheng mellom kunnskapsgrunnlaget og den praktiske problemløsningen i de enkelte situasjonene.

Kunnskapsgrunnlaget for utdanningen var ved etableringen av utdanningen rettet mot omsorg for personer med utviklingshemming. Det var ikke et mål å utvikle en egen teori for vernepleie, men sette sammen kunnskap fra ulike fag for å møte de sammensatte behovene hos brukergruppen. Personlige egenskaper og holdninger som ga uttrykk for aksept for likeverd ble vektlagt (Folkestad, 2009). Etter hvert som institusjonsomsorgen for personer med utviklingshemming gikk mot avvikling, fikk vernepleierutdanningene et nytt faglig innhold som var rettet mot større deler av befolkningen. Utdanningen har gått bort fra innhold som bare var knyttet til institusjon og pasientgruppe. Etter hvert som omsorgen har blitt utviklet, har også kunnskapsutvalget endret seg. I rammeplan for vernepleierutdanningen fra 2005 er formålet:

[...] å utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifiserte for å utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester. Mennesker med psykisk utviklingshemming vil fortsatt være en sentral målgruppe for vernepleiefaglig arbeid (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 4).

Dette viser at dagens utdanning av vernepleierne har et bredere nedslagsfelt, samtidig som mennesker med utviklingshemming fortsatt er en av målgruppene. Rammeplanen beskriver metodene det fokuseres på, som miljøarbeid, habilitering og rehabilitering. Miljøarbeid dreier seg om en faglig tilnærming der den ansatte forsøker å påvirke både rammefaktorer og

individuelle forutsetninger i retning av økt livskvalitet og mestringsevne hos brukeren. Profesjonsrådet for vernepleiere (2017, s. 4) beskriver at vernepleiers mandat:

[...] er å synliggjøre og motvirke samfunnsskapt barrierer. Den unike kombinasjonen vernepleiere har i sitt kunnskapsgrunnlag, bidrar til økt mestring, deltakelse, myndiggjøring og selvbestemmelse. Gjennom praksiserfaring legger vernepleie til rette for best mulig læring, endring og opprettholdelse av ferdigheter.

Her kjenner vi igjen flere av de politiske idealene fra de overordnede styringsdokumentene; mestring, deltakelse og selvbestemmelse. Når profesjonsrådet skal beskrive miljøarbeid, eller det de kaller vernepleierfaglig arbeid, beskrives det både som systematisk problemløsning og å være et medmenneske i hverdagen.

Vernepleierfaglig arbeid er dynamisk og pendler mellom systematisk tiltaksarbeid og det mer kontekstavhengige arbeidet, ofte kalt relasjonelt arbeid. Relasjonelt arbeid er basert på kjennskap til den det gjelder, men også til faglig kunnskap og evne til inn-toning: alt det som gjør det mulig å gripe øyeblikket og med den andres beste for øye bidra til at personen opplever seg sett og anerkjent. Relasjonelt arbeid er å skape mening sammen, invitere til samhandling, humor og lekenhet (Profesjonsrådet for vernepleiere, 2017, s. 5).

Et hovedelement i vernepleierfaglig arbeid er systematikk. En måte å sikre det på er ved hjelp av *vernepleierens arbeidsmodell*. Den beskriver ulike faser eller fokus, i en målrettet arbeidsprosess. Hensikten er å skape endring gjennom en systematisk prosess som består av ulike faser med planlegging, gjennomføring og evaluering av arbeidet. Et viktig poeng med arbeidsmodellen er at personene selv deltar i prosessen.

Hvis jeg skal forsøke å oppsummere profesjonsidealene som er beskrevet i dokumentene som er presentert innledningsvis i dette delkapitlet, er det idealer som likeverd, brukermedvirkning, selvbestemmelse, deltakelse og mestring, som synliggjøres. Dette er idealer vi kjenner igjen fra offentlige styringsdokumenter. Hvis de profesjonelle idealene skal realiseres, sammen med de statlige idealene for omsorgen, og samtidig forholde seg til kommunale planer og mål, er det interessant å drøfte hvilken kompetanse de som arbeider i omsorgstjenestene har behov for. Eller sagt på en annen måte: Hvilken kompetanse har kommunene behov for, for å imøtekomme forventningene til tjenestene?

I fokusgruppeintervju med ansatte i tre forskjellige vernepleierutdanninger ba vi dem beskrive vernepleierens profesjonelle kompetanse. Det viste seg å være vanskelig å gi et enkelt svar. Jeg har sammenfattet refleksjonene i fokusgruppeintervjuene med ansatte i vernepleierutdanningene slik at hvert av de tre sitatene i realiteten er en syntese av det alle deltakerne den enkelte fokusgruppa svarte på spørsmål om hva vernepleierens profesjonelle kompetanse er. Ved en av utdanningene uttrykker de at det er et vanskelig spørsmål:

Det første jeg tenker på er den relasjonelle kompetansen som er ganske mye vektlagt i vernepleierstudiet. I det ligger det anerkjennelse, kommunikasjon, individperspektiv, tillit, gjensidighet og bevisstgjøring i forhold til maktposisjonen en har som vernepleier. Så er det fokus på refleksjon i forhold til egne handlinger og faglig refleksjon ut i fra teori om handlingsalternativer og begrunnelser for valg av handlinger (Vernepleierutdanning 3, Fokusgruppe 1)

Ved denne utdanningen har de primært refleksjoner knyttet til den anvendte kunnskapsdimensjonen (Sullivan, 2015). De trekker fram *relasjonskompetanse* som sentralt. De peker på at dette bygger på et individperspektiv der tillit, gjensidighet, anerkjennelse og kommunikasjon er sentrale begreper. Bevissthet om profesjonsbestemt makt, og refleksivitet i forhold til egne handlinger og handlingsalternativer er viktig kompetanse. Relasjon eller relasjonell tilnærming er begreper som også brukes i flere av fokusgruppeintervjuene med ansatte i bofellesskapene som en betegnelse på den faglige tilnærmingen de har i arbeidet. De peker på at vernepleieren må kunne *grunngi* sine valg. Dette er sentralt for å kunne ha tillit til at profesjonens autonomi blir forvaltet på en god måte (Bøyum, 2017)

Ved en annen vernepleierutdanning er fokuset mer på den teoretiske eller vitenskapelige kunnskapsdimensjonen (Sullivan, 2015), og trekker fram de ulike faglige perspektivene som utdanningen består av, helsefag, pedagogikk og psykologi og at kompetansen blir en kombinasjon av disse perspektivene. Når de skal beskrive vernepleierens profesjonelle kompetanse sier de:

Hvis det hadde vært en definisjon på det hadde det vært greit. Men vi snakker om å ha kompetanse på å bygge ressurser til personer over tid. At det ikke er korte møter, men at vi har et perspektiv som går over hele livsløpet. Kompetansen består av ulike deler som helsefag, pedagogikk og psykologi, kompetansen består av ulike deler, som til sammen blir en helhet som skal dekke livsløpsperspektivet. Det interessante er at den grunnleggende helsekompetansen kombineres med sosialfaget. Så vi kan bidra til at helse, helsefremming og sykdomsforebygging kan gjøres med for eksempel sosialt samspill og det representerer en annen måte å drive helsefremming, helseforebygging og sykdomsforebygging, enn kun å se på diagnose og gi behandling. Hvis det er noen som har helseutfordringer, kan mye av dette løses gjennom miljøarbeid. Så den koblingen synes jeg er viktig i forhold til yrkesrolle og yrkesidentitet. Å koble fagene sammen og i det å være sammen med, det synes jeg er litt spennende og viktig. (Vernepleierutdanning 2, Fokusgruppe 1)

Vernepleierens kompetanse er å bygge den enkeltes ressurser i et *livsløpsperspektiv*. Det representerer et annet perspektiv på helsefremming gjennom å kombinere helsefag med sosialfaglig kompetanse. Også her snakker de om den anvendte dimensjonen når de snakker om relasjonelle perspektiver når de peker på at arbeidet kan gjøres gjennom sosialt samspill og miljøarbeid.

Utgangspunktet for vernepleierutdanningen var behovet for noe i tillegg til sykepleie og pedagogikk. Det var utgangspunktet på Emma Hjort den gang det startet – behov for noe i mellom det helsefaglige og det pedagogiske, det er der kjernen i vernepleierutdanningen ligger, i dette krysningspunktet. Innholdet i det profesjonelle ble elementer fra flere fagområder fordi det var et behov. Så tenker jeg at etikken er et viktig omdreiningspunkt i forhold til den kompetansen vi må ha for å kunne utdanne gode vernepleierstudenter. Så jobber vernepleieren, mest sannsynlig, på et sted som reguleres av lovverket: Så etikk og juss er viktig. (Vernepleierutdanning 3, Fokusgruppe 1)

I fokusgruppeintervju ved den tredje utdanningen, peker de på at kjernen i vernepleierens kompetanse ligger i krysningspunktet mellom det helsefaglige og det pedagogiske. I denne fokusgruppen er det den tredje av Sullivan (2015) sine kunnskapsdimensjoner de trekker fram – det profesjonsetiske ansvaret – når de mener at kunnskap om etiske problemstillinger og juss er sentralt.

Hvis jeg skal forsøke å sammenstille profesjonskompetansen, slik vernepleierutdannerne beskriver den, er det en kombinasjon av teoretiske eller vitenskapelige emner fra flere fagområder som helsefag, pedagogikk, psykologi og jus. I anvendelsen av fagområdene legges et livsløpsperspektiv til grunn. Utgangspunkt for livsløpsperspektivet er relasjonskompetanse som bygger på anerkjennelse, kommunikasjon, tillit og gjensidighet. Utvikling av denne kompetansen bygger på etisk refleksjon om maktposisjonen vernepleieren har i relasjonen til beboeren. Det er ikke enkelt for utdannerne å forklare hva vernepleierens kompetanse er med få ord. Det samme gjelder også for de som arbeider i omsorgstjenestene. Den uklare profesjonskompetansen kan være en medvirkende årsak til at mange av de ansatte i omsorgstjenestene som har deltatt i fokusgruppeintervjuene har vanskelig for å forklare hva som er målene med tjenestene de utfører. Jeg kommer tilbake til dette senere i avhandlingen.

I andre sammenhenger i intervjuet med lærere i vernepleierutdanningene kommer det fram at en viktig del av opplæringen er knyttet til anvendt metodisk arbeid. Det brukes litt ulike betegnelser på den metodiske tilnærmingen som *vernepleierfaglig arbeidsmodell*, *metoderekka*, *sjekklister* eller *problemløsning*. Kjernen i denne tilnærmingen er kartlegging av situasjonen, analyse, mål, tiltak og evaluering. En annen kompetanse som alle utdanningene gir studentene er opplæring i forvaltning, blant annet å skrive vedtak. Den metodiske eller tekniske kompetansen studentene har, trekkes ikke fram når utdannerne skal beskrive den profesjonelle kompetansen. Det kan tyde på at de legger noe annet, kanskje en mer vitenskapelig forståelse, til grunn når de skal forsøke å sette ord på kompetansen til vernepleierne. Når de skal beskrive hvilken kompetanse kommunene etterspør, er hovedinntrykket at kommunene i liten grad kommuniserer forventninger ut over tre forhold:

1) Noen som kan ta seg av problemer kommunen har, ofte knyttet til utagering og uønsket atferd 2) Noen med helsefaglig kompetanse, slik at de ikke bryter forskriftene for medisinhandling (og de får ikke tak i sykepleiere) og 3) Noen som kan utforme vedtak om bruk av tvang. Men i det store og hele er inntrykket vernepleierutdanningene sitter med, at det er lite kunnskap ute i kommunene om hvilken kompetanse vernepleierne besitter. Med tanke på at det også for utdanningene er vanskelig å forklare hva vernepleiernes kompetanse består av, er ikke det så overraskende.

Når omsorgstjenester skal utformes er ikke dette bare styrt av sosialpolitiske og profesjonsbaserte idealer. Styring av offentlig sektor har, som nevnt innledningsvis, også gjennomgått reformer med jevne mellomrom. Den rådende styringsideologien vil også ledsages av et ideologisk tankegods som vil påvirke den kommunale praksisen (jf. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten som er behandlet i kapittel 5.3). Ikke sjelden får vi inntrykk av at denne ideologien står i motsetning til verdier som har kjennetegnet omsorgstjenestene. Avslutningsvis i dette kapitlet vil jeg drøfte hvordan reformene av offentlig sektor påvirker omsorgstjenestene og realisering av politiske idealer.

5.6 Ny offentlig styring

Dette kapitlet ble innledet med å si at strukturen på denne delen av analysen bygget på fire søyler som til sammen utgjør en ideologisk plattform for virksomhetens praksis. Sammen med de tre søylene som allerede er beskrevet – politiske idealer og mål, kommunale planer for omsorgstjenestene og profesjonelle idealer, er den siste søylen idealer hentet fra nye former for offentlig styring. I analysen, så langt, har vi sett at idealer fra sosialpolitisk ideologi om funksjonshemming og utviklingshemming i liten grad reflekteres i kommuneplaner, noe mer i kommunedelplaner. Oversikten i tabell 2 viser at det er de færreste kommuner som har kommunedelplaner som omhandler strategier for tjenester for personer med funksjonshemming. Utgangspunktet for denne delen av analysen er at jeg er interessert i å undersøke hvordan styringsidealer kommer til uttrykk i styringsdokumenter, spesielt kommuneplaner og kommunedelplaner, men også drøfte hvordan denne ideologien kommer til uttrykk i intervju med ledere og fokusgruppeintervju med ansatte.

Organisering av kommunale tjenester og politiske målsettinger er ikke statisk. For å imøtekomme endringer i samfunnet og behov som vil oppstå i framtiden, gjennomgår offentlig sektor ulike reformer kontinuerlig. I en komparativ analyse av utvikling av offentlig styring har Politt og Bouckaert (2017) undersøkt utviklingen av offentlig styring i 11 vestlige

land. Norge er ikke et av landene i analysen, men det er grunn til å tro at noen av de samme utviklingstrekkene som de beskriver også kan gjenfinnes her i landet, til tross for at Norge har framstått som noe nølende i enkelte deler av reformprosessen, og laget en egen variant av reformene (Christensen et al., 2008).

Pollitt og Bouckaert (2017) beskriver at det internasjonalt har foregått tre reformbølger av offentlig sektor; Den første reformbølgen startet på slutten av 1960 tallet. Den foregikk primært i USA, Storbritannia og Frankrike, og handlet om å skape en mer rasjonell og strategisk politikk. Perioden var preget av modernisme, raske teknologiske fremskritt og utvikling av en universitetsbasert samfunnsvitenskap. Den andre reformbølgen knyttes til økonomisk uro på 1970-tallet. Oppfatningen var at offentlig sektor var overbelastet, og at velferdsstatene var kostbare, ineffektive og satte begrensninger både for ansatte og befolkningen. Det spredte seg et ønske om å gjøre styring av offentlig sektor mer lik næringslivet, både for å spare penger, øke effektiviteten og forplikte offentlige byråkratier til å opptre mer lydhør ovenfor befolkningen og brukerne. Det var tro på at økt effektivitet vil føre til større mulighet for å realisere politiske mål. Dette førte til at flere land satte i gang med moderniseringsprosesser ut over 1980-tallet.

Den mest kjente ideen har fått navnet New Public Management (NPM). Ut over 1990 tallet har NPM stadig blitt endret. Reformene på 1980- og begynnelsen av 1990-tallet hadde fragmentert organisasjonene i offentlig sektor. Færre store organisasjoner med flere formål ble etablert. De nye organisasjonene var mindre, hadde mer spesialiserte oppgaver og mer spesifikt definerte målsettinger. Etter hvert som flere slike organisasjoner oppstod, oppdaget en at det ble vanskelig å koordinere arbeidet. Det ble vanskelig for politisk ledelse å ha kontroll. Derfor ble det viktigere med strategisk og tverrsektoriell koordinering. I samme periode var den teknologiske utviklingen stor. Spesielt har informasjons- og kommunikasjonsteknologi vært viktig for myndighetene.

Den siste reformbølgen er litt mer uklar, men den dreier seg om en endring i retning av nettverktenkning og «governance», der styring gjennom nettverk og partnerskap mellom regjeringer, næringsliv og organisasjoner i sivilsamfunnet står mer sentralt.

Governance entails a move away from traditional hierarchical forms of organization and the adoption of network from organization. Politically the passage entails a revision of relationship between the state and civil society in more participatory direction. From a juridical viewpoint governance is finally responsible for having shifted the emphasis away from hard law to soft law.... The centralized nation-state is thus being superseded by a 'networked polity' where authority is progressively devoted to task-specific institutions with unlimited jurisdiction and intersecting

memberships operating at sup- and supra-national levels (Bellamy & Palumbo, 2010:p.XI) referert i (Pollitt & Bouckaert, 2017, s. 21)

I denne perioden har samfunnet opplevd stadig økende globalisering. Dette har også påvirket offentlig styring. Et annet utviklingstrekk har vært desentralisering. Målet har vært å utvikle lydhøre og raske offentlige tjenester som er bedre tilpasset lokale og individuelle behov. Dette legger til rette for å bygge ned organisasjonene gjennom å fjerne unødvendige ledernivåer. Utviklingen skal stimulere til mer tilfredse medarbeidere gjennom nye arbeidsoppgaver der de får utvidete ansvarsområder som budsjett og personalansvar, og slipper å være tynget ned av sentral regulering.

New Public Management

Den nye styringsideologien i offentlig sektor har fått størst gjennomslag med styringssystemet NPM. Pollitt og Bouckaert (2017, s. 10) presenterer en oversikt over begreper som kjennetegner NPM, tanker som er hentet fra privat næringsliv:

- *Greater emphasis on 'performance', especially through the measurement of outputs;*
- *a preference for lean, small, specialized (disaggregated), organizational forms over large, multifunctional forms;*
- *a widespread substitution of contracts for hierarchical relations as the principal coordinating device;*
- *a widespread injection of market-type mechanisms (MTMs), including competitive tendering, public sector league tables, and performance-related pay;*
- *an emphasis on treating service users as 'customers' and on the application of generic quality improvement techniques such as Total Quality Management (TQM).*

Pollitt og Bouckaert (2017) beskriver en vertikal fordeling av autoritet og horisontal koordinering mellom statlige departementer. Hvis en overfører begrepet om horisontal koordinering til Ansvarsreformen, vil en kunne se at det lovpålagte og tydelige ansvaret som kommunene fikk gjennom reformen, ikke var like tydelig for tjenester som sorterte under andre departement. Sektoransvarsprinsippet skulle gjelde, men vi ser at f.eks. arbeid og sysselsetting, som ligger i virksomheter under andre departementer, ikke har tatt det samme ansvaret. Enkelte kommunedelplaner, som f.eks. Trondheim kommunes yngreplan, er nettopp et forsøk på en horisontal koordinering av tjenester som understreker behovet for samhandling.

Begreper som er vanlig å møte i kommuner er målstyring, balansert målstyring eller resultatstyring. Begrepene er mye brukt i NPM. Mål- og resultatstyring påvirker organiseringen av kommunene. Det har blitt vanlig å etablere resultatenheter med

enhetsledere som er ansvarlig for å nå definerte mål (Torsteinsen, 2012a). Alle de seks kommunene, som er med i analysen av kommunale planer i denne avhandlingen, er organisert i resultatenheter. Det er politikerne i den enkelte kommunen som vedtar planer for omsorgstjenestene der mål for omsorgen er definert – ofte formulert som resultatmål. I et resultatstyringsregime er det måloppnåelse i forhold til disse målene enhetsleder må stå til ansvar for (accountability). I styringsregimer av denne typen skal enhetslederne, i prinsippet, ha forholdsvis vide fullmakter til å bestemme metoder og organisering av virksomhetene som ligger i deres resultatenheter, men holdes ansvarlig for resultatoppnåelsen. Samtidig er det et paradoks at til tross for at enhetsledere, i prinsippet, har stor frihet i tilnærming, finner vi ikke så mye variasjon i organisering av tjenestene, utviklingen av nye tjenester i norske kommuner har vært uventet lik (Tøssebro et al., 2012).

Sammen med sosialpolitiske idealer og profesjonsidealene, vil styringsidealene påvirke de ansattes refleksjon og forståelse av egen rolle og hvordan praksis utformes. Hva er det som kjennetegner NPM i norske kommuner? Det er åpenbart at styringssystemet påvirker organisering av kommunenes virksomheter. Dette kommer jeg nærmere tilbake til i neste kapittel. NPM har ført til en organisering av virksomheten i resultatenheter som ledes av hver sin enhetsleder. En av ideene i NPM er å redusere antall ledelsesnivåer, såkalt organisatorisk utflating. En antagelse er at mer autonomi gir økt prestasjon, gjennom å delegerer mer og intervensjoner mindre, vil de lokale prestasjonene bli bedre.

Den opprinnelige tanken bak var at endringer i større grad skulle skje via endret struktur enn gjennom å endre den enkelte leder (Pedersen, 2012). Ved innføring av NPM er det derfor mange kommuner som har redusert antall nivå vertikalt i organisasjonen. Med denne organiseringen har kommunens størrelse betydning for hvor spesialisert enhetsledernes ansvarsområder er. I små kommuner kan det være en helse- og sosialsjef som er enhetsleder for de ulike virksomhetene som kommunen har ansvar for på dette området, mens i større kommuner vil det være enhetsledere for mer spesialiserte deler av virksomheten, f.eks. for en bydelsomfattende bolig- og aktivitetstilbud for personer med utviklingshemming. Som Pollitt og Bouckaert (2017) beskriver er det et ideal for organiseringen i NPM at resultatenheter skal være spesialiserte og ikke for store. Resultatet av utflatingen, har vært at mange kommuner har innført to-nivå modeller der hver enhetsleder rapporterer direkte til rådmannen. I store kommuner fører det til svært mange enheter, samtidig som kontrollspennet til den enkelte leder er stort. Det kan virke som denne trenden er i ferd med å snu, og enkelte kommuner innfører et tredje nivå (Torsteinsen, 2012b). Endringer i organiseringen, og

innføring av flere nivåer, skjer også innen vårt utvalg av kommuner. En av de kommunale topplederne sier følgende:

Årsaken til at vi går bort fra tonivåmodellen er kontrollbehov. Jeg har brukbar oversikt, men har behov for et nivå mellom meg og enhetslederne som er tyngre inn mot oppfølging mot enhetslederne. For det handler mye om ledelse og hva som skjer ute ved enhetene. Vi kommer til å opprette noen kommunalsjefstillinger og tydeliggjøre og styrke ledelsesnivået ute på enhet. Fagleder får en tydeligere avdelingslederrolle. I dag er fagleder på mange enheter i stor grad i en faglig ledelsesposisjon, uten at vi har full oppfølging i forhold til personell og økonomi, og ved å tydeliggjøre dette får en større grad av nærhet av ledelse ute. Det er også behov for at noen er nærmere meg, for jeg må bevege meg mer på systemnivå og inn mot politisk nivå, enn bare ut mot enhetene (Kommunal leder, mann).

Dette sitatet tyder på at kommunen ser behov for å styrke ledelsen både opp mot rådmannsnivået og nærmere de som jobber ute i enhetene. Dette dreier seg om kontrollspennet – hvor mange underordnede rapporterer til en og samme leder. Inntrykket jeg sitter igjen med etter fokusgruppeintervjuene, er at det er varierende hvordan de ansatte opplever nærhet til ledelsen. I mange tilfeller er enhetslederne med på personalmøter, men hver enhetsleder kan ha ansvar for mange enheter, og det varierer derfor om enhetsleder har mulighet til å delta over alt. I de største kommunene er mye av ledelsen ved bofelleskapene overlatt til bo- eller driftskoordinatører. Disse har ikke personalansvar, men skal koordinere den daglige driften. Ansatte i enkelte bofelleskap opplever at ledelsen er veldig til stede og i andre bofelleskap det motsatte. Det kan se ut som om tydelig tilstedeværelse av ansvarlig leder (enhetsleder, fagleder, avdelingsleder) har betydning for de ansattes tilfredshet og evne til å realisere sosialpolitiske mål. Bofelleskap som har opplevd problemer, f.eks. samarbeidsproblemer med pårørende, rapporterer også om fraværende ledelse. Det er vanskelig å si om dette skyldes at ledelsen er mindre tilstedeværende ved disse bofelleskapene, eller om grunnen er at behovet for mer nærhet til ledelsen blir større i slike situasjoner. Jeg kommer tilbake til ledelsens betydning i kapittel åtte.

Den kommunale virksomheten preges av stadige omorganiseringer. Om dette er et utslag av NPM og den enkelte leders frihet til å organisere virksomheten så lenge resultatmålene nås, skal være usagt. Et faktum er at alle kommunene i utvalget har gjennomgått en eller annen form for omorganisering i løpet av treårsperioden vi har arbeidet med prosjektet. Dette påvirker den delen av tjenesteapparatet som dette prosjektet har studert. Omorganiseringene som har foregått dreier seg om større eller mindre endringer. I tillegg til eksemplet fra sitatet ovenfor, som beskriver en forholdsvis stor endring med etablering av et nytt organisasjonsnivå, ser vi etablering av nye enheter, enheter har blitt sammenslått eller

bofellesskap har blitt nedlagt og erstattet med samlokaliserte boliger. Dette kan være forholdsvis små endringer, men de kan ha stor betydning for beboere og ansatte. Flere av kommunene er involvert i kommunesammenslåinger som vil føre til nye omorganiseringer og endringer i årene som kommer. I tillegg til organisatoriske endringer, har ansatte ved mange av bofellesskapene, opplevd at de har fått ny enhetsleder i løpet av de tre årene prosjektet har pågått. Uten at denne avhandlingen skal gå nærmere inn på utfordringer med stadige omorganiseringer, kan det være greit å merke seg at de stadige endringene kan gjøre det vanskelig å ha oversikt, og det kan skape uro, både for ansatte, beboere og pårørende. Det kan være en faktor som påvirker evnen til å realisere politiske idealer for omsorgen. I et fokusgruppeintervju med pårørende blir usikkerhet om hvem som har ansvaret drøftet:

- Person 1: Det er en ting som slo meg på dialogkonferansen¹³ for det var snakk om nærledelse. Da begynte jeg å tenke. Jeg har aldri visst hvem som egentlig har ansvar for dette og hvor er ting i systemet. Hvor skal vi henvende oss hvis det er noen ting?*
- Person 2: Du vet hvem som er kontaktpersonen?*
- Person 1: Ja, det vet jeg, men lenger opp i systemet.*
- Person 2: Det må være brukerkontoret?*
- Person 1: Jeg vet ikke hvem som er sjef her.*
- Person 2: Det er vel han som er sjef for psykisk helsetjeneste. Jeg tror det er det.*
- Person 1: Ja*
- Person 2: Så er det noen avdelingsledere under han som [sier navnet på en person]*
- Person 1: Hun var med i bofellesskapet, men forstod det som hun var plassert et annet sted. Vi kunne fått en oversikt over hvem det er og hvem kan vi kontakte. Det kan jo skyldes at ting endrer seg ofte.*
- Person 2: Er det noen leder her?*
- Intervjuer: Er det ikke [faglederens navn]?*
- Person 2: Er det det?*
- Person 1: Jeg vet ikke.*
- Person 2: Så er det enhetsleder så er det...*
- Person 1: Hvem er hvem?*

Som denne dialogen viser er det uklart hvem som har ansvaret og hvor de pårørende skal henvende seg hvis det er situasjoner de ønsker å ta opp med ledelsen. Hva som er årsak til dette kan vi ikke si ut i fra denne dialogen, men de pårørende peker på at hyppige endringer i organisasjonen kan være en årsak.

Bestiller-utfører

En faktor som kjennetegner NPM, og som avspeiler seg i organiseringen av kommunene, er etablering av et skille mellom bestiller og utfører. Det er en trend i utviklingen av

¹³ Det refereres til en av dialogkonferansene i dette prosjektet

omsorgstjenester i norske kommuner at forbrukerpolitiske argumenter blir brukt (Vabø, 2001). Prinsippene innebærer at kvaliteten på tjenester skal sikres gjennom å styrke (for)brukernes rettigheter. Den enkelte bruker skal settes i stand til å stille krav til tjenesten. For å lykkes med dette skal kommunene utvikle informasjon om hva brukerne kan forvente seg (f.eks. serviceerklæringer), og det inngås avtaler (vedtak) om tjenester. Det skal være klageadgang og brukerne skal bli hørt (brukerundersøkelser). Dette er ikke uten kontroverser. Rettigheter, krav og klageadgang står på mange måter i motsetning til forbrukerpolitiske virkemidler, som skal minske gapet mellom ressurser og ambisiøse velferdspolitiske mål. Det er et forsøk på å markere en grense for den offentlige hjelpen. De forbrukerpolitiske virkemidlene gjør at kommunene på den ene siden må tydeliggjøre for brukerne hva de kan forvente av tjenester. Samtidig må de tydeliggjøre overfor de ansatte hvilken standard kommunen har råd til å holde og få de ansatte til å holde seg til det som er avtalt. Prinsippet om bestiller-utfører forutsetter at omsorgsoppgavene kan forhåndsdefineres og kontrolleres, og at de utføres ut fra en kontrakt som styrer ytelsene i tråd med vedtak forvaltningen har gjort. For ledere i dette systemet er det ikke så viktig å spesifisere hvordan ting skal gjøres, men å forklare hvordan systemet skal fungere i prinsippet.

I en diskusjon om forbrukerpolitiske perspektiver og markedstenkning, er det viktig at tema om reelle valgmuligheter drøftes. For at et system som er basert på markedsprinsipper skal fungere etter hensikten, må beboeren ha andre valgmuligheter. Det innebærer mulighet til å bytte leverandør av tjenestene. Dette er ikke en reell mulighet med dagens tjenesteorganisering. Beboerne har ikke, eller i svært begrenset grad, mulighet til å bytte bofellesskap. Det er ingen exit-mulighet (Jf. Hirschman, 1970).

Den forbrukerpolitiske tenkningen står på mange måter i motsetning til den tillitsbaserte omsorgen som ble praktisert tidligere. Et strukturelt trekk ved velferdstjenestene har vært at det ble sett på som en nødvendighet at den enkelte yrkesutøver kunne utøve faglig skjønn, og fatte beslutninger som angikk den enkelte brukers behov. En tillitsbasert relasjon har vært grunnleggende for tjenestene, der en forutsetning er at yrkesutøveren gjør sitt ytterste for å sette klientens behov i sentrum. Vabø (2001) viser til Kari Wærness (1984) omsorgsrasjonalitet som *bygger på en anerkjennelse av den hjelpetrequendes sårbarhet og avhengighet* (Vabø, 2001, s. 9). I dette, mener hun, at det ligger en aksept av at brukeren ikke alltid opptrer rasjonelt. I det tillitsbaserte rasjonalet ligger det en erkjennelse av at behovene varierer og det er derfor ikke mulig å fastlegge disse hundre prosent. Tildeling av tjenester har skjedd i samtaler med brukere og pårørende. Behovene har blitt basert på hjemmebesøk av

avdelingsleder, og deretter fortløpende justeringer under veis av de ansatte som møter brukeren i det daglige.

Kommunene har plikt til å tilby tjenester og forvalte ressursene på en fornuftig måte innenfor de økonomiske rammene de har. Målet med å definere behov, er i mange tilfeller en måte å få kontroll på at ingen får tjenester de ikke har behov for, og på den måten begrense kostnader. Kvalitet måles ved primært ved å kontrollere at de tildelte tjenestene leveres, og i mindre grad kontroll av innhold i tjenestene. Vabø (2001) mener det er stor avstand fra denne tenkingen til det omsorgsrasjonale som de ansatte ute i omsorgen legger til grunn, der helhetlig tenkning er mer sentralt og vekten legges på relasjon mellom beboer og hjelper, bistand gjennom hele livet og livskvalitet. Spørsmålet en må stille seg er om en instrumentell forståelse av kvalitet fører til god forvaltning av ressursene i et livsløpsperspektiv.

I dagens moderne samfunn fungerer en passiv underordnet mottakerstatus dårlig. Idealet er aktive brukere som har krav på å bli hørt. Dette er i samsvar med reformene i kommunal sektor, som har vært inspirert av markedsorientering og hentet styringsidealer fra privat sektor. Tanken er at vi får kvalitativt bedre tjenester (til en rimeligere penge) hvis aktørene handler rasjonelt og i egeninteresse. Dette *forutsetter at konsumentene er kompetente og likeverdige kontraktpartnere som ideelt sett vet hva de trenger og ønsker og vet å reagere når selgeren bryter sin del av kontrakten* (Vabø, 2001, s. 11). Den forbrukerpolitiske tilnærmingen bygger på flere premisser; konsumentene må innta en aktiv og selvstendig rolle, en er avhengig av gjensidig mistillit mellom partene for at markedet skal fungere rasjonelt, og transaksjonene hviler på en kontrakt (Jf. Le Grand, 2010). Tildeling av tjenester i dette systemet er et brudd med tidligere praksis. De ansattes mulighet til skjønnsutøvelse reduseres og forhåndsdefinerte kontrakter og formelle vurderingskriterier får større betydning. De ansatte har fortsatt ansvar for å melde fra ved endret behov, men det er bestillerenheten som fatter vedtak om endrete tjenester (Vabø, 2001).

Når forbrukerpolitisk tenkning skal overføres til omsorgstjenester er det ikke nok å endre byråkratiske tildelingsrutiner. Det vil også kreve en mental omstilling:

Yrkesutøverne må endre sin innstilling til tjenestemottakeren (fra klient til bruker) og sin orientering i arbeidet (fra skjønn til kontrakt). Hjelpemottakeren, på sin side, kan ikke feste lit til hjelpernes moralske ansvar. Hun (han) må selv være aktiv og påse at hjelpetiltakene til enhver tid reflekterer det hun har behov for. Og hun må være årvåken og kritisk i forhold til hjelpernes arbeid. Dersom tjenesten ikke holder mål, er det hennes ansvar å klage (Vabø, 2001, s. 12)

Vabø (2001) hevder at den markedsinspirerte diskursen har fått hegemoni blant ledere i det kommunale toppsjiktet, men den problematiserer i liten grad forbrukerpolitiske tiltak (informasjon, serviceerklæringer, avtaler og omsorgskontrakter), mens de ansatte på sin side, (fortsatt) *forstår den praktiske virkeligheten i begreper og kategorier som var forankret i tradisjonelle velferdsdiskurser* (s. 24) der forståelsen er at god omsorg krever tilpasning og skjønnsutøvelse i den konkrete situasjonen.

Vedtak om tjenester

En forutsetning for at bestiller-utfører tilnærmingen skal fungere etter hensikten, er at det er mulig å definere hva som skal overføres mellom partene. Dette defineres i enkeltvedtak om tjenester. Mange kommuner har en praksis der de gjør rammevedtak som definerer omfanget av tjenestene, men er lite detaljert:

Vedtak er vanskelig å følge opp fordi de er formulert så vagt. Det er vanskelig eller umulig å sette mål på formuleringer som for eksempel: «... skal ha den hjelp han trenger». (Fagleder, kvinne, vernepleier)

For personer med behov for omfattende hjelp i hjemmet er det to begreper i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011 §3-2 punkt 6 a - b) som er spesielt relevante: *helsetjenester i hjemmet* og *personlig assistanse*. I personlig assistanse inngår praktisk bistand, opplæring og støttekontakt. Vedtakene skiller ofte mellom de to formene for tjenester «helsehjelp» og «praktisk bistand». Fokusgruppeintervjuene gir inntrykk av at det er sjelden begrepet «opplæring» benyttes i vedtakene, og flere av kommunene praktiserer at de som bor i bofellesskap ikke får vedtak om støttekontakt, og mener denne tjenesten inngår i den daglige omsorgen de mottar i bofellesskapet. De runde formuleringene i vedtakene om hva hjelpen skal bestå av, åpner for stor grad av skjønn når tjenesteyterne i praksis skal etterkomme vedtakene.

Flere av informantene i fokusgruppeintervju med de ansatte, gir uttrykk for at de ikke skiller så nøye på hvilken type bistand de gir, men er klar over at vedtakene gjør et skille. De noe vage formuleringene kan betraktes som en måte å imøtekomme utfordringer med at behov sjelden er statiske og at de vil fluktuere over tid. På den annen side er timetallet fast, så innhold i tjenestene baseres i stor grad på den enkelte ansattes skjønn, mens omfang, i prinsippet er mer fast, basert på en IPLOS-kartlegging. Kommunene er pliktig til å rapportere til IPLOS-registeret opplysninger om hver enkelt tjenestemottaker en gang i året (Jf. Forskrift om IPLOS-registeret, 2006; Forskrift om kommunal rapportering, 2001). Selv om rapportering foregår årlig, er det opp til den enkelte kommune å bestemme hvordan og hvor

ofte selve registrering av opplysninger i IPLOS skal foregå. Jeg kommer nærmere tilbake til IPLOS i kapittel seks. Inntrykket fra fokusgruppeintervju med de ansatte er at det foretas ny registrering hvis behovene endrer seg.

I enkelte bofellesskap brukes vedtak om tjenester mer aktivt. En fagleder som jobber i et bofellesskap for personer med psykiske lidelser, sier at det er primærkontaktene som har ansvar for å kartlegge hva målene for den enkelte brukeren er. Hun beskriver sin egen rolle i arbeidet med måloppnåelse for den enkelte beboer i dette sitatet:

Jeg føler klart ansvar for [å sikre måloppnåelse]. Brukerne har vedtak om helsehjelp. Det kommer fra brukerkontoret, de gjør først en kartlegging og vurdering, eller kanskje vi gjør det. Primærkontakten er alltid med i vurderingen, ikke i begynnelsen, men etterhvert. Hvis det er lange løp, slik det er for de som bor her, vil behovet for tjenester svinge litt. Da er det primærkontakten som har ansvaret, og fagansvarlig følger med at det skjer. Så jeg har litt kontrollfunksjon. Jeg sjekker om brukerne får den hjelpa som står i vedtaket og om vedtaket er revurdert (Fagleder, kvinne, sykepleier).

Den tette oppfølgingen av vedtakene som dette sitatet beskriver, representerer et unntak fra det generelle inntrykket jeg har av de ansattes bruk og kjennskap til vedtakene som jeg har fått gjennom fokusgruppeintervjuene. Dette kan ha med at det er et bofellesskap for personer med psykiske lidelser å gjøre, og at det primært er vedtak om helsehjelp, som det blir sett på som viktig at følges opp. Flere av fokusgruppeintervjuene med ansatte i bofellesskap for personer med utviklingshemming, gir et inntrykk av at vedtakene ikke har så stor betydning i det daglige arbeidet, verken med tanke på omfang eller innhold i tjenestene. I mange tilfeller kjenner ikke de ansatte innholdet i vedtakene til personene de yter tjenester til. Flere av informantene setter sin lit til at dags- og ukeplaner er utarbeidet med utgangspunkt i vedtaket, og at de gjennom å følge dagsplanen også vil bistå med det som beboeren har krav på i følge vedtaket. Sitatet viser tydelig delegering av ansvar for oppfølging av vedtakene til primærkontaktene. I flere av fokusgruppeintervjuene kommer det fram at primærkontakter har et større ansvar for å følge opp vedtak, og at det er de som skal påse at vedtakene gjenspeiles i dags- og ukeplaner, men det er ikke en like tydelig oppfølging og ansvarliggjøring av primærkontaktene over alt.

Resultatstyring

Et av de viktigste kjennetegnene ved NPM er styringssystemets fokus på resultater. Resultatmåling i omsorgstjenester, som kan karakteriseres som bakkebyråkratier, er ekstremt vanskelig (Lipsky, 2010). Tanken er at fokus på resultater skal gjøre at kvaliteten på tjenestene som ytes blir bedre. Kritikere vil hevde at dette fokuset kan føre til at behov og

aktiviteter, der prosessen er like viktig som resultater, ikke får den samme prioritet som faktorer som kan tallfestes. Der resultatet er mer åpenbart og «tellbart» som f.eks. antall fritidsaktiviteter, antall minutter praktisk bistand eller antall avvik er lettere å registrere og systematisere, det gir også konkrete tall på positiv eller negativ utvikling over tid. Det er også etablert systemer for å tallfeste forhold som vanskelig lar seg tallfeste (enkelte vil hevde at IPLOS er et slikt system). Det såkalte «tellekantsystemet» er ofte blitt kritisert, men det ser ikke ut til at kritikken har fått nevneverdige konsekvenser. NPM som baseres på resultatstyring og kvalitetsindikatorer, har vært omdiskutert fordi det kan ha utilsiktede vridningseffekter. En effekt er at det er en fare for at indikatorene blir mål i seg selv, en annen fare er at det som ikke måles blir nedprioritert (Mjøen, Johansen, & Tøssebro, 2019; Møller, Andersen, & Iversen, 2016). Konsekvensen kan bli at fokus blir rettet mot å gjennomføre rutiner som dags- og ukeplaner, og mer langsiktige mål vil bli nedprioritert. Jeg vil drøfte dette nærmere i kapittel seks.

Når vi ser på planene til kommunene som deltar i denne undersøkelsen, ser vi at alle, i en eller annen form, definerer resultatmål. Trondheim kommune, som har det mest omfattende planverket, definerer mål, beskriver strategier for å nå målene og har utviklet et sett resultatindikatorer. Dette er gjennomgående for handlings- og økonomiplanen og de fleste kommunedelplanene. Den samme tydelige målstrukturen ser vi i planverket i Malvik kommune, med hovedmål og delmål. Målene blir fulgt opp i utviklingsplan for helse og velferd. Denne tenkningen er også tydelig i Namsos kommune, som ikke har utarbeidet kommuneplanens samfunnsdel, men følger denne logikken i boligsosial handlingsplan og handlingsplan for helse- og omsorg, samt i rullering av kompetanseplanen. Hitra kommune har definert mål og måleindikatorer for tjenestene i handlings- og økonomiplanen. I planene til Namdalseid, som er den minste kommunen i utvalget, finner vi også resultatstyringslogikken i kommunedelplanene. Overhalla kommune, som er den eneste av kommunene som har vedtatt å ha balansert målstyring som styringssystem, viser til bruk av styringskort som oppsummerer målhierarkiet i et balansert målstyrings program, og har klare mål og delmål i sin økonomiplan. Balansert målstyring er et forsøk på å komme opp med et styringssystem som skal løfte fram flere hensyn og er brukt av mange kommuner på landsbasis, men som sagt, bare en av kommunene i dette utvalget bruker dette styringssystemet. Ideen bak balansert målstyring å gi et bedre grunnlag for å fremme langsiktig verdiskaping gjennom å balansere finansielle og ikke-finansielle prestasjonsmål, eksterne og interne prestasjonsperspektiver, og resultat- og ytelsesindikatorer (Hoff &

Holving, 2002). I offentlig sektor er denne tenkingen relevant fordi antallet interessenter er stort, og en må stå til ansvar for hvordan en forvalter samfunnets fellesressurser. Balansert målstyring er et styringssystem som skal belyse prestasjoner for flere målsettinger enn det budsjetter gjør. Dette viser at det er flere styringssystemer som kan benyttes innen styringslogikken som betegnes med samlebegrepet NPM.

Benchmarking

Et element av kvalitetsarbeidet i NPM er basert på at organisasjoner skal lære gjennom deling av informasjon. Grunnlaget for kvalitetsarbeidet baseres på sammenligning av en virksomhet med en annen, og er mye brukt i privat sektor og kalles *benchmarking*. Benchmarking som styringsverktøy i offentlig sektor har siden 1990-tallet stadig fått større betydning (Dorsch & Yasin, 1998; Pollitt & Bouckaert, 2017). En definisjon av begrepet sier at *benchmarking er en kontinuerlig, systematisk prosess for evaluering av produkter, tjenester og arbeidsprosesser hos organisasjoner som anses for å være de beste – i den hensikt å få til forbedringer* (Askim, Båtsvik, & Skattum, 2007 s. 8 hentet fra Spendolini (1992)) Opphavet til begrepet er at man tar utgangspunkt i et referansepunkt og gjør sammenligninger med utgangspunkt i det. En presisering av definisjonen gir tre størrelser en kan måle prestasjoner mot: De kan sammenlignes med egne tidligere prestasjoner, eller de måles mot en normativ standard, og/eller mot andre organisasjoner (Askim et al., 2007) I denne sammenhengen er det sammenligning mellom kommunenes prestasjoner og utviklingen innad i egen kommune over tid som vil være utgangspunktet for den enkelte kommunes analyse av egen virksomhet. Direktoratet for forvaltning og ikt (Difi) mener at benchmarking fører til en mer objektiv vurdering av resultater, økt fokus på årsak/virkning-forhold, et kontinuerlig press i retning forbedring, synliggjøring av utfordringer/forbedringspotensialer og identifisering av bedre arbeidsprosesser iverksetting av forbedringstiltak (Difi, 2015a).

Det finnes ulike databaser som gir kommunene informasjon om egne og andre kommuners prestasjoner. Den viktigste databasen og kilden til styringsinformasjon er KOSTRA, som står for Kommune-Stat-Rapportering og drives av Statistisk Sentralbyrå (SSB). Alle kommuner har rapporteringsplikt og skal fremskaffe og oversende tall på ressursbruk og oppnådde resultater på ulike tjenestoområder til SSB (Forskrift om kommunal rapportering, 2001). KOSTRA skal gi styringsinformasjon om ressursinnsats, prioriteringer og måloppnåelse i kommunen. Samtidig fungerer det som et styrings- og kontrollinstrument for staten. Et annet eksempel er Kommunebarometeret, som publiseres av Kommunal Rapport hvert år (Kommunal Rapport, 2018). Dette er en analyse av hvordan den enkelte kommune presterer

på utvalgte parametere målt mot de andre kommunene i landet. De ti største kommunene i Norge: Bergen, Bærum, Drammen, Fredrikstad, Kristiansand, Oslo, Sandnes, Stavanger, Trondheim og Tromsø utgjør et nettverk for samarbeid om utvikling og analyse av styringsdata. ASSS, som dette samarbeidet kalles, står for Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner. Tall fra ASSS brukes i sammenligning mellom storkommunene. Det er ingen av kommunene i utvalget som utmerker seg ved at de i stor grad benytter benchmarking som styringssystem, og det er vanskelig å si noe om i hvor stor grad benchmarking brukes direkte i beslutningstakingen på bakgrunn av mine undersøkelser, men jeg finner eksempler på at alle disse ulike databasene benyttes av kommunene som deltar i dette prosjektet. Hvor stor betydning sammenligningene har for prioriteringer som kommunene gjør, kan jeg ikke si ut i fra analysen av kommunale planer og de intervjuene jeg har foretatt, men flere av planene sammenligner egne prestasjoner og ressursbruk fra tidligere år og tall fra andre kommuner. Et eksempel er Malvik kommune som sammenligner seg med nabokommunene, når de beskriver bemanningsfaktoren i heldøgns omsorg i eldreomsorgen. De konkluderer med at de er på lik linje, eller høyere, enn kommunene de sammenligner seg med. De henter også tall fra kommunestatistikken hos Fylkesmannen i Sør-Trøndelag fra 2014 og 2015 når de vurderer hvordan kommunens tjenester i forhold til nasjonale indikatorer som antall enerom, legetimer og årsverk med fagutdanning. Hitra kommune, som i sin handlings- og økonomiplan for inneværende periode definerer kvalitetsindikatorer for de ulike tjenestoområdene, tar utgangspunkt i landsgjennomsnittet og kommunens egne tidligere prestasjoner når de definerer framtidige mål. De viser også til en studie gjennomført av Telemarksforskning om suksessrike distriktskommuner der kommunen blir rangert som den beste på utvalgte områder, sammenlignet med 177 andre distriktskommuner. Trondheim kommune bruker tall fra ASSS-nettverket i handlings- og økonomiplanen for 2018-2021, som beskriver at de bruker minst ressurser pr utviklingshemmet bruker, samtidig som de har flere brukere som bor i boliger med fast personale og flere ansatte med fagutdanning. I lederintervjuer trekkes også disse tallene inn i forklaringer på tjenestesituasjonen i kommunen. I eksemplet brukes tall fra ASSS som en forklaring på en restriktiv praksis i tildeling av brukerstyrt personlig assistanse (BPA), gjennom å sammenligne tallene med praksis forøvrig:

Fysisk funksjonshemmede får tjenesten, men vi har ganske streng kriterietildeling i Trondheim og det er det vi får kritikk for. Vi ligger lavt på tildeling på timer, men det gjelder hele helse- og velferdssektoren, det gjelder for hjemmetjenesten, sykehjem og BOA og vi ligger relativt lavt hvis vi sammenligner oss med andre ASSS kommuner. (Kommunal leder)

Sitatet nedenfor viser at en annen leder opplever sammenligning med andre sammenlignbare kommuner som inspirerende, og et tegn på at kommunen lykkes med å skape gode tjenester for lavere ressursinnsats. På spørsmål om hvordan sammenligning med andre kommuner oppleves for enhetsledere, er svaret:

Egentlig litt inspirerende. Vi er en del av ASSS samarbeidet, og vi har økonomer som har spesialisert seg på å lage indikatorer på hvordan vi ligger an i forhold til andre. Først og fremst økonomi. Når jeg ser at vi ligger faktisk helt lavest på økonomi og likevel får til en del faglige ting som høres utopisk ut for andre kommuner. Da kjenner jeg at vi danner oss en stolthet over det. (Enhetsleder, mann, vernepleier)

Benchmarking brukes i denne sammenhengen til å få en bekreftelse på at kommunen gjør noe riktig. Sitatet viser også at bruken av data fra egen kommune sammenlignet med andre kommuners prestasjoner krever en spesiell kompetanse, som kanskje bare de største kommunene innehar. Vi kan også anta at større kommuner med mange brukere, og store komplekse virksomheter, opplever større behov for å analysere prestasjoner, enn mindre og mer oversiktlige kommuner med bare en håndfull brukere av enkelte tjenester.

Kritikere av benchmarking mener at det fører til en nivelleringsstankegang i kommunene, der alle beveger seg i retning av normen eller gjennomsnittet, i enkelte tilfeller i retning av de laveste. De som presterer best får argumenter for å redusere innsatsen, mens de dårligste får argumenter for å øke den, eller som sitatet over viser: der det argumenteres for ikke å øke ressursinnsatsen. I hvor stor grad benchmarking som styringsverktøy har betydning for realisering av idealer i omsorgen for personer med utviklingshemming, gir ikke denne undersøkelsen svar på.

Tilsyn

Avslutningsvis i dette kapitlet vil jeg drøfte hvordan tilsyn spiller inn på de ansattes realisering av politiske idealer og mål. Tilsyn og kontroll har i de siste tiårene stadig blitt tillagt mer vekt og det kan ses i sammenheng med framveksten av NPM. Tilsyn er ikke noe nytt i norsk forvaltning, det har vært en lang tradisjon med statlige tilsyn, helt siden formannskapslovene av 1837. På områder der det er utviklet et lovverk, er det også ofte noen som skal føre tilsyn og kontroll med at reglene overholdes. Det sentrale for det statlige tilsynssystemet er å ivareta rettssikkerheten til den enkelte borger og kontrollere at de kommunale tjenestene holder et tilstrekkelig nivå (Helgøy & Serigstad, 2004). I en beskrivelse av hva tilsyn er har Statskonsult (2003) definert tilsyn som *et statlig organ som har som formell oppgave å kontrollere (og eventuelt påpeke) overholdelse av plikter som er*

fastsatt i en norm (lov, forskrift, planvedtak o.l.) og som er bindende for kommunesektor (gjengitt i Helgøy & Serigstad, 2004, s. 19)

Direktoratet for forvaltning og ikt (Difi) peker på at statens styring av kommunene fra 2000 og framover, har blant annet vært preget av større vekt på tilsyn og kontroll som følge av sterkere individuelle rettigheter, og at det siden 2010 har vært en dreining i retning av mer vekt på læringsbaserte tilsyn og veiledning. Antall skriftlige veiledere, som er å betrakte som en mykere form for styring, har økt innen helse- og omsorgssektoren og er en del av denne utviklingen. Gjennom den nye lovgivningen er ikke kommunene pålagt å organisere tjenestene på en bestemt måte, og loven er utformet mer overordnet og profesjonsnøytralt. Samtidig ser vi en utvikling i retning av mer detaljert statlig styring gjennom prosedyre- og kompetansekrav i lover og forskrifter. Mens det i 1999 var 16 forskrifter med relevans for kommunesektoren, var det i 2015 økt til 76 forskrifter (Difi, 2015b).

Når det gjelder sammenhengen mellom den enkeltes rettigheter og kommunens plikter er det tre lover som utfyller hverandre og må ses i sammenheng. Kommunens og de ansattes plikter er beskrevet i henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven og helsepersonell loven, mens den enkelte brukers rettigheter finner vi i pasient- og brukerrettighetsloven. Når det gjelder tilsyn med den kommunale helse- og omsorgssektoren er det Statens helsetilsyn som har ansvar for planlegging, koordinering og oppsummering av tilsyn, mens den utøvende tilsynsmyndigheten er i hovedsak samlet hos fylkesmannsembetene. Fylkesmannen skal følge opp kvaliteten i tjenestene og kontrollere om de blir utøvd i tråd med krav i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011).

I følge Difi har tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester økt fra 204 tilsyn i 2004 til 339 i 2010, men tilsynsaktiviteten har blitt redusert igjen de senere årene. Statens Helsetilsyn opplyser i sin årsrapport for 2017 at det i 2017 ble gjennomført 215 planlagte tilsyn i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. 131 av tilsynene var systemrevisjoner og 84 var tilsyn av annen metodikk som *oppfølging av egenvurderinger, dokumentgransking, uanmeldte tilsyn, stikkprøver og tilsyn med bruk av andre metoder* (Helsetilsynet, 2017b, s. 43). Av systemrevisjonene var det 34 tilsyn med tjenester til personer med utviklingshemming, der 26 var en oppfølging av det landsomfattende tilsynet i 2016 og de øvrige åtte med temaet tvang og makt. I tillegg har fylkesmennene gjennomført 221 stedlige tilsyn med bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemming. For å sikre at personene får nødvendig hjelp og for å hindre unødvendig tvangsbruk, er bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemming detaljert regulert i lovverket. Fylkesmennene har et særskilt ansvar for å

registrere beslutninger om skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner. Videre har de ansvar for å overprøve vedtak om bruk av tvang og søknader om dispensasjon fra utdanningskravene i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011).

I analysen av kommunale planer går det fram at kommunene har ulik praksis med å vise til tilsyn som er gjennomført som et utgangspunkt for tiltak i økonomi og handlingsplanene. Tiden som er gått siden kommunen har vært gjenstand for tilsyn, kan være en faktor som påvirker om kommunens oppmerksomhet er rettet mot et bestemt tilsynsresultat. En gjennomgang av de kommunale planene viser at det er bare Trondheim kommune som viser til tilsynsrapporter og har planfestet konkrete tiltak for oppfølging av statlige tilsyn. Dette kan ha noe med at størrelsen på kommunen tilsier at det ofte vil være deler av tjenesteytingen som er gjenstand for tilsyn og at det derfor aktualiseres i større grad der, enn i små kommuner med mindre virksomhet og færre tilsyn. I fokusgruppeintervjuene med de ansatte var ikke temaet om tilsyn oppe til diskusjon. Det er verd å merke seg at intervjuene med ansatte i omsorgstjenestene ble gjennomført før resultatene fra det landsomfattende tilsynet med kommunens helse- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming som ble gjennomført i 2016, forelå.

5.7 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg tatt utgangspunkt i de fire søylene nasjonale styringssignaler, kommunale planer, profesjonsidealer og NPM. De fire søylene kan tolkes som en form for strukturer som kommunale omsorgstjenester bygger på. Samtidig representerer disse strukturene ulike ideologiske strømmer som endres over tid. De ideologiske strømmene vil påvirke prioriteringer og løsninger i kommunene. Jeg vil komme tilbake til hvordan de ulike strømmene påvirker hverandre og kommer til uttrykk i tjenesteytingen når de flyter gjennom omsorgstjenesten som organisasjon i kapittel 10.

Kapitlet reiser flere problemstillinger som omsorgstjenester for personer som har behov for omfattende tjenester i hjemmet møter, og er et utgangspunkt for analyser og drøftinger i de neste kapitlene i avhandlingen.

Sosialpolitiske idealer ser ut til å forsvinne i overgangen mellom statlige styringsdokumenter og kommunale planer. Det er ikke dermed sagt at sosialpolitiske idealer og mål må kommuniseres gjennom kommunale planer. Idealer kommuniseres gjennom alle de fire søylene som er beskrevet, ikke minst gjennom profesjonsidealer. De kommunale planene er først og fremst en kommunikasjon mellom politisk og administrativ ledelse. Hvis politisk

ledelse ønsker å sende tydelige signaler om en sosialpolitisk retning til den administrative og faglige ledelsen, kunne planene vært brukt til dette, men, som sagt, gjøres dette i liten grad. Kommunene kan ta i bruk andre virkemidler for å sikre at tjenesteytingen oppfyller sosialpolitiske mål og sikrer den enkeltes rettigheter. Rekruttering og ansettelse av profesjoner i stillinger, kan være et virkemiddel. De kan også formidle forventninger og idealer til medarbeidere gjennom internopplæring, tydelig faglig ledelse, organisatoriske strukturer, veiledning og intern fagutvikling. Dette kommer jeg tilbake til i senere kapitler, og nøyer meg her med å konstatere at sosialpolitiske styringssignaler i liten grad gis gjennom kommunale planer.

Som sagt, en strategi kommuner kan benytte for å sikre at sosialpolitiske idealer og mål realiseres i tjenesteytingen, er å ansette kvalifisert personale som gjennom sosialfaglige utdanninger har utviklet profesjonsidealene som er i tråd med de nasjonale føringene. Profesjonsidealene for vernepleierne er forankret i de nasjonale sosialpolitiske idealene for omsorgen for personer med utviklingshemming. Samtidig ser vi at ansatte ved enkelte vernepleierutdanninger, mener at ideologi som er tilpasset dagens tjenester, har blitt utviklet på bekostning av verdiene omsorgstjenestene var basert tidligere. Jeg vil gå nærmere inn på hva de ansatte i omsorgen selv mener om idealer og mål for omsorgen og egen yrkesrolle i de neste kapitlene.

Det som tydeligst blir kommunisert til ansatte i tjenesteytingen gjennom planverk er hentet fra NPM. Dette er et styringssystem som spiller sammen med ideologiske strømmer som flyter gjennom omsorgstjenestene. I de kommunale planene er det på mange måter styringssystemet og ideologien som dette baserer seg på som blir den tydeligste, tydeligere enn sosialpolitiske idealer. Det er denne ideologien som også i stor grad påvirker – og i stor grad bestemmer – organiseringen av tjenestene. Som sagt, står enhetslederne i prinsippet relativt fritt til å bestemme organisering, men når det kommer til praksis så er det mange strukturer som allerede ligger der og som de må forholde seg til: IPLOS, Geric, bestiller-utfører organisering, internkontrollsystemer, kvalitetsindikatorer, avvikshåndtering, tilsyn og lederavtaler, for å nevne noe. Dette er tema som jeg utdype i kapittel seks.

Samtidig som NPM legger premisser for styring og ledelse av omsorgstjenestene kan også strukturene føre til institusjonalisering, som er en motsetning til sosialpolitiske idealer for omsorgstjenestene. Som jeg vil komme mer inn på i de neste kapitlene kan dette føre til at tjenestene overstyrer livet til personer med utviklingshemming i tråd med en arbeidslivslogikk, der et tjenesteapparat gjennom rutiner og vedtak styrer hverdagen og livet

til de som er avhengige av hjelp. Det er på mange måter vanskelig å få øye på hverdagslivets logikk, der livet er preget av å leve aktive liv som kjennetegnes i større grad av spontanitet, og ikke styres av mål om effektive tjenester. Denne logikken fører til at kvalitet defineres ut i fra virksomhetenes evne til å levere tjenester etter standarder som kommunene selv i stor grad har definert. Standardene tar utgangspunkt i kvalitetsindikatorer som er indirekte mål på kvalitet. Kvalitetsmålene har svært lite med hva den enkelte opplever som god livskvalitet og kan kanskje til en viss grad være en indikator på kommunens evne til å nå mål for tjenestene, men har svært lite med den enkelte beboers mål og ønsker for et godt liv.

I neste kapittel vil jeg drøfte hvilken betydning idealer har i dag og hva som påvirker hvilke idealer som får oppmerksomhet i omsorgstjenestene.

Kapittel 6 Ideologisk taushet eller nye idealer?

Idealene fra Ansvarsreformen er, som nevnt tidligere, stadfestet flere ganger siden reformen ble gjennomført. Et eksempel på dette finner vi i komitebehandlingen av Meld. St. 45 (2012-2013) *Frihet og likeverd* der arbeids- og sosialkomiteen konstaterer at de overordnede målene for personer med utviklingshemming er likestilling og likeverd, selvbestemmelse og deltakelse og integrering (Inst. 127 S (2013-2014)). Til tross for konstatering av målene, peker komiteen på at de siste ti årene har utviklingen faktisk gått gal vei:

- *Større institusjonslignende bofellesskap, ofte i omsorgsgettoer,*
- *Færre i arbeid, både i vernede bedrifter og i det ordinære arbeidslivet, og flere uten dagtilbud i det hele.*
- *Segregering i skolen gjennom økt bruk av adskilte undervisningsformer, det være seg enetimer, grupper, klasser og egne skoler.*
- *Manglende deltaking i ordinære fritidsorganisasjoner (Inst. 127 S (2013-2014), s. 10).*

En samlet komité sier videre at det ideologiske grunnlaget som må ligge til grunn er integrering, normalisering, verdsetting og gode levekår, og det forutsetter deltaking og samhandling. Så vi kan fastslå at de politiske idealene på nasjonalt nivå ligger fast, men hvis vi ser på den offentlige diskusjonen i dag handler den i liten grad om ideologi.

I en kronikk på NRK Ytring den 10. september 2018 retter Likestillings- og diskrimineringsombud Hanne Bjurstrøm skarp kritikk mot regjeringens oppfølging av politiske målsettinger for personer med utviklingshemming. Hun peker blant annet på at utviklingshemmedes situasjon på boligområdet har en praksis som *er på kollisjonskurs med FNs konvensjon om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne*. Hun er også kritisk til at tjenestene ofte utformes på en standardisert måte, og at ulike tjenester leveres som pakketilbud, som begrenser den enkeltes valgfrihet og selvbestemmelse. Hun mener at dette, sammen med at det stadig blir flere større bofellesskap, verken samsvarer med nasjonale målsettinger eller FNs anbefalinger. Hun skriver at landet trenger en snuoperasjon og forventer at:

[...] regjeringen tørker støv av målsettingen man satte seg med Ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede (HVPU-reformen) i 1991 om at utviklingshemmede så langt som mulig skal leve og bo selvstendig å ha et meningsfylt liv. (Hanne Bjurstrøm, likestillings- og diskrimineringsombud. NRK ytring 10. september 2018)

Tøssebro og Lundebry skrev allerede i 2002 om *Kvantespranget som gjorde slutt på videre endring* (s 165), og at utviklingen av omsorgen for personer med utviklingshemming fikk

mindre oppmerksomhet når reformårene var over. Ti år etter reformperioden var over, var fortsatt ikke effekten man hadde håpet på blitt realisert på mange områder. Som Bjurstrøm skriver, er det mye som tyder på at vi også i dag, snart 30 år etter reformen, kan konkludere med det samme (NOU 2016:17; Söderström & Tøssebro, 2011).

Hvis det er slik at de sosialpolitiske idealene ikke får den samme oppmerksomhet lenger, hva er det som gir retning til arbeidet i kommunale helse- og omsorgstjenester i dag? Det skorter ikke på styringssignaler som kommunene mottar, men hva er det som får gjennomslag?

Videre i dette kapitlet vil jeg under overskriften *ideologisk taushet?* drøfte hvilke ideologiske strømninger som kommer til uttrykk i intervjuer med ledere og ansatte i kommunene, og hos lærere på vernepleierutdanninger. Deretter vil jeg drøfte hva som preger kommunene i dag og kan karakteriseres som den «nye» ideologien i delkapitlet *nye idealer?*

6.1 Ideologisk taushet?

Normalisering, deltakelse og inkludering er både en uttalt politisk ambisjon og et profesjonsideal, likevel ser det ikke ut til at disse idealene får oppmerksomhet lenger. Kommunene fokuserer i større grad på tjenesteproduksjon og tjenestekvalitet. Videre i teksten vil jeg belyse ideologiens plass i dagens omsorgstjenester gjennom fire perspektiver: Det første har jeg kalt *Overordnet taushet* fordi mange mener at myndighetene i liten grad fokuserer på ideologi i dag. Det andre perspektivet har jeg kalt *En foreldet ideologi* som tar for seg ledere og ansattes refleksjoner over at både utfordringene, tjenestene og samfunnet har endret seg siden idealene ble bestemt, og at ideologien derfor har mistet sin kraft. Det tredje perspektivet *Når idealene ikke passer*, drøfter utfordringer knyttet til sammensatte behov og atferdsproblematikk som fører til at enkelte av idealene vanskelig lar seg realisere. Det siste perspektivet har fått navnet *Idealer og mål – mangelvare i bofellesskapene* der jeg hevder at ansatte i omsorgstjenestene i liten grad forholder seg til idealene fra reformperioden.

6.1.1 Overordnet taushet?

Om de politiske idealene er bekreftet i styringsdokumenter og står ved lag, og menneskerettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne har fått større oppmerksomhet på nasjonalt nivå, er oppfatningen av hva som er idealer og mål med tjenestene ikke så tydelig ute i kommunene. Det er åpenbart ikke nok å stadfeste idealer i innstillinger og meldinger til stortinget for å realisere målene i praksis. Det kan virke som om idealene forsvinner på veien.

I de kommunale omsorgstjenestene opplever ikke de ansatte at det er mye fokus på ideologi. En fagleder uttrykker det på denne måten:

Overordnet er det jo tyst. I en periode var det jo et tema – nå skulle verden endre seg for de med utviklingshemming. Normalisering, det vanlige liv, alle disse idealene. Det har blitt veldig stilt. Den type diskusjoner... eller overordnet er det ikke et tema og fokus. Jeg opplever at folk har mer selvbestemmelse nå, men opplever ikke at det er individuelle tjenester, som vi snakket så fint om. Dagtilbudene er jo gruppetjenester, [personer med utviklingshemming] går ikke på jobb fordi de har funnet en jobb de liker, men fordi det er det eneste tilbudet. Det er veldig lite individualisert og lite på den enkeltes premisser. Samfunnet tar seg ikke råd til det. Det strir i meg, for det er jo politikk alt det her (Fagleder, kvinne, vernepleier)

Dette sitatet uttrykker en opplevelse av at det ikke er de samme diskusjonene om politiske idealer og ideologi som i årene rett etter Ansvarsreformen. Normalisering har ikke myndighetenes oppmerksomhet lenger. Idealet om økt selvbestemmelse derimot, lever fortsatt. Det er et av målene som kommunen enhetslederen jobber i har fokusert på i planer, lederavtaler og brukerundersøkelser. Dette er et mål kommunen i større grad har lyktes med å forbedre, i følge faglederen, mens andre sentrale politiske målsettinger, som individuelle tjenester og sysselsetting, har kommunen problemer med å realisere. Dette er et eksempel på at å definere og prioritere tydelige kommunale mål på enkelte områder, kan føre til økt fokus på dette arbeidet og dermed også måloppnåelsen. En annen faktor som kan virke inn på at selvbestemmelse er et mål som de opplever å lykkes bedre med, er at det koster kommunen svært lite å realisere målsettinger om selvbestemmelse, så lenge selvbestemmelsen begrenses til å gjelde områder som ikke medfører økt behov for hjelp, kommer i konflikt med turnus eller dreier seg om valg av bosted. Det er interessant å merke seg hva faglederen sier om tilbudet om sysselsetting for personer med utviklingshemming. Det er ikke personens interesse for jobben i seg selv som er utgangspunktet for tilbudet, men de tilbys en jobb som de ikke kan takke nei til, fordi det er det eneste tilbudet de mottar. Jobben blir dermed også gjort til en tjeneste som kommunen yter, det er ikke et arbeidsforhold styrt av arbeidsevne og interesser, som for de fleste av oss. Det er lite som tyder på at politiske idealer og mål på dette området er realisert. Vi vet at arbeid fyller svært mange funksjoner i livet til folk flest, både faglig, sosialt, identitetsmessig og økonomisk. Hvilke funksjoner er det realistisk at arbeid skal fylle for personer med utviklingshemming? Hva bør målene om normalisering være i forhold til dette livsområdet? Dette er spørsmål som ikke besvares i denne avhandlingen, men som er svært viktige for de det gjelder og det er et viktig politisk ideal (For en utfyllende diskusjon se Olsen, 2009).

Sitatet over viser at kommunen har grepet fatt i noen av de overordnede politiske idealene og nedfelt det i sine planer. Enhetslederen hevder å se en bedring i forhold til idealet om selvbestemmelse. På bakgrunn av at idealene med jevne mellomrom stadfestes, og at kommunene kan ta tak i idealene i sin planlegging kan man hevde at det ikke er helt «tyst» ovenfra. Det er likevel mye som tyder på at faglederen har rett når hun sier at det er forholdsvis stille om sosialpolitisk ideologi.

Det bekreftes også av andre. I fokusgruppeintervjuer med lærere i vernepleierutdanninger, er det en oppfatning av at ideologien ikke er så viktig i dag som det var i reformperioden:

Jeg tror det var noe mer bevisste tanker om dette på systemnivået i en periode, også før 1991 – det var en grunn til at reformen kom. Det var nettopp at denne bølgen med normaliserte tjenester, at du ikke på grunn av en bestemt diagnose skulle inn i et bestemt system. En parole var at folk med utviklingshemming kunne bo i vanlige heimer, bo i vanlige hus. En del av den grunnleggende ideologien som var veldig tydelig før, har forsvunnet. Verdigrunnlaget for hele reformen er glemt på veien et eller annet sted. Så har den blitt tilpasset helt andre måter å organisere tjenesten på (Fokusgruppe vernepleierutdanning 3)

Sitatet viser at lærere i vernepleierutdanningene er av den oppfatning at idealene ikke står så sterkt lenger. Det pekes spesielt på svekkelsen av normaliseringsideologien, som de betrakter som verdigrunnlaget for Ansvarsreformen. Det er interessant at denne informanten mener at ideologien har blitt tilpasset organiseringen av tjenestene – ikke omvendt. Hvis det er riktig at det er organisering av tjenestene og styringssystemer i kommunene som former idealene, og ikke motsatt – slik at sosialpolitisk ideologi ligger til grunn og organiseringen får sin utforming med utgangspunkt i ideologi – vil det være en situasjon som kanskje ikke er tilsiktet fra myndighetenes side. Som analysen av kommunale planer viser, er sosialpolitisk ideologi ofte er fraværende, men at styringsideologi er mer synlig i planene. Det er et uttrykk for den viktige posisjonen NPM har i offentlig styring, ikke minst i norske kommuner, og er en faktor som kan være med på å forklare hvorfor det kan oppleves som om det er organiseringen som styrer ideologien og ikke omvendt. Eller sagt med andre ord: Forklaringen er at styringsideologien får mer oppmerksomhet og står sterkere enn sosialpolitisk ideologi når det kommer til implementering av politikk. Som nevnt tidligere, er det gjennomført en rekke tiltak for å organisere kommunene i tråd med idealer fra NPM. Organiseringen som velges vil være en faktor som påvirker tjenestene og hvilke idealer som får mest fokus. *Garbage can-modellen*, om beslutningstaking, som ble introdusert i kapittel tre, ble utviklet av Cohen et al. (1972) flere år før NPM fikk gjennomslag. Med inspirasjon fra denne modellen kan vi betrakte de fire søylene fra kapittel fem som strømmer som flyter

gjennom organisasjoner. I en slik modell vil sosialpolitiske idealer og mål bli påvirket av idealer fra NPM. Forklaringen er at når de to strømmene møtes, vil problemene defineres etter løsningene som er tilgjengelige i organisasjonen. NPM har noen løsninger som er mer like enkelte sosialpolitiske løsninger enn andre, problemene som passer med begge ideologiers løsninger får større oppmerksomhet og gjennomslag. På den måten vil styringsideologi og organisering kunne påvirke hvilke sosialpolitiske idealer som får oppmerksomhet.

Det sosialpolitiske idealet om *selvbestemmelse* passer godt med styringsidealet om *brukermedvirkning* og forbrukerpolitiske idealer om *valgfrihet* som er sentralt i NPM. Sammenfallet av idealer i de to ideologiske strømmene gjør at de gjensidig styrker hverandre. Et annet eksempel på at løsningen definerer hvilke problemer som får oppmerksomhet er når idealer om *mål og resultatstyring*, som er sentralt i NPM, møter sosialpolitiske idealer om *aktivt liv og deltakelse*. Løsningene som NPM har for å sikre realisering og kvalitet på disse idealene er internkontrollsystemer som består av blant annet *kvalitetsindikatorer og avvikssystemer* som kommunene har definert for tjenestene. Ofte dreier kvalitet i disse systemene seg om tallfesting av aktiviteter, timer med hjelp eller avvik fra planlagt aktivitet som skal fungere som indikatorer på kvalitet. Kvalitative størrelser (f.eks. trivsel, brukermedvirkning, respektfull behandling) omregnes til indekser som kan sammenlignes fra år til år, men som ofte ikke gjenspeiler enkelte beboers opplevelse av deltagelse og et aktivt voksenliv. Problemene som passer til løsningen (Jf. Cohen et al., 1972), altså indikatorene, vil få mest oppmerksomhet, mens livsløpsperspektiver og prosesser som på sikt kan realisere idealene får mindre prioritet. I slike systemer er det en fare for at gjennomføring av dagsplanen blir en indikator som registreres, hvis aktivitetene på dagsplanen ikke er gjennomført medfører det avviksregistrering. Målet har forskjøvet seg fra mål om aktivt liv og deltagelse, til at aktivitetene på dagsplanen er gjennomført – om tjenestene er gitt. Dette vitner ikke om ideologisk taushet, men om en vridning i retning av mindre oppmerksomhet rundt sosialpolitiske idealer for den enkelte beboer, til mer fokus på styringsidealer, tjenester og resultat kvalitet.

I en vernepleierutdanning er de kritiske til at de sosialpolitiske idealene gang på gang blir stadfestet, uten at det skjer nevneverdige utvikling. De stiller spørsmål om det finnes reell vilje til å realisere målsettingene for personer med utviklingshemming:

Hvis det er slik at vi på nasjonalt nivå, på politisk nivå mener at dette er viktig, så har det vært mulig og gjøre noe med det. Jeg mener at det som skjer med [gjentatt stadfesting av de overordnede idealene], er at det har blitt en sovepute. For det er slik, hvis vi ser hva som popper opp under denne stadfestingen. Det er den samme

[organiseringen] som ansvarsformen var en motstand mot: Vi bygger store boenheter og vi driver på med fritidstilbud som bare er for personer med utviklingshemming. Så jeg personlig har ikke noe tro på dette. Det er helt tomt for innhold. Det har ingen oppfølging bortsett fra at meldingene kommer, som vi leser og prøver å undervise etter som best vi kan, men hva betyr det at det er akkurat de samme [idealene]? Vi får akkurat de samme svarene, akkurat den samme medisinen. Vi må forstå at det er feil medisin vi gir, ettersom det ikke har noen effekt. (Fokusgruppe vernepleierutdanning 2)

Denne uttalelsen viser at det er usikkerhet om det er reell vilje til å gjøre noe med situasjonen til personer med utviklingshemming. Hun mener at praksisen med å stadfeste idealene i overordnede styringsdokumenter med jevne mellomrom gir et inntrykk av hva som er den offisielle politikken, samtidig som kommunene som skal realisere politikken i praksis, gjør det motsatte. Det kan bli en hvilepute for politikere når de har mulighet til å vise til fine formuleringer og vedtak i nasjonale dokumenter når de blir konfrontert med manglende måloppnåelse, og ikke minst, kan peke på kommunene når det gjelder ansvar for gjennomføring. En annen utvikling som flere av lærerne i vernepleierutdanningene i utvalget mener at de ser er at normaliseringsideologien i stor grad er erstattet med selvbestemmelse:

Normaliseringsideologien forsvant i 2000. Ansvarsreformen er fra 1991, og da var normaliserings-ideologien sterk, men med alle nye reformer og tenkning som kom rundt år 2000, med Funksjonshemmende barrierer¹⁴ og de NOU-ene¹⁵ som kom, og Rehabiliteringsmeldingen, St. Meld 21 i 1999¹⁶, så er normaliseringsperspektivet borte. Det er erstattet med selvbestemmelse. (Fokusgruppe vernepleierutdanning 2)

Min gjennomgang av styringsdokumenter på nasjonalt og kommunalt nivå, viser at det er et brudd i overgangen mellom nasjonale styringsdokumenter og kommunale planer når det gjelder de ideologiske signalene. Sosialpolitiske idealer kommer i liten grad fram i kommunale planer. Virkeliggjøringen av idealene kommer til uttrykk gjennom lover og forskrifter, og ansvaret for å sikre at idealene for omsorgstjenestene blir realisert i praksis ligger derfor i hovedsak på to steder. For det første må det sikres gjennom tydelig og nær ledelse, virksomhetsplaner for den enkelte resultatenheten og arenaer for faglig refleksjon og utvikling, noe jeg kommer tilbake til i et senere kapittel. For det andre må realisering av idealene sikres gjennom kompetansen til fagfolkene som jobber i tjenestene. I og med at vernepleiere er den mest dominerende helse- og sosialfaglige profesjonen i bofellesskapene, vil vernepleierutdanningene ha en sentral rolle i å ivareta idealene for personer med funksjonsnedsettelse, og spesielt personer med utviklingshemming. Gjennom å ha ansvar for

¹⁴ St.meld. nr. 40 (2002-2003) *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne*

¹⁵ NOU 2001:22 *Fra bruker til borger - En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*

¹⁶ St.meld. nr. 21 (1998-99) *Ansvar og meistring*

å utdanne den mest sentrale yrkesgruppen som jobber i, og i stor grad besitter lederposisjonene i omsorgstjenestene for personer med utviklingshemming, er det viktig at idealene har en sentral plass i utdanningen. Når fokusgruppene fra vernepleierutdanningene blir spurt om hva som er vernepleiernes profesjonelle kompetanse, som jeg drøftet i kapittel 5.5, så er ikke kunnskap om politiske idealer og en ideologisk forankring et aspekt som trekkes fram som en del av vernepleiernes kompetanse.

I fokusgruppeintervjuene blant lærerne på vernepleierutdanningen er det ikke tydelig hvordan de som underviser i utdanningene ser på sin egen rolle i å utvikle et klart ideologisk grunnlag for yrkesutøvelsen hos studentene som uteksamineres. I en diskusjon om endringer i ideologi i organisering og styring av kommunene, spør vi om utdanningene bør være en motkraft til hvordan enkelte deler av de kommunale tjenestene utvikler seg. I refleksjon rundt dette spørsmålet kommer det fram noen synspunkter på idealer som vernepleierutdanningen er tuftet på:

Vernepleierutdanningen [...] skal utdanne til å bistå personer med funksjonsvansker. Undersøkelser viser at vi fortsatt [ikke er i mål], i forhold til dette med diskriminering, utestengelse og mulighet til å delta på lik linje med andre. Hvis vernepleierutdanningen og vernepleieren skal ha sin berettigelse, så er det i det grunnlaget, vernepleieren må jobbe. Hvis ikke, har vi ikke bruk for vernepleiere. Så det følger naturlig av at det er personer med funksjonsnedsettelse vi skal bistå slik at disse personene har en mulighet til å delta sosialt i samfunnet, og i forhold til dette med selvstendighet. [...] Det er ikke at vi har et ønske om å være en motvekt, men det er marginale grupper vernepleieren skal bistå, og i det så ligger det litt sprengstoff. Og der må studentene og vernepleieren stå (Vernepleierutdanning, fokusgruppe 2).

De fortsetter:

For det vi snakker om nå, du spør om vi skal være motvekten, vi har ikke nevnt det begrepet eller ordet som også er viktig å ha med, og det er dette med menneskerettigheter. Det er det vi egentlig snakker om, og det er det vi er opptatt av at studentene skal ha bevissthet rundt. Dette med de helt grunnleggende rettigheter. For det er det det egentlig koker ned til, eller som er det overbyggende. Bare slik at vi har vært helt tydelig på det, fordi det vektlegger vi på ulike måter (Vernepleierutdanning, fokusgruppe 2)

Det understrekes i disse to sitatene at de ansatte i denne utdanningen er opptatt av at studentene skal ha bevissthet om de grunnleggende rettighetene som alle mennesker har gjennom menneskerettighetene. Menneskerettighetene og CRPD er grunnlaget for de politiske idealene vi har i den vestlige verden, og er et godt utgangspunkt for å sette fokus på idealene for omsorgstjenestene. Det pekes på idealer om antidiskriminering, deltakelse og selvstendighet. I denne sammenhengen peker de også på at de løfter fram verdier og holdninger som en motpol til standardiserte og enkle løsninger i diskusjoner de har med

studentene. Det er viktig at studentene oppfordres til å sette høye standarder som kan bidra til å utfordre dagens løsninger og utvikle de kommunale tjenestene, og ikke slå seg til ro med at organiseringen må være slik den er i dag. Utdanningene er tilbakeholdne med å mene at de skal være en motvekt eller korreksjon til kommunenes realisering av idealene. De er opptatt av å være samarbeidspartnere, samtidig med at de ønsker å bevisstgjøre kommunene og rette et kritisk blikk på målesystemene (IPLOS og Gerica) som kommunene benytter. De mener at det stadig vekk brukes mer standardiserte systemer, både i omsorgen for personer med utviklingshemming, psykiatrien og eldreomsorg, og at det hører hjemme i utdanningene å diskutere hva dette fører til. Ut over at de presiserer at utdanningene er opptatt av at studentene skal ha bevissthet rundt de grunnleggende rettighetene, gir ikke intervjuene inntrykk av at ideologi har en veldig sentral plass i utdanningene.

Kommunene må forholde seg til mange styringssignaler og forventninger fra myndighetene, og de må prioritere hva de skal fokusere på. I et fokusgruppeintervju med ledere fra kommunene ble følgende sagt av en av deltakerne:

Satt på spissen, helse og sosialpolitikk er å snakke om sykehjems plasser. Andre områder er nesten fraværende (Fokusgruppe, kommunale ledere, dialogkonferanse).

Det var stor enighet i gruppa om at omsorg for personer med utviklingshemming har mindre oppmerksomhet i dag, enn det hadde tidligere. Dette er også et inntrykk jeg sitter igjen med etter analyse av offentlige styringsdokumenter. Lederne mener at sosialpolitisk ideologi har mindre betydning i dag. Enkelte av lederne i fokusgruppeintervjuet, tolker det som et sunnhetsstrekk at det er mindre fokus på ideologi i dag. Det er et tegn på at utviklingen går i riktig retning. De legger mer vekt på betydningen av en styrket brukerrolle i fremtidens omsorg, noe som er i tråd med styringssignaler fra regjeringen. De bruker begreper som mestring og hverdagsrehabilitering, men de stiller spørsmål ved om kommunene klarer å tydeliggjøre disse perspektivene i forhold til personer med utviklingshemming. Denne påstanden underbygges av funn jeg har gjort i analysen av kommunale planer. Der personer med utviklingshemming i mange tilfeller blir usynlige. Dedifferensiering har ført til at planer utformes mer generelt og tjenester til diagnosegrupper eller andre grupper som kan ha særskilte behov, beskrives i liten grad. Mange av tiltakene i omsorgssektoren er rettet mot eldreomsorg, dette gjelder også f.eks. hverdagsmestring.

Teksten over gir klare holdepunkter for at de ansatte i kommunene og på vernepleierutdanningene som vi har snakket med, opplever at det ikke er det samme søkelyset på de sosialpolitiske idealene i dag som det var tidligere. Når det ikke er den samme

oppmerksomheten på de sosialpolitiske idealene lenger, hva får oppmerksomhet? En av påstandene i teksten over er at sosialpolitikk har blitt erstattet av NPM. Dette kommer jeg tilbake til senere i kapitlet, men først vil jeg se litt nærmere på hva som kan være en forklaring på utviklingen.

6.1.2 En foreldet ideologi?

På en av dialogkonferansene som hovedprosjektet gjennomførte deltok kommunale ledere i en fokusgruppe der vi blant annet stilte spørsmål om idealene fra reformen fortsatt er relevante, eller om de oppleves som å ha utspilt sin rolle. En av lederne reflekterer over dette gjennom å spørre om en skal oppfatte det å vise tilbake til reformen som en anakronisme – «en plastblomst»¹⁷. Diskusjonen ga inntrykk av at på ledernivå i kommunene er det oppfatninger om at idealene fra Ansvarsreformen ikke er like gyldige lenger. En av enhetslederne som ble intervjuet etter konferansen refererer til dette utsagnet:

Jeg likte det som ble sagt på konferansen om at reformens intensjoner er «plastikkblomster». Det er noe i det. En del av forhåpningene i reformen har skapt nye dilemma. En ting er å avinstitusjonalisere personer som var institusjonsskadd og se effekten av det. Det var bra! Men vi ser effekten av at normalisering medfører en god del [andre konsekvenser]. Utviklingshemmete påfører seg livsstilssykdommer eller blir narkomaner osv. i mye større skala en det som var tilfellet under institusjonene (Enhetsleder, mann, vernepleier)

Utsagnet bekrefter at det er mange positive resultater av reformen, men at realisering av idealer om selvbestemmelse og normalisering har også gitt uforutsette konsekvenser. Enhetslederen bruker begrepet å «avinstitusjonalisere» beboere når han viser til arbeidet de har gjort med å rehabilitere beboere som, etter å ha bodd lenge i institusjon, hadde tilegnet seg måter å forholde seg til hverdagen på som er uønsket. Eksempler på dette kan være lært hjelpeløshet, passivitet og økt hjelpebehov. Normaliseringsideologien med nedlegging av institusjonene og utflytting i kommunene har hatt en positiv effekt på slike forhold. Samtidig mener enhetslederen at de nye omsorgstjenestene, der selvbestemmelse har blitt et viktigere ideal, fører med seg andre problemer, som kanskje ikke var forutsett. Dilemma knyttet til selvbestemmelse og livsstil vil bli drøftet i kapittel sju i denne avhandlingen, men det enhetslederen peker på i dette sitatet, setter problemene enda mer på spissen fordi han peker på mer alvorlige forhold som rusmisbruk. Det er ulike forklaringer på at det skjer. En annen

¹⁷ Begrepet «plastblomst» ble brukt på dialogkonferansen som en metafor på ting, strukturer og praksiser som er institusjonalisert og som vi ikke legger merke til lenger, disse tingene kan ha utspilt sin rolle, men de blir igjen til tross for dette. Dette begrepet fikk en kollektiv status under dialogkonferansen og representerer det Lund et al., (2010) kaller en begrepsmessig markør.

enhetsleder peker på tilsvarende alvorlige problemer. På den ene siden mener han at mange vokser på en mer selvstendig boform, som for eksempel «nærhet til base» der de mottar punktjenester til praktiske gjøremål eller til medisintdeling, men det går ikke bra for alle. Noen av beboerne har sosiale nettverk som er utfordrende og som ikke er bra for dem. Det kan oppstå uheldige situasjoner, særlig fordi det ikke er tilknyttet nattevakt til tjenester i nærhet til base. Det er, i følge enhetslederen, spesielt når kommunen mangler egnede boliger, og det er boligkø til kommunale boliger, at vi finner eksempler på at beboere med ulike problemer og behov samles i et boligkompleks. Det kan være uheldig. I enkelte samlokaliserte boliger bor det personer som ikke skulle ha bodd der. Det kan være personer med mye negativ atferd; fyll, fest og prostitusjon. De tiltrekker seg uheldig selskap. Noen beboere blir ekstra sårbare i slike situasjoner og klarer ikke å stå i mot presset fra omgivelsene og blir offer for andre personers ønsker. Dette eksemplet viser at det er flere faktorer som spiller inn når idealer om selvbestemmelse og inkludering skal realiseres. Bomiljø, omgivelser og sosialt nettverk vil ha store konsekvenser for hvordan den enkelte klarer å forvalte sin selvbestemmelse. Organiseringen av tjenestene påvirker hvordan idealene blir oppfattet, hvilke idealer som blir sett på som viktigere og settes først når det må prioriteres mellom motstridende mål.

Når aktører opplever at den rådende ideologien ikke passer med de utfordringene de opplever i dagens omsorgstjenester kan det være ulike forklaringer på dette. I følge Söder (1992) kan dette skyldes at politikktutforming og utforming av idealer skjer som svar på konkrete problemer. I dette tilfellet ble idealene utformet med utgangspunkt i situasjonen i institusjonsomsorgen før Ansvarsreformen, i en tid da offentlig styring var preget av regelstyring og sektoransvar. Både omsorgstjenestene og samfunnet har endret seg mye i løpet av de 30 årene som har gått siden reformen ble gjennomført. Problemene som oppleves i dag er ikke de samme som i institusjonsomsorgens tid, og de skal heller ikke løses i det samme styringssystemet. Både problemene og samfunnet er endret, men idealene er, i prinsippet, de samme.

6.1.3 Når idealene ikke passer

Enkelte beboeres behov er utfordrende å imøtekomme i hjemmebaserte omsorgstjenester. Idealene om normalisering, deltagelse og inkludering er spesielt krevende å realisere for personer som i tillegg til utviklingshemming har psykiatriske diagnoser, autismespekterforstyrrelser og kommunikasjonsproblemer (Mjøen & Kittlesaa, 2018). I utredninger som kom tidlig i arbeidet med Ansvarsreformen, var det forslag om å beholde et

institusjonstilbud for brukere med de største utfordringene, fordi en mente at det ikke var realistisk at alle kunne få dekket sitt behov innenfor rammene av kommunale tjenester(NOU 1985:34), men denne tanken ble forlatt. Når reformen ble en realitet var målet at alle skulle integreres i de kommunale tilbudene.

Noen kommuner har valgt å etablere tilbud der de samler beboere som har sammensatte behov i egne bofellesskap. Det tas til orde for at i perioder har enkelte beboere så store utfordringer at idealer om normalisering og inkludering ikke er realistiske på kort sikt. Tiltakene rundt den enkelte og organiseringen av bofellesskapet som helhet, gjør at beboere som ikke trenger så omfattende tiltak lenger, bør flytte til andre bofellesskap. I et fokusgruppeintervju med ansatte i et slikt bofellesskap sier en av informantene: *Hvis en beboer har hatt en god utvikling så er ikke målet at de skal bo her i et så strengt regime* (Bofellesskap 7, fokusgruppe 4). I dette utsagnet ligger det at dette bofellesskapet er for personer med spesielle utfordringer, hvis du ikke har disse utfordringene lenger, ikke trenger dette «strengt regime». Da kan en annen bolig være bedre for deg. Enhetslederen for det samme bofellesskapet sier i et intervju at:

Noen beboere trenger et fag, et kompetent miljø for å ivareta sine utfordringer i en periode. I enkelte bofellesskap for personer med store utfordringer begynner vi å definere oss bort fra at dette skal være en varig boplass for en del av beboerne, og heller kalle det en overgangsbolig, og gjøre beboerne mer rustet til å bo mer i tråd med reformens intensjoner på sikt. Altså mer individualisert og mer i «litt maskerte» tjenesteforhold. Jeg tror at hvis en skal arrestere alle tiltak som går på tvers av reformens intensjoner, så biter en seg selv i halen. Jeg tror vi av og til trenger å tenke utenfor det rammeverket som reformen la opp til fordi det har dukket opp dilemma som ikke eksisterte i starten (Enhetsleder, mann, vernepleier).

Det trengs dyktige fagfolk eller fagmiljøer med spesialkompetanse, som kan ruste beboeren til å kunne leve i henhold til reformens idealer, noe beboeren ikke er i stand til i dag. I dette ligger det et sterkere habiliterings- eller behandlingsperspektiv, enn det gjør i andre bofellesskap for personer med utviklingshemming, der å skape et hjem og å bo er det viktigste målet. Hjemmet blir i større grad arena for habilitering enn et sted for rekreasjon og fritid. Uttalelsene kan tolkes i retning av at enhetslederen ønsker å utvikle et tilbud som er nærmere opp til det som er definert som spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. Målet er å sette beboerne i stand til å takle livet i et «vanlig» bofellesskap på lengre sikt. Dette er en erkjennelse av at enkelte har så store behov at de trenger mer hjelp og beskyttelse enn hva et «ordinært» bofellesskap kan tilby. De ønsker å redusere utagering og avvikende atferd til et nivå som kan aksepteres. Disse tankene utfordrer oppfatningen av hva som skal være den

kommunale helse- og omsorgstjenestens ansvar. I et intervju med ledelsen i et bofellesskap der beboerne har sammensatte utfordringer kommer kompetansebehovet til uttrykk:

Det er der det er viktig med kunnskap også. Hva er intervensjonen til personen som har slike utfordringer, ikke sant. Der mange tenker at vi «ikke er snill nok», når vi vender personen litt ryggen av og til, fordi det er det som fungerer best. For da tvinger vi indirekte personen til å måtte holde ut sin indre uro. Det er vanskelig for det kan bli en dårlig dag for vedkommende, hun kan bli sykere.

Vi må ikke liksom ha det pedagogiske fokuset. Ha denne «oppdrager rollen». Vi må ikke [uttrykke det]. Den rollen fungerer ikke.

[...]Vi er ikke spesialisthelsetjeneste. Så for meg er det viktig. Jeg minner meg selv om det hele tida. For av og til går en og tenker på hva vi driver på med. Vi er ikke... vi er kommunehelsetjenesten. (Fellesintervju med avdelingsleder, vernepleier, mann og driftskoordinator, vernepleier, kvinne)

De jobber med å finne riktige «intervensjoner» som gir beboeren mulighet til å håndtere sine utfordringer på lengre sikt. Når de diskuterer praksisen kan det virke som om de i perioder er usikre på om de bruker metoder og tiltak som de mener skal forbeholdes spesialisthelsetjenesten. De balanserer på grensen mellom det som er definert som kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvarsområde, og de må minne seg selv om at de er en del av kommunehelsetjenesten. Samtidig understreker de i intervjuet at de har nært samarbeid med habiliteringstjenesten og spesialisthelsetjenesten, uten at de spesifiserer hva dette samarbeidet handler om. For beboere med sammensatte behov er individuell plan der de ulike tjenestene koordineres spesielt viktig.

For beboere med utfordrende atferd kan det virke som om idealene om normalisering og inkludering kommer i annen rekke. Tjenestene som er utviklet i enkelte bofellesskap er av en slik karakter at de vurderer å endre forståelsen av bofellesskapet fra et permanent hjem til en midlertidig bolig. Enhetslederen mener også at det bør være mulig å utvikle tiltak som går på tvers av reformens intensjoner i situasjoner der det er nødvendig. Dette kan tolkes som at enkelte beboere, i kortere eller lengre perioder, trenger tydeligere rammer enn det de hjemmebaserte tjenestene legger opp til. Enkelte trenger mer beskyttelse – enkelte trenger «asylet», og den beskyttelsen dette frirommet gir de som bor der. For enkelte beboere kan normaliseringspresset bli for stort:

For å si det sånn; Hvis en tenker på tvang og makt – på institusjonene foregikk det en god del tvang og makt – det vet vi. For eksempel hun vi var og besøkte sammen, hun er forholdsvis ødelagt på mange områder av den tvangen og makten hun har vært utsatt for. Væremåten bærer preg av det. På institusjonen kunne hun «løpe naken rundt» uten at noen måtte passe på at ingen så henne. Så kommer hun hit, når en flytter disse personene inn i et normalt nabolag, hvis en skulle fulgt normaliseringstanken på den måten, måtte en ha brukt mer tvang og makt enn noensinne ovenfor disse personene for de fremstår som mer unormal enn noen sinne. Når vi i Norge bestemmer oss for å

lage en lov som sier det skal være fare for liv og helse og vesentlig årsak for å bruke tvang og makt. Da tenker jeg at vi må øve oss på å tåle noe merkelig atferd (Enhetsleder, mann, vernepleier)

På tross av berettiget kritikk mot institusjonene, finnes det egenskaper ved institusjonsorganiseringen som gjorde at avvikende atferd kunne utspille seg uten at omgivelsene ble forstyrret og reagerte på det. Lokalsamfunnene rundt de store institusjonene ble også vant med, og aksepterte i større grad, atferd som kan betegnes som avvikende. Dette førte til at beboere var friere til å være annerledes. Normaliseringspresset var mindre. Når beboerne flytter ut til områder der personer uten utviklingshemming bor, så kan det være at det stilles større forventninger til et normalisert liv fra alle parter. Ikke minst stilles det større krav til en normalisert atferd. Eller sagt på en annen måte – forståelsen av hva som betraktes som normalt er kanskje smalere i disse lokalmiljøene. Sitatet peker på et viktig poeng: Det kan ikke være målet at normalisering og inkludering skal skje gjennom utstrakt bruk av tvang og makt. Som borgere i et samfunn der vi har idealer om normalisering og inkludering, og der vi skal ha toleranse for annerledeshet, må det ikke være slik at personer med utviklingshemming skal ha mindre mulighet enn andre til å være annerledes og gjøre uortodokse valg. Enhetslederen fortsetter:

[...] det er normalt å være unormal når du er unormal, og reformen handlet også om, i hvert fall slik jeg forstår det, å normalisere det unormale. Samfunnet skal se at verden består av ulike mennesker og jeg tror at det er berikende å se at folk har ulike atferder og er unormal i noen sammenhenger, fordi tankegang og kognitive evner tilsier at det blir sånn. Jeg tenker at det er en øvelse for samfunnet å akseptere at en utviklingshemmet kan finne på å gå naken. [...] Jeg tenker at det vi [som jobber i dette bofellesskapet] har spesialisert oss på er å akseptere at det unormale er normalt (Enhetsleder, mann, vernepleier)

Normaliseringsideologien stiller krav om at samfunnet også må endre seg og aksepterer mer forskjellighet. En konsekvens av Ansvarsreformen er at det har blitt mer vanlig å se personer med utviklingshemming på butikken eller på bussen, og det er oppfattet som positivt. Samtidig kan det også oppstå konflikter i møte med det som oppleves som avvikende. I intervjuet med enhetslederen snakker vi om klager på atferd som har kommet fra naboer til beboere i et bofellesskap for personer med avvikende atferd. Klagene dreier seg både om at en beboer har tatt seg inn i hagen og gjort skade på beplantning, men like så viktig er det forstyrrende innsynet som naboer har til leiligheten og uteområdene. Der det kan utspille seg atferd som oppleves som ubehagelig å være vitne til. Løsningen på problemet har blitt å bygge et plankegjerd rundt tomte til bofellesskapet slik at det skal hindre fritt innsyn. Disse eksemplene viser at det eksisterer et overordnet dilemma som de ansatte må forholde seg til i

det daglige – nemlig dilemmaet mellom grensen for normalisering (atferdsregulering/ disiplinering) av den enkelte beboer og omgivelsenes aksept for annerledeshet. Eksemplene viser at det kan forekomme forskjeller i oppfatningen av hva som er akseptabelt.

For å oppsummere: Ansatte og ledere som arbeider med beboere som har sammensatte og komplekse behov, opplever i noen sammenhenger at idealene ikke er oppnåelige for alle beboerne. De er ikke uenige i idealene, men den hjemmebaserte omsorgen har på den ene siden skapt nye problemstillinger gjennom mer selvbestemmelse. Det fører til risiko for livsstilssykdommer eller atferd som kan betraktes som uheldig. På den annen side er det enkelte tilstander som i kombinasjon med utviklingshemming, spesielt tilstander som gir seg utslag i uønsket atferd, der de ansatte opplever at idealene er uoppnåelige. Det gir til dels store utfordringer i organisering av tjenesteytingen som hjemmebasert omsorg. Det kan også være at f.eks. idealer om deltakelse og inkludering ikke har en positiv effekt på alle (Bertelli et al., 2013). Når idealene ikke passer med virkeligheten de ansatte opplever, eller de oppleves som uoppnåelige, svekkes ideologiens betydning. De ansatte vil hevde at idealene ikke gjelder beboerne de arbeider med, og de finner forklaringer på hvorfor det er slik (Bigby et al., 2009).

6.1.4 Idealer og mål – mangelvare i bofellesskapene

I fokusgruppeintervjuene med ansatte i omsorgstjenestene diskuteres ikke ideologi på et overordnet generelt nivå. I disse samtalene er det mer snakk om hvordan ansatte forholder seg til ulike problemstillinger og dilemmaer i praksis. I fokusgruppeintervjuene nærmer vi oss disse temaene med to ulike tilnærminger. Vi hadde en direkte tilnærming der vi refererte til sosialpolitiske idealer om normalisering, likeverd, deltakelse, inkludering, individuelle tjenester og selvbestemmelse. Generelt sett vil jeg hevde at disse begrepene gir liten gjenklang hos informantene, med unntak av selvbestemmelse. Selvbestemmelse er drøftet i alle fokusgruppene. Flere av disse refleksjonene er behandlet i kapitlet 7.1 om motstridende mål og idealer. Det viser at dette er et tema som opptar de ansatte og som får mye oppmerksomhet, og det er idealer som skaper flere dilemmaer i arbeidshverdagen.

Den andre tilnærmingen vi brukte for å finne ut hva som er de ansattes oppfatning av idealene, er å spørre om hva som er målene for virksomheten – hva er de ansattes misjon? Det viser seg å være vanskelig å sette ord på hva som er målene. Videre i dette kapitlet vil jeg drøfte hvordan ulike bofellesskap forholder seg til mål for virksomheten, og hvordan de arbeider med å utarbeide individuelle mål i samarbeid med den enkelte beboer.

I fokusgruppene ved enkelte bofellesskap mener de ansatte at det ikke er nedfelt noen mål for virksomheten:

Det har vi ikke sett... Vi har ingen uttalte mål. Vi kunne ønske å ha mål. Et eksempel er møtet tidligere i dag, der går vi gjennom sakene, men det blir ingen konklusjon, ingen løsning. Vi får ingen tid [til å konkludere] (Bofellesskap 2, fokusgruppe 2).

Her etterlyser de ansatte tydeligere mål for virksomheten. I dette bofellesskapet har det vært ulike oppfatninger mellom pårørende og ansatte om hvilke tjenester det er behov for. Både når det gjelder omfang og innhold. Uten at de ansatte kjenner til mål for virksomheten, og ikke har en klar misjon for arbeidet kan det bli en utfordring å vite hva som skal være retningsgivende for egen praksis. De har møter og drøfter utfordringer, men klarer ikke å konkludere med hvilke mål eller tiltak som skal settes inn. I dette konkrete tilfelle sitatet er hentet fra, ville kommunens strategiske plan for personer med utviklingshemming, profesjonsidealer eller nasjonale mål vært god veiledning for å støtte opp under hvordan de skal arbeide med å definere mål i samarbeid med den enkelte beboer, men det henvises ikke til planen, idealer eller mål. Enten er dette ikke kjent for de ansatte i fokusgruppeintervjuet, eller så ser de ikke sammenhengen mellom planen, idealene og målene, og egen virksomhet. Målene kommunen har vedtatt for virksomheten er ikke kjent blant de ansatte.

I andre fokusgrupper forteller de om mål som er veldig generelle, og som kan virke som de mer er mål som den enkelte tjenesteyter selv setter for sin praksis:

At alle dem som bor her ... Hvordan skal jeg formulere det... At dem jeg jobber med har det bra, er min målsetting (Bofellesskap 1, fokusgruppe 1)

Sitatet over kan stå som et eksempel på en beskrivelse som er dekkende for mange av fokusgruppene respons på spørsmålet om hva som er målet for virksomheten. Ingen kan være uenige i at et overordnet mål med arbeidet i bofellesskapet er at beboerne skal ha det bra, men det kan være vanskelig å realisere idealene uten mer konkretisering av hva det betyr i praksis. Det er lett at slike målsettinger har veldig kort tidshorisont. Hvis beboeren skal ha det bra, kan ansatte komme i situasjoner der beboer ikke liker aktiviteter som er en del av å *leve et aktivt voksenliv*, som f.eks. å støvsuge leiligheten eller å henge opp klær, og at beboeren gir uttrykk for ikke å like dette og ikke er motivert for å gjøre denne aktiviteten, *så blir han litt sånn sur eller litt sånn... det blir ikke noe god stemning* (Bofellesskap 4, fokusgruppe 1). Dårlig stemning kan tolkes som om målet om at beboeren skal ha det bra ikke er nådd, selv om det på lengre sikt er viktigere at ferdigheter i dagliglivets aktiviteter læres og trenes opp, enn at man ikke blir stilt krav til fordi humøret blir dårlig. Livskvalitet kan være problematiske målsettinger fordi det bygger på individuelle preferanser og er svært vanskelig

å måle. Forutsetninger for å kunne bidra til god livskvalitet for beboerne som mottar tjenester i hjemmet er i følge en kunnskapsoppsummering av Bigby og Beadle-Brown (2016), blant annet, at det er sammenheng mellom idealer og mål, og at abstrakte målsettinger omsettes til funksjonelle mål. De peker også på en tredje faktor som påvirker livskvalitet, og det dreier seg om prosedyrer for vurdering, ferdighetstrening og planlegging av aktiviteter. I flere av bofellesskapene der de beskriver målene for praksisen med generaliserte målsetninger om livskvalitet, mangler refleksjoner knyttet til de nødvendige faktorene Bigby og Beadle-Brown (2016) referer til. Inntrykket fra fokusgruppeintervjuene er at mange av virksomhetene ikke har definert en felles målsetning som kan gi retning og være til hjelp for de ansatte i arbeidet med å realisere sosialpolitiske idealer, men det finnes noen unntak.

I noen av bofellesskapene, der de ansatte uttrykker at ledelsen er dyktig, og der inntrykket er at leder er tett på det som foregår, har de ansatte klarere forståelse for hva som er virksomhetens målsettinger. I en resultatenheter, der lederens tydelige stemme og ideologi skinner gjennom i alle fokusgruppeintervjuene med de ansatte, svarer de ansatte på spørsmål om hva som er målene for virksomheten at:

Beboerne skal få en best mulig hverdag. Oppleve trygghet. Kommunen har et mål om selvbestemmelse, så er det visjonen «En bedre hverdag for alle, sammen utgjør vi en forskjell». Så har vi mål i forhold til den enkelte beboer. Vi jobber ut i fra den i forhold til vår bruker (ny beboer). IPen har vi utviklet selv over det siste året (Bofellesskap 7, fokusgruppe 1).

Vi har individuelle mål for den enkelte beboer. Det er et sterkt fokus på å redusere tvang og makt. Det har vært et mål å ikke bruke fysisk tvang og makt og få beboerne mer trygge. (Bofellesskap 7, fokusgruppe 4).

Disse to sitatene er hentet fra to forskjellige fokusgrupper med ansatte fra samme bofellesskap, og her er de ansatte mer bevisst på at kommunens overordnet mål for omsorgstjenestene for personer med utviklingshemming er å fremme selvbestemmelse. De har også «sterkt fokus» på å redusere bruk av tvang og makt, som har vært et av kommunens overordnede mål med etableringen av dette konkrete bofellesskapet. De trekker også fra et mål om at beboerne skal oppleve trygghet. Alle disse målene finner vi igjen i kommunens strategiske plan for sektoren. Planen sier også at det skal tas individuelle hensyn i utformingen av tjenestene. Dette kommer til uttrykk gjennom at det er utarbeidet individuelle mål for alle beboerne. Å nedfelle målene i kommunale planer er ikke tilstrekkelig for at de ansatte skal få kunnskap om hva som er målene, da trengs det også tydelig ledelse og arenaer der det foregår faglig refleksjon og drøfting av målene. I fokusgruppeintervjuer med ansatte i andre bofellesskap i samme kommune, er ikke bevisstheten om de kommunale målene like stor.

Som et av sitatene over viser er det ansatte i enkelte bofellesskap som ikke har registrert at det finnes noen mål for virksomheten, til tross for at det foreligger en vedtatt kommunal temaplan for sektoren.

Når det er snakk om individuelle mål for den enkelte beboer er også variasjonen stor. Et eksempel fra en av fokusgruppene viser at ansatte opplever at det er dagsplanen som ivaretar målene til den enkelte når vi spør om det er utviklet individuelle mål i samarbeid med den enkelte beboer:

Hver enkelt har en dagsplan da, hvis du kan kalle det det, hvor det står hva de skal gjøre, en ukeplan i forhold til de vi har dagaktivitet til, hva de skal gjøre på ukedagene osv. og så har de fleste én aktivitet i uka de drar på. Så får vi det som oftest til at de er på flere ting da, som de i alle fall skal på, som er fast. Så vi vet hvilke fritidsaktiviteter de drar på. Resten blir bonus, holdt jeg på å si (Bofellesskap 4, fokusgruppe 1).

Det kan virke som at målet blir å gjennomføre dagsplanen. Det som skal være et redskap for å skape oversikt og forutsigbarhet for beboere og ansatte, blir et mål i seg selv. Det dreier seg om at beboerne skal sikres et minimum på en aktivitet i uka, fritidsaktiviteter ut over dette kan betraktes som en «bonus». Her er det lite som tyder på bevissthet om virksomhetens målsettinger eller behovet for individuelle målsettinger som utarbeides i samarbeid med den enkelte beboer. Dette eksemplet er ikke enestående. Flere av omsorgstjenestene der de ansatte i fokusgruppene arbeider, har ikke en praksis med å utarbeide individuelle planer (IP) for beboerne. Kommunen skal utarbeide IP for beboere som har behov for *langvarige og koordinerte tjenester* etter Helse- og omsorgstjenesteloven (2011§ 7-1). Målet med IP er at beboer får *et helhetlig koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud*, og at det er en person som har hovedansvar for oppfølging av beboeren (Forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen, 2010§ 2 a) En viktig del av arbeidet med IP er kartlegging av beboerens mål, ressurser og behov for tjenester. I tillegg skal behov for koordinerende tiltak vurderes. (§2 b) Arbeidet med IP styrker samhandlingen mellom ansatte, beboer og eventuelt pårørende og samhandling mellom ulike etater (§2 c). I intervju med ansatte i enkelte bofellesskap er inntrykket at IP primært oppfattes som er koordineringsverktøy. Når tjenester skal ytes i et livsløpsperspektiv, hevder ansatte at beboerne (eller pårørende til beboeren) ikke ønsker IP.

Når mange kommuner ikke skiller mellom bolig og tjenester lenger, og organiserer de fleste tjenestene for personer med utviklingshemming i kombinerte bolig og aktivitetstilbud (BOA), så kan en tenke seg at koordineringsbehovet mellom etater er redusert, og nytten av IP oppfattes som redusert. Det oppleves også som krevende å holde dokumentet oppdatert og

dynamisk, og det er lett at det blir et dokument som bare tas frem fra skrivebordsskuffen på årlige ansvarsgruppemøter. Det er ulike forklaringer på at de ikke utarbeider IP:

Vi har utfordringer i forhold til IP for brukere vil ikke forholde seg til den. Om det er begrepet, eller om det er vi som selger inn det for dårlig, det vet jeg ikke. Alle primærkontaktene har ansvar for å kartlegge hva målet for brukeren er. Om de kan bruke «verktøyet» IP, det varierer med hvor opptatt brukerne er av det. Uavhengig om en har et vedtak om IP eller ikke er det primærkontakt som er koordinator og driver ansvarsgruppa og snakker med ulike aktører. Vi kommer ingen vei hvis ikke brukeren er med på dette. Det er brukeren sine mål en arbeider ut fra, (Fagleder, sykepleier, kvinne)

Ansatte i dette bofellesskapet yter tjenester til personer med psykiske lidelser. Her er det få av beboerne som har IP. Uavhengig om beboeren ikke ønsker IP, så utarbeides det individuelle mål i samarbeid med beboer, og det gjennomføres ansvarsgruppemøter for å ivareta behov for koordinering av tjenester mellom ulike etater. For beboerne er det frivillig om de vil ha IP eller ikke, men som eksemplet over vitner om, finnes det alternative måter å strukturere og koordinere tiltak på, hvis ikke IP er aktuelt. Sitatet nedenfor viser også at det kan utarbeides planer eller mål for beboere som ikke ønsker IP. I et felles intervju med to ledere ved et bofellesskap spurte vi om de hadde individuelle planer for alle beboere de hadde ansvar for ved enheten, både de som bodde i bofellesskap og de som fikk tjenester, men bodde utenfor bofellesskapet. De opplyste at IP var forbeholdt beboere i bofellesskapet, men det gjaldt ikke alle fordi beboerne har mulighet til å reservere seg fra å ha IP:

Noen sier nei. Men alle skal ha tilbud om IP. Jeg vil si at... selv om hun som jeg bistår mest har motsatt seg det, betyr ikke det at... Vi har prøvd å lage en «Ønske seg til – plan» eller «Min drøm». Vi har prøvd å tenke litt annerledes. Så vi kan si at i praksis jobber vi etter en individuell plan for personene, selv om den ikke står på et papir (Fellesintervju med avdelingsleder, vernepleier, mann og driftskoordinator, vernepleier, kvinne)

Dette viser at de er fullt mulig å sette mål sammen med beboeren og legge en plan med tiltak for hvordan de skal nå målene til tross for at beboeren ikke ønsker å ha en formell IP som skal koordinere ulike tjenester. Denne praksisen er mer i tråd med en «person-centred planning-tankegang» jf. Mansell et al. (2004). I andre bofellesskap er det andre forklaringer på hvorfor de ikke har IP:

IP er det ingen som har. Vi har gått bort fra det i og med at de ikke kan ta del i utarbeidelsen selv.

Intervjuer: Det er et vedtak på tjenester som ligger til grunn, er det andre definerte mål for beboer?

Det er ikke satt noen konkrete mål

Intervjuer: Kunne dere ha ønsket det?

Jeg vet ikke hva det skulle ha vært... I og med at hun er såpass dårlig... det måtte i så fall vært å opprettholde nivået hun har (Bofellesskap 6, fokusgruppe 3)

I dette konkrete tilfelle er det bygget opp et tjenestetilbud for en godt voksen kvinne som bor i et eget hus. Det er to-til-en bemanning store deler av dagen, og turnus er organisert i 12-timers vakter uten at de ansatte kan forklare hva de ønsker å oppnå med denne organiseringen. Kvinnen har ikke tilrettelagt arbeid eller annet aktivitetstilbud sammen med andre, det er de ansatte i boligen som yter alle tjenester for beboeren. Det er derfor forunderlig at det ikke finnes «noen konkrete mål» for denne virksomheten, og mildt sagt oppsiktsvekkende at det finnes så lite faglige refleksjon om hva målene kunne være. Jeg vil understreke at det var ingen ufaglærte som deltok i dette fokusgruppeintervjuet, alle hadde treårige helse- og sosialfaglig utdanning.

Det er heldigvis ikke slik i alle bofellesskap. I et bofellesskap for personer med psykiske lidelser, reflekterer de ansatte over at de har sett en utvikling av målene for bofellesskapet over tid:

Men målet med dette bofellesskapet i starten var at folk skulle kunne komme hit og lære seg å bo og flytte ut igjen. Vi skulle veilede og lære dem å bo og klare seg selv i hverdagen, økonomi og matlaging, det har skjedd noen ganger [at enkelte har flyttet ut av bofellesskapet]. Nå er det folk som ikke klarer å bo for seg selv lenger som er flyttet inn hos oss fordi de trenger trygghet. Det var det som var hovedmålet (Bofellesskap 3, fokusgruppe 1)

I omsorgstjenestene for personer med psykiske lidelser, har det vært en oppfatning blant både ansatte, beboere og pårørende, at bofellesskap med heldøgns omsorg ikke er den ideelle og endelige boligløsningen. Omsorgstjenestene skal hjelpe personer gjennom en vanskelig periode og deretter skal de klare seg i egen bolig, eventuelt med noe bistand fra hjemmesykepleien. Vi ser av sitatet at de ansatte kjenner til mål på ulike nivå, overordnet mål var tidligere at beboerne på sikt skulle flytte ut til egne leiligheter uten heldøgntjenester, mer konkrete mål, eller tiltak for å nå hovedmålet var å lære beboerne å bo og selv mestre hverdagslivets oppgaver. Dette var målene da dette bofellesskapet ble etablert, men målene har endret seg under veis. Det går ikke fram hva som er årsaken til denne endringen, men det kan tenkes at ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og sosialtjenesten i kommunene etter samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)), har gjort at grupper som tidligere var innlagt i spesialisthelsetjenesten i dag blir overført til kommunenes helse- og omsorgstjenester. De pasientene som skrives ut og overføres til omsorgstjenestene er sykere enn de var tidligere, og krever mer oppfølging. Under deltagende observasjon i det aktuelle bofellesskapet ble jeg overrasket over hvor mange av beboerne som hadde somatiske plager

som krevde daglig oppfølging av sykepleiefaglig kompetanse. I samtaler med de ansatte ble det bekreftet at det var mange som slet med ulike helseplager og at dette hadde vært økende. Dette kan ha noe med at mange av beboerne hadde bodd der siden etableringen av bofellesskapet for over 10 år siden og var kommet i en alder der slike plager ikke er uvanlig.

De ansatte i det samme fokusgruppeintervjuet sier at de tar utgangspunkt i vedtaket om praktisk bistand og helsehjelp når primær- eller sekundærkontakten utarbeider individuelle mål sammen beboeren:

De fleste har overordnede vedtak om at de trenger bistand fra rus/psykisk helsetjeneste, de trenger praktisk bistand og medisinsk bistand. Så er det vi, i samarbeid med beboerne, som definerer de mindre målene. F.eks. at i løpet av tre år skal jeg klare å spise ute eller i løpet av tre år skal jeg få meg en jobb en dag i uka. Så det er vi sammen med deres ønsker som legger føringer på... det er det vi som primær og sekundærkontakt gjør. Så setter vi det i verk i forhold til de andre som jobber her. De må jobbe etter det vi har utarbeidet med beboerne. Men for de som er eldre er målet å ha trivsel og trygghet. For de yngre er det mer individuelt for de har mer framtid som skal oppnås. Men for de eldre er det mer å holde det mest mulig stabilt (Bofellesskap 3, fokusgruppe 1)

Beboer, primær- og sekundærkontakten kommer fram til de individuelle målene og kontaktpersonene har ansvar for å kommunisere dette til de andre som jobber i bofellesskapet, som må forholde seg til målsettingene som er bestemt. Det utarbeides ulike mål alt etter hvilke behov og livsfase beboeren er i. For å følge opp den enkelte beboers målsettinger er det etablert ulike arenaer for samhandling, faglig diskusjon og refleksjon og ikke minst faglig veiledning knyttet til den enkelte beboer. Fagleder følger opp den enkelte primærkontakt i forhold til utvikling av planer, og deltar i evaluering av tiltak og måloppnåelse.

I analysen har jeg undersøkt hva ledere og ansatte sier om idealer og mål for omsorgstjenestene, men hvilke idealer er det de snakker minst om? Et ideal som er nesten fraværende i de ansattes refleksjoner er *inkludering*. Det kan virke som om dette er et ideal som ikke får oppmerksomhet i omsorgstjenestene for voksne personer med utviklingshemmede. Det er et paradoks at inkluderingsidealet har forsvunnet fra omsorgen for personer med utviklingshemming, når det får så stor oppmerksomhet i andre sektorer som i grunnskolen og på innvandringsfeltet. Det overveldende flertallet av aktiviteter som beboerne deltar i, er organiserte kollektive segregerte aktiviteter for personer med utviklingshemming. Det er et fåtall av beboerne som deltar i fritidsaktiviteter sammen med folk flest.

Det er vanligere å se folk med utviklingshemming nå, det er ikke noe rart. [...] Jeg har sett en endring de siste 30 årene ute i samfunnet. Det er blitt mer vanlig, folk nå er mer forskjellige. Men akkurat den integreringsbiten tror jeg det er noe vi kommer til å

slite med, det er ikke sånn at jeg blir venn med et menneske som har et helt annet funksjonsnivå intellektuelt, man er sammen med noen man er på bølgelengde med (Fagleder, vernepleier, kvinne)

Etter reformen har det blitt mer vanlig å se personer med ulike funksjonsnedsettelse ute i lokalsamfunnene. Grupper som tidligere ikke deltok på mange samfunnsarenaer er synlige og en del av hverdagslivet til folk flest, om enn på litt avstand. De er å se på TV, de går og handler i butikken eller deltar på ulike kulturarrangement. På denne måten har det skjedd en normalisering. Men det er også, som denne faglederen sier, langt igjen før vi kan si at personer med utviklingshemming er inkludert i mange av samfunnslivets aktiviteter der folk flest deltar. Det er bare unntaksvis vi ser personer med utviklingshemming delta i foreninger, politikk eller andre organisasjoner på lik linje med andre.

Analyser av mine data bekrefter at det ikke er like mye diskusjon om idealene for personer med utviklingshemming som det var i reformperioden. Som jeg gjorde rede for i litteraturgjennomgangen kan policy eller politiske idealer forstås som veiledning og retningslinjer for beslutninger som skal tas. Hvis ikke de politiske idealene for personer med utviklingshemming er aktualisert og debattert lenger, hva er da retningslinjene for beslutninger som personalet skal foreta når de yter bistand for denne gruppen personer?

Fokusgruppeintervjuene med ansatte gir ikke helt entydige svar. Ansatte i enkelte bofellesskap har en oppfatning av at virksomheten har noen overordnede mål og det arbeides med å definere individuelle mål for beboerne. Samtidig ser vi at i mange bofellesskap mangler de ansatte kunnskaper om mål for virksomheten, og det jobbes i liten grad med individuelle mål. Virksomheten er i stor grad basert på å følge dags- og ukeplaner og på den enkelte ansattes intuitive skjønnsutøvelse i den enkelte situasjon.

6.1.5 Oppsummering

Kapitlet er kalt ideologisk taushet eller nye idealer. Gjennomgangen viser at idealene fra reformperioden ikke lenger oppleves som like aktuelle ute i kommunene. På nasjonalt nivå stadfestes idealene gjennom styringsdokumenter som meldinger til Stortinget, komiteinnstillinger og veiledere, men de mangler ofte i kommunale planverk. Forklaringer på at sosialpolitisk ideologi ikke får like stor oppmerksomhet lenger, kommer til uttrykk i mine data gjennom tre hovedtema. For det første opplever både kommunale ledere og ansatte i vernepleierutdanningene at det er *mindre fokus på idealer fra myndighetenes* side. Ledere som er intervjuet stiller spørsmål ved om idealene er like *relevante* i dag som de var tidligere. De peker på at idealene fra reformperioden på sett og vis er foreldet fordi det har oppstått nye

behov og nye problemstillinger etter at de hjemmebaserte omsorgstjenestene er utviklet. Tjenestene står overfor en ny situasjon med andre utfordringer som man ikke overskuer når institusjonene ble avviklet. Det siste temaet som drøftes er at idealene *ikke er tilpasset* alle. For beboere med utfordrende atferd er det i noen tilfeller ikke mulig å realisere alle idealene. I tillegg til de tre forklaringene som kommer fram i intervjuene med ledere, tyder funnene fra fokusgruppeintervjuene med de ansatte på at nærledelsens rolle er viktig i realisering av idealer. Dette kommer jeg tilbake til i kapittel åtte.

Målene for tjenestene er i mange tilfeller tvetydige. Med tvetydige politiske idealer og mål er det nødvendig for kommuner og enhetsledere å utvikle gode resultatmål. Mange kommuner bruker mye tid og krefter på å utvikle resultatmål der måloppnåelse skal være en indikator på god tjenestekvalitet. Tydelige mål er i følge Lipsky (2010) nødvendig hvis man ønsker å evaluere organisasjonene. Kommunenes handlingsplaner fanger ikke opp og omsetter ideologi til konkrete mål som sikrer realisering av sosialpolitiske idealene. Idealene fra NPM mer konkretisert i planene. Slik de kommunale planverkene fremstår, må realisering av sosialpolitisk ideologi sikres på andre måter. Nærledelse, virksomhetsplaner og faste arenaer for faglig refleksjon, kan være organisatoriske og strukturelle tiltak som kan bidra til å realisere idealer. Men inntrykket fra flere fokusgruppeintervjuer, er at det er stor variasjon mellom bofellesskapene hvor godt dette fungerer i praksis. Mange ansatte er ikke kjent med virksomhetens planer, ledelsen er fraværende og planlagte faglige møter er ikke obligatorisk og mangler struktur slik at beslutninger og tiltak blir fulgt opp.

En annen tilnærming som kommuner kan benytte for å ivareta idealer og sosialpolitiske målsettinger, er å sikre at idealer realiseres gjennom kompetanse hos profesjonene som jobber i omsorgstjenestene, i dette tilfelle vernepleierne. Idealene må være et tydelig grunnlag for profesjonenes faglige skjønn. Inntrykket fra fokusgruppeintervju med lærere på vernepleierutdanningene er at de løfter fram og drøfter enkelte idealer med studentene. Utdanningene behandler tema om menneskerettigheter og CRPD, men inntrykket er at det har en begrenset plass i utdanningen. Når vi diskuterer idealer med vernepleiere som arbeider i omsorgen, reflekterer de i svært liten grad over menneskerettigheter og CRPD som en basis for yrkesutøvelsen.

I bofellesskap der de ansatte opplever ledelsen som en tydelig og tilstedeværende faglig drivkraft, uttrykker de ansatte mer kjennskap til idealer og målsettinger for virksomheten, og mål for den enkelte beboer. Der de ansatte ikke nevner ledelsen eller er kritiske til oppfølgingen de får, er situasjonen en annen. I disse bofellesskapene mangler det

målsettinger, eller de ansatte gir uttrykk for at de ikke kjenner til målene. Etter fokusgruppeintervjuene i disse bofellesskapene, sitter jeg igjen med et inntrykk av at de i liten grad bruker vernepleierfaglig kompetanse og metodikk, som utdanningene legger stor vekt på i studiet, og som skal være et redskap nettopp for å kartlegge og realisere den enkelte beboers potensiale og ivareta rettigheter og sosialpolitiske idealer. Mangelen på metodisk tilnærming forsterker problemene fordi det fører til at de ikke jobber systematisk med å kartlegge og beskrive behov og heller ikke drøfter og definerer behov i samarbeid med beboerne.

Jeg har i flere omganger pekt på ledelsens ansvar for å følge opp beboere og ansatte gjennom å definere tydelige mål for virksomheten, nærledelse og tilstedeværelse. Det er viktig å understreke at svak eller manglende ledelse fratar ikke den enkelte ansatte ansvar for å sikre at egen praksis er forsvarlig og innenfor rammene av lovverk, rettigheter og yrkesetiske standarder. Det påligger den enkelte yrkesutøver et ansvar for å varsle om forhold som er kritikkverdige eller uforsvarlige. Denne plikten ligger i det profesjonelle ansvaret (Smedby & Mausethagen, 2017).

Konklusjonen må derfor bli at de sosialpolitiske idealene fra Ansvarsreformens dager ikke har så gode kår i dagens tjenesteyting. Det kan tyde på at Likestillings- og diskrimineringsombud Hanne Bjurstrøm har rett når hun mener at regjeringen bør tørke støvet av målsettingene fra reformen om at personer med utviklingshemming *skal leve og bo selvstendig å ha et meningsfylt liv* (Bjurstrøm, 2018). Vi bør også se på om snart 30 år med hjemmebasert omsorg har ført til endrede oppfatninger av hva utviklingshemming innebærer, både av personer med diagnosen selv og av samfunnet og at det bør føre til en ny diskusjon om de sosialpolitiske idealene bør endres.

Hvis vi skal utvikle kvalitativt gode tjenester gir idealene retning på yrkesutøvelsen. Det bør ikke være en situasjon der beboeren er prisgitt den enkelte tjenesteyters skjønn, uten at sosialpolitiske og profesjonelle idealer legges til grunn. Om politiske mål og idealer faktisk realiseres, blir i liten grad etterprøvd. Kvalitetssikring og kontroll er i mange tilfeller redusert til systemrevisjoner. Kvalitetssikringssystemene er i flere kommuner begrenset til tallfesting ved hjelp av indikatorer. De ansatte kan oppleve disse målingene som lite relevant for hva de mener kjennetegner kvaliteten på tjenesteytingen.

6.2 Nye idealer?

Så langt i dette kapitlet har jeg drøftet hvordan de sosialpolitiske idealene for personer med utviklingshemming har fått mindre oppmerksomhet i omsorgstjenestene de siste 20 årene.

Hva har kommet i stedet? I en analyse av utviklingstrekk i politiske føringer peker Tøssebro (2019) på tre nasjonale trender. For det første en dreining *fra målgruppe til omsorgssystem*, som viser at tjenestesystemet har fått en mer sentral plass, og ambisjoner knyttet til spesifikke målgrupper er mindre synlige. I meldingene til Stortinget etter år 2000, ser vi en forskyvning fra en (eller få) målgrupper – til alle som har behov for omsorgstjenester. For å møte heterogeniteten blant tjenestemottakerne må det utvikles individualiserte tjenester. Samtidig er det i stor grad systemnivået som får oppmerksomhet. Den andre trenden er en endring *fra arbeidsdeling til samhandling*. Meldinger som kom i 1990-årene om behov for omsorgstjenester, handlet i stor grad om ansvarsfordeling mellom kommuner og fylkeskommuner, dette gjelder også for meldingene om Ansvarsreformen. Når ansvarsfordelingen var gjennomført rundt år 2000, forsvinner dette fokuset, men det kommer tilbake igjen med samhandlingsreformen i 2009. Den tredje trenden kaller Tøssebro (2019) *fra sosialpolitikk til internkontroll*, og her viser han til at enkelte av 1990-årenes meldinger hadde en klar sosialpolitisk profil. I denne perioden la utredninger og meldinger til Stortinget mer vekt på endring av livssituasjonen, bedring av levekår, utjamning av forskjeller og normalisering, selv om denne orienteringen ikke er helt entydig. Fra år 2000 ser vi en endring i tilnærmingen til brukernes livssituasjon og begrepsbruken endres fra «levetår» til «kvalitet», samtidig som vi får større oppmerksomhet på selvbestemmelse og medvirkning. Tøssebro (2019) mener at endringen i begrepsbruk bygger på en underliggende endring i tenkemåte – fra å sikre likestilling for medborgere, til å sikre gode tjenester for pasienter.

Med en kvalitativ tilnærming og utgangspunkt i et profesjonsperspektiv, som denne avhandlingen har, gir det mulighet til å se om disse trendene kan gjenfinnes i beskrivelsene som ledere og ansatte gir av praksis i de kommunale velferdstjenestene. Hvordan påvirker det den ideologiske refleksjonen i tjenestene? I en kvalitativ intervjuundersøkelse vil det i liten grad være mulig å undersøke trender, men intervjuene kan gi beskrivelser av situasjonsbilder som kan belyse trendene. Jeg vil fokusere på to av utviklingstrekkene som Tøssebro (2019) beskriver, *fra målgruppe til omsorgssystem* og *fra sosialpolitikk til internkontroll*. I tillegg vil jeg undersøke om denne omsorgen har blitt farget av det store fokuset som eldreomsorg har hatt de siste tiårene og hvordan styringssystemet påvirker praksis (jf. kapittel 5.6). Under overskriftene *Fokus på tjenestene*, *Kvalitet gjennom internkontroll* og *Idealer farget av eldreomsorg?* vil jeg se nærmere på om og eventuelt hvordan disse trendene kommer til uttrykk i det praktiske arbeidet i bofellesskapene. Trenden som Tøssebro (2019) kaller *fra*

arbeidsdeling til samhandling, vil ikke på samme måte som de andre to trendene komme så godt til syne i det praktiske arbeidet i bofellesskapene, og vil derfor ikke drøftes her.

6.2.1 Fokus på tjenestene

Når oppmerksomheten flyttes fra målgruppe til omsorgssystem blir fokus endret slik at tjenestene kommer mer i sentrum (Tøssebro, 2019). Med tjenestene i fokus vil ikke langsiktige mål for den enkeltes utvikling gjennom habilitering eller opplæring bli prioritert. Det kan føre til at hjelpen som enkelte har behov for bli redusert til noe som skal leveres, en vare, eller som oftest en tjeneste. Innføringen av bestiller-utfører-modellen i kommunene er med på å forsterke denne forståelsen. For at dette systemet skal fungere blir det viktig å definere alt som kommunen skal bidra med som tjenester. Hvis du trenger hjelp i hjemmet defineres dette som en tjeneste, men det er også fare for at andre aspekter ved et aktivt voksenliv blir forstått som tjenester, for eksempel arbeid eller fritidsaktiviteter. En kvalitetsindikator i dette systemet kan bli redusert til om tjenesten er utført eller ikke. I et slikt system blir det viktig å gjennomføre oppgaver, følge prosedyrer og eventuelt rapportere avvik. De sosialpolitiske idealene – som skal være det endelige målet – tapes av syne.

Når hensynet til enkeltgrupper reduseres og andre hensyn veier tyngre, kan dette få utilsiktede effekter. Endringer i lovverket kan være et eksempel på dette. Utviklingen av brukerstyrt personlig assistent (BPA), som er en ordning som Uloba (2018) har undersøkt, er forankret i helse- og omsorgslovgivningen. Dette har i følge Uloba (2018) ført til en negativ utvikling, bort fra den opprinnelige hensikten med ordningen som var praktisk assistanse – til å betrakte ordningen fra et helseperspektiv. Logikken fra generelle helse og omsorgstjenester har smittet over på BPA.

Tjenestefokuset er fremtredende i mange av boligene i vår undersøkelse gjennom at husleiekontraktene som er knyttet til leieforholdet forutsetter at beboerne mottar tjenester fra kommunen. Derfor er også mange av kontraktene tidsavgrensede fra et til tre år, og en revurdering av hjelpebehov foretas hver gang leiekontrakten utløper. I enkelte tilfeller er det ikke spesifisert hvor mye tjenester du må motta, mens i andre tilfeller er det en forventning om at du må ha store behov for å kunne bo der. Dette har sin bakgrunn i at kommunen etablerer personalbaser i noen boligkomplekser, og forutsetter at beboerne som bor der har behov for tjenester. I enkelte tilfeller, som eksemplene beskrevet i delkapittel 7.1.3 om tjenester for personer med atferdsutfordringer, er det forventninger om at behovet for tjenester må være på et høyt nivå. Hvis du ikke har behov for dette tjenestenivået kan du flytte. Det kan

forstås som at disse boligene ikke primært er et permanent hjem, men snarere et behandlingssted der det som er i fokus er tjenestene som skal ytes og mottas. I det øyeblikket du ikke trenger så mye tjenester, trenger du heller ikke boligen. Bolig og tjenester ses på som ett tilbud. Med mindre behov kan du finne deg et annet sted å etablere et hjem. Dette er mest relevant for personer som har psykiske lidelser eller sammensatte problemer med utviklingshemming og psykiske lidelser, som kan bli bedre og få redusert bistandsbehov over tid. Det gir også mulighet til å samle personer med et bestemt bistandsnivå i egne boliger. I våre data finner vi eksempler på at kommunen ønsker å samlokalisere tjenestemottakere med høyt tjenestebehov i egne bygg, men at dette ikke kan gjennomføres hvis beboeren eier sin egen bolig. Derfor ønsker ikke enkelte kommuner at personer med behov for omfattende tjenester skal eie sine egne boliger. Det er en oppfatning av at det vanskeliggjør kommunens behov for å organisere boliger for denne målgruppen slik at de oppnår effektive tjenester.

Fra ideologi til tjenester

Et sentralt poeng når jeg skal undersøke om det er en endring i retning av mer fokus på tjenestene, er å få kunnskap om hvorfor de ansatte gjør som de gjør. Er det for å oppnå et høyere mål – et ideal – eller er det for å yte en tjeneste basert på et vedtak løsrevet fra idealene? Et viktig spørsmål blir da de ansattes oppmerksomhet. Hva er det de beskriver som det mest sentrale ved sitt samfunnsoppdrag? Er det hva de gjør, hvordan de gjør det, eller hvorfor de gjør som de gjør som reflekteres i fokusgruppeintervjuene (Jf. Ahnlund & Sauer, 2008). Det er selvfølgelig sammenheng mellom disse begrepene og det ene utelukker ikke det andre, men hva beskriver de ansatte selv?

Administrative systemer som benyttes for å kartlegge, registrere, instruere og rapportere behov, arbeidsoppgaver og aktiviteter, legger begrensninger på hvilke elementer som skal nedtegnes og hvordan dette skal beskrives. Ofte vil slike systemer ha oppmerksomhet på hva som er gjort eller hva som skal gjøres. Enkelte aktiviteter er lettere å definere som tjenester enn andre. Aktiviteter som kan beskrives som praktiske handlinger, som for eksempel praktisk hjelp til å vaske klær, er enkle å beskrive. Da kan en ansatt som *yter* tjenesten gå inn å *utføre* dette og «krysse av» for at det er gjort. Andre behov for hjelp, der relasjonelle aspekter er mer framtrødende kan være vanskeligere å beskrive som aktiviteter eller handlinger. Det byr på større utfordring når spesielle former for interaksjon skal beskrives som behov eller tjenester. For eksempel å motivere noen til aktivitet, eller å trygge noen i hverdagen kan betraktes som en form for aktivitet, samtidig bygger det på en relasjon mellom

beboer og ansatt, og det forutsetter en relasjon over tid. Det er vanskeligere å beskrive denne type tjenester – og ikke minst kunne «krysse av» for at det er gjennomført.

Behov som bare kan avhjelpes med samhandling over tid – i et livsløpsperspektiv – kan være vanskelig å beskrive i et tjenesteperspektiv. Sitatet nedenfor er et godt eksempel på et behov for tjenester som det er vanskelig å registrere i IPLOS, og som er krevende å beskrive i et vedtak om tjenester:

Hun kan komme ned til meg. Det blir av og til henvist til meg i enkelte saker. Da kan hun komme ned til meg både ti og tjue ganger i løpet av dagen med akkurat det samme spørsmålet: «Ja, men du kan ikke det nå på grunn av at...» «Ja, men...», «... men slik er det, det har jeg fått beskjed om, og vi må forholde oss til det.» Det kan være så enkelt som at hun vil bytte leilighet. Hun vil flytte inn i en annen leilighet. Så sier jeg at den er ikke ledig og jeg skal varsle om det blir ledig. Ok? «..er det ledig leilighet nå? Hvorfor kan jeg ikke flytte likevel» Vi er så avhengig av å beholde tålmodigheten og vi må svare. Jeg kan ikke bare starte med å heve øyenbrynene og si «Det vet du!» Vi er ikke der. Og samme er det i forhold til andre også, som faktisk er så avhengig av å bli trygget. Vi kan være ganske frustrert av å bli maset på, men det er trygging i hverdagen til den du bistår. Da er det så viktig at vi opptrer både korrekt og samlet (Avdelingsleder, vernepleier, mann)

I denne situasjonen er avdelingslederen klar på hvorfor han må handle som han gjør, målet er å trygge beboeren. Han gjør dette ved å svare respektfullt på spørsmålet igjen og igjen. Hvis fokus er å levere tjenester, vil et behov for trygging som er beskrevet over, være problematisk fordi det ikke passer inn i systemene som benyttes i kommunene. Det vil ikke avdekkes i en funksjonskartlegging. Når systemet får mer oppmerksomhet blir fokus i større grad på at kommunen klarer å levere de definerte tjenestene. Når noen får vedtak om tjenestene, er det viktig at behovene kan beskrives slik at alle parter vet hva som kan forventes av «leverandøren». Behov som er av en karakter som kan beskrives som trygghet, struktur eller motivasjon er lite håndfaste, og de vil i liten grad komme til uttrykk i en funksjonskartlegging. Personen klarer fysisk å utføre oppgavene selv, men det er psykologiske eller kognitive utfordringer som gjør at personen ikke mestrer aktivitetene på egen hånd. Kartleggingsverktøy som IPLOS er lite egnet til å avdekke denne type behov. Det kan oppleves at det er lite samsvar mellom beskrivelsene som ansatte kan leses ut av de administrative kartleggingssystemene som de er pålagt å benytte, og de reelle behovene de vurderer at beboerne har.

Et annet aspekt som er viktig i denne sammenhengen er hvordan de ansatte oppfatter målet med sin virksomhet og hvordan de omtaler prinsipper for egen praksis. Som nevnt i kapittel to, har Ahnlund og Sauer (2008) gjennomført en komparativ studie om hvordan personer som jobber i henholdsvis omsorg for personer med utviklingshemming og eldreomsorg i Sverige

snakker om egen praksis. De peker på forskjeller på hvordan de to gruppene. De som jobber i tjenester for utviklingshemmede har en mer pedagogisk tilnærming og er mer opptatt av *hvordan* de gir støtte, mens de som arbeider i tjenester for eldre snakker om *hva de gjør*. Fokus på prosess i tjenester for personer med utviklingshemming, som Ahnlund og Sauer (2008) peker på, er i tråd med det metodiske grunnlaget for miljøarbeid for vernepleiere som blant andre Linde og Nordlund (2006) beskriver. Ahnlund og Sauer (2008) mener at årsaken til denne forskjellen kan ligge både i indre og ytre vilkår for virksomhetene personalet arbeider i. Det er ikke gjort tilsvarende undersøkelser her i landet, men det er likevel interessant å analysere mine data i lys av funnene i Ahnlund og Sauer (2008) sin undersøkelse, og drøfte hvordan ansatte jeg har intervjuet snakker om egen praksis. Inntrykket fra mine fokusgruppeintervjuer med ansatte i omsorgstjenestene for personer med utviklingshemming, er at de i liten grad snakker om *hvordan* de gir støtte, de er mest opptatt av *hva de gjør* når de beskriver egen praksis, og er i samsvar med hvordan ansatte i eldreomsorgen fra Ahnlund og Sauer (2008) omtalte sin praksis. Men funnene er ikke entydige. Det finnes unntak som sitatet over viser.

Når ansatte i et relativt stort bofellesskap med 15 beboere skal forklare hva arbeidsdagen består av sier de:

Mye av arbeidsdagen går jo bort i praktiske gjøremål, tilrettelegging. Fast rutiner som vi må følge, men i og med at vi er så godt bemannet, gir det mulighet til å gå utenom de faste gjøremålene. Men vi har noen faste praktiske gjøremål som vi må følge. Så er det mye tilrettelegging i forhold til personlig hygiene og arbeidsdager, og gjøremål i leiligheten, følge til og fra. Vi er innom veldig mye. Vi har jo ansvaret for det meste. Helse til den enkelte blant annet lege, tannlege, innleggelse. Vi er innom alt... Medisin, selvfølgelig. Oppfølging av den enkelte. Noen krever mer og noe krever mindre. (Bofellesskap 1, fokusgruppe 1)

De beskriver at de har en fast rutine for å sikre at de gjennomfører de mange praktiske gjøremålene som må utføres. Arbeidet fremstilles som det omfatter alt som skjer i hverdagen til beboerne, og det beskrives gjennom det den enkelte ansatte *gjør for* beboerne. De bruker begrepet tilrettelegging om dette arbeidet. Det som ikke nevnes i dette sitatet, og som nesten ikke gjenfinnes i noen av fokusgruppeintervjuene fra dette bofellesskapet, er målsettinger om opplæring eller habilitering. Det er ingen definerte mål for den enkelte beboer ved dette bofellesskapet, og ingen av beboerne har IP. Når det ikke er definert overordnede mål for virksomheten eller bofellesskapet og ingen individuelle mål for den enkelte beboer, er det en risiko for at ukeplaner og dagsplaner blir mål i seg selv, og ikke et hjelpemiddel for å sikre at tiltak for å nå et større mål blir ivaretatt. Hva de ansatte gjør blir det sentrale.

Når idealene ikke får oppmerksomhet, blir også de store målene borte. Samfunnets overordnede målsettinger for beboerne gjenfinnes ikke i de ansattes refleksjoner. Da står vi i fare for å miste perspektivet på hvorfor tjenestene egentlig ytes – å oppnå likeverd, selvbestemmelse, deltakelse og aktive voksenliv. Administrative systemer, behovskartlegging, funksjonsbeskrivelser og internkontroll, som er basert på et utgangspunkt hentet fra eldreomsorg og somatikk. Det flytter fokus fra de overordnede idealene som angir *hvorfor* hjelpen skal gis, og bort fra faglige idealer om *hvordan* den bør gis for at beboerens tilværelse skal utvikle seg i retning av idealene. Oppmerksomheten blir rettet mot hvilke tjenester beboeren har krav på i henhold til et vedtak og *hva* som må gjøres får i oppfylle vedtaket.

«Målet er dagsplanen»

Et uttrykk for at tjenestene er i fokus er hvordan de ansatte forholder seg til dagsplanene. Rutiner i form av dags- og ukeplaner er et eksempel på de ansattes rasjonalisering av oppgaver når tilgjengelige ressurser ikke strekker til (Lipsky, 2010). Det er vedtakene om tjenester som definerer omfanget av hjelpen den enkelte får, samtidig ser personalet i bofellesskapene i stor grad på de totale ressursene som bofellesskapet har til rådighet, og forvalter disse skjønnsmessig ut i fra hvem de mener til en hver tid har størst behov. Ressurser har betydning for personalets mulighet til å imøtekomme individuelle behov.

Det er klart at i en-til-en, når det er et personal sammen med deg hele tida og det står vasking på onsdag og det er så fint vær at vi drar ut, da er det lettere å si at jeg tar vaskinga på torsdag. For det er fortsatt personal sammen med han. Men for de som ikke har en-til-en – i hvert fall jeg selv – følger vi lista. Hvis ikke er det lett at aktiviteten faller ut den uka, den handlelista, den vaskelista... ikke sant... men der det er en-til-en kan en sjonglere mer (Bofellesskap 1, fokusgruppe 1).

Andre informanter i den samme fokusgruppa forsterker inntrykket av at dags- og ukeplaner er veldig styrende for hva de foretar seg gjennom arbeidsdagene:

Vi har jo disse ukeplanene, dagsplanene på praktiske gjøremål. Dem gjennomgås på teammøtene våre. Hvem skal ha gjort det og hvem skal ha gjort det... så forsøker vi å følge det så fremt at det ikke er «sprettsol» ute... og da gjør vi heller noe annet. Men ellers følger vi det, for det er viktig at de får det de har vedtak om bl.a. i forhold til renhold, og det er viktig at det blir gjort. Og det å få handlet og fylt opp kjøleskapet. For de går ikke og gjør det selv (Bofellesskap 1, fokusgruppe 1).

Det er bare hvis det er noe ekstraordinært som skjer, som for eksempel veldig godt vær, at de avviker fra planene. De ansatte ser på dagsplanene som en forsikring på at de oppfyller det som står i vedtaket til den enkelte. Viktige oppgaver som trekkes fram i dette sitatet som praktisk hjelp til renhold og innkjøp. Dette er oppgaver som de ansatte oppfatter som viktig at gjøres. De ansattes oppmerksomhet er rettet mot praktiske gjøremål som er beskrevet i dags-

og ukeplaner. Strukturering av tjenestene for å oppfylle vedtak fører til mer fokus på rutiner. Når dette skjer i hjemmebaserte omsorgstjenester, representerer det de samme egenskapene som institusjonene ble kritisert for (Gaventa, 2008). Andre aktiviteter som er viktige i livet til den enkelte beboer som er av en annen karakter enn praktisk hjelp, får ikke den samme oppmerksomheten fordi det ikke står i dagsplanen. Dette står i kontrast til egenskapene som Gridley et al. (2014) peker på som viktig for å skape gode tjenester. De hevder at tjenestene også må omfatte bl.a. motivasjon til praktiske oppgaver i hjemmet, opprettholde ferdigheter, ivareta sosiale relasjoner og forfølge egne interesser.

Det kan virke som vedtakene også forsterker fokuset på tjenesteytingen når de ansatte sier: «Det er viktig at de får det de har vedtak om». I vedtakene står det ikke noe om målsettinger, der står det hvilke tjenester de skal ha av helsehjelp og praktisk bistand.

I tillegg til fokus som rettes mot bestemte typer oppgaver som nedfelles i dags- og ukeplaner, er det andre systemer som forsterker oppmerksomheten praktisk hjelp til renhold og praktisk bistand, nemlig at beboerne har egenandeler på enkelte tjenester:

De blir jo trukket for hjemmehjelp. De betaler jo ikke for hjemmesykepleie, men for praktisk bistand betaler de gjennom at de blir trukket ekstra [egenandel]. Så er det klart at i forhold til pårørende blir den biten viktig... at det de betaler for faktisk blir gjort (Bofellesskap 1, fokusgruppe 1).

Egenbetaling for praktisk bistand gjør at det blir større oppmerksomhet på at disse tjenestene blir gjort. De ansatte har bevissthet om at hvis husarbeidet ikke gjøres, kan det bli oppfattet av de pårørende som at de ikke gjør jobben sin og at beboerne ikke får en tjeneste de faktisk har betalt for. Dette kan gå ut over mer langsiktige mål om habilitering og opplæring der tanken kan være at beboeren selv skal lære seg ferdigheter og ta del i husarbeidet. Ansatte kan føle et press for å holde leiligheten til beboer presentabel, som kan gå ut over mulighetene for beboer til å trene på å ta mer ansvar for husarbeid selv.

Et annet eksempel som viser at oppmerksomheten er rettet mot tjenestene er rutiner knyttet til innkjøp. For de aller fleste beboerne i dette bofellesskapet er det nedfelt et punkt om innkjøp i ukeplanen. Alle beboere har en fast dag der hovedinnkjøp for uka foregår. I et av fokusgruppeintervjuene blant ansatte spør vi om hvor mange det er som handler selv? Som ikke har hjelp til å gå og handle:

*Det er faktisk ganske mange...
Intervjuer: ... som ikke har med seg noen?
Det er ikke mange nei...
En to-tre [beboere]... men
Ikke som går helt alene... helt alene er det to.*

*Det er tre i andre... tre som bor i andre etasje... Helt alene er det bare en.
Intervjuer: Hvor mange er det potensielt som kunne lært seg å gå helt alene å handle?
Mange!
Mange! (Bofellesskap 1, fokusgruppe 2)*

Dette sitatet tyder på at de ansatte følger dags- og ukeplanen og gjennomfører aktivitetene som står der, uten å gjøre vurderinger om tjenestene de tilbyr er hensiktsmessige. De ansatte er av den oppfatning at «mange» kunne lært seg å gå alene til butikken og handlet, men det er bare en beboer som gjør det. Det er ulike forklaringer på at de har denne praksisen. En forklaring er at det er mer sosialt å gå sammen med en ansatt enn å gå alene, og mange av beboerne ønsker denne stunden der de har en av de ansatte for seg selv. Handleturen kombineres med et hyggelig besøk på kafe. Det er ikke vanskelig å forstå disse argumentene, men gjelder det for alle beboerne? Her er det ikke en individuell vurdering av behov. Alle har den samme tjenesten og den er nedfelt i dags- og ukeplanen. En arena som potensielt kunne vært benyttet til å utvikle ferdigheter i selvbestemmelse og mestring, og ikke minst bidra til et aktivt voksenliv, blir redusert til en tjeneste som ytes en dag i uken.

Når vi spør om hva som bestemmer innholdet i arbeidshverdagene viser de ansatte til to ulike kategorier aktiviteter som er styrende for arbeidsdagene: *Aktiviteten til brukerne* og *aktiviteten til huset*. Aktiviteten til brukeren kan betraktes som tjenestene som beboeren skal ha. Aktiviteten til huset kan forstås som det totale antallet oppgaver som de ansatte skal løse i løpet av en dag. Både aktiviteter på dagsplanen for beboerne og andre oppgaver som må løses i tilknytning til driften av bofellesskapet. Det totale arbeidet må organiseres. Oppgaver og ansvar må fordeles mellom de ansatte. Det må skaffes vikarer, det er dokumentasjonsarbeid og møtevirksomhet, men også mer tekniske oppgaver knyttet til driften som vedlikehold av bygninger og kjøretøy.

Mange av oppgavene som de ansatte beskriver at de utfører er knyttet opp mot dags- og ukeplaner, uten at de har så mange tanker om hva som er målsettingen med å gjøre disse oppgavene. Det synes som om dagsplanen har blitt et mål i seg selv. De ansatte sier at det er beboernes behov som styrer rutinene, og når vi spør om hvem som har laget rutinene – hvem som har bestemt utformingen av dags- og ukeplaner svarer de:

Nei, det er vel... det har blitt til etterhvert som vi har jobba... når vi... mange av rutinene har vært her siden lenge før jeg begynte. Så hvem som har skrevet dem den gangen kan ikke jeg si noe om, for det vet vi ikke. Men vi ser jo at behovet er der. Hvis alt skal bli gjort så må det stå en plass liksom, hvis ikke har det lett for å dette ut. Vi er mange på jobb og det er mange som bor her... så da har en et behov for at de er der. Rutinene blir vel laget av oss... Ja, til slutt er det sikkert fagansvarlig som skriver de ut, sånn fysisk (Bofellesskap 1, fokusgruppe 2)

De følger et sett rutiner uke etter uke, men de har ikke så mange tanker om hvorfor de gjør som de gjør. Rutinene har blitt til etter hvert, eller de har vært der så lenge at enkelte av de ansatte, til tross for at de har jobbet der i mange år, hevder at dags- og ukeplanene var der før de startet i jobben. De ser på det som en sikkerhet for at ting blir gjort, at ingen viktige oppgaver blir avglemt. Det eksisterer ikke noen bevissthet om at aktivitetene på dagsplanen til den enkelte beboer er der for å oppnå et mål eller realisere idealer. Det er for å sikre at vedtak blir fulgt opp og at tjenester blir utført.

Større bofellesskap – mer fokus på tjenestene

Størrelse på bofellesskapet er en viktig faktor som kan flytte fokus fra ideologi til tjenester. Flere undersøkelser har vist at de har blitt mer vanlig å bygge større bofellesskap de senere årene (Hansen & Grødem, 2012; Kittelsaa & Tøssebro, 2011; Söderström & Tøssebro, 2011).

En faktor som indikerer at tjenester, ikke minst effektive tjenester, står i fokus er at bofellesskap etableres på steder der det er mange andre omsorgsfunksjoner. Denne måte å bygge og organisere har blitt kalt «omsorgsgetto» (Eide & Breimo, 2013; Kittelsaa & Tøssebro, 2011). Det er en utbredt oppfatning blant ledere i kommunene at det å samle flere omsorgsfunksjoner på samme sted gir en økonomisk gevinst og bedre fagmiljø. Det skal føre til mer fleksibel organisering.

En av grunnene til at jeg har jobbet aktivt for at vi skal ha noe større bofellesskap handler om fagkompetanseutfordringsbilde. Jeg vil heller ha et bofellesskap med ni-ti personer der det er robust personalbase og større stillinger, enn bittesmå tiltak med to tre brukere, for da blir de kompetansemessig ekstremt sårbare. Dette har vært på tvers av brukerorganisasjonenes ønsker. For meg har det rett og slett vært faglige argumenter for dette (Kommunal leder).

I vårt datamateriale er det flere eksempler på at bofellesskap er etablert i «omsorgsgettoer». Det er eksempler på at bygninger fra institusjonstiden er tatt i bruk som bofellesskap, og samme bygningsmasse huser bofellesskap for personer med psykiske lidelser og avlastningsbolig for barn – såkalt barnebolig. Eller at deler av et boligkompleks tiltenkt eldre med pleiebehov, er omdisponert til bofellesskap for personer med utviklingshemming i en etasje, og bofellesskap for personer med psykiske lidelser i en annen etasje. I tillegg er det eldre beboerne som bor i naboblokka. En kommune i utvalget planlegger å bygge nye boliger for personer med omfattende behov for hjelp i hjemmet, samlokalisert med ulike andre omsorgsboliger. Så dette er en utvikling som ikke har stanset opp. Idealene om inkludering i lokalsamfunnet og bygninger som ikke skal stikke seg ut fra annen bebyggelse er forlatt til fordel for en forestilling om at samlokalisering av tjenester gir mer effektiv tjenesteyting.

Samtidig finner vi unntak. I løpet av prosjektperioden har en av kommunene gått mot strømmen og utviklet et bofellesskap for personer med psykiske lidelser som var lokalisert i en «omsorgsgetto». Det er i stede etablert en personalbase i to sammenhengende leilighetsbygg for denne målgruppen et annet sted i kommunen. Byggene er i to etasjer med svalgang slik at alle leilighetene har egen inngangsdør. Det er ingen fellesarealer og personalbasen er i en egen leilighet i det ene bygget. Denne omorganiseringen av tjenestene bygger på en annen tenkning om hva som gir kvalitativt gode og effektive tjenester. Denne organiseringen har fokus på å gjøre beboerne mest mulig i stand til å leve selvstendige liv. Ved å etablere tjenester som fjerner seg fra institusjonspreget bofellesskap med leiligheter i en lang korridor, fellesareal, vaktrom, vaktlister, og kontorer forsøker de å oppnå mer individuelt tilpassete tjenester. De har utviklet tjenester i et bygg som er utformet på en annen måte, og som ikke lokaliseres primært med utgangspunkt i en logikk om effektiv tjenesteutøvelse og stordriftsfordeler, men med fokus på individuelle tjenester, deltakelse og inkludering. Jeg vil komme nærmere tilbake til betydningen utforming av boliger har for tjenestene i kapittel ni.

Gjennomsnittsstørrelsen på bofellesskap har doblet seg, sammenlignet med årene etter Ansvarsreformen. Større antall beboere og flere ansatte krever mer organisering og flere systemer for å sikre at oppgaver blir gjennomført. Dette kan føre til økt tjenestefokus på bekostning av oppmerksomhet mot individuelle tjenester:

Det er en veldig stor gruppe vi holder på med her. Veldig mange. Det er 15 som er her nå. 15 ja, det blir 16 nå. Så det blir veldig variert og det blir veldig stort og det kan bli vanskelig med flyten av informasjon og kommunikasjon for det er mange som jobber her og mange vi skal jobbe med (Bofellesskap 1, fokusgruppe 1)

Det store antallet beboere gjør at de ansatte opplever store variasjoner i beboernes behov. Både alderssammensetning og funksjonsnivå hos beboerne varierer mye, fra beboere som er multifunksjonshemmete og har behov for hjelp til de aller fleste ting, til personer som på mange områder klarer seg selv med noe støtte fra de ansatte. En konsekvens av høyt antall beboere, er mange ansatte. I bofellesskapet sitatet over er hentet fra er det er opp til 40 personer i turnus, og i et av de andre bofellesskapene som er med i denne undersøkelsen er antall ansatte opp mot 90 personer inkludert vikarer. Det stiller helt andre krav til systemer og planer for å sikre at beboerne får den oppfølgingen de har behov for, enn i små og oversiktlige bofellesskap.

Informasjon er et stort problem. Det har noe med fravær å gjøre, den som sitter på viktig informasjon kan være borte fra arbeid og det er ikke systemer som fanger opp slik informasjon og videreformidler den (Bofellesskap 7, fokusgruppe 1)

De ansatte erkjenner at de har utfordringer med å holde alle informert. Høyere antall ansatte, krever systemer og rutiner som må følges opp. Oppmerksomheten rettes mot tjenestene. Det trengs det systemer for å sikre at nødvendig informasjon blir overført til de som har behov for det. En måte å løse dette på er å ha overlapping der informasjon fra avtroppende mannskaper gir til de som går på vakt. En annen måte er å ha skriftlig dokumentasjon og rapporteringssystemer. Spesielt vil deltidsansatte lett miste oversikten hvis de bare er på arbeid noen få dager i uka, eller sjeldnere. Da kreves det tid til å sette seg ned og gå gjennom rapporter fra flere dager bakover. Det går ut over tiden de har sammen med beboerne.

Som sitatet over er et eksempel på, tvinger denne utviklingen fram flere systemer for å sikre at oppgaver blir i varetatt og beboernes behov dekket. Det øker risikoen for en dreining i retning av mer fokus på tjenestene på bekostning av den enkelte beboer.

I bofellesskap med mange beboere er det en utfordring for ansatte å lære å kjenne den enkelte og den enkeltes behov. Spesielt for små stillinger og ekstravakter. I en fokusgruppe med vikarer og ansatte i deltidsstillinger uttrykte en av informantene:

Det er også en utfordring for oss ansatte at det er forventet at vi skal kunne så mange beboere. Det er greit å lære seg to-tre beboere, men det er umulig å lære seg alle godt å kjenne (Bofellesskap 7, fokusgruppe 1)

I praksis der de ansatte fremhever at bygging av relasjoner er hovedfokus og det faglige fundamentet for arbeidet, blir antall beboere og antall ansatte en vesentlig faktor. Relasjonsbygging er sentralt for å realisere målene for omsorgen. Da kan det ikke være for mange beboere og ansatte i et bofellesskap. Det er, som sitatet over viser, begrenset hvor mange du kan bygge tette relasjoner til. Konsekvensen av dette er at beboerne opplever at det kommer mange forskjellige, og til dels ukjente personer, som skal yte hjelp i hjemmet deres. Det er fare for at hjelpen reduseres til å gjennomføre rutiner og dagsplaner, slik at en sikrer at aktiviteter er gjennomført – altså at fokus blir på tjenestene – ikke på den enkeltes individuelle behov.

I enkelte bofellesskap prøver de å motvirke dette. De styrker relasjonene ved å etablere «tett på-team» rundt den enkelte beboer, for å redusere antall ansatte rundt den enkelte. Andre steder er de ikke like opptatt av dette og utvikler en praksis der alle skal jobbe med alle, slik at alle må ta sin tørn med «de krevende» beboerne. Denne praksisen er svært problematisk, spesielt med tanke på at mange av beboerne har store individuelle behov og egne preferanser. I enkelte tilfeller har beboeren språklige utfordringer som krever spesiell kompetanse og kjennskap til beboeren for å kunne forstå og uttrykke seg forståelig, for eksempel med hjelp

av alternativ og supplerende kommunikasjon. I slike situasjoner vil ikke den ansatte kunne realisere idealer og mål for beboeren, uten god kjennskap og en langvarig relasjon til den enkelte.

Et viktig mål med Ansvarsreformen var at personer med utviklingshemming skulle bo og leve i eget hjem og lokalmiljø. Det ble etablert normer for hvordan boligene skulle utformes for å realisere idealene for denne gruppen mennesker. Normen la begrensninger for hvor mange som kunne bo sammen i bofellesskapet og det skulle være vanlige boliger i ordinære bomiljø (Husbanken, 1990). Disse normene har ikke samme betydning i dag, og mange kommuner velger å bygge større bofellesskap enn det som ble anbefalt i årene etter reformen. En har gått bort fra Grunewalds tanker om den «den lilla gruppens princip» (Grunewald & Olsson, 1988) Konsekvensen av dette kan se ut til å gi en utvikling som går i motsatt retning av hva som er idealer om normalisering og deltakelse i lokalmiljøet. Blant rådmenn og kommunens ledelse er det ikke uvanlig med en oppfatning om at store bofellesskap gir bedre og mer effektive tjenester (Hansen & Grødem, 2012; Kittelsaa & Tøssebro, 2011). Oppmerksomheten i denne argumentasjonen er rettet mot tjenesteytingen og organiseringen av denne. I boligprogram 2011-2014 for Trondheim kommune står det å lese:

Rådmannen vurderer at større bofellesskap er mer kostnadseffektive, gir større muligheter for å etablere relasjoner mellom brukerne, og legger til rette for økt fagkompetanse. Små og uhensiktsmessige bofellesskap vil derfor bli avvirket (Trondheim kommune, 2011: s. 38).

Det er ikke gitt en forklaring på hva «små og uhensiktsmessige» betyr. Det går ikke fram hvor mange beboere det må være for at det ikke skal betraktes som for smått, men i følge strategisk plan for Trondheim kommune er det bygget bofellesskap med inntil ni boenheter de siste årene (Trondheim kommune, 2015). Det finnes ingen norsk forskning som bekrefter at rådmannens oppfatning om kostnadseffektivitet stemmer med virkeligheten, men det er enkelte funn fra Storbritannia som konkluderer med at en kan spare noen ressurser til nattevakt, hvis en unngår de minste bofellesskapene på en til fire beboere (Felce & Emerson, 2005). Uavhengig av forskning, er kostnadseffektivisering en ide som passer godt med de rådende styringsidealene og lett kan adopteres av kommunale ledere i andre kommuner. Det er også en utvikling som styrker tjenestefokuset. Ansatte er mer tvilende til at det er noe å spare på å samle flere beboere i større enheter:

Hvis det er noen effektiviseringsfordeler, er de små. [...] I forhold til sykefravær, trivsel, stress og kaos, så tror jeg at et mindre bofellesskap er billigere. Jeg har en klar oppfatning av at de største er dyrest, uavhengig av tjenester (Fagleder, kvinne, vernepleier).

Det er ingen oppfatning blant de ansatte i mine fokusgruppeintervju som tyder på at økt størrelse gir økt fagkompetanse. Kittelsaa og Tøssebro (2011) konkluderer med at små bofellesskap kommer bedre ut når de undersøker variabler som ansattes opplevelse av veiledning og faglig støtte, stabilitet i tjenesteytingen og muligheter til individuelle tjenester og helseoppfølging. Ansatte vi har intervjuet peker på størrelse som en viktig faktor for at de ikke makter å realisere mål og idealer for personer med utviklingshemming.

Det jeg mener ikke fungerer, er store bofellesskap, uomtvistelig! Vi har ett på 16 leiligheter, helt uhensiktsmessig, blir for mye. Alle kommer med sin bagasje som er ulik, så mange utfordringer fordi de er ulike. Jo flere du får, jo flere er utfordringene. Størrelse har veldig mye å si. 4-5 leiligheter, gir helt annen ro, helt annen stemning. Størrelse er vesentlig. Vi må se på de individuelle behovene, hva passer for den enkelte (Fagleider, kvinne, vernepleier).

I flere fokusgruppeintervjuer kommer det fram at det er utfordringer med å holde alle ansatte informert i store bofellesskap. De ansatte mener dette er problematisk og går utover kvaliteten på tjenestene. Store bofellesskap med mange beboere og dertil mange ansatte, gir utfordringer med å følge opp og veilede alle ansatte og gi nødvendig kunnskap om den enkelte beboer. Utfordringene vil variere fra bofellesskap til bofellesskap.

Store bofellesskap som er bygget med hovedfokus på effektiv tjenesteyting kan også få et uønsket institusjonspreg.

Det minner om en institusjon; korridorer og vaktrom, «glassburet». Det er også for stort. Det er for mange beboere samlet i et bofellesskap og de er for forskjellige. Det skulle vært egne innganger til leilighetene utenfra. Det er ikke heldig for brukerne at vi sitter inne i «glassburet». De kan føle seg overvåket (Bofellesskap 7, fokusgruppe 1).

De ansatte ser både fordeler og ulemper ved store bofellesskap, men de mener at ulempene overskygger fordelene. Utformingen av bofellesskapet med korridorer med vindu inn til leilighetene og vaktrom sentralt midt i korridoren, gir de ansatte god oversikt. Nærheten til vaktrom og fellesarealer gjør også at det er lett å tilkalle hjelp hvis ansatte måtte trenge det, eller at noen av beboerne har behov for bistand. Fellesarealer gir beboerne en sosial arena der de kan møte andre, og ansatte mulighet til å følge opp flere beboere samtidig. Denne utformingen kan gjøre tjenesteytingen enklere, men spørsmålet er om disse fordelene oppveier negative følger for beboerne. Mange beboere samlet i et bofellesskap med fellesarealer kan føre til at kollektive aktiviteter får større plass på bekostning av individuelt tilpassete tjenester.

Store bofellesskap gir, i tillegg til mange beboere, også et høyt antall ansatte og pårørende som skal ut og inn av bygningen.

Det skulle vært tatt mer hensyn til hvor mange mennesker som til en hver tid er i huset (beboere og ansatte) Med kontoret midt i gangen blir det mange forstyrrelser og støy for beboerne. Det blir lett et institusjonspreg. Men det gir grei oversikt og vi kan hjelpe hverandre ved behov. Men det blir for mange som er her (Bofellesskap 7, fokusgruppe 4).

Det er ingen ting i mine data som tyder på at store bofellesskap legger bedre til rette for å etablere relasjoner mellom brukerne, slik som rådmannen i Trondheim kommune hevder i boligprogrammet som er sitert tidligere i kapitlet. Gjennomgangen i dette kapitlet viser er det derimot flere ting som tyder på at større bofellesskap tvinger fram mer fokus på tjenestene, til fordel for fokus på beboernes (individuelle) behov.

Lovgivning

I enkelte situasjoner er det lovgivningen som definerer strukturelle krav som får konsekvenser for hvordan arbeidet i bofellesskapet blir organisert. Det får konsekvenser for alle beboerne i bofellesskapet:

Vi har en person med vedtak [om bruk av tvang og makt] og der skal det være en høgskoleutdannet med pedagogisk utdanning til stede hele tida. Så denne ansatte blir bundet opp på det huset, eller vi har to boligheter som vi kan variere mellom, men vi [høgskoleutdannede] kan ikke forlate områder og dra til byen med noen, hvis vi ikke tar med oss den personen. Oftest er det bare en høgskoleutdannet [på vakt], og da blir den bundet opp i mot den personen. Så blir det de andre som tar den biten og drar. Men vi har, nå i den senere tiden, fått leid inn en ekstravakt. Den blir brukt og rullerer på de som ikke får ut på noen turer, og tar med seg den personen på kino eller kjører en tur, eller bare drar på kafe eller... et eller annet for å få et avbrudd i hverdagen, få gjøre noe annet (Bofellesskap 1, fokusgruppe 1)

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011 § 9-9) stiller krav om at den ene av to ansatte som skal være til stede når vedtak om bruk av makt og tvang iverksettes, som *planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner* etter § 9-5 b, og ha *bestått utdanning i helse-, sosial- eller pedagogiske fag på høgskolenivå*. Hvis det er *tiltak for å dekke brukerens eller pasientens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak* (§ 9-5 c) [...] skal den ene av de to *tjenesteyterne minst ha bestått avsluttende eksamen i studieretning for helse- og sosialfag i videregående opplæring* (§ 9-9). Kravet er et ledd i å sikre rettsikkerheten for personen det gjelder, og å forebygge og begrense bruk av tvang og makt, og det er ingen tvil om at det er viktig at dette er strengt regulert. Undersøkelser viser at organisatoriske og strukturelle tiltak som er regulert i lovs form har høy prioritet i kommunene (Hagen et al., 2015). Sitatet over tilkjenner konsekvenser av denne reguleringen, eller snarere det faktum at grunnbemanningen i tjenestene ikke er tilpasset kravene i loven, og at det må leies inn

ekstrapersonell for å ivareta beboere som har behov for ledsager på ulike aktiviteter, når det er plikt om at en eller flere av personalet er tilstede sammen med den ene beboeren i situasjoner der vedtak om tvang skal gjennomføres.

En annen faktor som kan forsterke vektlegging på tjenestene er tilsyn for påse at kommunene følger lovverket. Som jeg drøftet i kapittel fem, har offentlige tilsyn fått større betydning gjennom NPM. Gjennom at tilsynene primært er systemrevisjoner som har fokus på systemer, kvalitetsindikatorer, avvik og formalia, og i mindre grad kvalitet og innhold i de individuelle tjenestene, vil tjenestefokuset kunne forsterkes.

«Å gjøre for»

I et av bofellesskapene i utvalget er det det å gjennomføre oppgavene som er viktig, eller sagt på en annen måte, det er tjenestene som står i sentrum. Beboerne i dette bofellesskapet er unge voksne i 20-30 års alderen som har flyttet fra foreldrehjemmet og inn i dette bofellesskapet. I et fokusgruppeintervju med de ansatte er det en av de ansatte som kommer med denne bemerkningen:

Det kan jo være at vi tar den rollen foreldrene har hatt for dem, at de er vant til at foreldrene gjør det. Jeg vet ikke om vi gjør dem en bjørnetjeneste kanskje, det er ikke lett å snu det der (Bofellesskap 4, fokusgruppe 1)

Denne bemerkningen kommer etter vi har drøftet flere tema om å utføre tjenester for beboerne. Det som i liten grad reflekteres i denne diskusjonen er at det er første gang beboerne bor i egen leilighet, og at de må lære hva det vil si å leve et aktivt voksenliv. Når det kommer til husarbeid er ikke det populært blant beboerne. Mange av oppgavene definert som tjenester og overlatt til de ansatte. Renhold av beboernes leiligheter gjøres av hjemmetjenesten i kommunen, og de ansatte vurderer om de også skal slutte å *handle for* beboerne, som er blitt praksis i boligen, og heller bestille varene i butikken og få de tilkjørt til bofellesskapet. Dette praktiseres allerede i enkelte bofellesskapene som er med i utvalget. Der mottar beboere en «matkasse» med tørrmat levert på døra og ferdige middager fra et storkjøkken i kommunen, som kan varmes i mikrobølgeovnen. I det aktuelle bofellesskapet har de ikke tatt en beslutning om de skal innføre en ny praksis:

Vi har snakket mye om handling og sånne ting, litt sånn basic ting. Vasking har vi satt bort til hjemmetjenesten i kommunen, det går ut på det samme om det er vi som vasker eller hjemmetjenesten, det er de samme pengene. Så vi vasker ikke noe storvask hvert fall, da kan vi heller bruke tid på andre ting, dra ut på aktiviteter og sånne ting. Handling har vi brukt mye tid på å diskutere, om vi skal bestille mat [tilkjørt] fra butikken, det blir en ekstra kostnad. Det er mange som ikke vil være med og handle, da blir vi en person som handler for dem uten at de er med, ikke sant. Så det har vi

snakket mye om. Vi har ikke kommet på noe fasit, så vi er ute og handler ennå (Bofellesskap 4, fokusgruppe 1)

Dette perspektivet kan redusere ulike dagligdagse aktiviteter som andre voksne personer må gjøre, til tjenester i hjemmet som ikke beboeren selv trenger å ta del i. Gulvet vaskes av hjemmetjenesten, middagen leveres fra storkjøkkenet, og innkjøp ordnes av butikken og leveres på døra etter en forhåndsdefinert handleliste. For enkelte beboere kan det være nødvendig med slik individtilpasning av tjenestene, men det generelle inntrykket fra fokusgruppeintervjuet er at de ansatte har få faglige refleksjoner om hva et aktivt voksenliv innebærer eller tanker om å leve et liv mest mulig likt alle andres. Deltakelse i hverdagslige oppgaver i eget hjem er ikke sett på som viktig å prioritere. Det ligger ingen tanker om mulighet for habilitering, opplæring eller utvikling av ferdigheter som ligger i denne type aktiviteter. De fortsetter:

Det er veldig fort gjort å gjøre det selv. Jeg merker at jeg gjør det veldig mye i forhold til den personen jeg tenker på nå, jeg vet at han ikke liker [å gjøre] det, og hver gang det blir tatt opp så blir han litt sånn sur eller litt sånn... det blir ikke noe god stemning og jeg tenker: Er det verdt å ta opp den kampen hver eneste gang, når han kanskje føler at han har mange sånne kamper hver eneste dag liksom. Så kan jeg tenke med meg selv at nei, det er bedre at jeg bare gjør det. Så får han liksom gjøre det han vil, så får han det litt bedre. Han vil jo ikke. Men jeg klarer å motivere han til det om jeg bruker veldig mye tid på det. Til slutt liksom: «Ok, jeg skal gjøre det.» liksom, men er det verdt å bruke så mye tid og energi på det? (Bofellesskap 4, fokusgruppe 1)

Begrunnelsen for at de ansatte definerer aktiviteter som tjenester, som de selv eller andre ansatte i kommunen utfører, er at beboerne ikke liker å gjøre disse oppgavene, så det er «bedre at jeg bare gjør det». Til tross for at de ansatte klarer å motivere beboer til å gjøre det ved å bruke tid sammen med beboeren, så lurer den ansatte på om det er verdt «å bruke tid og energi på det». I dette tilfellet ligger det ingen refleksjon om hvilke idealer og målsettinger som ligger til grunn for tjenestene. Mangel på bevissthet om omsorgsideologi og fokus på effektive tjenester, kan føre til at ansatte stiller spørsmål ved hvorfor de skal bruke krefter på å motivere beboere til å gjøre dagliglivets oppgaver selv.

I et av sitatene fra denne fokusgruppen går det fram at de snakker mye om tema knyttet til beboernes dagligliv. Diskusjonene ser ut til å redusere dagliglivets aktiviteter til oppgaver som skal løses og tjenester som skal utføres. De tar ikke inn over seg at alle disse aktivitetene er en del av et aktivt voksenliv og at det er en viktig del av det å bo og leve et selvstendig liv, til tross for behov for omfattende hjelp. En forklaring på manglende motivasjon kan være manglende medvirkning. Witsø og Kittelsaa (2019) stiller spørsmål ved om beboerne blir involvert i planlegging av boveiledningen. I deres undersøkelse uttrykker beboerne at

boveiledning er kjedelig og at de er lite motivert til å gjøre disse aktivitetene. De stiller spørsmål om i hvilken grad beboerne «eier» innholdet i boveiledningen, og om de har vært involvert i planleggingen av disse aktivitetene. Mine funn tyder på at boveiledning i stor grad foregår på de ansattes initiativ og i henhold til dags- og ukeplaner. De gjennomfører boveiledning på de tidspunkter det framgår av ukeplanen at aktiviteten skal foregå. Som nevnt tidligere, har de ansatte i mange tilfeller heller ikke vært involvert i planleggingen, for dags- og ukeplanene er utviklet for lenge siden og ikke revidert. Så de ansatte praktiserer ikke så mye fleksibilitet i gjennomføring av boveiledning, den er bestemt av dagsplanene, men det konkrete innholdet har de noe mer innflytelse på. Her kan de i større grad vurdere hva de mener det er behov for å gjøre, men som nevnt opplever de at renhold – eller det som betegnes som hjemmehjelpstjenester som beboeren betaler egenandel for – må prioriteres. Beboerne føler dermed liten grad av eierforhold til boveiledningen, og er lite motivert for å delta selv. Samtidig føler de ansatte press om å levere definerte tjenester til oppsatte tider. Dette fører til at en viktig dimensjon av det å leve et aktivt voksenliv blir borte, nemlig å delta i daglige aktiviteter i eget hjem. En arena der beboerne kan oppleve mestring blir borte. En av lærerne i fokusgruppeintervju med vernepleierutdanningene sier det på følgende måte:

Så er det noe med disse må-tingene og livskvaliteten. Det er ikke bare for å fikse et problem, men det som er ganske grundig dokumentert, er at økt selvstendighet er en av faktorene for bedre livskvalitet. Så selv om det er slitsomt er det fryktelig godt å sette seg i sofaen etterpå og vite at en har gjort og klart det selv (Vernepleierutdanning 1, fokusgruppe 1)

Det ligger et element av mestring og glede i å gjøre (eller ha gjort) de dagligdagse oppgavene. Hvis du selv, på grunn av kognitive vansker, ikke har evne til å finne en indre motivasjon for å gjøre de nødvendige oppgavene, ligger det i miljøarbeidets kjerne å bidra til at denne personen motiveres til å gjøre oppgavene, enten selv eller sammen med hjelperen. Denne tilnærmingen er kalt *active support* (Mansell & Beadle-Brown, 2012; Mansell et al., 2004; Mansell et al., 2013). Et sentralt trekk ved *active support* er hvordan hjelpen gis til personer med utviklingshemming og relasjoner som muliggjør dette. Planer, turnus og rapporter er bare redskaper for å kunne yte gode tjenester. I stede for å fokusere på at husarbeid skal gjøres så effektivt som mulig, bør arbeidet organiseres på en måte som gjør at det åpner opp for den enkelte beboers deltakelse og øvelse i dagliglivets aktiviteter (Mansell, Felce, De Kock, & Jenkins, 1982).

Many people with severe and profound intellectual disabilities will not be able to carry out all of an activity. For example, they may be able to select items from the shelves in a supermarket but not be able to make payment. The point of active support

is that staff can support people to take part to whatever extent they are able – what has been called partial participation (Brown et al., 1979). So it is not necessary to deny people access to an activity just because they cannot do all of it. They can take part in those parts of the activity that they can do, and someone with them can fill in the rest. This applies not just to sequences of steps (such as planning the shopping, getting to the shops, selecting the items, making payment, returning home, putting the shopping away) but also to individual elements of the activity. Even complex activities have some simpler elements which the person may be able to do (Mansell & Beadle-Brown, 2012, s. 41)

Mulighet til å være med på å sette egne mål og selv «eie innholdet» i boveiledningen er viktige faktorer for å øke motivasjon for kjedelige oppgaver. Sammen med en relasjon som muliggjør deltakelse og et aktivt voksenliv. Sitatet nedenfor er hentet fra Witsø og Kittelsaa (2019) og beskriver en situasjon der den ansatte legger til rette for mestring og deltakelse i boveiledningen:

Linn skal lage seg middag. Til vanlig foretrekker hun å spise middag i fred og ro for seg selv, men hver dag trenger hun litt hjelp til å lage seg middag. Hun bestemte i går at i dag skal hun ha hjemmelaget tomatsuppe med egg og rundstykker. Det vil si, Linn har lyst på middag, men mener akkurat nå at Mona kan lage den, fordi hun selv er sliten etter jobben. Hun legger seg ned på sofaen og skrur på tv'n. Mona setter seg ned sammen med Linn og spør hvordan det har vært på jobben. De snakker en liten stund om jobben, kollegaene hennes og om det å være sliten. Å være sliten etter jobben er noe begge har erfart og lett kan dele. Mona foreslår forsiktig at kanskje de kan samarbeide om middagen, for da blir det fortere mat, og dessuten er det hyggelig. Linn sier ok, hun kan dekke på, men resten får Mona gjøre. De starter med hvert sitt. Når Linn har dekket bordet sitt, og før hun rekker å sette seg ned igjen, spør Mona om Linn kan røre i gryta mens hun finner frem de andre ingrediensene. Linn rører. Mona spør Linn hvordan hun vil ha eggene. Hardkokt så klart! Hvem skal koke eggene og hvem skal røre i gryta, spør Mona? Linn vil ordne eggene. Slik fortsetter samarbeidet. (Witsø & Kittelsaa, 2019, s. 69)

Det er i arbeid med motivasjon at relasjonskompetanse og relasjonell tilnærming blir spesielt viktig. Det er lettere å bli motivert av en person du har en god relasjon til enn av andre. Når personen ikke har andre erfaringer enn å bo hjemme og få hjelp og omsorg av foreldre, trengs det ofte tid og innsats til for å lære seg å gjøre tingene selv. Da er det viktig at omsorgstjenestene er med på å utvikle konkrete mål sammen med beboeren for hvilke ferdigheter som trengs for å leve et aktivt voksenliv. Hva mestrer beboeren selv i dag? Hva trenger han å lære og å øve på? Og Hva vil han trenge hjelp til også i framtida? Omgivelsene, spesielt tjenesteytere må kjenne målene, og motiverer og støtte opp under arbeidet fram mot mestring. Alle opplever noen utfordringer når de flytter ut av foreldrehjemmet og skal etablere sitt eget hjem. Personer med utviklingshemming er spesielt sårbare i slike situasjoner og trenger riktig hjelp og støtte. Det er viktig at helse- og omsorgstjenestene finner riktig

tilnærming og rett nivå på tjenestene, og har klare ideer om hva som er idealene for et aktivt voksenliv.

Arbeid og aktivitet

Fokus på effektive tjenester gjennom samordning av bolig, arbeid/aktiviteter og tjenester i et «totaltilbud», det som benevnes med forkortelsen BOA, er et annet forhold som påvirker deltakelse. BOA er en form for organisering av virksomheten enkelte kommuner velger. Prinsippet er da at beboere som bor i en bydel eller en kommune skal ha aktivitetstilbud og botilbud i den samme virksomheten eller resultatenheten. Tanken er at en kan få bedre ressursutnyttelse ved å samle bolig og aktiviteter i en virksomhet. Da kan ansatte i de ulike delene av virksomheten jobbe på tvers. De som jobber i boligen kan følge beboeren på aktivitetstilbudet og ha ansvar for beboeren der også. I fokusgruppeintervju med ansatte får vi eksempler på at beboere har vært nødt til å bytte aktivitetstilbud, fra et tilbud, som vedkommende trivdes veldig godt, til et tilbud i organisasjonsmessig riktig BOA-virksomhet, på grunn av dette prinsippet. Dette skjedde til tross for at kvinnen fungerte svært godt i den eksisterende ordningen. Tjenesten beboeren var «hjemmehørende» klarte ikke å tilby aktiviteter som var tilsvarende, men flyttingen ble gjennomført på tross av dette. Organisering av tjenestene og selvfølgelig kostnader blir det som er avgjørende, ikke sosialpolitiske eller individuelle mål. Et annet eksempel er at arbeid og aktiviteter må avsluttes slik at det passer med turnus:

Noen hadde kanskje tenkt seg å være lenger på jobb, startet senere og vært lenger. Men det er litt med turnusen her og hvordan vi har det her. Vi har jo vaktbytte kl 15 og ting må avsluttes på et vis. For da kommer vi til kvelden hvor det skjer andre ting, folk skal hjem, det er jo en arbeidsplass, det er et system som skal gå i hop (Bofellesskap 4, fokusgruppe 1)

Organisering av arbeidet og turnus vil på en eller annen måte påvirke aktiviteten for den enkelte beboer. I flere av bofellesskapene snakker de ansatte om at det hender at aktiviteter blir påvirket av turnus og vaktskifter. Det er eksempler på at en beboer med bevegelseshemming som er student, ikke kan delta på studentaktiviteter fordi ledsager må hjem til vaktskiftet. Aktivitetstilbud, jobb eller fritidsaktiviteter, som i eksemplet over, blir avkortet for å passe med vaktskiftet. Omsorgstjenestene må ta hensyn til de ansattes arbeidstid og arbeidsmiljøloven, men det finnes også eksempler på at enkelte bofellesskap har endret turnus for å tilpasses beboernes behov for fritidsaktiviteter. Som sitatet over kan tyde på er det først og fremst en arbeidsplass og *systemverdenen* utkonkurrerer *livsverdenen* (Habermas, 1987) «det er et system som skal gå i hop».

Enkelte bofellesskap har innført 12 timers vakter eller andre turnusordninger for å motvirke dette, slik at beboere for eksempel kan dra på søndagstur uten å måtte avbryte turen til vaktskiftet. Likevel ser vi at det i alle bofellesskapene hersker det en arbeidsplasslogikk eller et systemperspektiv (Jf. Jensen, 1990a), som i større eller mindre grad vil dominere aktiviteter i beboernes dagligliv. Samtidig varierer det hvor stor plass denne logikken får i møtet med privatlivets logikk som bør være et ideal for tjenester i hjemmet.

«Sunn fornuft»

Det finnes unntak fra fokuset på regulering og regelverk. I et fokusgruppeintervju med ansatte som jobbet med tjenester for en beboer som hadde kognitive problemer etter en hjerneskade, rusproblemer og svært utfordrende atferd, drøftet vi hvilke tanker som lå til grunn for etableringen av tiltak rundt denne beboeren. Denne personen hadde i lengre tid hatt et tilbud i tilknytning til et bofellesskap. Dette opplevde personen selv som svært stigmatiserende og han kunne ikke akseptere en identitet som beboer der. Dette forsterket problemer med rus og uønsket atferd, og han ble oppfattet som truende og skremmende for ansatte i bofellesskapet og andre i nrområdet. Etter utallige situasjoner der personer var blitt truet, skremt og politiet måtte tilkalles, ble det etablert et eget tiltak for denne personen et annet sted i kommunen. Ledelse og ansatte i enheten mener at organisering av det nye tiltaket har vært en suksess. I denne situasjonen uttrykker deltakerne i fokusgruppeintervjuet at fokus på organisatoriske strukturer og regelverk som problematisk og til hinder for å kunne skape, det de mener er gode tjenester:

Vi bruker sunn fornuft. Vi har også lært hva som virker og ikke virker. En må bruke humor. Å følge boka fungerer ikke. Jeg opplever at vernepleierne er mer opptatt av vedtak, lover, regler og trekke seg unna. Som sykepleier er jeg ikke så opptatt av det. En gang jeg ble oppringt fordi han var så full, utpisset og i avføring, vernepleieren sa at vi måtte ha vedtak for å gjøre noe. Jeg gikk inn og sa at enten dusjer du frivillig eller så tvinger jeg deg. Da gikk han og dusjet. Vi skrev ikke vedtak på dette. (Bofellesskap 6, fokusgruppe 2)

Her understrekes det at en ikke kan «følge boka» og at en ikke kan være for opptatt av «vedtak, lover, regler». Arbeidsmåten til vernepleiere, deres kompetanse og fokus på å følge lovverket i situasjoner med bruk av tvang, settes opp i mot sykepleierens handlekraft og løsningsorienterte praksis. Til tross for at dette er enkeltuttalelser fra en person, kan denne måten å sette profesjoner opp mot hverandre føre til en undergraving av vernepleierens profesjonsideal, og er på mange måter et uttrykk for kritikk mot vernepleierens samfunnsoppdrag. Det som også er problematisk med uttalelsene er at ulike tilnærminger settes opp mot hverandre. Enten følger du reglene eller så er du fleksibel. Det utelukker at en

kan følge reglene, men samtidig utøve fleksibilitet. På spørsmål om ikke det som beskrives kan karakteriseres som tvang, og dermed underlagt streng regulering gjennom Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) er oppfatningen at:

Det blir for mye av forvaltningen av reglene rundt tvang og makt. I enkelte saker blir dette så rigid at det tenderer mot det paradiske. Hvis noen kliner med smøret så mener jeg at vi kan sette på lokket på smørboksen uten at det må skrives tvangsvedtak... En beboere har vedtak om regulering av kostholdet. Hun skal ha et mellommåltid med et knekkebrød og en yoghurt som skal stå i kjøleskapet, reglene sier at det er en med treårig utdanning som må sette yoghurten i kjøleskapet; det blir parodisk! (Bofellesskap 6, fokusgruppe 2)

Sitatet viser utfordringer med at absolutte krav på et område som kan inneholde et stort spekter av tiltak, kan i enkelte situasjoner oppfattes som unødvendige. Konsekvensen av dette blir i vårt tilfelle at en situasjon som er mer tydelig preget av å tvang, ikke blir fulgt opp gjennom de rette prosedyrer. Forklaringen på avvik fra reglene forklares med at enkelte prosedyrekrav «tenderer mot det paradiske». I det samme fokusgruppeintervjuet snakker vi også om en praksis de har med en årlig reise på en ukes fisketur med beboeren:

Det samme gjelder at vi ikke følger boka når vi reiser [på fusketuren]. Da gjør vi avtaler med de som er med han, og har fleksible løsninger med avspasering når vi har kommet hjem igjen. Vi følger ikke avtaler for da hadde dette blitt for dyrt. Dette er mer en «cowboytur». Vi ordner oss selv uten å følge boka i forhold til dette.

I dette sitatet er det i forhold til arbeidsmiljøloven og regler om overtid og godtgjørelser de velger ikke å følge. De gjør egne avtaler med de som er med, og ordner opp med avspasering i ettertid. Dette krever stor fleksibilitet fra alle parter. Arbeidstidsregler gjør at slike turer ikke lar seg gjennomføre hvis reglene følges. De velger derfor, med ledelsens velsignelse, å ordne opp dette uten å involvere andre. Det som i realiteten sies her, er at hvis de skulle ha fulgt avtaleverket for arbeidstakere i kommunen, kunne de ikke gjennomført denne aktiviteten. Da hadde lønnskostnadene og godtgjøringen blitt en for omfattende utgift. De velger derfor å holde den utenfor det kommunale systemet. Det er, som de sier, en «cowboytur». Det må oppleves som et stort dilemma for ansatte at enkelte aktiviteter, som er helt vanlig å gjøre for personer som ikke er avhengig av hjelp, ikke kan gjennomføres fordi det vil føre til for store kostnader.

Dette dilemmaet bekreftes i et fokusgruppeintervju med pårørende i et bofellesskap for personer med psykiske lidelser, når vi snakker om at husleien til beboerne har gått opp og at det påvirker en allerede presset økonomi. En av de pårørende forteller om at beboeren og primærkontakten har vært på tur til Trondheim, som ligger noen timers kjøring fra bofellesskapet:

*De har vært på dagstur til Trondheim og har ville planer om å dra til slottet i Oslo, men jeg vet ikke om han kan satse på det. Da må jo han betale for [ledsageren].
[...] Men det kan hende at noen av oss [pårørende] må bli med han til Oslo, slik at han får se slottet (Fokusgruppeintervju med pårørende)*

Å ta seg en Oslotur blir for kostbart når beboeren må betale for ledsager. Resultatet av denne refleksjonen blir at den pårørende, som er beboerens søster, konkluderer med at de må stille opp slik at han får realisert drømmen om å se slottet. En annen pårørende i samme fokusgruppeintervju sier:

Den eneste muligheten hittil for å komme seg bort på en liten ferietur, eller noe sånt, er at jeg har tatt han med. Jeg har egentlig heller ikke økonomiske muligheter til det. (Fokusgruppeintervju med pårørende)

Det er moren til en ung mann som bor i et bofellesskap som sier dette. Hun føler hun må stille opp og følge sønnen, til tross for at hun egentlig ikke har råd til det. Disse eksemplene viser at kostnader knyttet til feriereiser for personer som har behov for omfattende hjelp, blir så høye at det i mange tilfeller ikke er realistisk å få gjennomført det. Ansatte er bundet av arbeidstidsbestemmelser og avtaleverk som gjør at kommunen ikke tar seg råd til dette, og beboer er nødt til å dekke utgifter til reise og opphold for ledsager, som de i mange tilfeller ikke har midler til å klare. Det fører til at eneste mulighet er at pårørende stiller opp hvis de skal få reise på ferie. Når tjenesteorganisering og avtaleverk for ansatte skal forvaltes innenfor de økonomiske rammene i kommunen, blir i mange tilfeller sosialpolitiske idealer om like muligheter for personer med funksjonsnedsettelse satt til side.

Oppsummering

I dette delkapitlet har jeg pekt på at det hersker et sterkt tjenestefokus i omsorgstjenestene som går på bekostning av den enkelte beboers individuelle målsettinger. De ansatte reflekterer i svært liten grad over idealer for omsorgstjenestene. Når de beskriver arbeidet er fokus rettet mot det de gjør, ikke på hvordan eller hvorfor de gjør som de gjør. Dette fører til at dags- og ukeplaner får stor betydning for beboernes tjenester. I enkelte tilfeller kan det se ut som om dagsplanen blir selve målet for arbeidet. Strukturelle trekk som organisering i større bofellesskap, lovgivning som stiller krav til utdanning, egenandeler på enkelte tjenester og ansattes oppfatning av eksterne aktørers forventninger virker forsterkende på tjenestefokuset. Funnene tyder også på at økt tjenestefokus fører til at mer oppmerksomhet rettes mot resultater – at tjenester er levert – og ikke på prosesser som opplæring og habilitering for den enkelte beboer. Mål om effektive tjenester prioriteres foran idealer om deltakelse og aktive voksenliv.

6.2.2 Kvalitet gjennom internkontroll

Tøssebro (2019) peker på en annen trend, *fra sosialpolitikk til internkontroll*, som gjorde seg gjeldende fra 2000-tallet. I 1990-årene hadde stortingsmeldingene i mange tilfeller en sosialpolitisk innretning, med oppmerksomheten rettet mot den enkeltes livssituasjon, og bedring av levekårene for grupper som hang etter. Samtidig ble oppmerksomheten rettet mot framtidens utfordringer med en økende andel eldre i befolkningen. Etter tusenårsskiftet blir den sosialpolitiske profilen mindre tydelig og de statlige føringene har gått bort fra fokus på levekår og er mer opptatt av selvbestemmelse og medvirkning, målet blir å sikre gode tjenester for brukerne. Tilnærmingen er endret til å fokusere mer på tjenestekvalitet. Denne tilnærmingen er indirekte og skal sikres gjennom internkontrollplikt, systemrevisjon og skjerpede saksbehandlingsregler.

I dette delkapitlet vil jeg drøfte hvordan denne endringen kan påvirke realiseringen av politiske mål og idealer. Staten bruker i første rekke lover og forskrifter for å pålegge kommunene oppgaver. Internkontroll er tiltak som skal sikre at lokale eller regionale myndigheter ivaretar oppgaver de har ansvar for. Internkontroll har fått større betydning de senere årene, og regelverket om internkontroll er et viktig redskap for kvalitetsarbeidet i kommunene. Før jeg drøfter om jeg kan finne tegn som tyder på at de ansatte er påvirket av denne endringen, vil jeg kort gjøre rede for krav aktuelle lover og forskrifter stiller til internkontroll. Regler for kommunenes internkontrollplikt og tilsyn er hjemlet i ulike lover, og det har vært en utvikling der stadig mer av kommunens virksomhet blir underlagt lov- og forskriftsregulering. Rådmannen har et overordnet ansvar for internkontroll i kommunene. Dette ble innlemmet kommuneloven i 2003 der det blant annet står:

[...] Administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll. (Kommuneloven, 1992§ 23.2)

For alle som yter helse- og omsorgstjenester er det et særskilt krav om internkontroll og tilsyn i Helsetilsynsloven (2017) der det heter i § 5 at:

Enhver som yter helse- og omsorgstjenester, skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter. Fylkesmannen skal påse at alle som yter helse- og omsorgstjenester, har etablert et internkontrollsystem i samsvar med kravene i første ledd (Helsetilsynsloven, 2017)

Fylkesmennes tilsyn gjennomføres primært som systemrevisjoner der kommunene må dokumentere at de har nødvendige systemer for å sikre at lover og forskrifter overholdes. Kravene i Helsetilsynsloven er fulgt opp gjennom Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

i helse- og omsorgstjenesten (2017)¹⁸. Den omfatter plikten til å planlegge (§6), gjennomføre (§7) og evaluere (§8) ulike oppgaver som er ligger til kommunenes ansvar. Internkontroll er særskilt beskrevet i § 6 g) som tydeliggjør plikten til den som har det overordnede ansvaret, som skal:

ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2017 § 6 g)

Styringslogikk med fokus på målstyring og resultatoppnåelse fra NPM har gjort at internkontroll har blitt en viktigere del av styringssystemet i offentlig virksomhet. Lover og forskrifter har skjerpet kravene til denne kontrollvirksomheten, og pålegger kommunene å ha systemer som gir oversikt over ulike sider ved tjenesteytelsen som avvik, evalueringer, klager, brukererfaringer og statistisk informasjon.

I følge et hefte utgitt av KS (Kommunesektorens organisasjon) betyr interkontroll i praksis:

- *formaliseringer, dokumenter, rutiner (arbeidsformer, kontrolltiltak, prosedyrer og rapporteringer) som utarbeides, vedlikeholdes, kontrolleres og følges opp,*
- *for å sikre at kommunen har den ønskede utvikling, at lover og regler overholdes, at det er kvalitet og effektivitet i tjenestene, og at omdømme og legitimitet ikke svekkes (Skarheim & Storbekk, 2013, s. 16)*

Internkontrollsystemene blir mest synlig på styringsnivå. Ledelsen på alle nivåer i kommunene har ansvar med å følge opp internkontrollsystemet slik det framgår av Trondheim kommunes kvalitetshåndbok:

Enhver enhet har ansvaret for sin internkontroll. Internkontroll er systematiske tiltak som skal sikre at virksomheten planlegger, organiserer, utfører og vedlikeholder sine aktiviteter i samsvar med gjeldende regelverkskrav og mål for virksomheten. Internkontroll skal fungere som et hjelpemiddel for styring og utvikling av den daglige drift ved alle virksomheter (Trondheim kommune, 2016, s. 4)

Det er vanlig å beskrive ulike prosesser som kjerne- og støtteprosesser når kommunene snakker om internkontroll. Saksbehandling, myndighetsutøvelse og tjenesteproduksjon betegnes som kjerneprosesser. Systemet rundt kjerneprosessene skal bestå av styringsdokumenter som avklarer roller og ansvar, krav til aktiviteter, prosesser og kontroll. Kommunen må sørge for å ha systemer som sikrer at krav i lovgivningen etterleves.

¹⁸ Forskriften som ble innført 1.1.2017 erstattet Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten fra 2002. Forskriften definerer kommunens internkontrollplikt som er pålagt i virksomheter etter helsetilsynsloven § 3, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a tredje ledd, helse- og omsorgs-tjenesteloven § 3-1 tredje ledd eller tannhelsetjenesteloven § 1-3a.

Støtteprosesser er betegnelsen på aktiviteter kommunens administrative støttetjenester utfører til egen virksomhet. De viktigste områdene er økonomiforvaltning, personalforvaltning, anskaffelser og IKT-styring og informasjonssikkerhet. Kommunene må definere, følge opp og kontrollere områder som har stor risiko for avvik.

Internkontrollsystemet for kommunenes helse- og omsorgstjenestene består av flere elementer. De viktigste er avvikssystemer, kvalitetsindikatorer og økonomirapportering. De ulike elementene er ofte koblet sammen gjennom elektroniske kvalitetshåndteringssystemer. I tillegg til selve kvalitetshåndteringssystemet brukes IPLOS som grunnlag for evaluering, rapportering og kvalitetssikring av tjenester i forhold til beboeres behov, og enhetsledere rapporterer og dokumenterer resultatoppgåelse i journalsystemet Gericca. Sist, men ikke minst, er økonomirapportering en viktig del av systemet. De ulike elementene i systemet utgjør til sammen en kontrollstruktur som skal sikre at kommunen har kontroll over virksomheten. I organisasjoner som kjennetegnes ved uklare maktforhold og tvetydige målsetninger, som for eksempel helse- og omsorgstjenester, vil disse systemene frembringe tall som blir viktige i styringen av virksomhetene. Tallfesting av ulike størrelser blir sett på som et uttrykk for presisjon og nøyaktighet og kan vise seg nyttige i beslutningsprosesser (Denis, Langley, & Rouleau, 2006). De ulike kontrollsystemene gir politikere og andre beslutningstakere tall som kan underbygge prioriteringer og satsinger, og har stadig fått en viktigere betydning i styring og ledelse av helse og omsorgstjenestene i norske kommuner.

Med bakgrunn i internkontrollens styrkede posisjon, vil jeg drøfte hvilken betydning økt oppmerksomheten på dette betyr for ledere og ansatte i beskrivelser av praksis, og om dette påvirker praksis på noen åpenbare måter. Jeg vil fokusere på tre elementer av kommunenes internkontrollsystem avvikshåndtering, kvalitetsindikatorer og IPLOS og vedtak om tjenester. Jeg velger ikke å fokusere på økonomirapportering i denne omgang. Det vil være et tema jeg venter med å ta opp til kapittel åtte om ledelse og styring.

Avvikssystemer

En viktig del av internkontrollen i kommunene er utvikling av systemer for å avdekke, registrere og lukke avvik. Alle kommuner skal, i følge § 6 d i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017), ha et system for avvikshåndtering. Avvikshåndteringssystemet har betydning for hvilke uønskede hendelser som får oppmerksomhet og følges opp. At det eksisterer et avvikssystem skaper også forventninger fra ansatte og pårørende om at rapporterte avvik følges opp. Mange av kommunene har

elektroniske kvalitetshåndteringssystemer (såkalt Total Quality Management, TQM) for å følge opp kvalitetsarbeidet. Disse systemene inneholder muligheter for avvikshåndtering. Enkelte av kommunene benytter seg av eksterne systemleverandører som f.eks. Kvalitetslosen, som Hitra kommune kjøper tjenester av, eller de kan utvikle systemet selv som Trondheim kommunes Kvaliteket er et eksempel på. Avvik defineres i Trondheim kommune som:

[...] en feil eller mangel ved oppfyllelse av krav som er satt til innhold og utførelse av de oppgaver og tjenester, internt eller eksternt, som vi alle utfører, f.eks. avtalt leveranse, gitte prosedyrer, overholdelse av lov- og forskriftskrav m.m. (Trondheim kommune, 2016, s. 9)

Ledere som er intervjuet kjenner godt til avvikssystemet som finnes i kommunen, og alle har på en eller annen måte ansvar for å følge opp avvik, avhengig av ledernivå og alvorlighetsgrad på avviket. Det varierer hvor godt avviksregistreringen fungerer i de enkelte kommunene, og det kan se ut som det også er variasjon innad i kommunene mellom ulike enheter. Alle ansatte i fokusgruppeintervjuene gir uttrykk for at de kjenner til at det eksisterer et system for å registrere avvik, men det er stor variasjon i hvordan dette systemet brukes. Lederes oppfølging og bruk av systemet som styringsverktøy, er avgjørende for hvordan de ansatte opplever at det fungerer og om de bruker det. Kommuneledelsen er avhengig av å få tilbakemeldinger fra ulike aktører for å kunne gjøre tiltak i situasjoner det er nødvendig, og avviksrapportering inngår i dette.

Det er derfor vi har alle typer meldingssystemer og avvikssystemer og åpne kanaler, for vi er helt avhengig av tilbakemeldinger fra ansatte, pårørende og brukere for å kunne ta tak i ting som oppstår. (Kommunal leder)

En enhetsleder redegjør for hvordan avvikssystemet fungerer i enheten han er leder for, og er tydelig på hvilke forventninger han har til medarbeiderne om hvordan de skal forholde seg til ulike avvik:

Vi har et avvikssystem bestående av tre elementer. 1) direkte avvik som ikke burde ha skjedd. 2) vi har noe som heter forbedringsmelding som er en del av forbedringsbiter og 3) Vi har skademelding. Det er det samme som benyttes i hele kommunen. Hver gang det oppstår noe uventet eller at ansatte ser eller snakker om at dette skulle vi hatt, forventer jeg at de bruker to minutter på å skrive det ned. Da kommer det melding i epostboksen om det. Jeg leser gjennom det som meldes, og fordeler oppgaven til fagleder i det området hvis ikke jeg selv umiddelbart kan gjøre noe med det. Alle avvik går til meg og fordeles videre. Hvis det er skademeldinger, så går det til verneombud på den arbeidsplassen. Hvis det f.eks. er noen som er utsatt for vold, så forventer jeg at fagleder kaller inn til en debrifing, eller avdekker om det er behov for det. Hvis det er avvik i medisinhåndtering etc. så forventer jeg at man hele tiden forbedrer systemet så vi får bort ting som medfører gjentakelse. (Enhetsleder, mann, vernepleier)

Det er flere faktorer som vil avgjøre om avvikssystemet fungerer etter hensikten og blir et nyttig verktøy i kvalitetsarbeidet. Et element er holdninger ledelse og ansatte har til bruk av systemet, og hvilke forventninger ledelsen uttrykker. I et bofellesskap for personer som var kategorisert med merkelappen «utagerende atferd», har avvikssystemet blitt brukt i bevisstgjøring av forhold rundt denne problematikken, gjennom å tydeliggjøre forventninger til bruk av avvikssystemet.

Atferdsproblematikken har blitt redusert og alvorlighetsgraden av utageringen er mindre. Samtidig har vi skjerpet rutine med avviksrapportering. Ofte har vi tolerert mye uten å skrive avvik, det har vi endret på (Fagleder, mann, vernepleier).

For å skape en ønsket praksis rundt avvikssystemet prioriterer ledelsen å følge opp avvik, og det preger arbeidshverdagen til fagleder. Når han skal beskrive en vanlig arbeidsdag har han en fast rutine der oppgaver som oppfølging sykemeldte og oppfølging av avvik foregår kontinuerlig, i tillegg til ulike praktiske oppgaver:

Jeg styrer dagene selv, men har en agenda som jeg følger. Jeg må følge opp sykemeldte og går hver dag inn i systemet for å sjekke om det er frister for samtaler, og evt. kaller inn til oppfølgingssamtaler. Jeg følger også opp alle avviksmeldinger og snakker med alle som har skrevet meldingene. Så er det teknisk oppfølging av huset og biler (Fagleder, mann, vernepleier).

Faglederen i dette sitatet er en del av ledergruppa til enhetslederen som er sitert over. Begge sitatene viser at oppfølging av avvik er en prioritet for lederne i denne enheten, og at de følger opp alle avviksmeldinger, sikrer at avvik blir lukket og snakker med den som har meldt avviket. Denne oppmerksomheten på avvikhåndteringen gjør at systemet brukes aktivt av de ansatte. De vet at meldte avvik blir tatt tak i og de opplever at de blir tatt på alvor. Sitatet peker også på et annet element i internkontrollen som er oppfølging av sykemeldte. Dette er oppgaver som er strengt regulert og krever oppmerksomhet og ledernes tid, men det er ikke et tema i denne avhandlingen.

For å kunne benytte avvikssystemet effektivt er lederne avhengige av å få avviksmeldingene så snart som mulig etter en hendelse:

For meg er det før og etter vi fikk det elektroniske avviksmeldingssystemet. Det er med på å gi meg en oversikt over hva som skjer til en hver tid på husene, Fordi straks en ansatt melder et avvik, drypper det inn her til meg og til fagleder. [Avvikhåndteringen] er delegert til fagleder, han mottar avviket, setter på saksbehandlere og følger det opp. Jeg skroller alltid gjennom og ser, men jeg setter ikke på saksbehandlere. Men jeg vet at hvis det for eksempel har vært en skade på personalet ser jeg det. Ut i fra graden, vet jeg om jeg må ta en telefon med en gang. Hvis noen melder fra om at de har vært utsatt for en episode, så tar det ikke lang tid før de får en telefon fra oss. Det tror jeg også personalet merker. Tidligere leverte de et skjema og så tok det flere måneder før en kom ned til den saken og ringte fire

måneder etter episoden. Nå er du på. Personalet føler seg sett og vi får tatt tak i det med en gang. Så kan jeg se at en måned kommer det plutselig åtte medisnavvik på en bolig rundt den samme tingen, og da vet vi at vi må ta tak i dette. Da kaller vi inn medisnansvarlig og de på boligen og har en gjennomgang. Vi får tatt tak i det som foregår. Folk er flinke til å skrive avvik. Vi har hatt stor fokus på det og at det er bedre å sende inn ti for mye enn et for lite (Enhetsleder, vernepleier, kvinne).

Avvikssystemet gir enhetslederen en effektiv mulighet til å følge med på ting som skjer ute i bofellesskapene som vil bidra til en kontekstualisering av problemstillinger som kan dukke opp i andre sammenhenger. Systemet gir oversikt over gjentatte avvik som kan forebygges ved organisatoriske og strukturelle endringer. Andre ledere sier at de går gjennom og håndterer avvik en gang i uka eller annenhver uke. Avvikssystemet brukes som en sentral del av styringssystemet. Et inntrykk jeg sitter igjen med fra alle lederintervjuene er at lederne har stort fokus på avvikshåndtering. Avvik er tema i ledernetverkene i kommunen, og den enkelte leder tar opp avvik på fagdager og fagmøter med de ansatte. I enkelte situasjoner har det også vært egne personalmøter for å følge opp avvik.

Avviksmeldingssystemet har derfor stor betydning for hvilke tema som får oppmerksomhet oppover i systemet, og som dermed kan generere tiltak nedover i organisasjonen. Hendelser som betegnes som avvik og registreres i avvikssystemet, kan i løpet av kort tid fange oppmerksomhet til toppledelsen i kommunen, mens andre viktige hendelser som ikke har betegnelsen «avvik» blir ikke rapportert på samme måte, og får ikke den samme oppmerksomheten. Det er fare for at uønskete hendelser og økonomiske overskridelser tar fokus bort fra det som er «de ønskede hendelsene».

Til tross for at kommuneledelsen er opptatt av at avvikssystemet er en viktig del av kvalitetssystemet og at det gir nødvendig informasjon for å kunne ta tak i utfordringer i den praktiske tjenesteytingen, er ikke tilbakemeldingene fra de ansatte like entydige. Blant de ansatte i enkelte bofellesskap er usikkerheten stor om hva som skal karakteriseres som et avvik.

Det diskuteres heftig det der, hva som er et avvik på aktivitet og ikke, ikke sant. Ja... i vedtakene står det minst en aktivitet i uka, men hvis beboeren har en forventning om å dra på en annen aktivitet, så har han jo forventet det, så lenge vi planlegger utover det vedtaket han har, så det er litt sånn ... hva vi legger opp til og hva har han i vedtaket. Men hvis det skjærer seg fullstendig og han ikke får dratt på noe som helst, så skriver vi avvik. Vi skriver avvik på ting. Så det blir brukt. (Bofellesskap 4 Fokusgruppe 1)

I dette fokusgruppeintervjuet reflekterte de ansatte over hva som karakteriseres som et avvik og hva som registreres i avvikssystemet. Dette er et eksempel på at avvikssystemet er en faktor som påvirker realisering av de politiske idealene. Idealet sier at alle skal få leve et

aktivt liv. Artikkel 30 i CRPD om deltakelse i kulturliv, fritidsaktiviteter, fornøyelser og idrett, sier at mennesker med nedsatt funksjonsevne skal ha samme tilgang til å nyte kultur, fornøyelser og idrettsunderholdning som andre (UN General Assembly, 2007) – og dette følges opp i Meld. St. 45 (2012-2013) *Frihet og likeverd* med politiske målsetninger om at samfunnet skal legge til rette slik at alle, uansett funksjonsnivå, skal kunne delta på lik linje i ulike fritidsaktiviteter.

På grunn av ressurser og turnus, og for å sikre at et minimum av aktivitet gjennomføres, er det ikke uvanlig å ukeplanfeste aktivitet til en bestemt dag i uka. Avvikssystemet er utformet slik at det er bare avvik i henhold ukeplanen som registreres som avvik, situasjoner der beboeren ønsker å delta i aktiviteter andre dager eller flere dager enn vedtaket tilsier, men er forhindret i det på grunn av ressursmangel, registreres ikke. Dette forsterker dagsplanens betydning for praksis. Som en enhetsleder uttrykker det *Når det gjelder avvik knyttet til fritid, handler det bare om planlagte aktiviteter som det ikke blir noe av og dersom de ikke kan gjennomføres til andre tider enn den oppsatte* (Enhetsleder, mann, vernepleier). Dette er eksempel på dilemmaer de ansatte står overfor i den praktiske arbeidshverdagen; en konflikt mellom samfunnets idealer, virksomhetens mål og individuelle mål som den enkelte beboer måtte ha. De ansatte må ta stilling til hvordan de skal handle når det er uoverensstemmelsene mellom virksomhetens mål og beboernes individuelle mål (Lipsky, 2010). Fokus på virksomhetens mål forsterkes gjennom kvalitetssystemet som primært sikrer virksomhetens mål. Dette er også et eksempel på utfordringene kommunen står overfor når de skal gjøre et ideal om likestilling om til konkrete resultatmål – rettigheten til å kunne delta på lik linje med andre, reduseres til rett på en aktivitet i uka. Når systemet bare tar hensyn til den forhåndsdefinerte aktiviteten ved registrering av avvik, virker avvikssystemet direkte inn på praksis i bofellesskapene og støtter opp under forståelsen av gjennomføring av dagsplanen som et mål i seg selv. Hvis avvikssystemet praktiseres på denne måten er det med på å skjule de reelle avvikene fra de sosialpolitiske idealene og tjenester framstår gjennom avvikssystemet som plettfritt og uten avvik, til tross for at beboerne ikke får oppfylt sine behov og rettigheter til deltakelse og et aktivt voksenliv.

I analysen finner jeg eksempler på at de ansatte mener at avvikssystemet ikke fungerer etter hensikten. Sitatet nedenfor er fra et fokusgruppeintervju i et annet bofellesskap enn de som er referert over:

Vi tar opp vanskelige situasjoner med hverandre, men vi har ikke et system for debrifing. Det er lite gehør for våre problemer oppover. Avvikssystemet – det

kommunale digitale – fungerer ikke. Etter en situasjon jeg var involvert i krysset jeg av på skjemaet at jeg ønsket en samtale med leder, men jeg hørte ingen ting og måtte etterlyse samtalen. Med bemanningen vi har her, føler en seg presset inn i samme situasjoner igjen uten at en har fått bearbeidet opplevelsene fra forrige gang. Vi føler at vi ikke blir tatt på alvor. (Bofellesskap 2 fokusgruppe 1)

En annen ansatt som er primærkontakt og har en definert ansvar i avvikshåndteringen fortsetter:

Vi har fått beskjed om at det har vært treghet i avviksbehandlingen. Jeg skal lukke avvik, men har ikke fått beskjed om at det er rapportert avvik. Alvorlige avvik må tas tak i lenger opp i systemet. (Bofellesskap 2 fokusgruppe 1)

Disse to utdragene fra et fokusgruppeintervju med ansatte, viser at ikke alle deler av organisasjonen har like gode rutiner i å følge opp avviksrapporteringen. Erfaringer fra dette bofellesskapet kan tyde på at ikke ledelsen har godt nok system for å følge opp avvik. Ansatte har forventninger om at avviksrapporteringen skal være med å sikre arbeidssituasjonen ved at alvorlige hendelser og skademeldinger blir tatt tak i gjennom rapporteringen. Her er det ikke først og fremst systemet som skal ivareta kvaliteten på tjenestene beboerne mottar de kritiserer. Kritikken er rettet mot svikt i oppfølging som skal ivareta de ansatte. Når kommunen har innført et system som de forventer at ansatte skal benytte, men som ikke blir fulgt opp på ledernivået, vil hele systemet undergraves. Enkelte ansatte føler at manglende oppfølging svekker tilliten og tilknytningen til arbeidsplassen. Det må påpekes at denne oppfatningen ikke er entydig i bofellesskapet. I en annen fokusgruppe fra samme bofellesskap mener de ansatte at de får oppfølging *hvis det gjelder personalets sikkerhet og trygghet* (Bofellesskap 2 fokusgruppe 3).

I en fokusgruppe snakker de om at de «blir litt blinde» for hva som kan karakteriseres som avvik i situasjoner med voldsbruk og personskafer på personalet:

Det er ikke så mye som før. De mest alvorlige registreres som avvik, men en blir litt blind for hva som er avvik. Så om antall avvik går ned, så blir en samtidig vant til å arbeide her og aksepterer mer. (Bofellesskap 7, fokusgruppe 4)

Dette utsagnet kan tyde på at antall avvik kan være større i oppstarten av tiltak eller tjenester, og at etter hvert som en situasjon «normaliserer seg» blir gjentagende hendelser ikke oppfattet som avvik, på tross av at det ikke er i henhold til kriteriene for hvordan tjenesten skal utføres, eller at det i andre situasjoner betraktes som meldepliktig i henhold til reglene om skademelding.

I enkelte bofellesskap bruker også pårørende avviksmeldinger for å gi tilbakemeldinger om forhold de mener ikke er tilfredsstillende:

Vi har foreldre som også er veldig på å skrive avvik da, om datteren eller sønnen ikke kommer seg på aktiviteter. De kjenner systemet. (Bofellesskap 4, fokusgruppe 1)

Når pårørende bruker avvikssystemet kan det være et utslag av at de føler de ikke når fram gjennom å snakke med de ansatte i bofellesskapet og har behov for å melde fra om svikt og mangler ved tjenestene oppover i systemet. En annen forklaring kan være at det er de ansatte som oppfordrer pårørende til å skrive avvik, for dermed å ha bedre argumenter for å endre praksis gjennom å organisere tjenesten på andre måter eller å få mer ressurser. Dagens styringssystemer stiller større krav til ansattes lojalitet. Pårørende er mer berettiget og kan ha større gjennomslagskraft oppover i kommunens ledelse når de påpeker mangler, enn hva de ansatte har. Jf. exit, voice and loyalty (Hirschman, 1970).

Det er ikke opplagt hva som er kravene til innhold og utførelse av oppgavene de ansatte gjennomfører. Heller ikke hva som er prosedyrer eller krav i lover og forskrifter til denne praksisen. Når kravene er uklare, blir det også vanskelig å vite hva som er avvik fra kravene. På spørsmål om hva det skrives avviksmeldinger om, er det litt uklart hva som er kriteriene:

Nei, hva var det jeg skrev før i tiden. Det var for eksempel... Det er en medisin som en beboer får som egentlig ikke er farlig om den glemmes av. Det har ikke noe effekt på helsa, som jeg har forstått det da. Før var jeg litt mer sånn at jeg må få det ned at jeg har glemt det i dag liksom, men litt etter som jeg har sett og lært og, at det er ikke noe alvorlige konsekvenser ved det, så er det noe med at – Er det noe poeng? [...] Det er forskjellige type avvik du kan skrive og da, avvik i forhold til om det skjer noe med beboeren, skader seg og sånne ting, legemidler, systemavvik, får ikke dratt ut på ting og diverse andre ting. Så det er alt mellom himmel og jord som skjer her. Og det har blitt skrevet på det meste opp igjennom. Og det blir litt feil å kalle det avvik også, egentlig burde det hete forbedringsforslag hele greia. Det er jo til syvende og sist nærmeste lederen som får det tilbake igjen, og må gjøre noe med det. Så må han snakke med den som har skrevet det om man kan gjøre noe med det, eller noe med systemet, ikke sant. (Bofellesskap 4, fokusgruppe 1)

Med uklare kriterier for hva som er krav til innhold og utførelse kan avviksmeldingene bli altomfattende. Da legges mye av ansvaret til den enkeltes skjønnsmessige vurdering for hvilke kriterier som skal legges til grunn for et avvik. Hvis det etter den ansattes vurdering, ikke har noen effekt på helsa, så er det ikke så farlig om legemidlet blir avglemt en dag. En kan jo spørre seg om hvorfor legemidlet er foreskrevet hvis det ikke har effekt, men i denne sammenhengen vil problemstillingen være hvorvidt registrering av avvik i slike situasjoner vil kunne bidra til å endre rutinene for å sikre trygg medisinhåndtering slik at de blir bedre. Hvis det den ene dagen er et «ufarlig» medikament som avglemmes, hvilken trygghet har man for at forglemmelser av mer alvorlig karakter ikke skjer.

Andre ansatte opplever at avvikssystemet er for komplisert eller tungvint:

Men jeg er for dårlig til å skrive avvik selv. Det er situasjoner der jeg har tenkt at vi skulle skrevet avvik. Personlig synes jeg systemet er for tungvint. Akkurat nå har jeg heller ikke passordet for å komme inn (Bofellesskap 6, fokusgruppe 3).

Et siste spørsmål jeg vil drøfte her er hvor langt en bør gå for å forhindre avvik. Vil idealene være realisert hvis det ikke er noen avvik å registrere? Er målet ingen avvik? En enhetsleder forteller at når media følger opp avvik som er avdekket, gjør han seg noen refleksjoner om målsettinger for avvik:

Umiddelbart når jeg leste dette i avisen gjenkjente jeg sakene. Vi hadde litt over 20 alvorlige saker. Jeg tenkte at dette er jeg stolt over. Hvis vi skulle unngått avvikene, måtte vi etablert fengsel. Dette er personer vi visste var litt villere enn de fleste. Skulle vi hatt fullstendig kontroll på dem måtte vi ha isolert dem fra andre (Enhetsleder, vernepleier, mann).

Dette sitatet belyser dilemmaet som oppstår når vi skal trekke grensen for hvor mye vi kan sikre oss mot at uønskede hendelser oppstår. Her går det ikke fram hva avvikene består av, men at tiltak for å unngå hendelsene gjennom å ha «full kontroll» vil føre til en uforholdsmessig stor inngripen i disse personenes daglige liv. Det hadde vært nødvendig «å isolere» dem og «etablere fengsel» for å være helt sikker.

En viktig del av internkontrollarbeidet, er å foreta risikoanalyser og risikovurderinger. Denne enhetslederen kan tolkes i retning av at det er fortatt en risikovurdering i tjenestene rundt disse personene, og at det oppstår uheldige situasjoner der avvik skal rapporteres er en kalkulert risiko som gjøres i en avveining i forhold til ulike faglige vurderinger og mål for tjenestene. Dette eksemplet blir tydelig fordi avvik er knyttet til atferdsutfordringer og problemene blir veldig åpenbare hvis det oppstår skader eller situasjoner som virker truende. Etter slike hendelser vil det ofte følge en diskusjon om risikovurderingene er gode nok, og om sikkerheten er akseptabel.

I enkelte situasjoner vil krav til innhold og utførelse av tjenesten føre til at bemanningen må være svært høy, mens i andre situasjoner sikres dette ved at det er utarbeidet rutiner og prosedyrer som må følges. Til grunn for tiltakene ligger det en risikovurdering. Det vil heller ikke være mulig, eller ønskelig, ikke å ha noen avvik. Når det dreier seg om tjenester som skal bistå med å leve et aktivt voksenliv, som i stor grad foregår i mellommenneskelig samhandling i situasjoner som forutsetter stor grad av skjønnsutøvelse, vil det være umulig å regulere eller bemanne seg vekk fra risiko for at avvik kan oppstå.

Antall avviksmeldinger kan tolkes på ulike måter. En måte å tolke det på er at de vitner om en forbedringskultur der alle er interessert i å avdekke uønsket praksis eller utilstrekkelige tjenester. Mange avvik betyr mye åpenhet om manglene. En annen forståelse av

avviksmeldinger er at det er et bevis på dårlig kvalitet på tjenestene eller mangelfull organisering. Stor åpenhet om avvik i kommunale tjenester har reist begge disse debattene. En kommunal leder mener at åpenhet om avvik er viktig:

Vi bruker [avvikssystemet] veldig aktivt. Vi følger opp dette. Folk er flinke til å bruke det. Selv om vi får media på det og ting blir lagt ut i avisa, så har det satt seg såpass at folk bruker det og vi følger det opp. Jeg tror åpenhet er helt avgjørende for å skape tillit også. Selv om at noe kan bli mørkere der og da. Det er en del ting som er vondt å fortelle, men jeg tror det er enda verre hvis vi ikke gjør det (Kommunal leder)

Åpenhet om avvik kan være krevende å takle når medias oppmerksomhet rettes mot uønskede hendelser og omfattende lovbrudd, men samtidig kan det på lengre sikt styrke tilliten til de kommunale tjenestene. Hemmelighold om avvik ikke vil tjene kommunen eller brukerne av de kommunale tjenestene. I intervju med andre ledere og ansatte oppfattes åpenheten om avvik som en viktig del av kvalitetsutviklingen og det gjør at man skjerper seg.

For å oppsummere hvordan kommunenes avvikssystemer kan påvirke de ansatte i omsorgstjenestenes oppfatning av egen praksis, vil jeg peke på noen utfordringer. For det første blir meldinger om uønskede hendelser og situasjoner automatisk rapportert oppover i systemet i det øyeblikket de registreres. Det kan føre til at disse hendelsene får mye oppmerksomhet og prioriteres foran andre viktige oppgaver som tjenestene har (Møller et al., 2016).

En annen utfordring er at det kan bli større fokus på å redusere avvik enn på realisere andre viktige målsettinger. Avvikssystemet knyttes opp til planer og forhåndsdefinerte kriterier som i mange tilfeller kan være langt fra hva beboere og ansatte definerer som indikasjoner på gode tjenester. Dags- og ukeplaner får forsterket sin betydning som mål i seg selv, og det kan føre til at reelle behov skjules og idealer ikke blir realisert.

Avvikssystemet produserer tall som er det formatet på informasjon til styringssystemer som er ønsket, og enkelt kan omsettes til resultatmål for å redusere antall avvik. Samtidig er dette problematisk fordi avviksregistreringen er basert på utstrakt bruk av skjønn. Både forståelsen av hva som er avvik, om det bør registreres og eventuelle tiltak i etterkant av hendelsen, er vurderinger basert på skjønn. Dette er problematisk fordi kriteriene for hva kvalitativt gode omsorgstjenester er svært vanskelig å definere. Slik avvikssystemer og resultatstyring ofte er strukturert, med klare målsettinger om å redusere antall avvik, er det fare for at det kan oppfattes som at kommunen har forventinger om at en skal unngå avvik for en hver pris. Det er mål som er enkelt å tallfeste i kommunale planer og styringsdokumenter. Resultatmålet framstår som viktigere enn for eksempel idealet om deltakelse og inkludering på ulike

arenaer. Når ansatte står overfor dilemmaer mellom risiko for avvik og deltakelse, kan ansatte gjøre vurderinger om å ikke delta for å holde avviksstatistikken lav. Avvikssystemet fører til en forskyvning av mål.

Kvalitetsindikatorer

I tillegg til å ha oversikt over avvik er et av målene med internkontrollsystemer å sikre at kvalitet på tjenestene er på, eller kommer til, et forhåndsdefinert nivå. Et viktig element i dette arbeidet er å utarbeide mål på kvalitet gjennom kvalitetsindikatorer. En kvalitetsindikator er et indirekte mål som sier noe om området som måles (Helsedirektoratet, 2017).

Tabell 3 Eksempel på bruk av indikatorer i resultatmål i helse- og omsorgstjenestene for en fireårsperiode

Brukere	Måleindikatorer	2. tertial	Siste	Mål	Mål	Mål	Mål	
		2017	landsnitt	2018	2019	2020	2021	
Opplevd kvalitet	Brukertilfredshet – institusjon (skala 1-6)							
	Trivsel	5,6	5,4	X	X	5,2	X	
	Brukermedvirkning	5,5	4,9	X	X	5,1	X	
	Respektfull behandling	5,7	5,4	X	X	5,1	X	
	Helhetsvurdering	5,7	5,4	X	X	5,0	X	
	Brukertilfredshet – hjemmetjeneste (skala 1-6)							
	Brukermedvirkning	-	4,4	4,8	X	X	4,8	
	Respektfull behandling	-	4,7	5,2	X	X	5,2	
	Helhetsvurdering	-	4,7	5,3	X	X	5,3	
	Tilgjengelighet	-	4,9	5,1	X	X	5,1	
	Brukertilfredshet – TNF (mennesker med nedsatt funksjonsevne) (skala 1-2, 1 best)							
	Trivsel	-	1,2	X	1,2	X	X	
	Brukermedvirkning	-	1,3	X	1,3	X	X	
	Respektfull behandling	-	1,1	X	1,1	X	X	
	Helhetsvurdering	-	1,2	X	1,2	X	X	
	Målt kvalitet	Faglig kvalitet						
		Andel årsverk med fagarbeiderutdanning (eller tilsvarende)	50	41	53	55	55	55
		Andel årsverk med minimum høyskoleutdanning	28	34	32	35	37	40
% - vis andel av netto drift pleie og omsorg som går til aktivitetstjenester		-	5	9	9	10	11	
Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem		0,76	0,54	0,6	0,6	0,7	0,8	
Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem		0,69	0,38	0,7	0,7	0,8	0,8	

Det er vanlig å bruke tre former for indikatorer: *strukturindikatorer* som blant annet skal si noe om rammer, kompetanse, tilgjengelig utstyr og ressurser, *prosessindikatorer* som dreier seg om aktiviteter i tjenestene som for eksempel kartlegging, pleie, rehabilitering, opplæring eller kommunikasjon i tjenesteytingen og til sist *resultatindikatorer* som sier noe om tilfredshet, levekår eller måloppnåelse.

Registrering og evaluering av kvalitet gjennom indikatorer er en prosess der opplevd kvalitet i enkelte aspekter av en tjeneste blir definert (eller redusert) til et tall. Tallet kan sammenlignes med en standard eller norm som angir et nivå på kvalitet. En del av internkontrollsystemet er å følge med på utvikling over tid gjennom sammenligning av kvalitetsindikatorer på ulike tidspunkter eller bruke indikatorer til å sette resultatmål i form av ønskete tall. Flere av kommunene i utvalget har utviklet slike indikatorer og bruker disse i kommunale handlings- og økonomiplaner. Tabell 3 er et eksempel på hvordan indikatorer på ulike områder brukes til å definere resultatmål for de kommende årene.

Oversikten skiller mellom det de kaller opplevd kvalitet og målt kvalitet. Opplevd kvalitet er målt ved hjelp av resultatindikatorer som er framskaffes gjennom brukerundersøkelser og medarbeiderundersøkelser. Det de kaller målt kvalitet er statistisk informasjon som forteller noe om rammer og kompetanse. De siste to indikatorene, legetimer og fysioterapitimer, kan betegnes som prosessindikatorer. Resultatene fra de ulike målingene og tellingene blir i dette dokumentet uttrykt i tall, som brukes i budsjettering og styring i kommunen. For de ansatte som jobber med beboerne har disse resultatmålene ingen betydning i arbeidshverdagen.

Nasjonalt er det utviklet et sett kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenestene som skal gi kommunene informasjon om kvaliteten på tjenestene (Helsedirektoratet, 2017). Utvikling av indikatorene er i stor grad basert på en helsepolitisk tenking, og de fleste nasjonale kvalitetsindikatorene er rettet mot eldreomsorg, ofte knyttet til omsorgen for de som bor i institusjon. Det finnes noen eksempler på indikatorer hentet fra www.helsenorge.no (Direktoratet for e-helse, 2017), som benyttes i helse- og omsorgstjenester for personer med utviklingshemming:

Sykefravær i kommunal helse- og omsorgstjenesten
Dagaktivitetstilbud til personer med utviklingshemming
Mottakere av habilitering og rehabilitering i hjemmet med individuell plan
Bistand til å delta i arbeid og utdanning
Fagutdanning i pleie- og omsorgstjenesten
Bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter

Men i praksis er det få av kommunene i vårt utvalg som benytter disse indikatorene. Unntaket er indikatorene om sykefravær i omsorgstjenesten og utdanning blant personalet. Indikatorer er ikke direkte mål på kvaliteten på en tjeneste eller på utførelsen av tjenesten, men noe som kan peke tilbake på kvalitet. Indikatorene er derfor indirekte mål på kvalitet. Kritikere har pekt på faren for at indikatorer blir gjort til mål i seg selv og at det som ikke kan måles, heller ikke blir prioritert. I en kunnskapsoversikt over forskning på resultatbasert styring (RBS) i grunnskolen, arbeidsmarkedstiltak og «det sosiale området» viser danske forskerne til

utfordringer ved flere sider av denne styringsformen (Møller et al., 2016). Som påpekt tidligere, er resultatstyring krevende på områder der målene er tvetydige og sammensatte. I forskningen som de har gjennomgått på det sosiale området – eller det som vi i en norsk kontekst vil kalle helse- og omsorgstjenestene – er det uenighet om:

hva præstationer skal måles i forhold til, samt om det overhovedet er muligt at koble de opnåede resultater til den sociale indsats. Mens udgangspunktet i nogle studier er, at RBS er nødvendigt for at sikre kvalitet og effektivitet i de sociale indsatser, er udgangspunktet i andre studier, at RBS introducerer en instrumentel rationalitet, der ikke tager højde for de kontekstfaktorer, som har betydning for de opnåede resultater. Flere af studierne konkluderer, at anvendelsen af RBS på det sociale område kræver, at der opstilles årsags-virknings-modeller for at koble indsats til outcome-mål. Derudover fremhæver flere studier, at målenes karakter har betydning for virkningen af RBS. Hvis målene ikke afspejler kerneopgaven i den sociale indsats, virker de demotiverende og ceremonielle for frontmedarbejderne, som kan reagere på målene med en uhensigtsmæssig strategisk adfærd. Det er derfor centralt for effekten af RBS, at frontmedarbejderne inddrages i formuleringen af mål (Møller et al., 2016, s. 7)

De konkluderer med at det er flere farer ved bruk av mål- og resultatstyring og kvalitetsindikatorer. Resultatstyring forutsetter klare mål, innsamling av valide data, beslutninger basert på resultater og at indikatorene brukes som refleksjonsredskaper, mens i praksis opplever de at det er mange og tvetydige mål, fokus på kortsiktige resultater, politikere og borgere som mistolker resultatene, ansatte med målfiksering og sjekklisteatferd som erstatning for faglig skjønnsutøvelse. Dette fører til en risiko for at en rekke ikke-intenderte konsekvenser oppstår. Det er fare for at en kompleks målstruktur reduseres til vedtatte indikatorer og fastlegging av rutiner, i stede for å benytte resultater fra målingene som et redskap for refleksjon. Forståelse av kvalitet reduseres til det som enkelt kan måles, og andre viktige områder som ikke er representert med indikatorer blir nedprioritert, eller at de ansatte tilpasser praksis til indikatorene og ikke de faktiske målene. Det er også en risiko for at beslutninger fattes med tanke på kortsiktig måloppnåelse til fordel for langsiktig realisering av sosialpolitiske idealer og målsettinger. Det kan også stilles spørsmål om kvalitetsindikatorer som benyttes faktisk er mål på kvalitet i tjenestene eller realisering av politiske målsettinger. I en undersøkelse av sammenhenger mellom høy skår på indikatorer og måloppnåelse i NAV, fant en ingen signifikant sammenheng mellom høy skår på aktivitetsindikatorerne og de faktiske målene som er å få folk ut i arbeid (Roaldsnes, 2018).

Det har vist seg vanskelig å utvikle gode indikatorer, spesielt for omsorgstjenester. Enkelte av kommunene i vårt prosjekt er åpne på at de har kommet lengst i arbeidet med å utvikle kvalitetsindikatorer for eldreomsorgen. På nasjonalt nivå genereres mange av de statistiske tallene fra kvalitetsindikatorerne i IPLOS – et system som på mange måter er utarbeidet med

tanke på eldreomsorg. Kommunene opplever at det er krevende å utvikle gode kvalitetsindikatorer for omsorgen for personer med utviklingshemming:

Det er vanskelig å utvikle kvalitetsindikatorer. Jeg er opptatt av at vi burde hatt det. Jeg synes vi har det i for liten grad (Enhetsleder, mann, vernepleier).

Sitatet er et uttrykk for at enhetsledere ønsker å få kunnskap om kvalitet på tjenestene som omsorgstjenestene yter, men at de ikke har redskaper for å få kunnskap om dette. Kvalitetsindikatorer oppleves av denne enhetslederen, som et potensielt godt verktøy for å arbeide med å forbedre kvaliteten på tjenestene. utfordringen er å finne en målestokk som faktisk sier noe om tjenestekvaliteten. Indikatorer diskuteres blant lederne i kommunene, og de stiller spørsmålsteget ved om det er sammenheng mellom tallene som produseres ved hjelp av indikatorene og kvaliteten på tjenestene (Jf. Roaldsnes, 2018). Eksemplet de nevner er sykefravær blant de ansatte, som er en av de mest utberedte kvalitetsindikatorerne i kommunene. Spørsmålet som flere ledere stiller, er i hvor stor grad sykefravær er en god indikasjon på kvalitet og måloppnåelse i omsorgstjenesten. En annen utfordring er at kvalitetsindikatorerne er primært mål på tjenestekvalitet og sjeldnere et mål på omsorgskvalitet. Omsorgskvalitet lar seg vanskelig tallfeste. Ledere i kommunene opplever at de blir målt på en rekke områder:

Vi blir målt på sykefravær, tvang og makt – vi har tilsyn fra fylkesmannen hyppig i forhold til det, brukerundersøkelser, medarbeiderundersøkelser annethvert år, økonomi selvfølgelig. Ja, og antall utviklingssamtaler. Det blir sendt rapporter for det meste, arbeidsmiljøgruppa sender rapporter, arbeidsmiljøenheten måler oss i forhold til hvordan vi jobber med stadige rapporter. Så vi blir målt på de fleste områder (Enhetsleder, kvinne, vernepleier).

Sykefravær blir trukket fram som en indikator som lederne blir målt på. Videre er reduksjon i bruk av tvang og makt en indikator som denne kommunen har sterkt fokus på. Det oppfattes som mer direkte knyttet til kvalitet i tjenestene og direkte knyttet til omsorg for personer med utviklingshemming. Denne kvalitetsindikatoren får mye oppmerksomheten på grunn av tydelig lovgivning og oppfølging gjennom tilsynsmyndighetenes fokus på dette området. Kommunenes prioritering av områder med nasjonale krav og føringer bekreftes i evalueringen av Omsorgsplan 2015 (Hagen et al., 2015). Bruk av kvalitetsindikatorer er ikke uproblematisk. Lipsky (2010) mener at i tillegg til at det kan være vanskelig å vite hva indikatorene faktisk måler, er det heller ikke en klar sammenheng mellom forbedring eller forverring av kvalitet målt med disse indikatorene, og faktisk forbedring eller forverring av kvaliteten i utførelsen av oppgavene.

Brukerundersøkelser og medarbeiderundersøkelser er viktige kilder til å måle kvalitet på tjenestene. I brukerundersøkelsene er det vanlig å belyse tema som trivsel, trygghet, brukermedvirkning, selvbestemmelse, respektfull behandling og tjenestekvalitet. For å ha nytte av brukerundersøkelser forutsettes det at kommunene etablerer tidsserier slik at fremgang og tilbakegang kan måles. Utfordring med disse undersøkelsene er tolking og rapportering av resultatene. Analysene ser i liten grad på sammenheng mellom variabler. Det er også ulik praksis på hvem som svarer på undersøkelsen.

Det er stort sett pårørende som svarer. Vi har vurdert å kalle det pårørendeundersøkelse neste gang fordi det er få brukere som svarer. Hva blir viktig? (Enhetsleder, kvinne, vernepleier).

Når undersøkelsen kalles brukerundersøkelse er det et poeng at beboernes opplevelse av de ulike temaene som undersøkelsen skal belyse, kommer til ordet. Det er ikke sikkert at beboere og pårørende legger vekt på de samme tingene når de gjør sine vurderinger (Jf. Hatton et al., 2009).

Kvalitet på tjenestene måles blant annet gjennom brukerundersøkelser hvor bruker og/eller pårørende svarer. Svarprosenten i undersøkelsene er alt for lav. Men det er vanskelig å finne andre måter å måle tilfredshet på. Dessuten er ikke alltid pårørende og beboere enig (Enhetsleder, mann, vernepleier).

Det er problematisk at utvalget som svarer på spørreundersøkelsen ikke er helt klart definert, og om det er sammenheng mellom om det er beboere eller pårørende som svarer, og resultater på enkelte variabler, kommer ikke fram. Det påpekes også at svarprosenten er lav. Når tall fra disse undersøkelsene presenteres i kommunale styringsdokumenter, som handlings- og økonomiplaner tas det ingen forbehold om tallenes kvalitet. Det kan stilles spørsmål ved bruken av denne type undersøkelser når så få av målgruppen svarer på undersøkelsen. Det er mye som tyder på at selve metoden for å skaffe denne informasjonen ikke er tilpasset målgruppa. I kommunenes jakt på styringsinformasjon i form av tall, blir likevel undersøkelser som gir indekser i form av tall foretrukket, til tross for at det ikke er primærmålgruppa som svarer. Kvalitative tilnærminger, som kan være bedre egnet for å få fram beboernes opplevelse av kvaliteten på tjenesten, gir ikke styringsinformasjon som har riktig tilpasset format – nemlig tall som kan telles og sammenlignes – som ledelse og politikere vil ha.

Når ansatte snakker om kvalitet vil vi, i følge Hatton et al. (2009), i større grad finne igjen beskrivelser av kvalitet knyttet til jobbprestasjoner. Da er det ikke indikatorer som er det sentrale, men egenskaper, eller det Hatton et al. (2009) kaller, *kjernekompetanser* som tillit, fleksibilitet og ærlighet. Både ansatte, beboere og pårørende, i deres undersøkelse, var enige

om at dette var viktige mål på kvalitet. Beboere legger mer vekt på personlige egenskaper og samhandlingsegenskaper, mens de ansatte er mer opptatt av kapasitet til å takle stress i jobbsituasjonen når de skulle utvikle et verktøy for å vurdere kvalitet i tjenestene. Kvalitetsindikatorer av den typen som styringssystemene etterspør, er ikke tema blant de ansatte i mine fokusgruppeintervjuer. Det er bare på ledernivå at indikatorer og brukerundersøkelser nevnes.

Vi finner igjen kompetansene og egenskapene Hatton et al. (2009) beskriver, når vi snakker med de ansatte om hva som fremmer kvalitet. De trekker fram at samarbeid og godt arbeidsmiljø er en viktig forutsetning for god kvalitet på tjenestene:

Terskelen for å snakke med hverandre er lav, vi gir og får råd av hverandre. Samtaler med hverandre og godt samarbeid er nøkkelen (Bofellesskap 2, fokusgruppe 2)
Arbeidsmiljø! Samhold mellom ansatte – det smitter. Det er et kjempegodt arbeidsmiljø her. (Bofellesskap 3, fokusgruppe 1)

Godt samarbeid, der det er åpenhet og dialog mellom kolleger, tyder på at de ansatte har tillit til hverandre og at de praktiserer ærlighet når de gir og mottar råd av hverandre. Samholdet og samarbeidet mellom de ansatte er viktig når de skal utvikle sitt praksisfellesskap.

Det har blitt et bra system rundt henne. Alle sammen vet akkurat hva vi skal gjøre. Når vi gjør det ser vi at ting fungerer bra, som regel. Så vi er ganske kjent vi som jobber her. Det tror jeg har mye å si. (Bofellesskap 6, fokusgruppe 3)

Kjennskap til hva som er praksis, rutiner og måten ting skal gjøres på trekkes fram som en nødvendig forutsetning for å utvikle god kvalitet på tjenestene. Det er utviklet lik kunnskap og praksis, uavhengig av utdanning. Faren ved dette er at tilnærmingen blir instrumentell og at den erstatter profesjonenes ekspertkunnskaper, det Abbott (1988) beskriver som en håndverksversjon av profesjonenes kunnskaper.

Andre fokusgrupper er mer opptatt av relasjon mellom ansatt og beboer når de skal beskrive forhold som fremmer kvalitet:

Kvaliteten er avhengig av oss; relasjon, bemanning, sykefravær, omrokking (Bofellesskap 7 Fokusgruppe 4)
Kvalitativt er det relasjonsbygging, det er et langtidsperspektiv. Det kan virke dempende at det er kjente personer. Og det er en fordel at det er god fordeling mellom kjønnene. Det er faglige utfordringer. (Bofellesskap 7 Fokusgruppe 4)

I disse sitatene er det kjennskap til beboerens behov gjennom lang tid som trekkes fram som viktig. Det er trygge relasjoner som er fundamentet. Endringer i personalgruppa, fravær og vikarer fører til uro og dårligere kvalitet i tjenesteytingen.

Når vi spør de ansatte direkte om hva kvalitet er, så svarer de med de samme formuleringene som når vi snakket om målsettinger for arbeidet, nemlig at *beboerne er fornøyde* (Bofellesskap 2, fokusgruppe 3). Dette viser at både målsettinger for omsorgen «at beboer skal ha det bra», og mål på kvalitet «at beboer er fornøyd» er veldig generelle størrelser, og det vil være store individuelle forskjeller i hva som legges i dette. For å vurdere kvalitet er det ikke tilstrekkelig med en intuitiv vurdering av kvaliteten på tjenestene fra de ansatte. Bigby et al. (2014) legger vekt på at det er nødvendig med systematiske undersøkelser for å vurdere kvaliteten på tjenestene. Kvalitetsdimensjoner de knytter til livskvalitet for personer med utviklingshemming er emosjonelt velvære, mellommenneskelige relasjoner, materiell velferd, personlig utvikling, fysisk velvære, selvbestemmelse, inkludering og rettigheter. Både for å realisere disse idealene, og for å måle kvaliteten på disse dimensjonene er det en forutsetning at de operasjonaliseres og konkretiseres. Konkretisering mangler i mange tilfeller i de ansattes forståelse av kvalitet. Kommunene som forsøker å konkretisere resultatmål og tjenestekvalitet ved hjelp av målbare indikatorer ser at konkretisering er høyst problematisk. Samtidig er forståelsen mellom de ansattes oppfatning av forutsetninger for god kvalitet og mangel på evidenskultur, veldig ulik resultatstyrings bruk av kvalitetsindikatorer og resultatmåling. Denne forskjellen er med på å øke risikoen for de utilsiktede effektene som Møller et al. (2016) peker på.

For å oppsummere kort kvalitetsindikatorenes betydning som en del av styringssystemet slik de framstår i min undersøkelse, er at det kan være fare for at det som kan måles får større betydning enn andre forhold. Samtidig viser det seg at det er vanskelig å utvikle gode indikatorer i omsorgstjenestene. Bruken av indikatorene har størst betydning for ledelsen og diskusjoner på overordnet nivå. Blant de ansatte er det lite oppmerksomhet rettet mot kvalitetsindikatorene, og de har en annen oppfatning av hva som kjennetegner kvalitet enn det som måles med indikatorer. Den store oppmerksomheten på kvalitetsindikatorer øker tjenestefokuset, samtidig er det lite som tyder på at det er en viktig faktor i arbeidet med å realisere sosialpolitiske idealer og mål.

IPLOS og vedtak om tjenester

En del av internkontrollsystemet som har fått stor betydning er strukturer som med en samlebetegnelse kalles omsorgsstatistikk. Her kan ulike kvalitetsindikatorer inngå som en del av statistikken. Eksempler på slik statistikk er KOSTRA og ASSS som er omtalt i kapittel 5.6. Et annet eksempel på statistikk, og et av de viktigste styringsredskapene for pleie og omsorgstjenestene er IPLOS (individuell pleie og omsorgsstatistikk). Alle norske kommuner

er pålagt å bruke IPLOS, som er et nasjonalt dataregister over ressurser og bistandsnivå hos alle personer som har søkt om, eller mottar tjenester (Forskrift om IPLOS-registeret, 2006; Forskrift om kommunal rapportering, 2001). Registreringen har vært obligatorisk siden 2006. Det som skal registreres er personalia, bistandsbehov, samfunnsdeltakelse, relevante diagnoser, syn og hørsel, bruk av tvang, døgnopphold i spesialhelsetjenesten, tjenester som mottas og individuell plan (IP). Samlet sett kan vi si at kartleggingen *innebærer en kvantifisering av behovets omfang, og en klassifisering av klientens behovstype* (Tøndel, 2012, s. 137). Målet er å samle kunnskap på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå, som gir et grunnlag for å styre sektoren basert på dokumentert kunnskap om velferdsmottakernes bistandsbehov, å utvikle kvaliteten på tjenestene og oppnå god ressursutnyttelse med likeverdige og virkningsfulle tjenester (Helsedirektoratet, 2009).

Ved innføringen av IPLOS i 2006 var enkelte av brukerorganisasjonene meget kritiske. De mente at kartleggingen kunne være stigmatiserende og krenkende og de krevde endringer. De mente at individuelle sosiale egenskaper og et samfunnsperspektiv var fraværende (SOR, 2006; Svendsen, 2008).

Christensen (2012) mener at IPLOS har funksjoner på tre nivåer: På nasjonalt nivå gir IPLOS statistikk og styringsdata. På regionalt nivå fungerer det som et dokumentasjons og rapporteringssystem, både oppover til Helsedirektoratet og nedover til kommunens styringsapparat. På det laveste nivået fungerer det som en del av vurdering og utøvelse av tjenestene i hverdagen. Det er på det laveste nivået at registrering og fortolkning av bistandsvariablene foregår og legger grunnlag for statistikken på nasjonalt nivå.

Implementeringen av IPLOS kan betraktes fra to perspektiver: *top-down* der statistikken betraktes som objektiv kunnskap om helse- og omsorgstjenestene, eller *bottom-up* som tar utgangspunkt i Lipskys (2010) forståelse av at det er i møtet mellom representanten for velferdsstaten og beboeren at politikken blir realisert. I dette perspektivet handler ikke IPLOS bare om å implementere et lovverk, men også om å ta beslutninger i en prosess der ansatte gjennom samhandling med beboeren skal fortolke og vurdere situasjonen, når de kartlegger og registrerer dataene om beboeren. IPLOS-statistikken er helt avhengig av IPLOS-registreringen. Når den er basert på ansattes vurderinger og skjønn er det dermed ikke bare et nøytralt verktøy (Christensen, 2012). Det er en grunnleggende motsetning i implementering av IPLOS:

På den ene siden eksisterer et nasjonalt og kollektivt samfunnsmessig styringsbehov som kan baseres på standardiserte data og brukes til å skape rettferdighet – et viktig

velferdsprinsipp – kommuner imellom og brukere imellom. På den andre siden er systemet grunnleggende avhengig av praksisfeltets møte med den enkelte borger og dennes velferdstjenestebehov; og analysen peker på at det finnes en risiko for i dette møtet å bryte med et (klassisk) velferdsprinsipp som handler om å unngå stigmatisering, her i form av krenkelser av enkeltindividet. Eksempelvis kan krenkelser forekomme om registreringer brukes i ikke-aggregert form, om det registreres behov som ikke kan imøtekommes med kommunale tjenester, om det skjer under- eller overrapportering av behovsgraden, om registreringen forfordeler bestemte brukergrupper, om dialogen med bruker brytes ved å la den profesjonelle kunnskapen få registreringsmakten og om intensjonen om brukermedvirkning skal forenes med en tvungen registrering (Christensen, 2012, s. 65)

Her peker Christensen (2012) på motsetningen mellom den overordnede styringens behov for standardiserte data, og risikoen for at møtet mellom enkeltindividet og praksisfeltet kan føre til stigmatisering. I et profesjonsperspektiv som denne avhandlingen har, er det interessant å fokusere på praksisfeltet og *bottom-up*-perspektivet, og videre i dette delkapitlet vil jeg undersøke hvordan de ansatte i bofellesskapene forholder seg til IPLOS og hvordan dette påvirker måten de ansatte omtaler egen praksis.

IPLOS som begrep og system, og vedtakene om tjenester som fattes basert på IPLOS-registreringen, blir tatt opp i flere av fokusgruppeintervjuene:

Vi har et IPLOS-system der en setter kryss på noen konkrete tall. Om den personen mestrer det og for eksempel «å vaske kroppen sin selv», og i hvor stor grad og om den personen «mestrer å holde leiligheta si rein nok». Så det er slike verktøy vi er pålagt å bruke i kommunen (Bofellesskap 1, fokusgruppe 2)

I et annet fokusgruppeintervju i samme bofellesskap snakker de ansatte om vedtakene de baserer tjenesteytingen på, og vi spør om hvem som utformer vedtakene:

Det er vel IPLOS-en som kommer inn der? Det blir registrert hvor stort behov har du. Så det er det som er grunnlaget her da – både for hjemmesykepleie og praktisk bistand. Noen har mer, noen trenger mye og noen trenger mindre. [...] Det er det IPLOS-en som har sagt noe om, så er det brukerkontoret som, arrester meg hvis jeg sier noe feil, som gjør vedtakene (Bofellesskap 1, fokusgruppe 1)

Oppfatningen denne informanten har av hva IPLOS er er interessant. Det er ikke helt klart hva som ligger til grunn for vedtakene, men at vedtakene har noe med IPLOS å gjøre. Det kan virke som IPLOS er noe som er over eller på siden av praksis. Den sier noe om behovet til den enkelte, og dette er styrende for vedtak som i sin tur påvirker praksis. Men det kan virke som om informanten i liten grad opplever IPLOS som et redskap som de selv aktivt kan benytte for å påvirke vedtak (omfang og innhold) og dergjennom praksis. Den ansatte oppfatter ikke IPLOS som noe hun selv kan bruke i kartlegging av beboere, men som noe noen andre gjør.

I andre fokusgrupper er oppfatningen annerledes. Her har de ansatte et mer bevisst forhold til at IPLOS brukes i kartlegging av behov som beboerne har, og at de ansatte er pålagt å benytte dette verktøyet. De reflekterer i liten grad over IPLOS som et system for å utvikle statistisk kunnskap for å styre helse- og omsorgssektoren, men ser på det som et verktøy for å kartlegge den enkelte beboers behov. I perspektivet til de ansatte oppfattes ikke kartleggingen som en objektiv vurdering av bistandsbehov. Ulike aktører kan ha forskjellig vurdering av behovene. På spørsmål om de ansatte synes IPLOS er et funksjonelt verktøy sier en av informantene:

Ja, men vi har også opplevd noen uheldige situasjoner knyttet til verktøyet. For noen ganger så får for eksempel pårørende lov til å kartlegge sin nærmeste i IPLOS-systemet på brukerkontoret. Pårørende kan ha helt annen oppfatning hva den personen mestrer og hva det betyr å mestre noe, enn vi som observerer denne personen i det daglige. Da blir deres kartlegging helt annerledes enn vår. Ja... så det er litt subjektivt. Det kan være det. Det bør ikke være det, men det kan være det. (Bofellesskap 1, fokusgruppe 2)

Dette sitatet viser flere av utfordringene ved implementering av et system som IPLOS. Myndighetenes målsetting er å utvikle et system for å samle inn mest mulig objektiv statistisk informasjon om kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er gjort ulike tiltak for å sikre at dataene er mest mulig objektive og korrekte. Et ledd i dette er at utvalgte ansatte i kommunene har fått opplæring i hvordan kartlegging og registrering skal foregå, og skal videreformidle dette til andre som gjennomfører kartleggingen. Det er også utarbeidet en detaljert veileder som gir retningslinjer for alle registreringer i databasen (Helsedirektoratet, 2009). Til tross for dette viser det seg at det er høyst usikkert om de som foretar kartleggingen har fått opplæring i hvordan dette skal gjøres og om veilederen brukes. De ansatte i intervjuet hevder at pårørende i enkelte tilfeller kartlegger beboere i IPLOS. Det går også fram at vurderingene som gjøres er forskjellige, og at de som kartlegger behovene oppfatter både situasjoner ulikt og forstår begreper som mestring på forskjellige måter. De ansatte ser dette og vet at det ikke burde være slik, men like fullt er det slik systemet anvendes. Fra de ansattes perspektiv er ikke opplysningene som kommer fram i kartleggingen en «objektiv sannhet», men en beskrivelse basert på subjektive vurderinger av flere forhold som den som foretar kartleggingen gjør. Når vi spør hva de gjør hvis de ikke synes det er sammenheng mellom vedtaket som brukerkontoret har fattet på bakgrunn av bistandsbehovet som er kartlagt av de pårørende, og bistandsbehovet slik de selv vurderer det, er svaret at de foretar en ny kartlegging. Det er til sist de profesjonelle som har kartleggingsmakten (Jf. Christensen, 2012)

En annen utfordring med IPLOS-registreringen er at det er en registrering av bistandsbehov på et gitt tidspunkt, og det kan være en utfordring hvis behovet fluktuerer over tid, og vedtak

og ressurser er definert på bakgrunn av hva som er registrert i IPLOS på et bestemt tidspunkt. Her er et sitat fra et intervju med en fagleder i et bofellesskap for personer med psykiske lidelser:

IPLOS-registret er et kartleggingsverktøy som vi skal oppdatere [...] Det estimatet kan si noe om ressursutløsning. I perioder vil det ikke være samsvar med praksis fordi det svinger sånn. Derfor har vi ingen god indikator hvis en skal tenke i tall. Så utløsning av ressurser fungerer slik i [vår] kommune [...] Så det vil aldri være helt realistisk i forhold til hva man bruker i praksis, til tross for at en prøver å gjøre det så realistisk som mulig på papiret. En kan tenke at det vil være faglig uforsvarlig. Vi har hatt justeringer når vi har fått tilbake brukere som har vært lang tid på sykehuset og da må vi bemanne opp, men nå tenker jeg den daglige driften skal det ganske mye til for at vi skal kunne synliggjøre behovet og at dette er våre oppgaver (Fagleder, sykepleier, kvinne)

Det er fristende å si at også en klokke som står, er riktig to ganger i døgnet. Behovskartleggingen vil stemme med det varierende behovet i enkelte perioder. Registreringen som foretas i IPLOS danner grunnlag for ressursene som bofellesskapet har til rådighet, men behovet varierer så mye at i perioder er det ikke samsvar mellom ressurser og behov over tid. Derfor oppleves ikke IPLOS som en god indikator på det faktiske bistandsbehovet. Kommunene prøver å formulere vedtak på en måte som skal ivareta variasjoner i behov. En av informantene i et fokusgruppeintervju med lærere i en vernepleierutdanning hadde erfaring med å jobbe i en forvaltningsenhet som fattet vedtak om tjenester:

Noen ganger blir vedtak utformet litt rundt for behovet er ikke det samme fra uke til uke og fra måned til måned, og det er ganske arbeidskrevende å holde vedtak [oppdatert]... da blir det skytteltrafikk... så da lager man litt romslige vedtak som kan inneholde sånn og inneholde sånn. Da blir skjønnsutøvelsen veldig viktig ned på individnivå. For systemnivået legger opp til at... ja, formen er ikke likedan hver dag og hver uke. Så det er også en «metode» som en bruker i forvaltningsarbeidet (Vernepleierutdanning 2, fokusgruppe 1)

Ved å fatte «romslige» vedtak er tanken at de ansatte som jobber med tjenestemottakeren til daglig kan vurdere behovet for hjelp fra dag til dag og sette inn ekstra ressurser de har til rådighet, uten at det fattes nye vedtak hele tiden. Praksisen legger opp til at de ansatte skjønnsmessig vurderer behovet til den enkelte beboer fra dag til dag. Dette virker som en praktisk løsning, men det forutsetter at ressursene ligger litt over det som strengt tatt er nødvendig i «roligere» perioder. Men det er ikke denne oppfatningen som råder ute i praksisfeltet:

[...]Så det er et gap mellom det vi får og behovet. Vi har en budsjettmodell som alle må forholde seg til. Der regnes det ut i forhold til et kartleggingsystem for behov: ADL, tilsynsvariabler, atferd, og summen av dette blir en pott rundt den enkelte

bruker. Ofte er det en stor mismatch mellom hva det faktisk koster oss å ivareta kontra det vi får (Enhetsleder, kvinne, vernepleier)

Enhetslederen opplever at ressursene de får ikke står i forhold til behovene beboerne har. Rammene de må forholde seg til gjør at tjenestene ikke kan dekke alle behov for hjelp og bistand som den enkelte har. Det er heller ikke enkelt å synliggjøre alle behov med de kartleggingsverktøyene de har til rådighet. Det kan føre til at ressursene som tjenestene har disponible ikke strekker til. Samtidig er det opp til den enkelte kommune å vurdere hvilke ressurser ulike behov vil utløse, og hvordan tjenestene organiseres. IPLOS-kartleggingen vil være en av faktorene som legges til grunn.

Noen behov blir derfor ikke dekket. Det som blir prioritert er «må-oppgaver» som er regulert i lovverket (medisin og tvang), hvis det er ressurser til overs kan «bør-oppgaver» som sikres gjennom dags- og ukeplaner. Hvis ikke disse oppgavene gjennomføres betraktes det som avvik. «Kan» oppgaver dekker behov av mer spontan karakter, som for eksempel at beboeren har lyst til å dra på kino eller besøke noen. Det er denne type aktiviteter som først vil måtte lide hvis ressursene ikke strekker til. De som forvalter regelverket og fatter vedtak om tjenester, jobber innenfor definerte økonomiske rammer og må forholde seg til det, det samme gjelder ledere og ansatte:

Jeg vet godt hvilke rammer lovverket gir og jeg vet også hvordan forskriftene sier at jeg skal fortolke dette. Så kommer jeg inn i et system som blir styrt ganske mye av ressurser, så må jeg tilpasse dette etter ressursene og rammene som finnes. Det er dette som ofte er et skikkelig dilemma. Fordi på et eller annet tidspunkt så, enten må du forlate jobben, eller så må du innfinne deg med at systemet er litt sånn... Jeg kan ikke ta alle kampene, i hvert fall ikke på det rammenivået. Jeg kan holde på med det her, innenfor det jeg har nogenlunde kontroll på, men på ett eller annet tidspunkt, for ikke å gå til grunne, må jeg gjøre noe. Tilpasse meg eller forsvinne. Det er noe med det også. På et tildelingskontor tildeler en heller ikke tjenester som en ikke kan gi. Kommunen har disse tjenestene og da tilpasser man lovverket i forhold til de tjenestene man kan yte. Så det med standardisering og... det er mye rundt det. Og hvordan vi skal ruste studenter i forhold til det, det vet jeg faktisk ikke helt sikkert (Vernepleierutdanning 2, fokusgruppe 1)

Sitatet løfter fram flere problemstillinger som er av stor betydning. For det første kommer en ikke bort fra at alle velferdstjenestene eksisterer innenfor noen økonomiske rammer som er besluttet politisk på et overordnet nivå. Den enkelte ansatte kan ha (sterke) meninger om ressurser og fordeling av disse, men uansett må en akseptere situasjonen og forholde seg til rammene en har til rådighet i det daglige arbeidet. Hvis en ikke klarer å forholde seg til denne forutsetningen, vil en finne seg noe annet å gjøre. Dette er et eksempel på det Lipsky (2010) hevder, når han sier at det er en risiko for at idealistene forsvinner fra tjenestene. Dette gjelder kanskje i størst grad ledere, som det påhviler størst ansvar for å holde budsjettet, men som

informanten i sitatet hevder, gjelder dette også ansatte. I følge henne gjøres det ikke vedtak om tjenester som det ikke er ressurser til å yte. Vedtakene som fattes, tar hensyn til de lokale forholdene og «tilpasser lovverket» i forhold til tjenestene kommunen kan tilby. Dette viser at grunnlaget for tjenestene som den enkelte beboer mottar er i stor grad basert på skjønnsmessige vurderinger i mange ledd. Både IPLOS-kartleggingen av funksjon og i vedtakene benyttes skjønn. Vedtakene vurderes opp i mot rammebetingelsene som kommunen har, og i siste instans gjør den ansatte som skal utøve tjenesten sine skjønnsmessige vurderinger, og tilpasser tjenestene ytterligere til rammene i den konkrete situasjonen. Skjønnsmessige vurderinger i alle disse leddene utfordrer forståelsen av at IPLOS-kartleggingen skal være et standardisert redskap som skal gi rettferdige, likeverdige og virkningsfulle tjenester. En så utstrakt bruk av skjønn gir også en risiko for at tall som akkumuleres fra individnivå til nasjonal statistikk mister noe av sin gyldighet.

Når IPLOS er feil på individnivå for å utmåle tjenester, så er det også feil på kommunalt nivå, som en statistikkilde, for den skjuler ting der også, det blir jo like galt (Vernepleierutdanning 1, fokusgruppe 1).

De ansatte nevner ikke at IPLOS primært er et redskap for å generere statistikk til overordnet styring. De forholder seg til ene og alene til IPLOS som om det er et kartleggingsverktøy som definerer og genererer ressurser til tjenesten de jobber i.

I vernepleierutdanningene vi har snakket med ser de ikke på det som sin oppgave å gi opplæring i bruk av IPLOS. Det får studentene opplæring i gjennom praksisperioder eller når de kommer ut i arbeid. Utdanningene bruker mye tid på å lære studentene andre kartleggingsverktøy, det betrakter de som en viktig del av den profesjonelle kompetansen, og knytter dette til den vernepleierfaglige arbeidsmodellen:

Arbeidsmodellen handler om å lære å kartlegge en situasjon, der jobber vi med case så arbeidsmodellen handler om kartlegging, å lære kartleggingsmetoder. Sånn intervju, observasjon, så gjør de en analyse av kartleggingen sin, så utarbeider de mål på bakgrunn av kartlegginga. Så kommer de med forslag til tiltak for å nå målet. Så beskriver de metodene i tiltaket for å nå målet. Så skal det lages en plan for evaluering. Vi holder på i 10 uker med det, så jobber vi med case, og de får veiledning. Så da er vi sammen med dem gruppevis i to og en halv time i uka der de legger fram hva de har gjort og hvordan de tenker. De har refleksjoner knyttet til arbeidet sitt. Så møter vi dem igjen neste uke, så der er en prosess. Så jobber de med arbeidsmodellen i praksis. De velger ut en person som de ber om tillatelse til å foreta en kartlegging i forhold til mål og tiltak for denne personen. De skal vise at de kan den i praksis. (Vernepleierutdanning 2, fokusgruppe 1)

Til tross for at det legges stor vekt på kartleggingsmetodikk i utdanningen, finner vi ingen refleksjoner knyttet kartlegging og bruk av den vernepleierfaglige arbeidsmodellen i

fokusgruppeintervjuene med ansatte. I den kommunale hverdagen kan det virke som det er IPLOS som ivaretar dette, men det er lite bevissthet om hvilke mål og tiltak som blir konsekvensen av behovene som avdekkes gjennom IPLOS.

Opplæringen i kartleggingsverktøy er ikke tydelig koblet til IPLOS, som er redskapet som alle vernepleiere som skal jobbe i kommunal sektor kommer i befatning med, og som kommunene er pålagt å benytte. Ansatte i vernepleierutdanningene uttrykker derimot til dels stor skepsis til IPLOS, og de mener systemet har store svakheter og representerer et brudd med grunnleggende forståelse i vernepleierprofesjonen:

Nei, vi driver ikke med opplæring i [IPLOS]. I den grad vi driver med opplæring i bistandsbehov er det ikke ut ifra nødvendigvis sånn type skjema, men andre kartleggingsmetoder. Fordi vi ser, i hvert fall vi som har erfaring med IPLOS, at det er store begrensninger i forhold til å måle. Å bruke bistandsbehov som en sekkebetegnelse, har store mangler. Det dekker bare konkrete ting i forhold til praktisk bistand, men det dokumenterer ikke behov for tilstedeværelse, for trygghet eller sosiale behov. Det dokumenterer ikke behov for forutsigbarhet osv. – det er kun i forhold til konkrete ting, det er sånne «sykehjemskartlegginger» på en måte (Vernepleierutdanning 1, fokusgruppe 1).

De bekrefter en oppfatning om at IPLOS har mangler som ikke ivaretar relasjonelle bistandsbehov som forutsigbarhet, trygghet eller sosiale behov, som vil kreve tilstedeværelse av ansatte. Noen av informantene går enda lenger og mener at IPLOS representerer en standardisering som bryter med miljøterapeutisk tenking og miljøarbeiderens rolle, som vektlegger samhandling i situasjonen og bruk av faglig skjønn. Spørsmålet lærerne på flere av utdanningene spør seg, er om de klarer å gi studentene en forståelse av viktigheten av et kritisk blikk på kartleggingsverktøyet og oppmerksomhet mot disse svakheterne når de tar verktøyene i bruk. Sitatet nedenfor peker nettopp på dette, og tar til orde for at IP kan være en motkraft til standardiseringen og bidra til å utvide forståelsen av målsettingene med arbeidet.

Det er klart at IPLOS er som mange andre typer systemer. Det går noe på tvers, eller det bryter med, noen av de grunnleggende premissene eller forståelsene som vernepleierutdanningen, og andre utdanninger, legger til grunn. Det er klart at det har vært en stor diskusjon rundt IPLOS og måten det systemet fanger opp hjelpebehovene. Det er mange brukerorganisasjoner som vegrer seg og mener at her er det en medisinsk forståelse av funksjonshemming og kronisk sykdom [som ligger til grunn]. (...) Samtidig må vernepleiere ha den kritiske tilnærmingen til det og forstå hvordan det skal brukes. For å hjelpe studentene å yte de gode tjenestene de faktisk skal gjøre, så er individuell plan viktig i forhold til forståelsen og utvide forståelsen. (Vernepleierutdanning 2, fokusgruppe 1)

Her peker de på at individuelle målsettinger for beboerne som skal ligge til grunn for tjenestene, kan utvide forståelsen av funksjonshemming til å romme mer enn det medisinske forklaringsmodeller gjør. Vernepleieres profesjonskompetanse skal inneholde forklaringer

som i større grad tar hensyn til miljøet og rammefaktorer rundt den enkelte som trenger hjelp, og skal ta tak i ressurser som er iboende i den enkelte og i omgivelsene.

Denne gjennomgangen viser at IPLOS er et kartleggingsverktøy som legger premisser for hvordan individuelle behov og vedtak om kommunale tjenester defineres, men at det er lite tilpasset omsorgstjenester for personer med utviklingshemming. Systemets begrensninger fører til stor grad av skjønnsutøvelse, fra kartlegging til tjenesteyting. Til tross for at et av målene er at det skal sikre et objektivt kunnskapsgrunnlag for vedtak om tjenester. Enkelte mener at IPLOS går på tvers av idealer og premisser som vernepleierprofesjonen bygger på. Den praktiske anvendelsen av verktøyet i kommunene, slik det framkommer i mine undersøkelser, tyder ikke på at IPLOS er en faktor som har stor positiv effekt på realisering av sosialpolitiske idealer, i enkelte sammenhenger kan det tvert i mot virke som systemet har negative følger enkelte av idealene. Fokus blir i stor grad på behov og mangler hos den enkelte, og i mindre grad på hvilke ressurser den enkelte har og potensialet for å utvikle ferdigheter. Sosiale og relasjonelle behov eller behov for beslutningsstøtte ivaretas ikke i kartleggingen.

6.2.3 Idealer farget av eldreomsorg?

Det kan se ut som det har vært en forskyvning av målsettinger, fra *opplæring og habilitering* til *tjenesteyting og oppgavefokus* i omsorgen for personer med utviklingshemming. En faktor som kan ha påvirket i en slik retning, er at tjenester for personer med utviklingshemming har blitt farget av idealer fra eldreomsorg. Som nevnt hadde utredninger og meldinger til Stortinget før 2000-tallet i større grad fokus på enkelte målgrupper, og rettet oppmerksomhet mot de gruppene i samfunnet som hang etter i levekårsutviklingen. Siden tusenårsskiftet har overordnede styringssignaler og styringsdokumenter i helse- og omsorgssektoren i større grad hatt alle som har behov for tjenester som målgruppe. Særordninger for enkeltgrupper har blitt mindre aktuelt. Sandvin (1996a) har kalt prosessen der målgruppetenking får mindre betydning, og tjenester blir utformet med tanke på alle som har behov for tjenester for *dedifferensiering*. Han mener at denne prosessen startet allerede på 1960 tallet som en reaksjon på institusjonskritikken. Det hadde foregått en utbygging av institusjoner og støtteordninger basert på gruppe- og diagnosetenking helt siden institusjonsutbyggingen skjøt fart på siste halvdel av 1800-tallet. I denne perioden kan vi si det skjedde en differensiering. Hver diagnosegruppe skulle ha sin egen institusjonstype. På tross av at en kan hevde at Ansvarsreformen i 1991 hadde personer med utviklingshemming som målgruppe, kan likevel endringene betraktes som en del av dedifferensieringstrenden. Utviklingen der idealer, lover

og regler skal tilpasses alle som har behov for hjelp, passer også godt med normaliseringsidealet som hadde blitt rådende. Utbygging av en desentralisert kommunal omsorg ble løsningen i tiårene som fulgte etter Ansvarsreformen. Politiske signaler og statlige føringer for kommunene har i tiårene etter reformen fortsatt trenden med fokus på universelle løsninger, og har hatt som et mål om å unngå særordninger for spesielle grupper.

Mål om universelle tjenester for alle som har behov, har ført til at mange strukturer i helse- og omsorgstjenestene har blitt påvirket av behov i eldreomsorgen, som er sett på som den store målgruppen for tjenestene. Dette har ført til at når myndighetene har utviklet teknologi og styringsverktøy, er dette gjort med utgangspunkt i tjenester for denne målgruppen. Et eksempel er internkontrollsystemene, som er omtalt tidligere i dette kapitlet. Kvalitetsindikatorer er primært knyttet til eldreomsorg. Det samme gjelder IPLOS, som er et annet system som mange har kritisert for å være utviklet med tanke på behovskartlegging for tjenester i eldreomsorgen. Mange vil hevde at IPLOS er bedre egnet til å kartlegge geriatriske problemer, og er mindre treffsikker i kartlegging av behov for andre målgrupper for helse- og omsorgstjenestene. Det vil for eksempel være mindre egnet til kartlegging av behov som unge voksne med kognitive eller psykiske problemer måtte ha. Journalsystemet Geric, som kommunene bruker i helse- og omsorgssektoren, med et navn som henspiller på geriatri, er et annet eksempel. Alle disse systemene, som er utviklet for eldreomsorg, benyttes også i tjenestene for personer med utviklingshemming. Mine undersøkelser kan ikke si noe om hvordan dette påvirker tjenestene, men jeg vil likevel peke på en fare for at tjenester for andre målgrupper, blir påvirket av perspektiver som i utgangspunktet har eldre som målgruppe på en uheldig måte.

Førberedelsene til eldrebølgen har ført til større fokus på rehabilitering der målet er å kunne bo hjemme lengst mulig. Rehabilitering og opplæring er blitt sentrale begreper i politiske dokumenter og kommunale planer, det er et viktig mål for profesjonene. Det er rehabilitering som skal prege innsatsen i de hjemmebaserte omsorgstjenestene når det skjer en reduksjon i funksjonsnivå. Begreper som tidlig innsats, hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring har blitt vanlig å bruke i den hjemmebaserte eldreomsorgen. Her er målet intensiv innsats for å rehabilitere brukeren ved å ta tak i personens egne ressurser. Det er først når hjelpebehovet er så stort at det ikke er nok med punkttjenester i hjemmet og avlastningsopphold i institusjon, at heldøgns omsorg er aktuelt. Heldøgnsomsorg i institusjon er betraktet som den resultatløse omsorgen (Wærness, 1982). Der det ikke er mulig å rehabilitere til høyere funksjonsnivå, men vedlikehold og stilstand. Christensen og Nilssen (2006) mener at en også kan finne dette

trekket i omsorgstjenester for personer med utviklingshemming, men på en annen måte. I disse omsorgstjenestene må de ansatte *innstille seg på et fremdrifts- og resultattempo som er utenkelig lavt i forhold til de fleste andre arbeid* (Christensen & Nilssen, 2006, s. 192). I enkelte av bofellesskapene vi har besøkt kan denne beskrivelsen være en del av virkeligheten.

Habiliteringsperspektivet er ikke nytt i omsorgen for personer med utviklingshemming, og det er sentralt i miljøterapeutisk arbeid. Målsettinger om å arbeide på denne måten kan passe godt inn i omsorgen for personer med utviklingshemming, men som analysene mine viser, kan det virke som det i enkelte bofellesskap i liten grad blir satt mål i samarbeid med den enkelte beboer. Potensialet for å drive habilitering og opplæring i omsorgstjenestene for utviklingshemmede er stort, uten at de ansatte nødvendigvis har et bevisst forhold til det. Det er ikke idealer og påvirkning fra hverdagsrehabilitering og mestring vi ser, i enkelte bofellesskap kan det heller virke som det er påvirkning fra institusjonsomsorgen som er størst.

For personer med kroniske tilstander, vil ikke tidlig innsats-tenkingen være like aktuell. Det det er en fare for at holdninger om at de ikke bor «hjemme», men et sted med heldøgn omsorg og at tenkingen fra eldreomsorg i institusjon har fått størst gjennomslag. Det er noen som skjer med innstillingen til de som jobber i omsorgstjenestene når tjenestene er organisert i bofellesskap med heldøgns tjenester, som gjør at habilitering og opplæring ikke er prioriterte oppgaver. Dette på tross av at habilitering, rehabilitering og opplæring er sentrale idealer i vernepleiernes utdanning. På 1990-tallet når normaliseringsidealet sto sterkere, var det mer fokus på å sette personer med utviklingshemming i stand til å være mest mulig selvstendige. I dag kan det virke som om ikke dette er like relevant lenger.

Et tegn på at det kan ha skjedd en endring, er måten de som jobber i omsorgstjenestene for personer med utviklingshemming beskriver arbeidet sitt. De tar utgangspunkt i hva de gjør og ikke hvordan eller hvorfor de gjør som de gjør, på samme måte som ansatte i eldreomsorgen, dette er en annen situasjon enn det Ahnlund og Sauer (2008) fant i Sverige for ti år siden.

6.2.4 Oppsummering

I dette delkapitlet er tre tema drøftet. For det første har jeg analysert mine intervjudata for å se om det finnes empirisk grunnlag for å hevde at systemet og fokus på tjenestene er omdreiningspunkt i den praktiske hverdagen i stede for individuelle mål, målgruppetenking og levekår, og hvordan dette påvirker realisering av sosialpolitiske idealer. Det andre temaet for analysen har vært å undersøke hvordan økt fokus på internkontroll påvirker de ansattes oppfatning av mål, og vurdering av måloppnåelse i forhold til sosialpolitiske idealer, og til sist

har jeg drøftet om tjenester for personer med utviklingshemming er farget av eldreomsorg. Utgangspunktet for analysene er hvordan ledere, ansatte og lærere på vernepleierutdanningene omtaler praksis, og hvordan de oppfatter idealer, mål og sentrale oppgaver for de kommunale omsorgstjenestene.

Når de ansatte snakker om mål for tjenestene forteller de om ulike gjøremål. Ofte har de et oppgavefokus der målet er å gjennomføre forhåndsdefinerte oppgaver som de finner i dags- og ukeplaner. Det er lite bevissthet om hvordan oppgavene løses. Metoder i arbeidet er lite drøftet og i mange tilfeller kan det virke som om det er opp til den enkelte ansatte å bestemme hvordan arbeidet skal gjøres – om for eksempel beboeren skal delta selv eller om det er en oppgave som den ansatte gjør i sin helhet. Det er lite refleksjon om hvorfor de gjør de ulike arbeidsoppgavene. De ansatte fokuserer i stor grad på å yte tjenester som er forhåndsdefinert gjennom rutiner og vedtak. I mange tilfeller er rutiner en sikkerhet for at alle oppgaver blir gjennomført, og prosedyrer sikrer at ting blir gjort på rett måte. I større bofellesskap med mange ansatte spiller rutiner en større rolle, og på noen områder vil lovverket stille krav som gjør at gode rutiner er nødvendig. Slike rutiner er både ønskelige og nødvendige. Men rutiner kan være en utfordring hvis betydningen skifter fra å være en struktur som skal ivareta at målsetninger for den enkelte beboer blir gjennomført, til at å gjennomføre rutinene eller utføre tjenester blir mål i seg selv. Analyser av mine data bekrefter at de ansatte retter oppmerksomheten i stor grad mot å utføre tjenestene. Der tjenesteorganisering og effektiv tjenesteutøvelse får mest oppmerksomhet, kan idealenes betydning bli redusert til fordel for mer kortsiktige mål. Denne trenden er sterkest i bofellesskap der vi ikke finner tegn på tydelig nærledelse som løfter fram overordnede idealer for tjenestene og legger til rette for faglig refleksjon. I bofellesskap der ledelsen er tilstedeværende og skaper faglig refleksjon i personalet kan det virke som individfokus er sterkere og de ansatte har noe mer oppmerksomhet mot beboernes individuelle mål. Jeg kommer tilbake til dette i kapittel åtte.

I delkapitlet om kvalitet gjennom internkontroll, tyder analysene på at denne formen for kvalitetsstyring forsterker en praksis der de langsiktige sosialpolitiske målene ikke blir oppfattet som like relevante lenger. Data og statistikk for å sikre rettferdige tjenester og effektiv ressursutnyttelse, har blitt en viktigere del av informasjonen som det legges vekt på i styring av offentlig virksomhet. Det er interessen for å fremskaffe, og troen på at evidensbasert kunnskap om tjenestene vil gi bedre og mer rettferdige tjenester, og ikke minst er kostnadseffektive tjenester, som er bakgrunnen for denne utviklingen. Derfor er det etablert et sett av regler for hvordan kvalitet skal måles og kontrolleres ved hjelp av ulike systemer

som skaffer styringsinformasjon i form av tall som kan sammenlignes på tvers av kommuner. Informasjonen gjør det også mulig for den enkelte kommune å følge med på utviklingen av ulike kvalitetsindikatorer over tid.

Fokus i dette delkapitlet har vært på tre elementer: avvikssystemet, kvalitetsindikatorer og IPLOS. Jeg har analysert dataene med tanke på om og eventuelt hvordan disse delene av internkontrollsystemet påvirker måten de ansatte omtaler egen praksis. Kommunenes avvikssystemer frambringer informasjon om forhold der tjenestene ikke klarer å følge opp rutiner, eller når definerte aktivtetsmål ikke nås. Dette er systemer som ansatte i de fleste fokusgruppeintervjuene kjenner til og bruker. Avviksregistrering kan føre til økt fokus på avvik fra planlagt aktivitet, men det sier lite om sosialpolitiske målsettinger og idealer blir realisert.

Et annet viktig element i internkontrollsystemet er utvikling og måling av kvalitet ved hjelp av kvalitetsindikatorer. De er viktige i kommunenes planlegging for å tallfeste resultatmål for de ulike virksomhetene. Kvalitetsindikatorerne er viktig i forbedringsarbeid på overordnet nivå, men i enkelte sammenhenger kan det virke som om det er like viktig bruke indikatorne til å justere kvaliteten ned til et nivå som andre kommuner har. Det som i NPM kalles benchmarking (Pollitt & Bouckaert, 2017). Det kan føre til at tallene ikke nødvendigvis bare brukes til kvalitetsforbedring, men også til å justere ressursbruk der kvaliteten er «for høy». Kvalitetsindikatorer er ikke noe de ansatte er opptatt av. Når de snakker om kvalitet, er det andre faktorer enn det som måles i internkontrollsystemet som de mener er viktige. Det er en stort forskjell mellom hva ansatte ser på som viktige forutsetninger for å yte tjenester av god kvalitet, og det som styringssystemet bruker som indikatorer på kvalitetsutvikling i tjenestene. Resultatenheten og enhetsledere blir mål på hvordan virksomheten skårer på de ulike indikatorne. De stiller spørsmål ved om dette sier noe om den faktiske kvaliteten på tjenestene.

Det siste elementet av internkontrollsystemet som har vært viktig i fokusgruppeintervjuene med de ansatte har vært IPLOS. Ingen av de ansatte vi har intervjuet reflekterer over at IPLOS primært er et statistisk verktøy som er innført for å skaffe statistisk styringsinformasjon på overordnet nivå. For de ansatte er IPLOS et kartleggingsverktøy som brukes til å fatte vedtak, og som kan generere ressurser til enheten. Ansatte i omsorgstjenestene og lærere på vernepleierutdanningene opplever at IPLOS som kartleggingsverktøy har store mangler, spesielt i kartlegging av behov av sosial karakter. De hevder at slike strukturer bryter med grunnleggende forståelse i vernepleierprofesjonen. Til tross for skepsisen i utdanningene, kan

det virke som om det sjelden gjøres mer grundige, eller andre vurderinger, ved hjelp av andre kartleggingsverktøy når vernepleierne kommer ut i praktisk arbeid etter endt utdanning. Vi finner få spor av at ansatte reflekterer over arbeidsformer som kan knyttes opp mot den vernepleierfaglige arbeidsmodellen, eller annet systematisk miljøarbeid. Idealene for omsorgstjenestene er i liten grad reflektert i diskusjonene som foregår ute i praksis, med unntak av refleksjoner om selvbestemmelse, som drøftes jevnlig i flere bofellesskap.

Internkontrollsystemer har en sentral plass i den praktiske hverdagen til de som arbeider i omsorgstjenestene. Det kan være vanskelig å se hvordan internkontrollsystemene med avviksregistrering, rutiner i form av dagsplaner og kartlegging ved hjelp av standardiserte verktøy som IPLOS, konkret virker inn på praktiske arbeidshverdagen. Et inntrykk jeg sitter igjen med er at det representerer en tenkemåte – et perspektiv på hvordan kvalitet skal sikres – gjennom å ha oppmerksomheten rettet mot at tjenester skal leveres – og i mindre grad på hva som skal til for at idealene og de sosialpolitiske målsetningene for personer med utviklingshemming realiseres. Fokus er på styringssystemet og ikke på idealer og mål for omsorgstjenestene.

6.3 Målene er nådd, men hva var formålet?

Innledningsvis i dette kapitlet stilte jeg spørsmål om vi opplever ideologisk taushet, og om sosialpolitisk ideologi fra 1990-årene er erstattet med nye idealer. En konklusjon som kan trekkes på bakgrunn av min analyse er at det trolig er mindre oppmerksomhet rettet mot sosialpolitisk ideologi i omsorgstjenester for personer med utviklingshemming enn det var tidligere. Ansatte, ledere og lærere på vernepleierutdanningene mener at det har skjedd en endring og kommer med flere forklaringer på hvorfor idealene ikke står like sterkt lenger. På den ene siden oppfattes enkelte av idealene som foreldet fordi dagens hjemmebaserte omsorgstjenester har skapt nye utfordringer som må møtes med andre løsninger enn gårdagens (Jf. Söder, 1992). For beboergrupper med svært omfattende behov mener informanter som jobber med disse beboerne at idealene ikke er realistiske å oppnå på kort sikt, og det er derfor behov for andre, og mer tilpassede målsetninger (Jf. Bigby et al., 2009). For å realisere idealer for personer med nedsatt funksjonsevne er det et viktig prinsipp at tjenestene skal være rettet mot den enkeltes behov – det skal være individuelle målsettinger. For å utvikle individuelle tjenester må det utarbeides mål i samarbeid med den enkelte beboer. Analysene viser, med noen unntak, at det er svært mange av beboerne som ikke har individuelle mål, og at oppmerksomhet ikke er rettet mot dette.

Når det viser seg at idealene ikke har den samme betydningen lenger, har jeg i analysene rettet søkelyset mot andre faktorer som kan gi retning for de ansattes praksis. Jeg har fokusert på tre hypoteser: Den første hypotesen er at omsorgstjenestene har *fokus på tjenestene* i større grad enn å ha oppmerksomheten rettet mot den enkelte beboer. Bistandsbehovet for den enkelte blir kartlagt, og omfang av tjenesteytingen definert i enkeltvedtak om helsehjelp, praktisk bistand og opplæring. Ressurser tildeles på bakgrunn av vedtakene. Når vedtakene er realisert er målene for tjenesten nådd. Det er mer uklart om målsettinger som den enkelte beboeren måtte ha, er oppnådd.

Den andre hypotesen er at tjenestekvaliteten sikres gjennom *internkontrollsystemer*. Dette kan føre til at de ansatte har mer fokus på noen aspekter som kan måles og tallfestes, og at de fokuserer på kortsiktige mål fremfor langsiktig arbeid for å realisere politiske idealer. Praksis blir tilpasset indikatorene og ikke de faktiske målene. Analysene viser at det er utstrakt bruk av rutiner og at komplekse målsettinger står i fare for å bli redusert til gjennomføring av dags- og ukeplaner.

Den siste hypotesen jeg behandler i dette kapitlet er at omsorgstjenestene for personer med utviklingshemming blir *farget av eldreomsorg*. Dette blir drøftet med utgangspunkt i fokus på å utvikle generelle tjenester for alle som har behov. Når tjenestene skal passe for alle, er det naturlig at store brukergrupper får mye oppmerksomhet, og at systemer og arbeidsmetoder i stor grad blir definert med tanke på den dominerende målgruppen. Det er ingen klare funn som viser at dette har påvirket praksis, men det er indikasjoner som kan tyde på at dette kan skje.

De nye idealene for omsorgstjenestene retter oppmerksomheten mot systemene. Det defineres mål for tjenestene som sikres og evalueres gjennom avvikssystemer, kvalitetsindikatorer, kartlegginger og vedtak. Måloppnåelse i slike systemer blir å nå forhåndsdefinerte nivå på en etablert målestokk. Resultatene og måloppnåelsen (evt. manglende måloppnåelse) kan leses uavhengig av konteksten de er produsert i, og er godt tilpasset styringssystemene. De kan sammenlignes, aggregeres, kombineres og revideres¹⁹. Med disse systemene står en i fare for å rette fokus mot det som ikke fungerer, som avvik fra målsettinger, brudd på rutiner og lavere (eller høyere) skår på kvalitetsindikatorer enn forutsatt.

Når de sosialpolitiske idealene for omsorgstjenestene har fått redusert betydning til fordel for systemfokuset, er det rimelig å spørre om også formålet har endret seg. De sosialpolitiske

¹⁹ Almklov, P. (2018) Hva er en indikator? Presentasjon på workshop om kvalitetsindikatorer og måling av omsorg 18.09.2018. Trondheim, NTNU Samfunnsforskning.

idealene som stadig har blitt stadfestet, har klare ambisjoner om å bedre levekårene for personer med nedsatt funksjonsevne. Formålet med resultatstyring og internkontroll er å utvikle effektiv tjenesteyting, redusere kostnader og møte omstillingsbehov i offentlig sektor. Ved stadig å bekrefte at de sosialpolitiske idealene gjelder som mål for omsorgstjenestene, samtidig som det er resultatstyring, internkontroll og tjenestekvalitet som dominerer styringen av tjenestene i kommunene, prøver myndighetene å ri to hester på en gang. På den ene siden gir de inntrykk av at politiske idealer som normalisering, selvbestemmelse, deltakelse og inkludering er de overordnede målsettingene, der formålet er å bedre levekårene for mottakere av omsorgstjenestene. Når det kommer til hva som *gjøres* i tjenestene og hvordan kvalitet i tjenestene defineres og måles, hentes idealene fra NPM der det primære formålet er økonomistyring og kontroll. Resultatstyring har vist seg som en effektiv styringsform for å oppnå kontroll over økonomi og tjenesteyting. Systemet produserer tall og indikatorer som enkelt lar seg bruke i evaluering, planlegging og budsjettering på overordnet nivå og i andre kontekster enn der tallene er produsert. Det virker som om politikere og andre beslutningstakere er tilfreds med hvordan det i hovedsak fungerer, uten at jeg har undersøkt dette i min studie.

Når omsorgstjenester organiseres som resultatenheter i kommunen og domineres av definerte resultatmål ligger den sentrale utfordringen i spørsmålet: Målene er kanskje nådd, men hva var formålet?

I neste kapittel vil jeg gå et nivå lenger ned til mikronivået, og undersøke hva som skjer i samspillet mellom ansatte og beboere, og hvilke dilemmaer de ansatte opplever i arbeidet med å realisere politiske idealer i den konkrete tjenesteytingen. Uavhengig av om idealer og mål på overordnet nivå står fast eller er endret vil ansatte oppleve dilemmaer mellom ulike overordnede mål i det daglige arbeidet. Her vil jeg drøfte hvordan ulike interesser kan påvirke de ansattes skjønn.

Kapittel 7 Dilemma i arbeidet

Lipsky (2010) skriver at et kjennetegn ved bakkebyråkratier er at de arbeider med *conflicting and ambiguous goals* (s. 40). Tvetydige mål oppstår når uenighet som oppstår i utformingen av politikken har blitt undertrykt og dette ikke er tydelig avklart i regelverket. Da blir det opp til det administrative nivået å ta stilling til hvordan målsettinger og idealer skal forstås. En annen årsak til tvetydighet er at mål har blitt utviklet og lagt til over tid (akkumulert) uten at det er gjort en helhetlig gjennomgang fordi det er formålstjenlig for ledelsen å slippe å bli konfrontert med målkonfliktene. Den tredje kilden til tvetydighet som Lipsky (2010) viser til er det han kaller usikkerhet i teknologi. I dette legger han at det på enkelte områder ikke er klart hvilke intervensjoner som virker og hvilke som ikke virker. På grunn av usikkerheten om virkning tolereres i større grad ulike tilnærminger og målsettinger.

Hvis man tar utgangspunkt i motstridende mål mener han at det er tre ulike grunner for det:

1. *Client-centered goals conflict with social engineering goals.*
2. *Client-centered goals conflict with organization-centered goals*
3. *Goals conflict because street-level bureaucrats' role expectations are communicated generally through multiple conflicting reference groups (Lipsky, 2010, s. 41).*

Han mener at dilemma oppstår fordi *brukersentrerte mål* står i fare for å komme i konflikt med to overordnede hensyn som han kategoriserer som *social engineering goals*²⁰ og *organisasjonssentrerte mål*. Dette berører et klassisk spørsmål innen omsorgspolitikken, om tjenesteytingen er individorientert eller tjenesteorientert, eller i denne sammenhengen – om det er logikken fra hjem eller arbeidsplass som er rådende (Jensen, 1990b; Martinsen, 1989; Wuttudal, 1995). Lipsky (2010) mener en annen årsak er at dilemma kan oppstå fordi ulike interessegrupper (politikere, ledere, kolleger, andre profesjoner, brukere og pårørende) har forskjellig forventning til hva som er de ansattes rolle. I dette kapitlet vil jeg drøfte dilemma de ansatte beskriver at de opplever i det daglige arbeidet med å yte praktisk bistand til beboere i bofellesskap for personer med utviklingshemming.

I fokusgruppeintervjuer med ansatte og i lederintervjuer har jeg spurt om de kan si noe om mål for virksomheten og individuelle mål for den enkelte beboer. I dette kapitlet undersøker jeg de ansattes oppfatning av målene for omsorgen, og ulike dilemmaer de støter på når de skal realisere målene, som ofte er uklare og i noen tilfeller motstridende.

²⁰ Begrepet *social engineering* kan oversettes med sosial manipulering brukes om situasjoner der personer manipuleres eller påvirkes til å gjøre noe som ikke er i deres egen interesse.

7.1 Motstridende mål og idealer

De ansatte står overfor mange dilemmaer i det daglige arbeidet. Det er definert en rekke politiske idealer og mål, både på overordnet og på individuelt nivå, som hver for seg kan oppfattes som opplagte og selvfølgelige. I den praktiske hverdagen kan mål derimot oppleves som motstridende og tvetydige, og ansatte må prioritere ett mål framfor et annet, basert på skjønn. De må tolke hva målet betyr situert i en konkret praksis. Lipskys (2010) analyser stemmer godt med hvordan ansatte opplever målsettinger som de skal realisere i sin arbeidshverdag.

Idealene er ofte formulert på et overordnet og abstrakt nivå. I tillegg vil mål og resultatstyring fra NPM med internkontrollsystemer og risikovurderinger fokusere på andre idealer. Ofte står disse i motsetning til verdier som fremheves i idealer om selvbestemmelse (Finlay et al., 2008). Som jeg drøftet i forrige kapittel har idealene mindre oppmerksomhet i dagens tjenesteyting, og de sosialpolitiske målsettingene er ikke like tydelige for de ansatte. Konkretisering av målene fra statlige myndigheter eller kommunens side, er i mange tilfeller mangelfull. Det er heller ikke uvanlig at de ansatte opplever mangel på faglig ledelse som definerer og kommuniserer idealer og mål, noe jeg kommer tilbake til i kapittel åtte. Hvordan overordnede mål konkretiseres og tilpasses den enkelte beboer, og hvordan ledelsen følger opp de ansatte, vil være faktorer som har store konsekvenser for hvordan politiske idealer og mål blir oppfattet og omsatt til praktiske handlinger i samhandling med beboerne. Mye av ansvaret blir overlatt til den enkelte ansattes skjønn²¹ og intuitive forståelse av hva som er målsettingen og dermed rett handling i den konkrete situasjonen (Jf. Hübel et al., 2008).

Analysen av politiske styringsdokumenter og kommunale planer i kapittel fem, viser noe av kompleksiteten og omfanget av målsettinger som kommunene må håndtere. Når personalet skal realisere idealer og mål i praksis, krever det kunnskap og innsikt i mange ulike kilder. Praksisen skal bygge på idealer og mål både fra internasjonale overenskomster som CRPD, nasjonale lover og strategier og kommunale mål og planer. I tillegg skal virksomheten bygge på profesjonsetiske idealer. Det er ikke sagt at alle disse målene er like entydige og peker i samme retning. Tvert i mot, kan ansatte oppleve at enkelte mål står i direkte motsetning til hverandre. For å motvirke tilfeldig behandling er det etablert ulike strukturer. Strukturerende

²¹ Jeg bruker bevisst ikke begrepet *faglig skjønn* i denne sammenhengen, da jeg forbeholder dette begrepet til skjønnsutøvelse som foretas av ansatte med helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger. I denne sammenhengen kan i mange tilfeller den ansatte som utøver skjønnnet være ufaglært. Videre i analysene bruker jeg begrepet faglig skjønn fordi deltakerne i fokusgruppeintervjuene i hovedsak er ansatte med profesjonsutdanninger.

tiltak kan være konkretisering av mål gjennom statlige veiledere, kommunalt planverk, tydelig nærledelse, internopplæring, faglig veiledning og systemer for faglig refleksjon og diskusjon. Omfanget av slike strukturer varierer, både mellom kommuner og innad i de ulike kommunene. Hvis det er etablert få av disse strukturene vil dette påvirke personalets arbeid og muligheter for å skape helhetlige tjenester. De ansattes refleksjoner over dilemma, og hvilke beslutninger de fatter, vil være avhengig av hvordan de oppfatter forventninger til egen yrkesrolle og hvordan kommunen, ledelsen og kollegene setter mål og forankrer politiske og faglige idealer i den praktiske arbeidshverdagen. Hvordan dette gjøres, vil ha ulike utslag i praksis.

7.1.1 Selvbestemmelse

Før vi går videre vil jeg si noe om hva som legges i begrepet selvbestemmelse, som er et viktig ideal, og som i mange situasjoner oppleves som et dilemma for de som jobber i omsorgen. Idealet om selvbestemmelse har fått større betydning i de senere årene. Tøssebro og Lundeby (2002) fant i sin undersøkelse en utvikling i retning av større grad av selvbestemmelse etter utflytting av institusjoner, men de fant at utviklingen etter 1994 ble svakere. De peker på at selvbestemmelsen i stor grad er knyttet til hverdagslivets gjøremål, og i svært liten grad til områder som berører kommunen som huseier, tjenesteyter og arbeidsgiver. I en oppfølgingsstudie finner Söderström og Tøssebro (2011) at i årene etter 2001 har det vært en tilbakegang i selvbestemmelsen til nivået i 1994. Tilbakegangen har skjedd i en periode der ideologien om medvirkning og selvbestemmelse er blitt forsterket. På enkelte områder kan vi se at idealet om selvbestemmelse har overtatt for normaliseringsidealet, som har fått redusert betydning de to siste tiårene. Regjeringens melding til Stortinget Meld. St. 45 (2012-2013) *Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming* slår fast at retten til å bestemme over eget liv er et grunnleggende menneskerettslig prinsipp. Dette prinsippet er også nedfelt i formålsparagrafen til kapittel 9 i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) som regulerer bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemming: *Tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig i overensstemmelse med brukerens eller pasientens selvbestemmelsesrett* (§ 9-1). Personer som er avhengige av kommunale helse- og omsorgstjenester er i en spesielt sårbar og utsatt posisjon når de skal forvalte retten til å bestemme selv (Ellingsen, 2005). Selvbestemmelse betyr kontroll over valg og beslutninger som betyr noe i sitt eget liv. De valgene en foretar seg, forteller noe om hvem vi er og hva som er vår identitet. Selvbestemmelse er ikke noe en alltid utøver alene, ofte gjøres det i

interaksjon med andre. Det er også slik at i enkelte tilfeller vil retten til selvbestemmelse innskrenkes, f.eks. ved ekstrem grad av selvskading, men det er likevel et krav om respekt og rett til å være annerledes (Handegård, 2005). Det er et mål at personer med utviklingshemming skal ha størst mulig grad av selvbestemmelse. Økt selvbestemmelse fører til fordeler på flere områder, spesielt i tilknytning til livskvalitet og selvstendighet. For å håndtere sin selvbestemmelse er det viktig å få erfaringer med å ta beslutninger om eget liv. Det er ferdigheter som kan oppøves gjennom praktisering. Omgivelsene kan legges til rette for selvbestemmelse gjennom å tilpasse informasjon om valgmuligheter og konsekvenser av valg. Beslutningsstøtte fra nærpersoner eller ansatte i omsorgstjenestene kan være med på å fremme selvbestemmelse.

Det er ulike forhold som påvirker grad av selvbestemmelse. NOU 2016:17 *På lik linje* viser til forskning av Wehmeyer og Garner (2003) og peker på tre forhold som påvirker graden av selvbestemmelse:

- a. *Personlig kapasitet: medfødt eller tilegnet gjennom læring og personlig utvikling.*
- b. *Muligheter som skapes av miljømessige forhold.*
- c. *Støtte eller tilrettelegging som gjør at den enkelte kan utøve selvbestemmelse (NOU 2016:17, s. 39)*

Söderström og Tøssebro (2011, s. 45) finner i sin studie at det har foregått en endring i begrunnelsene for mangel på selvbestemmelse. I de første årene etter avviklingen av institusjonene ble begrunnelser knyttet til organisatoriske forhold (punkt b) klart redusert og begrunnelser knyttet til egenskaper ved personen (punkt a) som at *en ikke kan stole på at han velger fornuftig*, økte. Så skjer det en endring i perioden fra 2001 til 2010, der mangel på selvbestemmelse på nytt blir begrunnet med ut i fra organisatoriske argumenter som rutiner og turnus, men likevel ikke i samme grad som før Ansvarsreformen.

Når de ansatte diskuterer dilemma de opplever i hverdagen, er ofte selvbestemmelse en side av saken. Videre i dette kapitlet vil jeg drøfte noen dilemma som har kommet fram i fokusgruppe- og lederintervjuer, og starter med det dilemmaet som de ansatte hyppigst løfter fram i fokusgruppeintervjuene.

7.1.2 Dilemma mellom selvbestemmelse og livsstil

De ansatte kan oppleve motsetninger mellom mål om selvbestemmelse og mål om god helse og fravær av livsstilssykdommer. Dette er først og fremst en motsetning mellom individorienterte mål og sosial- eller helsepolitiske mål (Jf. Lipsky, 2010). Spørsmål som har fokus på selvbestemmelse og egne valg, kommer ofte i annen rekke når det settes opp mot

helsemessige argumenter (Finlay et al., 2008). Dette dilemmaet drøftes i så å si alle fokusgruppeintervjuer i datamaterialet, og diskusjonene illustrerer forskjeller i hvordan de ansatte forankrer sitt faglige skjønn når de tar beslutninger i disse situasjonene.

Sunt kosthold og nok fysisk aktivitet er viktige faktorer for å bevare en god helse, samtidig kan det være vanskelig å se helsemessige langtidskonsekvenser av sine daglige valg. Det er vanskelig både for personer med utviklingshemming og for folk flest. Dilemmaet personalet står overfor er hvordan de skal forholde seg hvis beboeren ønsker å spise og drikke usunt, eller hvis beboeren ikke ønsker å være fysisk aktiv. De må vurdere om mål om selvbestemmelse skal være det viktigste, eller om god helse på lang sikt er det som skal prioriteres. Fokus på selvbestemmelse kan bli oppfattet som unnlatelse av omsorgsansvaret som ligger i samfunnsoppdraget, og fokus på helse, kan på sin side, bli oppfattet som overkjøring av beboerens selvbestemmelse. Dette illustreres av et utsagn fra en av informantene som sier: *Vi jobber i spennet mellom selvbestemmelse og omsorgssvikt* (Bofellesskap 7, Fokusgruppe 3).

Selvbestemmelse og livsstil, nærmere bestemt kosthold og fysisk aktivitet, er som sagt, et tema som informanter i flere fokusgrupper diskuterer. I denne sammenhengen vil jeg fokusere på dilemma knyttet til kosthold. I et av bofellesskapene reflekterer de ansatte over dette, og snakker om at de *trækker over* med tanke på idealet om selvbestemmelse:

Vi er kanskje for mye på «bestemmelsessiden». Vi trækker over grenser. F.eks. når vi er i butikken og handler så kan vi si «vi må holde oss til handlelista» hvis beboer ønsker å kjøpe godter. Det er det beste med tanke på kosthold til en beboer med høyt kolesterol som liker ting som inneholder kolesterol. Vi trækker over. (Bofellesskap 2, fokusgruppe 1)

I dette eksemplet brukes handlelista som et redskap, eller som en konkretisering av en beslutning som allerede er tatt og som ikke kan endres. Handlelista brukes til å overstyre ønsker og tilsynelatende ligger utenfor handlingsrommet beboer og ansatt har i situasjonen. Dette blir da et sterkt argument som det er vanskelig for beboeren å forhandle om. Her ligger en paternalistisk tilnærming til grunn (Dworkin, 1972), beboeren vet ikke sitt eget beste, derfor prøver den ansatte å rettferdiggjøre at selvbestemmelse kommer i andre rekke, og finner et redskap som gjør dette lettere. Medisinske argumenter ligger til grunn for informantens refleksjon som knyttes til en diagnose. Det er med på å forankre den skjønnsmessige vurderingen om å overprøve beboerens selvbestemmelse. Det å kunne vise til en konkret målbar patologisk tilstand (høyt kolesterol), gjør det muligens mer akseptabelt å overprøve selvbestemmelsen, enn hvis det er snakk om mer diffuse begreper som overvekt.

Det som informanten mener når hun snakker om å «tråkke over» kan være flere ting. Men det er relatert til en yrkesrolle og profesjonsidealer som på en eller annen måte overskrides. Enten det er brudd på mål om selvbestemmelse som er forankret i de faglige og politiske idealene eller om det hun opplever er i konflikt med yrkesetiske prinsipper på andre måter. Hun tråkker over en eller annen grense eller norm som hun føler seg forpliktet til å følge, men som de finner argumenter for å bryte.

Pårørende kan oppleve at deres (voksne) barn gjør ukloke valg og har en uheldig livsførsel. De kan mene at de ansatte skal gripe inn og overprøve personens avgjørelser. Dette kan føre til vanskelige situasjoner, og oppleves som dilemmaer som ansatte må løse i samspill med den enkelte beboer i det daglige arbeidet. Hvis ikke kommunen har jobbet med tiltak som gir de ansatte veiledning og retning i skjønnsutøvelsen kan personalets avgjørelser bli tilfeldige, eller påvirkes av andre faktorer enn faglige vurderinger, idealer og mål. Dilemma som de ansatte opplever og må ta stilling til basert på lovverk, lokale retningslinjer og faglig skjønn, kan vurderes på andre måter av pårørende. Pårørende er viktige personer i beboeres liv, og vil ha meninger om hvordan personalet skal forholde seg. De er et viktig korrektiv som stiller krav til tjenestene og er viktige pådrivere og samarbeidspartnere for å sikre god kvalitet i omsorgen. Denne rollen fører i enkelte tilfeller til situasjoner der det blir konflikt mellom personalet og pårørende.

I sitatet nedenfor blir innkjøpsrutiner og bistand til innkjøp, gjort til gjenstand for å kontrollere og disiplinere beboerne (og ansatte), i like stor grad som en metode for å gjøre beboere selvstendige. I et fokusgruppeintervju der vi spurte om det var en rutine for å sette opp varer som manglet på handlelista var det en av informantene som sa:

Nei, vi har noe som er enda mer ekstremt (ler litt). Alle beboere har en perm med navnet sitt på. I den permen så er det en overskrift som heter handleliste. Der står det at «Kari» bare kan handle skinke eller salami, og bare Norvegia ost, og bare Omo Color, hvis noen av disse tingene mangler. Men hvis det er Snøfrisk på tilbud en dag... det står ikke på lista, så det handler vi ikke. (Bofelleskap 1 fokusgruppe 2)

Som informanten sier så syns de ansatte at dette er «ekstremt», men de oppfatter at dette er noe som de pårørende har bestemt, og at de ikke har annet valg enn å forholde seg til det. Pårørende kan mene at det ikke skal kjøpes inn usunne matvarer, og de legger press på de ansatte om at de må forholde seg til en forhåndsdefinert handleliste. Personalet, på sin side, mener at det vil være et sterkt element av tvang i å begrense innkjøp til en handleliste som ikke beboeren selv ønsker å følge, og hvis det er tilfelle vet de ansatte at de skal følge bestemte prosedyrer med dokumentasjon, vedtak og melding til Fylkesmannen (Helse- og

omsorgstjenesteloven, 2011 § 9-7). Det kan virke som om de ansatte oppfatter de pårørende som oppdragsgivere for arbeidet de gjør. Samtidig er det helt tydelig at det også er en streng intern justis blant de ansatte, som denne uttalelsen fra en deltaker i det samme fokusgruppeintervjuet vitner om:

Har du vært og handlet til en bruker en dag, og kjøpt noe som ikke står på lista, så kan du forbanne deg på at det står i arbeidsboka dagen etterpå. «Ikke kjøp det og det!» (Bofellesskap 1 fokusgruppe 2)

De ansatte passer på hverandre slik at ingen bryter «overenskomsten» med de pårørende. De ansatte synes dette er drøyt, men for å unngå konflikt aksepterer de praksisen. På den annen side viser sitatet også at det hender at de bryter pålegget, og åpner opp for å kjøpe andre varer enn det som står på lista. Samtidig er en streng tolking av handlelista et hjelpemiddel når ansatte står overfor vanskelige dilemma mellom sunt kosthold og selvbestemmelse. Ansvaret veltes da over på de pårørende, for det er «mamma og pappa som har bestemt» at beboeren ikke får kjøpe sjokolade. Det kan være bekvemt å slippe å ta stilling til vanskelige dilemma, men peke på beslutninger som ligger utenfor både den ansattes og beboerens makt.

Dette bekrefter Lipskys (2010) påstand om at de ansatte velger å følge ett av forventningssettene til yrkesrollen, i dette tilfelle de pårørendes, heller enn å forsøke å forsøke å tilfredsstille flere av rolleforventningene. Med lite konkretisering av mål for omsorgen, og begrenset antall møtearenaer der faglige dilemmaer drøftes systematisk, har personalet få holdepunkter å støtte seg til i skjønnsutøvelsen. Det blir da lett å falle tilbake på rutiner, og følge instruksjoner fra pårørende uten å legge egne faglige vurderinger til grunn for beslutninger som må tas i situasjonen. For beboeren blir resultatet at hensynet til pårørendes ønsker går foran idealer om selvbestemmelse.

Dilemmaet mellom selvbestemmelse, kosthold og pårørendes ønsker er noe som også diskuteres i en annen fokusgruppe i samme bofellesskap. Her påpekes det at det både er et etisk og et juridisk spørsmål, og at det handler om makt.

Det å nekte... f.eks. når vi står borte på Rema 1000 og beboeren vil ha den sjokoladen. «Nei, det står i handlelista og mamma og pappa har sagt at du ikke skal ha den sjokoladen», så står vi der en halv time. Ikke sant... for vi... det er klart at maktforholdet her er jo forskjellig, [...] motivering eller samme hva vi kaller det, er det stor forskjell i maktforhold. Det er klart at vi [ansatte] «vinner», men jeg synes det er helt forferdelig! Helt forferdelig! Og dette har vært ting vi er pålagt av pårørende. [...] Det gjør noe med oss som personalgruppe også, for det er ikke lov, det er ikke lov å holde på sånn. (Bofellesskap 1, fokusgruppe 2)

Dette sitatet peker på flere dilemmaer som de ansatte står i i slike situasjoner. I tillegg til dilemmaet mellom selvbestemmelse og livsstil som de ansatte opplever, blir et dilemma som

pårørende står i aktualisert; nemlig dilemmaet mellom selvbestemmelse og behov for å beskytte sitt barn. Som foreldre vil vi alltid ha behov for å beskytte våre barn, uansett hvilken alder de er i. For foreldre til personer med utviklingshemming vil, i mange tilfeller, beskyttelsesbehovet være ekstra sterkt på grunn av den sårbare posisjonen som (det voksne) barnet befinner seg i. Det som de ansatte opplever som et pålegg fra de pårørende, kan også tolkes som et forsøk på å beskytte sin sønn/datter fra å ta ukloke avgjørelser som er til skade for en selv, når de selv ikke kan være til stede og veilede. De er ikke helt trygge på at de ansattes vurderinger er riktige. På samme tid kjenner de pårørende på behovet som deres barn har for å bli selvstendig og kunne bestemme over sitt eget liv.

De ansatte opplever at de ikke har noe annet valg enn å følge pårørendes instruksjoner. Dette forsterkes ved at tjenesteyterne har en oppfatning av at kommunens forventninger til dem er at de skal gjøre som pårørende ønsker. Samtidig strider denne praksisen mot profesjonens idealer og etikk, og de trekker fram ubalansen i makt mellom den ansatte og beboeren. Sist, men ikke minst, mener de ansatte at denne praksisen ikke er lovlig og representerer et brudd på helse- og omsorgstjenestelovens (2011) bestemmelser i kapittel 9 om bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemming (For en utfyllende diskusjon se Handegård, 2005). Til tross for at de mener praksisen er ulovlig, adlyder de ansatte det de oppfatter som pårørendes pålegg om å følge opp handlelisten på denne restriktive måten.

I tillegg til å peke på flere ulike dilemma, illustrerer sitatet en mengde ulike, til dels motstridende, mål som personalet skal realisere i denne situasjonen. Det kan være mål om selvbestemmelse, helsefremming og forebygging, samarbeid og trygging av pårørende og reduksjon i bruk av makt og tvang, for å nevne noen. Dette viser kompleksiteten personalet må forholde seg til i noe som enkelt kan beskrives som å gi bistand til å gjøre innkjøp. Med bakgrunn i sitatet kan det stilles spørsmål om i hvor stor grad personalet lykkes med å realisere de politiske idealene og målene i denne situasjonen.

En måte å forstå hvorfor de ansatte legger vekt på de tingene de gjør, er å undersøke hvilke forventninger de opplever stilles til dem fra ulike hold. Når vi spør de ansatte i om hvilke forventninger kommunen signaliserer at de har til tjenestene og til de som jobber der, svarer de ansatte i et av fokusgruppeintervjuene i det samme bofellesskapet sitatene over er hentet fra:

De forventer at vi kommer på jobb...

De forventer at vi gjør det som står i vedtakene rundt omkring og at vi gjør jobben vår. At vi kan lese oss til hva de forventer.

Og at de har gode tilbakemeldinger fra pårørende og alt, for det er jo et tegn på at vi gjør en god jobb. [...] Da vet de at: «Da gjør dem jobben sin!» [...]

*I hvert fall at vi gjør det pårørende har lyst til at vi skal gjøre, og være lojal.
De forventer vel at vi skal gå på jobb og gjøre det som kreves og lojalitet ikke minst!
Intervjuer: Hva ligger i det?
Vi må bare snakke positivt. Være positive. Snakke positivt. Regner med at det ligger noe i det. Derfor er vi positive (ler litt). Er det noe, snakker vi i lag. Vi går jo aldri ut [offentlig]. Samarbeid, det ligger sikkert noen krav i det også, at vi skal samarbeide godt [...] (Bofellesskap 1, fokusgruppe 1).*

De ansatte snakker ikke om at kommunen har forventninger om at de skal arbeide i forhold til idealer eller sosialpolitiske målsettinger for den enkelte beboer, heller ingen overordnede mål for resultatenheten, virksomheten eller bofellesskapet. De peker derimot på forventninger som gjelder alle i et ansettelsesforhold som tilstedeværelse, innsats og samarbeid, og at de skal kunne sette seg inn i planer, rutiner og regelverk gjennom «å lese seg til hva kommunen forventer». De viser også til at det forventes at de følger opp vedtakene for den enkelte. De ansatte mener kommunen har forventninger om lojalitet. Dette forstår de som at de skal være positive og snakke positivt om kommunen utad. Hvis det er forhold som de mener ikke er tilfredsstillende skal de ta opp dette internt og ikke gå ut offentlig med feil og mangler. Det er ikke urimelig å tro at kommunen har forventninger om at avvik og uheldige situasjoner tas opp med overordnede og følger kommunenes rutiner for avvikshåndtering.

I et annet fokusgruppeintervju med ansatte fra det samme bofellesskapet er oppfatningen at kommunen har en forventning om gode tilbakemeldinger fra de pårørende, og [...] *at vi gjør det pårørende har lyst til at vi skal gjøre* (Bofellesskap 1 fokusgruppe 2). At de ansatte mener at kommunens forventninger er å underkaste seg de pårørendes ønsker, er litt oppsiktsvekkende. Spesielt når vi tenker på gapet som i enkelte tilfeller er mellom forventningene pårørende har til hvilken rolle yrkesutøverne skal ha, og hvilken oppfatning de ansatte selv har.

Pårørende til personer med utviklingshemming er viktige samarbeidspartnere og pådrivere for å skape bedre tjenester for sine døtre og sønner. Gode tilbakemeldinger kan bety at de ansatte lykkes med å realisere politiske idealer og mål i samarbeid med de pårørende.

Selv om flere fokusgruppeintervjuer tar opp dilemma mellom selvbestemmelse og livsstil og det har utviklet seg en praksis der de i stor grad etterkommer pårørendes ønsker og krav, er det også eksempler på at enkelte bofellesskap legger stor vekt på selvbestemmelse og dialog med pårørende om ansattes yrkesrolle. I et intervju med en enhetsleder er argumentasjonen tydeligere i retning av at det er idealet om selvbestemmelse som skal være styrende for praksis. Det er et uttalt mål at de skal finne felles målsetninger og avstemme forventninger til å bo og motta tjenester for den enkelte beboer og pårørende, slik at idealene for omsorgen blir

realisert. Det krever samarbeid og dialog mellom ansatte, pårørende og beboerne. I dette sitatet er det snakk om tjenester til unge voksne som nettopp har flyttet i egne leiligheter og mottar tjenester fra kommunen:

Det er klart at det er et stort gap mellom foreldrenes og våre forventninger til hva det er vi skal gjøre. Da blir målet å få gapet mindre [...], men det er klart at vi har ikke lov til å bestemme og utføre det samme som pårørende gjør. Hvis vi f.eks. tenker på mat, vektøkning og kosthold har det vært et stort tema siden innflyttingen, og er det fortsatt. Det er klart at vi kan ha like stort faglig fokus på sunt kosthold, aktivitet, motivasjon og slike ting, men det er begrenset hva vi kan gjøre. I praksis kan vi motivere, veilede og være med på butikken og bistå med å skrive handlelister og lage mat sammen med dem, og veilede om porsjoner. Vi kan si at det og det ikke er lurt, og vi kan oppmuntre til fysisk aktivitet. Men til syvende og sist har de egne penger og de går på butikken og kjøper godteri. Om vi er med og veileder, har handlelister osv. så trenger ikke de å bry seg om det. Slik at vi jobber hele tiden med felles mål, men jeg tror at av og til tenker de pårørende at vi kan gripe inn mer enn vi kan gjøre. Det er et spennende felt å jobbe med, for underveis har pårørende fått mer og mer forståelse for at vi har felles mål, [...] vi har nærmet oss hverandre, gapet er ikke så stort lenger, men det er der fortsatt (Enhetsleder, kvinne, vernepleier).

Ledelsen ved enheten har et bevisst forhold til hvordan de skal arbeide med idealet om selvbestemmelse, og erkjenner at det er ulike oppfatninger og at pårørende og ansatte har ulike roller. Kommunen som denne lederen jobber i har gjennom en egen strategi definert økt selvbestemmelse som et av flere mål. Dette følges opp gjennom lederavtaler, styringsdialoger og brukerundersøkelser, og kommer til uttrykk i dette utsagnet gjennom bevisst arbeid for å minske forskjellen mellom de ulike aktørenes forventninger til hva de ansatte kan, og har lov til å gjøre. Det framgår av sitatet at dette er en prosess. Informanten peker på at ansatte og pårørende har samme mål, men at de må bruke ulike tilnærminger og metoder for å nå målene. Bruk av tvang og makt i tjenestetilbudet er regulert i lovverket, og det ligger begrensninger for de som jobber i omsorgstjenestene med tanke på hvordan de kan utøve press på beboerne. De har ikke kommet i mål, og det er fortsatt ulike oppfatninger om hvor grensene går, men partene har kommet nærmere hverandre. Sitatet er også en illustrasjon på at ledere kan trygge de ansatte på å ta beslutninger som er begrunnet i lovverk, politiske og faglige idealer, lokale mål og organisatoriske begrunnelser som turnus og lokale planer, gjennom å være aktivt med i dialog med pårørende og ansatte om de ulike rollene de forskjellige aktørene har.

7.1.3 Dilemma mellom selvbestemmelse og avvikende atferd

Et annet eksempel i datamaterialet, viser dilemmaet mellom selvbestemmelse, avvikende atferd og bruk av makt og tvang. Her er ikke kosthold det sentrale, men hvor mye avvikende atferd som skal aksepteres før personalet griper inn. Beboerne i dette bofellesskapet hadde tidligere bodd i mindre bofellesskap eller enetiltak, med to-til-en bemanning, eller mer. Nå skulle det etableres et nytt bofellesskap der det var sju leiligheter. Alle leilighetene har egen inngang mot et felles tun. Forholdstallet mellom ansatte og beboere reduseres til en-til-en-bemanning, samtidig med at mål om reduksjon i bruk av tvang og makt får fokus. Effekten av denne tilnærmingen er, i følge de ansatte, at bruken av tvang og makt ble sterkt redusert, det samme ble både forekomsten og intensitet av utagerende atferd. Ved denne enheten har ledelsen og de ansatte utviklet et sterkt ideologisk fundament for omsorgen, som tydeliggjør målsettingene. Målgruppe for bofellesskapet er personer som har fått merkelappen «utfordrende atferd», og det gjør at de ansatte må ta andre hensyn enn i de foregående eksemplene. Beboerne som flyttet inn i bofellesskapet hadde alle en historie med utagering og uønsket atferd, og de har tidligere vært utsatt for omfattende bruk av tvang og makt. Da bofellesskapet ble etablert for noen år siden hadde kommunen klare målsettinger for hva de ønsket å oppnå. Bruk av makt og tvang skulle reduseres, og det skulle legges til rette for mest mulig selvbestemmelse. I tillegg var det et økonomisk motiv om mer effektiv tjenesteyting. Disse målsettingene ble fulgt opp av ledelsen gjennom bevisst rekruttering av tilsatte, internopplæring, faglige møter og nærledelse. I et fokusgruppeintervju med ansatte i dette bofellesskapet, der vi snakket om hovedmålet for tjenesteytingen i botilbudet, svarte en av informantene at det var:

Å få ned atferden. Hovedmålet er at de [beboerne] skal få et bedre liv, en del av det er å få ned atferden. Vi hadde ikke atferden i fokus i oppstarten. Vi ville se hva de håndterte og hva de ikke håndterte. Det var viktig å respektere dem, ha gode faglige holdninger. Vi banker på døra og tar av skoene før vi går inn. I fagmiljøet hadde vi høy terskel for skitt og rot. Litt standard må det selvfølgelig være, men vi diskuterte ikke husvask på personalmøtene. Hvis du ønsker å leve i rot så er det ok. [...] Vi var løsningsorienterte og måtte håndtere at det kunne bli utagering. Vi måtte også være rolige – holde hodet kaldt. Vi ventet og så an situasjonen, tenkte før vi handlet. Det var lite fokus på å «shine» leilighetene. Beboerne fikk styre mye selv og dette ble feil for noen av de ansatte. Vi stilte ikke så mange krav. En er ikke nødt til å pusse tennene rett etter frokost, eller ikke spise noe etter at en har pusset tennene. [...] Krav er et sentralt tema. Vi «ventet av dem» før vi gjorde noe. Her har vi mulighet til å vente. Det er ikke så mye å ødelegge i leilighetene. Vi kan trekke oss unna. Tunet gir også skjerming. Det er ikke så mange naboer. (Bofellesskap 5, fokusgruppe 1)

Tydelig uttalte mål om reduksjon i bruk av makt og tvang og reduksjon i utagerende atferd fra kommunens side gir retning for de ansattes arbeid. Enheten er ledet av en tydelig leder med en klar ideologi for omsorgen. I tillegg er beliggenheten og utformingen av bofellesskapet, i følge de ansatte, godt tilpasset beboernes behov. Selvbestemmelse er en viktig målsetting, men reduksjon av utagerende atferd og bruk av makt og tvang, er hovedmålet. Fokuset på reduksjon av uønsket atferd gjør selvbestemmelse og reduksjon av krav til et middel for å nå hovedmålet. Utsagn som «beboerne fikk styre mye selv» tyder på dette. Denne holdningen er ikke helt uproblematisk, og enkelte av de ansatte hadde vansker med å forholde seg til det. Mål om å unngå utagering, bruk av makt og tvang, og fremme selvbestemmelse går foran andre hensyn som f.eks. tannhygiene eller renhold av leilighet. Dette hensynet går så langt at de avventer og trekker seg unna hvis beboeren ødelegger inventaret i leiligheten. Tilnærmingen som beskrives i sitatet gir også uttrykk for en type kultur som preger arbeidet i bofellesskapet. Den er preget av individorientering, der de forsøker å møte den enkelte beboer på dennes premisser og der relasjonsarbeid er sentralt. Samtidig som det er en klar profesjonskultur med faglige mål og ideer om hvordan de skal handle når ulike problemer oppstår (Christensen & Nilssen, 2006; Mjøen & Kittlesaa, 2018). De ansatte tar avstand fra den idealtypiske omsorgskulturen som Christensen og Nilssen (2006) betegner som pleie- og husmorkulturen, ved å understreke at de ikke har fokus på å «shine» leilighetene eller ha klare rutiner for tannpuss. De legger større vekt på å se hva den enkelte beboer «kan håndtere og ikke håndtere selv» og respektere dem, de «venter dem av», som betyr at de lar beboeren få tid til å roe seg uten at de intervenerer. De trekker seg unna i situasjoner med utagering. Alle disse handlingsvalgene kan karakteriseres som kjennetegn på omsorgskulturen ved bofellesskapet. Det er som sagt ikke alle ansatte som kan tilslutte seg denne praksisen, og ved etableringen av bofellesskapet ble det gjort en utvelgelse av personer som sa seg villig til å arbeide på denne måten. Enhetslederen med ansvar for dette bofellesskapet forklarer de faglige perspektivene som ligger bak praksisen til den ansatte på denne måten:

[...] vi [ansatte] er den største utviklingshemmeren for den utviklingshemmede, hvis vi ikke tenker oss om. Det er lett å ta over en ryggsekk som personen klarer å bære selv. Å la personen bære sekken selv, men ikke nødvendigvis på samme måte som jeg ville båret den, det er det vi øver på å tenke. Vi skal ikke moralisere overfor disse personene om hvordan de skal leve sitt liv. De skal få leve sitt liv ut fra egne tanker om hvordan det skal gjøres. Vi skal bare være der i de situasjonene der personen ikke mestrer. Da skal vi, så usynlig som mulig, være en hjelper som fører til mestring. En annen bit i dette er selvfølgelig at vi henger oss ikke opp i diagnoser, vi ser individet. Det er bistandsytelse hos oss som ikke en gang vet hvilken diagnose de dem gir tjenester til har, fordi man bygger på det relasjonelle i den forstand at man bygger kompetanse sammen med den som en skal bistå (Enhetsleder, mann, vernepleier)

Denne lederen understreker at selvbestemmelse står sterkt i denne praksisen. De ansatte må være åpne for at den enkelte beboer selv må få mulighet til å utforme hvordan de skal leve sitt liv – til tross for at den ansatte ikke ville gjort slike valg selv, og at de først og fremst skal bistå den enkelte slik at de opplever mestring. Denne holdningen tar utgangspunkt i en normaliseringsideologi der personer med utviklingshemming har *samme rett til å leve et liv basert på de samme verdier og underlagt de samme betingelser som andre, men på samme måte som andre skal de også ha frihet til å velge annerledes enn flertallet* (Askheim, 2003, s. 22). Enhetslederen argumenterer videre med at selvbestemmelse gjør at beboere i større grad må ta konsekvensen av sine handlinger, og at det motiverer til å ta i mot hjelp. I intervjuet peker jeg på at enkelte av leilighetene er veldig spartansk innredet som en konsekvens av at beboere har ødelagt inventaret uten personalets inngripen og enhetslederen kommenterer det slik:

[...] Det at man må kjenne litt mer på naturlige konsekvensene av de valg en gjør, så justerer ting seg. Når du nevner det med å rasere leiligheten, hadde vi en kar nå nylig som måtte flytte ut fordi han hadde gravd opp gulvet sitt, og stod og staket i kloakken fordi han var sikker på at han hørte stemmer der nede. Alle fagpersoner rundt oss syntes dette var omsorgssvikt, jeg tror at dette var noe han måtte gjennom for å bli motivert til i fremtiden ta medisinen sin og ta i mot litt mer hjelp av oss. Fram til nå har han jaget oss ut og nesten slått eller truet med å slå, og vi har respektert det. Han har vært et element som har vært ubehagelig for naboskapet over tid – to år. Nå flytter han inn i en annen sammenheng, men er mye mer motivert, og han ser at det kanskje ikke er så dumt å tenke over det andre mener om hvordan en skal leve et liv (Enhetsleder, mann, vernepleier).

Dette utsagnet kan oppfattes som en kontroversiell holdning til selvbestemmelse – at en får grave opp gulvet – når ting kan tyde på at beboeren er psykotisk, men det illustrerer et tydelig ideologisk standpunkt. Lederens tydelige, og kanskje kontroversielle, holdning til selvbestemmelse, har stor innflytelse på de ansattes forståelse av hva selvbestemmelse betyr, hvordan de praktiserer sitt faglige skjønn, og hva de legger vekt på og hvordan de handler i den enkelte situasjonen. Det viser også tro på egen ideologi og på prosjektet, og en faglig trygghet som gjør at de klarer å motstå kritikk fra andre fagpersoner som kommer med anklager om omsorgssvikt. Troen på virksomhetens ideologi styrkes ved å kommunisere den til de ansatte hver gang anledningen byr seg. Dette skaper trygghet som smitter over på de ansatte i situasjoner der de må utøve faglig skjønn.

Den tydelige ideologien, der selvbestemmelse står så sterkt, er absolutt ikke uten problemer og kontroverser. Når jeg spør om «Hva er baksiden av medaljen?» svarer enhetslederen at:

Baksiden av medaljen er at en kan få livsstilsykdommer, narkomani, passivitet, velge ting som ikke er sunt. Men når jeg tenker på baksiden av medaljen ved å ha gjort det

motsatte til de samme personene, ville det ha skadet dem mer. Hvis de hele tiden skulle kjent på avmaktsfølelsen overfor et tjenesteapparat, som mener noe om hvordan de skal leve sitt liv. Hvis jeg tar utgangspunkt i meg selv, hadde jeg ikke likt at andre skulle hatt hundre meninger om hvordan jeg skulle levd mitt liv (Enhetsleder, mann, vernepleier)

Som det går fram at dette sitatet, kan selvbestemmelse få alvorlige konsekvenser. Samtidig mener enhetslederen at konsekvensene av å frata de samme personene selvbestemmelsen ville ha vært mer skadelig gjennom å påføre beboerne en avmaktsfølelse i forhold til tjenesteapparatet. Med dette utsagnet peker han på at avmakt er en motsats til selvbestemmelse. Tøssebro (1992) bruker begrepet avmakt i en annen sammenheng, og er av en annen oppfatning når han kommer med en advarsel når det gjelder innflytelsen personer med utviklingshemming har i sitt hverdagsliv:

Dette med autonomi og styring er et ganske problematisk felt, fordi en risikerer at dersom de utviklingshemmede får styre selv, så vil mange av dem «styre» galt av sted, enten dette skjer bokstavelig ved at de går seg vill, eller ved at de utfolder en atferd som åpenbart er negativt, der total passivitet eller selvskading er ekstreme eksempler. (s127)

Tøssebro tar utgangspunkt i Hernes (1975) sine begreper, som ble introdusert i maktutredningen. Der skilles det mellom å ha mye og lite makt, og mellom makt og avmakt.

Problemet er at dersom en opphever andres kontroll, behøver ikke det bety at en får mye makt, dvs. stor evne til å få sine interesser igjennom. Dersom en ikke overskuer konsekvensene av sine handlinger, eller utfører handlinger som åpenbart strir i mot ens egne interesser – som å gå seg vill, skade seg selv eller bli helt passiv, så har en ikke stor innflytelse. «Avmakt» er en bedre beskrivelse (Tøssebro, 1992, s. 128)

Her peker han på at det er ikke bare gjennom å bli kontrollert og styrt av andre at en kan få begrenset sine interesser, men de kan også begrenses av at en mangler forutsetninger for å forfølge sine ønsker. Når selvbestemmelse skal diskuteres så må disse perspektivene tas i betraktning, og en bør drøfte hvor grensen går mellom selvbestemmelse som gir den enkelte myndighet over eget liv, og når selvbestemmelse fører til avmakt fordi beboeren gjør ting som åpenbart strider mot ens egne interesser eller til passivitet (for en mer utfyllende diskusjon se Mjøen og Kittlesaa (2018)).

Tydelige mål, en engasjert og tydelig leder, og en samkjørt gruppe ansatte som har tilsluttet seg denne metodiske tilnærmingen, kombinert med positiv utvikling for beboere og måloppnåelse, gjør det lettere for de ansatte å stå i situasjoner med kritikk utenfra. Noe som forsterket dette ytterligere er ledelsens evne til å kommunisere til de ansatte at det de gjør er noe unikt metodisk. De snakker mye om at dette er deres metode, noe som de er gode på og som de er med på å utvikle. Dette fører til stolthet blant de ansatte, de tilsluttet seg ideologien

og har mye positivt å si om lederen. Dette kan tyde på at klare mål og et felles prosjekt skaper trivsel og trygghet i arbeidet. En annen viktig faktor er at enhetsleder har vært dyktig og fått forankret prosjektet og ideologien oppover i systemet til den administrative toppledelsen i kommunen. Det gjør at etableringen av bofellesskapet og utviklingen av ny praksis er godt kjent for rådmannen. Det er noe som blir lagt merke til og som får tilslutning. Enhetslederen har også blitt brukt internt i kommunen og eksternt i andre kommuner, for å presentere hva de har gjort i dette bofellesskapet. Det trekkes fram som et eksempel på suksess for andre virksomheter i kommunen og for andre kommuner. En skal heller ikke stikke under en stol at de økonomiske besparelsene som omleggingen har ført til også har vært viktig for å få ledelsens tilslutning.

For å illustrere dilemmaer ansatte opplever når de mener avvikende atferd i en periode, kan være stigmatiserende på lengre sikt. Jeg vil bruke noen sitater fra ansatte i et bofellesskap for personer med psykiske lidelser. I likhet med ansatte i bofellesskap for personer med utviklingshemming, opplever også de dilemma knyttet til selvbestemmelse og avvikende atferd. Dilemmaene er knyttet opp til litt andre situasjoner enn i bofellesskap for personer med utviklingshemming, her er det snakk om personer som har psykiatriske diagnoser som gjør at tilstanden forverrer seg i perioder, og i disse periodene kan personen gjøre ting som han ikke ville gjort hvis han hadde vært frisk. På spørsmål om de ikke kan gripe inn i slike situasjoner svarer hun:

Vi kan ikke gjøre det, for da utøver vi makt i forhold til rollen vi har. Vi kan ikke si «Per du kan ikke dra ut nå», men vi kan si «Vet du hva... hvis jeg skulle ut ville jeg gjort sånn og sånn», eller «kanskje det er lurt å være her, for når du er i denne formen, vet jeg at du blir dårligere form av å dra ut», så vi må jobbe på en annen måte. Men jeg kan ikke bestemme over personen (Fagleder, kvinne, sykepleier).

Dilemmaet ligger i at beboeren er i en tilstand der han ikke klarer å vurdere hvordan han vil framstå ute i samfunnet. Atferd eller fremtoning kan være noe beboeren opplever som stigmatiserende og angrer på i ettertid når helsetilstanden er bedret. Det er med utgangspunkt i kjennskap til beboeren og hans ønsker i frisk tilstand at personalet synes det er vanskelig å ikke gripe inn. Men det er veldig høy bevissthet om beboernes rett til selvbestemmelse og hvor grensen går for de ansattes mulighet til å intervensjonere. I et fokusgruppeintervju med ansatte sier en av dem:

Vi prøver ikke å agere så mye når det gjelder hvordan det ser ut i leilighetene. Det er opp til beboeren selv. Samtidig vet vi at hvis det blir for rotete og kaotisk så blir det ikke bra inni deg. Så vi prøver å motivere til å gjøre noe med det. Når det gjelder personlig hygiene er det verre fordi ... det eneste vi kan sette restriksjoner på i forbindelse med personlig hygiene, er at de f.eks. ikke kan komme på fellesstua. Det er

ikke annet vi kan gjøre. Vi kan ikke tvinge de til å vaske seg. Men vi er på grensen av og til. Da går det mer på at det er smittsomt for andre beboere og helsepersonell. Så er det prioriteringer i forhold til innkjøp. Vi har jo oppfatninger om hva som er viktig å handle først, men det er tilfeller der de ikke er enige med oss... Det er veldig mye moral i det, det er veldig moraliserende. «Hun kan ikke drikke mer øl fordi hun kan ha fått sukkersyke...» Ja, og hva så? [...] Hvis en er i sitt eget hjem så skal noen si at en ikke kan ta to øl på lørdagskvelden fordi det er fare for at en har sukkersyke. Jeg synes det er et overtramp. Eller hvorfor skal en begrense hvor mye alkohol en kan drikke... det kommer an på mengden, men likevel. (Bofellesskap 3 Fokusgruppe 1)

Et perspektiv som er tydeligere i dette bofellesskapet er helseperspektivet. Mange av argumentene som brukes er knyttet til beboernes helse, både psykisk og somatisk, men samtidig er det klart at selvbestemmelsen går foran risiko for å påføre seg livsstilsykdommer. Selvbestemmelse om forholdene inne i leiligheten, som orden og hygiene, reflekteres opp mot et forebyggende perspektiv – mye rot fører til dårligere psykisk helsetilstand. De ansatte mener at til tross for at disse forholdene påvirker den psykiske helsen, er det beboerens selvbestemmelse som gjelder. De kan bare veilede og motivere, men ikke tvinge beboeren til å gjøre noe med leiligheten. Det er kun hvis den personlige hygienen blir en plage for andre beboere at de gjør noe, og da er ikke tiltaket å tvinge beboeren til å vaske seg, men å skjerme fellesarealene fra denne beboeren. Tiltak som grenser til tvang kan bare rettfærdiggjøres i helt ekstreme tilfeller, der det er en klar helsefare for beboere eller ansatte. Hva de legger i at de er «på grensen» til tvang, utdypes ikke.

Også i dette fokusgruppeintervjuet drøfter de ansatte utfordringer med innkjøp av «feil varer». Her handler ikke diskusjonen om at noen har gitt de ansatte retningslinjer for hva enkelte kan kjøpe, men mer om en normativ standard for hvilke næringsmidler du bør prioritere å kjøpe under gitte forhold. I sitatet refereres det til to ulike situasjoner; det ene er hvis du har dårlig råd og det andre er et helseperspektiv (diabetes). De snakker om å moralisere over beboernes valg hvis de gjør valg som de ansatte ikke synes er lurt. I begge tilfeller er det ikke vanskelig for de ansatte å finne gode argumenter for at det ikke er et klokt valg å kjøpe øl, samtidig mener de at det ikke er (bør være) deres sak, og at det er opp til beboers selvbestemmelse hva de bruker pengene sine på.

En forklaring på at selvbestemmelse og autonomi er viktig for dette bofellesskapet, kan være at det innen psykisk helse er en klarere ansvarsfordeling mellom den kommunale omsorgen og spesialisthelsetjenesten, enn vi finner i de bofellesskapene for personer med utviklingshemming. Kontakten mellom det kommunale tilbudet og spesialisthelsetjenesten er også hyppigere. Samtidig så skaper det nye dilemma. Fagleder ved enheten forklarer det på denne måten:

Det er et dilemma i forhold til lovverk og i forhold til spesialisthelsetjenesten. Etter samhandlingsreformen så merker vi at folk er sykere når de blir skrevet ut fra sykehuset. De [spesialisthelsetjenesten] har forventninger om at vi skal gjøre det på samme måte, fordi beboeren responderte veldig bra på det. Sykehuset har et annet maktforhold i bruker sine øyne enn vi har, og det skal være sånn fordi de gjør store inngrep i menneskers liv. Frivillig, ja, men settingen på en akuttpost er det noe helt annet enn å være i en heim. Det er forventninger om at vi skal fortsette behandlingsregimet. Vi bruker «tiltak» som begrep mer enn «behandling», og det kan være utfordrende for brukerne. Alle beboerne har samtykkekompetanse hos oss, de er autonome folk og har ansvar og plikter som samfunnsborgere. Spørsmålet er om det bør være sånn på alle områder? Hvis vi gjør en vurdering om at de er til fare for seg selv eller andre så har vi en plikt til å gripe inn. Det har vi til tider også gjort. Men det er gråsoner. Hvis en bruker eksponerer seg i en syk periode, ødelegger mange relasjoner som hvis de hadde vært friskere ikke ville gjort. Det er noe med integriteten deres, der kommer vi i et dilemma, vi kan ikke løpe etter folk i byen (Fagleder, kvinne, sykepleier)

Her ser vi at de ansatte i bofellesskapet møter forventninger fra andre aktører om at de kan bruke samme behandlingsmetoder som når beboeren er innlagt på psykiatrisk sykehus, uten at de kan gjøre det. For pasienter og brukere med psykiske lidelser fremhever *Samhandlingsreformen* (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) at:

Det må være et mål at pasienter og brukere møter en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjeder og pasientforløp som ivaretar god behandlingskvalitet, uansett hvem som har ansvaret for de enkelte deltjenestene (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 48).

Faglederen peker på at det er forskjell på å være en akuttpost på sykehuset, og det å skulle være et hjem for beboeren. For å synliggjøre dette skillet bruker de ikke begrepet behandling på den praksisen de har, men kaller det tiltak. Mange av arbeidsoppgavene kan karakteriseres som miljøarbeid, og for å beskrive hva de gjør bruker de ansatte ofte begrepet boveiledning. Likevel har mye av det som skjer i samhandling mellom ansatte og beboere en karakter av behandling. Det er mange samtaler som kan karakteriseres som terapeutiske gjennom at hensikten er å berolige engstelige beboere, bekrefte ting som beboere er usikre på eller realitetsorientere beboere i situasjoner med forvirring. Til tross for dette er ikke bofellesskapet betraktet som et behandlingstilbud, men som et hjem. Faglederen snakker om «gråsoner», dette er situasjoner der de ansatte opplever et dilemma mellom målsettinger om selvbestemmelse og ansvar for å ivareta og beskytte den enkelte beboer som har psykiske lidelser. Sitatet viser til problemstillinger som de ansatte i tjenestene for personer med psykiske lidelser møter, i slike tilfeller kan det virke som om samhandlingsreformen er mer innrettet mot somatiske sykdommer, der tilstanden og habiliteringsbehovet er klarere definert, enn innrettet mot personer med psykiske lidelser der behovet fluktuerer og nødvendigheten

for omfattende hjelp i hjemmet varierer. I enkelte situasjoner, uttrykker fagleder, opplever beboerne «et brudd i forløpet» i overgangen mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester, fordi det er ulike forventninger til hva de kommunale tjenestene kan gjøre og ikke gjøre. Det fører til at tjenestene i slike situasjoner ikke møter pasientens behov på en rasjonell og koordinert måte. Den psykiske helsetilstanden hos beboerne vil variere over tid, og det er opp til de ansatte å vurdere situasjonen fra dag til dag og ta stilling til hvilke tiltak som bør settes inn. I perioder vil de ansatte oppleve at tilstanden forverres, og er på grensen til at det må settes inn flere tiltak, f.eks. be om vurdering fra psykiater om innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Det er i slike perioder det faglederen betegner som «gråsoner» oppstår.

Makt er et annet aspekt som de ansatte har høy bevissthet om og som drøftes i personalgruppa ved dette bofellesskapet. Makt og tvang er knyttet opp mot selvbestemmelse som en motsats, og makt kan utøves på ulike måter. Fagleder sier det slik:

Hvis vi utøver makt og tvang så gjør vi ting vi ikke har lov til. Så kan en tenke at mange utøver makt i rollen en har når man jobber der andre bor. I tillegg har vi makt i forhold til den fagpersonen vi er. Det handler om hvordan en reflekterer over det. Det dreier seg ikke om den fysiske makta der en håndleder – det har også skjedd, men da må en skrive det, og snakke med fastlegen om det, og søke til fylkesmannen, og gå de rette leddene. Men nå tenker jeg på den skjulte... motiverer vi? Eller overtaler vi? Det snakker vi mye om. Når jeg sier nå har jeg motivert han til å dra på jobb. Er det motivasjon eller overtalelse. Spiller vi på lag med beboeren? (Fagleder, kvinne, sykepleier).

Når det ikke er snakk om fysisk makt, for eksempel håndledning, som er å ta tak i personen fysisk og føre/tvinge hender eller kropp til å gjøre noe uten av personen selv vil, er det for denne faglederen en klar tvangssituasjon der det trengs et vedtak etter kapittel 9 i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) for å utføre dette. Men sitatet peker på at det finnes situasjoner der det ikke er like åpenbart om personalet benytter makt og tvang eller om det som foregår er veiledning og motivasjon av beboeren. Dette viser at det kan være en fin grense mellom hva de betrakter som å motivere, som er en del av samfunnsoppdraget, og hva de karakteriserer som å overtale, som oppfattes som manipulasjon og skjult maktbruk, som de ikke skal benytte seg av. Dette dilemmaet opptar også informantene i et annet fokusgruppeintervju med ansatte i et bofellesskap for personer med utviklingshemming:

Det finnes gråsoner i maktbruk. Fysisk makt er enkelt å se, men «svart makt» der en bruker både gulrot og pisk på samme tid, der det ikke blir uttrykt, men beboer har erfaringer, er makt som er vanskeligere å se. Beboer vet hvor grensene går (Bofellesskap 7, Fokusgruppe 4).

Denne type faglige refleksjoner er avanserte og vitner om ansatte som har mulighet til å reflekterer over kompliserte problemstillinger i fellesskap. Disse usynlige maktforholdene kan være vanskelig å oppdage og det forutsetter at en både kjenner beboeren godt og kjenner praksisen i bofellesskapet. For å stimulere til refleksjoner på dette nivået krever det arenaer der faglige diskusjoner tas opp og drøftes i fellesskap.

7.1.4 Dilemma mellom hjem og arbeidsplass – privatliv og tjenesteyting

I den politiske målsettingen om full deltakelse og likestilling for personer med utviklingshemming gjelder også retten til privatliv (Meld. St. 45 (2012-2013)). Det er ulike aspekter ved privatliv som har vært diskutert i fokusgruppene. Et spørsmål har vært hvordan de ansatte arbeider for å ivareta og unngå å krenke den enkeltes rett til privatliv, samtidig som de skal yte omfattende hjelp i hjemmet. Personer som har behov for omfattende hjelp i hjemmet og bor i bofellesskap, omgås ansatte og andre beboere store deler av døgnet. Det fører til at beboerne slipper mange personer inn i de intime og personlige sidene av livet. Det gjør det vanskelig å etablere private sfærer der de kan verne om private opplysninger og selv bestemme hvem som kommer og går.

På spørsmål om hvordan ansatte definerer et hjem (Jf. Annison, 2000) og hvilken praksis de har for å ivareta funksjoner som kjennetegner et hjem, er dette sitatet et eksempel på det vanligste svaret: *Vi ringer på og spør om det er ok at vi kommer inn* (Bofellesskap 2, fokusgruppe 3), samtidig tilføyer denne informanten: *Det er lett å glemme det*. Hvis vi ser på alle fokusgruppeintervjuene samlet, beskrivelser personalet få praksiser for å ivareta beboernes rett til privatliv. Ut over å banke/ringe på døra, ta av skoene før du går inn og gå hvis beboeren gir klart uttrykk for at han ikke vil ha personalet der, uttrykker de ansatte ingen tanker om hvordan dette skal ivaretas.

I flere av fokusgruppeintervjuene pekes det på en utfordring med at ansatte, som ikke har direkte ansvar for tjenesteytingen i beboerens leilighet, har ærender og oppgaver som kan virke forstyrrende på beboeren:

Jeg tenker bare at jeg ville ikke ha følt meg helt hjemme hvis jeg hadde bodd her. Det er inn og ut av folk som skal assistere deg, ikke bare den ene personen som har ansvar for deg den dagen, men så kommer det en person og skal ha nøkler til leiligheten og: «Hei, kan jeg hente nøklene?» Så sitter beboeren der og hele tiden må forholde seg til at folk kommer ut og inn og har en jobb å gjøre. Mens det som er deres hjem er våres jobb. Uansett om jeg vil prøve å se beboeren der han er, og tenke først og fremst på han, så er det ikke fritt for at det samtidig er en jobb for meg, og at jeg har et tidsskjema og ting jeg vil rekke. [...] Jeg skal faktisk hjem klokka tre, og jeg er litt stressa for det liksom. Så: «Kan jeg hjelpe til med noe nå så jeg kan få lov å gå?». Så

følelsen av at det er en arbeidsplass – det er en maurtue liksom, det kommer man ikke unna (Bofellesskap 4, fokusgruppe 1).

Informanten beskriver en praksis der de ansatte har arbeidsrelaterte aktiviteter som forstyrrer beboerens privatliv. Dette er aktiviteter der ansatte skal snakke med andre ansatte som er inne i beboerens leilighet og yter bistand. Nøkler skal overleveres og beskjeder skal gis. Koordinering av arbeidet i bofellesskapet skjer parallelt med det miljøterapeutiske arbeidet som foregår inne i leilighetene. Koordinering og avklaring av arbeidsoppgaver ses på som så viktig at det er akseptert at det kan forstyrre det direkte arbeidet med beboere, og ikke minst beboernes privatliv.

Sitatet gir også en illustrasjon på at arbeidet i bofellesskapet er bare en liten del av de ansattes hverdag, og at de, i motsetning til beboerne, har de viktigste arenaene i sitt liv på andre steder enn i bofellesskapet. Et sitat fra et annet fokusgruppeintervju bekrefter trafikken inn og ut av leilighetene, og beskriver utfordringer med å ivareta behov ansatte har for å kommunisere med kolleger i organisering og strukturering av arbeidet. Når de snakker om at det er viktig å ringe på døren før de skal inn i leiligheten til beboerne, er det en av informantene som sier:

Kanskje vi ringer på dørene til leilighetene for mye!? Leiligheten skal være et fristed. Vi går mye inn og ut fra leilighetene. Det ringer på døren, beboer går og åpner, så er det noen fra personalet som skal snakke med meg! Det hender at vi akkurat har fått roet beboer og satt oss ned for å ha en stund sammen i leiligheten, så banker eller ringer noen på, og ødelegger situasjonen. Da er det ikke beboeren som er i sentrum, da er det personalet som er de viktige aktørene. Kanskje det er derfor de er så mye i fellesarealet? (Bofellesskap 7, fokusgruppe 4)

Informanten beskriver at i enkelte situasjoner setter de ansatte sitt eget, eller arbeidsplassens, behov for koordinering og effektiv tjenesteyting foran beboerens behov (jf. kapittel 6.2.1 om fokus på tjenestene). Beboeren blir bare en tilskuer til at folk kommer og går inn og ut av hans hjem. Ansatte snakker sammen om ting som ikke angår beboeren som de er inne i leiligheten til, og på den måten forstyrrer privatlivets fred. Denne praksisen setter beboeren til side og gjør de ansatte til de viktigste aktørene. I bofellesskap denne praksisen er vanlig, er det ikke hjemmets logikk som styrer bofellesskapet – det er arbeidsplassens logikk, eller sagt med andre ord, det er systemverdenen og ikke livsverdenens rasjonalitet som styrer mange av aktivitetene (Jensen, 1990b; Wuttudal, 1995). Systemets behov for koordinering av oppgaveløsningen er logikken som styrer de ansattes handlinger, også i situasjoner der de ansatte er klar over at de forstyrrer beboerens privatliv. Dette er et eksempel på en av målkonflikter Lipsky (2010) mener eksisterer, konflikten mellom klientsentrerte og organisasjonssentrerte mål. Å reise en faglig diskusjon, slik de ansatte gjør i disse to sitatene, er et steg på vei mot å endre praksis. Hvis beboerne skal få individuelle tjenester og være den

viktigste personen i sitt eget hjem, er det nødvendig at de ansatte har et bevisst forhold til beboernes rett til et privatliv, og de må utvikle praksiser der arbeidsplassens behov for organisering og kommunikasjon ivaretas på andre måter.

Vern om privatlivet handler ikke bare om de fysiske rammene privatlivet utspiller seg i. Det handler også om retten til å ha innflytelse på bruk og spredning av personlige opplysninger om seg selv. En ting, som jeg ikke skal gå inn på her, er opplysninger som innhentes og lagres i datasystemer i omsorgstjenesten (IPLoS, Gerica o.l.), der det kan være vanskelig for beboere å ha oversikt over hvilke opplysninger som lagres om seg selv. Noe annet som er uunnngåelig, er at de ansatte gjennom tjenesteytingen får kunnskap om mange sider ved beboernes liv:

Vi får da automatisk masse opplysninger om dem, deres interesse og privatliv, og det blir jo mange intime detaljer om livene deres, og at så mange får vite alle detaljer om livene deres må være litt belastende på en måte for dem. Hvis han har tenkt på en aktivitet, så må vi nødvendigvis vite om at han skal ut den kvelden, for at vi skal kunne planlegge. Vi må vite når han kommer hjem, for jeg må vite om jeg har noe tid å bruke på de andre som er her. Så det kan være sånne ting. Så det å vite ca hvor de er, og hva de gjør. Jeg kan tenke meg det er litt frustrerende at vi må vite det (Bofellesskap 4, fokusgruppe 1).

Noe av denne kunnskapen er nødvendig for å løse oppgaver og organisere tjenestene på en hensiktsmessig måte. Andre opplysninger som de ansatte får kunnskap om, fordi de er tett på beboerne i mange sammenhenger, er av mer personlig art. Dette er ikke til å unngå, men det er viktig med en bevisst holdning blant de ansatte om hvilke opplysninger som er nødvendige for tjenesteytingen og kan bringes videre til kolleger, og hva som er av privat karakter og ikke av interesse for tjenesteytingen og dermed er taushetsbelagt. Taushetsplikten etter § 13 i forvaltningsloven er ikke til hinder for *at opplysningene er tilgjengelig for andre tjenestemenn innen organet eller etaten i den utstrekning som trengs for en hensiktsmessig arbeids- og arkivordning, bl.a. til bruk ved vegledning i andre saker* (Forvaltningsloven, 1967 § 13 b. pkt. 3). Det betyr at ansatte i bofellesskapet kan dele personlige opplysninger om beboere med kolleger, men det ligger en viktig begrensning i bestemmelsen, opplysningene må være nødvendige for å løse arbeidsoppgavene på en hensiktsmessig måte, eller for å brukes i veiledning. For å sikre at personlige opplysninger ikke spres til personer det ikke angår, må problemstillinger om hva som er nødvendige opplysninger for å gjøre arbeidet på en hensiktsmessig måte, og hva som ikke omfattes av dette unntaket i taushetsplikten, tas opp til jevnlig drøfting og refleksjon blant de ansatte i egnede faglige fora. Dette gjelder også hvilke

opplysninger som kan videreformidles til pårørende, og hva som er å betrakte som opplysninger av privat karakter.

Et annet aspekt ved dilemmaet hjem eller arbeidsplass, er hvem som bestemmer hvem som skal være i beboerens leilighet. Det er flere faktorer som er relatert til denne problemstillingen. Det ene er muligheten for å bestemme over eget hjem. De aller fleste av oss, bestemmer selv hvem vi vil ha besøk av og når det passer med besøk. En annen viktig faktor er behov for hjelp i hjemmet og hvilke muligheter beboer har for å regulere hvem av de ansatte som har tilgang til leiligheten, eller når ansatte skal ha tilgang. Når det gjelder disse to spørsmålene har de i liten grad vært direkte drøftet i fokusgruppeintervjuene. Det kan likevel virke som om beboerne har begrenset mulighet til å påvirke hvem av de ansatte som jobber i leiligheten deres og hvem som er deres primærkontakt. Mange beboere har redusert mulighet til å kommunisere sine preferanser direkte, enten fordi de mangler språk eller at de ikke sier i fra på grunn av det asymmetriske maktforholdet mellom beboer og ansatt. Hvis beboere uttrykker misnøye eller protest, kan ledelsen eller den enkelte ansatte likevel sette beboerens preferanser til side av hensyn til turnus eller andre organisatoriske grunner. Men beboerne, på sin side, bruker ulike former for motmakt. I fokusgruppeintervjuene kommer det fram at beboerne har egne strategier for å påvirke hvem de vil forholde seg mest til:

De må bli kjent med det nye personalet og de prøver ut grenser. Samtidig henvender beboerne seg mer til oss som de kjenner, slik at det blir litt mer press på oss. Beboere kan vente med å ta opp problemstillinger til bestemte personer er på vakt (Bofellesskap 2 fokusgruppe 3)

Beboerne kan selv bestemme hvem de vil henvende seg til med konkrete spørsmål, og velger da de personene de har best relasjon til. Dette fører til at de av og til venter med å ta opp spørsmål til «rett person» er på vakt. I enkelte fokusgruppeintervju er det åpenhet blant deltakerne om at de kan ha ulik relasjon til beboerne, og at samspillet fungerer bedre med noen enn andre:

Alle jobber for å få en god relasjon, men det er takhøyde for å være åpen på at kjemien er bedre med noen (Bofellesskap 7 fokusgruppe 4)

Dette viser at de ansatte er klar over, og åpne om, at enkelte beboere foretrekker noen ansatte, men det er også vice versa, ansatte har sine preferanser når det gjelder hvilke beboere de helst arbeider med. Det er naturlig at en trives bedre i enkeltes selskap enn i andres, og ønsker å slippe noen nærmere inn på livet enn andre. Samtidig er det viktig at ikke beboere er avhengig av den enkelte ansattes sympati for å motta gode tjenester (Christensen & Nilssen, 2006). I et bofellesskap er det en fast gruppe ansatte og beboere som skal løse oppgaver sammen, derfor

er ikke dette helt problemfritt. En fagleder i et forholdsvis stort bofellesskap bekrefter utfordringene:

Beboerne har også sine preferanser og de er ulike i forhold til hvordan de takler endringer. (Fagleder, mann, vernepleier)

Han peker på at relasjoner bygges over tid og at beboere forholder seg til endringer i personalgruppa på forskjellige måter. Det er ikke unaturlig at beboere (og ansatte) trenger tid for å bli kjent med hverandre og etablere en trygg relasjon. I bofellesskapet denne faglederen jobber er «relasjonelt arbeid» begrepet de ansatte oftest bruker når de skal beskrive arbeidsmetodene de benytter. Dette betyr at å utvikle trygge relasjoner med beboerne er løftet høyt i dette kollegiet. Enkelte ansatte er flinkere til å etablere og utvikle gode relasjoner til beboerne enn andre, og gode relasjoner forekommer uavhengig av utdanning og bakgrunn. Ansatte som har god relasjon til beboerne får anerkjennelse blant kollegene:

Relasjon til brukerne gir også status. Det kan oppfattes at det er et A- og B-lag og det er ikke sunt. Vi snakker om dette (Fagleder, mann, vernepleier)

God relasjon gjør samhandling med beboerne enklere, og relasjonen regulerer i hvor stor grad beboerne slipper de ansatte innpå seg. Beboerne har begrenset mulighet til å nekte ansatte å komme inn i leiligheten, men de kan yte motstand gjennom å vise manglende samarbeidsvilje når tjenestene skal ytes, og på den måten påvirke hvem som er velkommen inn i leiligheten. Faglederen peker på en annen utfordring som handler om kollegenes anerkjennelse av ansatte som er dyktige på å utvikle gode relasjoner med beboere. Lederen bruker begrepene A og B-lag. Her snakker han om at noen av de ansatte får høy status gjennom det vi kan kalle relasjonskompetanse (Røkenes & Hanssen, 2002), og at det er forskjell mellom ansattes ferdigheter, og i hvor stor grad de klarer å utvikle trygge relasjoner med beboere. Dette kan føre til spenninger i personalgruppa mellom de som mestrer dette, og de som ikke mestrer det. De ansatte forklarer dette med «kjemi», et begrep som kan tolkes som egenskaper ved individene som ingen av partene kan gjøre noe med, ikke en kompetanse de kan utvikle. En konsekvens av at de ansatte setter evnen til å utvikle gode relasjoner så høyt, og anerkjenner denne ferdigheten som noe av det viktigste de kan ha, kan føre til en reduksjon av betydningen utdanning har innad i kollegiet. Faglederen sier utfordringen med ulike relasjoner er noe de reflekterer over i kollegiet og har en bevisst holdning til.

Et tredje aspekt eller behov som definerer et hjem, er at det skal dekke et relasjonsbehov (Annison, 2000). I hjemmet skal du oppleve gode relasjoner, det skal være et sted du kan vise gjestfrihet, og det er et sted der du mottar besøk av venner og familie. I fokusgruppeintervjuene med ansatte var et av temaene besøk i leiligheten:

Av familie er det veldig mye besøk. Det er noen som har venner også. Vennene kommer og går, men det er jo det å gi tilbake igjen også, man kan jo tenke selv hvis vi måtte dra hjem til noen hver eneste gang. Men familie er her ganske ofte. (Bofellesskap 4, fokusgruppe 1)

I dette bofellesskapet, der det bor unge voksne mellom 20 og 30 år gamle, har de mye besøk av familien. Dette er i tråd med at en har sett en økning i kontakt med familie for personer med utviklingshemming som bor i bofellesskap siden 2000-tallet (Söderström & Tøssebro, 2011). I dette bofellesskapet kan en forklaring på at den enkelte beboer har så hyppig kontakt med familien være at beboerne er forholdsvis unge og at det ikke er lenge siden de flyttet ut av foreldrehjemmet. I og med at det ikke er så lenge siden de har flyttet ut av foreldrehjemmet, så har de også fortsatt relativt god kontakt med venner som de har hatt i oppveksten. I sitatet reflekterer de ansatte over at i vennskap ligger det en gjensidighet, «det å gi tilbake igjen». I dette ligger det en forståelse av at hvis jeg besøker deg, forventer jeg at du også skal besøke meg, men at i dette bofellesskapet kan det virke som om det er en enveis praksis, beboerne bare kan ta i mot besøk, men det er vanskelig å gjengjelde besøket ved å dra til sine venner på besøk, og at dette kan gå ut over vennskapet. De ansatte snakker om at det ikke er bemanning til å kunne følge en beboer som ønsker å besøke en venn utenfor bofellesskapet.

De fleste har venner utenfor huset her og, og det å dra til den personen på en onsdag, det kan by på vanskeligheter. Noen ganger... noen ganger får vi det til, andre ganger ikke. Så å opprettholde de vennskapene er vanskelig når du ikke kan dra ut når man vil. Å opprettholde familiebåndene [...] eller fritidsaktiviteter når du ikke kan dra ut når du vil. Eller organisasjonen du er med i, alt henger sammen med den spontaniteten. [...] I et ideelt samfunn burde de hatt en person hver. En som kunne vært med dem, bare kjørt de en plass. en til en. Bare kjørt til kompisen og dratt tilbake, så kunne de ringt og sagt nå vil jeg hjem (Bofellesskap 4, fokusgruppe 1).

De ansatte peker på ressursknapphet som en årsak til at beboerne ikke kan følge opp vennsapsrelasjoner. I sitatet reflekteres det i liten grad over om de kunne organisert tjenestene på en annen måte innenfor de rammene de har til rådighet, slik at beboerne kunne ivarett vennskap på en bedre måte. Inkludering er et viktig politisk ideal og en av hovedmålsettingene for de kommunale tjenestene for personer med utviklingshemming. Da er det et tankekors at de ansatte opplever at de i liten grad klarer å legge til rette for at vennskap, familiebånd og organisasjonstilknytning kan opprettholdes på en tilfredsstillende måte. Spesielt med tanke på at denne gruppen beboere er spesielt sårbare i forhold til å utvikle sosiale nettverk. En annen problemstilling som kommer til overflaten når vi snakker om temaet vennskap og besøk av venner, er hvem har ansvar for å yte tjenester hvis den som kommer på besøk også har behov for tjenester.

Vi har hatt en beboer som vi har veiledet i forhold til overnatting. Beboer har egentlig behov for ro og å være for seg selv om natta, men spør om å få ha overnattingsbesøk. Da minner vi om tidligere erfaringer. Det er også utfordringer med overnatting av personer som trenger hjelp om natta, hvem skal ha ansvaret for det? Det må være en forutsetning at besøkende klarer seg selv. Av og til har vi vært bekymret for at det er noe uavklart hvem som har ansvar ved overnattingsbesøk. Det er problemstillinger knyttet til sikkerhet, f.eks. hvis det blir brann og nattevakta på grunn av overnattingsgjester får flere å ha ansvar for. Så er det overnatting i telt ute som er stas. Dette spørsmålet kommer opp hver sommer. Her er det også spørsmål om ansvar. Nattevakta kan ikke gå ut av boligen på grunn av ansvar for andre beboere (epilepsivakt). Området utenfor boligen er heller ikke et egnet sted å overnatte i telt. Det var en situasjon der en beruset person forstyrret de som overnattet i telt tidligere en sommer (Bofellesskap 2 fokusgruppe 3)

I dette sitatet fra et fokusgruppeintervju snakker de ansatte om utfordringer de enten har opplevd eller kan se for seg at kan oppstå ved overnattingsbesøk. Sitatet tar opp tre ulike problemstillinger. For det første er det snakk om at beboeren ikke klarer å vurdere sitt eget behov for ro om natta. Tidligere erfaringer har vist at beboeren ikke liker forstyrrelsene overnattingsbesøk medfører. Her har de ansatte et paternalistisk perspektiv, som er et uttrykk for at beboeren ikke vet sitt eget beste, men ved å minne på om at dette ikke har gått bra før (og sannsynligvis ikke vil gjøre det denne gangen heller), så forstår beboeren at å invitere overnattingsgjester ikke er lurt. Om beboeren skal gjøre seg egne erfaringer enda en gang, reflekteres ikke i dette sitatet, det kan være at det har vært gjentatte forsøk med overnattingsgjester og at det aldri har fungert. Samtidig er det viktig at behovet for ro settes i et større perspektiv. Å ha overnattingsgjester vil føre til at vertskapet ikke kan gjøre akkurat som en selv vil, men må ta hensyn til gjesten. Slik er det for alle som har overnattingsbesøk. Hvor stort ubehag medfører det? Hvilke konsekvenser får det? Det kan være et spørsmål å ta opp til drøfting på fagmøter om hvor mange ganger en beboer skal få gjøre seg egne erfaringer på bakgrunn av egne valg og selvbestemmelse, før de ansatte veileder beboeren til beslutninger som de mener er mer fornuftige ut i fra de ansattes perspektiv.

Overnattingsgjester med egne hjelpebehov er den andre problemstillingen sitatet tar opp. Det er ikke uvanlig at personer med utviklingshemming som bor i et bofellesskap, har venner som bor i andre bofellesskap. Når de er på besøk til hverandre er det en risiko for at det oppstår behov for hjelp, kanskje spesielt i forbindelse med overnattingsbesøk. I følge sitatet må det være en forutsetning at den som er besøkende klarer seg selv, og knytter dette til blant annet sikkerhet hvis noe skal oppstå i løpet av natta. Igjen ser vi at de ansatte opplever konflikt mellom klientsentrerte og organisasjonssentrerte mål (Lipsky, 2010), de ansatte må følge de organisasjonssentrerte målene for ikke å bryte sikkerhetsregler (f.eks. brannsikkerhet).

Systemene som skal hindre brudd på organisasjonssentrerte mål er etablert med prosedyrer, rutiner og avvikssystemer. Brudd på disse reglene registreres i internkontrollsystemer og kan få konsekvenser for den ansatte som er ansvarlig (jf. kapittel 6.2.2).

Derimot er det ingen systemer som skal sikre at det ikke skjer brudd på målsettinger om at den enkelte beboer skal leve et aktivt voksenliv, der en forutsetning er at vennskap og relasjoner etableres og utvikles gjennom f.eks. overnattingsbesøk eller spontane aktiviteter sammen med venner. Det er selvfølgelig viktig at sikkerheten ivaretas, men det er uheldig hvis det blir overlatt til den enkelte ansattes skjønn å ta stilling til slike problemstillinger. I slike situasjoner er det lett at det lages retningslinjer som forbyr personer med hjelpebehov å overnatte hos beboere som bor i bofellesskap, da finnes det kjøreregler som det er lett for alle parter å forholde seg til, og ansvaret løftes vekk fra den enkelte ansattes skjønnsette og relasjonen ivaretas ved at den ansatte slipper å komme i konflikt med beboer. På den andre siden vil ikke dette ivareta likebehandling eller en individuell vurdering av behov, som er viktige idealer for tjenestene. En annen utfordring er at det kan være problematisk å definere hva som er et hjelpebehov som er alvorlig nok til å hindre at en person får lov å overnatte i et annet bofellesskap. Som eksemplet viser er det svært mange hensyn å ta i slike situasjoner, og målene er mange, til dels uklare og motstridende. Diskusjoner med utgangspunkt i rettigheter (CRPD), og faglig refleksjon i kollegiet vil kunne være et godt utgangspunkt for dialog med beboer, potensiell gjest og samarbeid med eventuelt denne personens tjenesteytere, og kan være en fruktbar måte å forholde seg til disse komplekse problemstillingene på.

Den siste problemstillingen i sitatet som jeg vil nevne – om overnatting ute i telt, henger til en viss grad sammen med problemstillingen over. Her pekes det på hvilket ansvar nattevakten har for beboere som ikke sover hjemme. I dette tilfellet, et telt på plenen, men det kan også trekkes en parallell til overnatting hos noen andre. Når du bor i bofellesskap og har behov for tjenester, hvilke begrensninger fører det til? Hvis den samme beboeren ikke hadde bodd i bofellesskap, men mottatt punktjenester (kalles også ambulerende tjenester eller hjemmetjenester) fra kommunen, hadde situasjonen stilt seg likedan? Eksemplene i sitatet reiser mange problemstillinger og viser kompleksiteten som tjenesteyterne står overfor med mange utydelige og til dels motstridende mål.

Et annet aspekt knyttet til besøk i leilighetene som kommer fram i fokusgruppeintervjuene, er pårørendes ønsker. Det er ikke alltid at pårørendes forventninger og mål om hva som er et godt sosialt voksenliv er de samme som beboers, eller de ansattes, for den saks skyld:

Det er noen [av beboerne] som ikke vil ha besøk, mens mor mener hun skal ha besøk: «Alle 30-åringene har besøk!» Det blir mors prosjekt, men det er vi som må stå i utageringen. Bror [til beboer] har forstått hvordan det er, for han ringer på døra og setter seg i fellesarealet, og da kommer hun hit og de kan være sammen i timevis uten at det er noe problem (Bofellesskap 2 fokusgruppe 1)

Dette sitatet kan tyde på at pårørende har et ønske om å normalisere sitt voksne barns liv. Et ledd i normaliseringen er å ta i mot besøk hjemme. Men i følge de ansatte ønsker ikke beboeren besøk i leiligheten sin. De oppfatter at mor er et problem som har forventninger om at beboer skal ta i mot besøk hjemme, og at det skaper uro og utagering som de ansatte må håndtere. De ansatte er mer sympatiske til beboerens bror sin fremgangsmåte, som bruker fellesarealet som arena for besøket, og de viser til at besøk som avholdes i fellesarealet kan foregå i lang tid (flere timer) uten at det oppstår noen problemer. Dette sitatet viser at det er ulik oppfatning mellom pårørende og ansatte om hvilke idealer og mål som skal prioriteres. Skal idealer om normalisering og et voksenliv i eget hjem være målet, eller er det selve samhandlingssituasjonen og kvaliteten på denne som er det viktige. Begge målene er viktige i en persons liv og det er vanskelig å si at det ene er viktigere enn det andre, men uttalelsen fra de ansatte vitner om at de mener at det broren gjør er det riktige, han har «forstått hvordan det er». Den avvikende atferden med ikke å ønske besøk i eget hjem aksepteres, mens normalisering blir av de ansatte sett på som «mors prosjekt». De ansatte gjør dette til et spørsmål om selvbestemmelse, og reflekterer ikke over at denne beboeren tar fellesarealet i bruk som en del av sitt private hjem og flytter en del av den private sfæren ut i fellesarealet. På den annen side fører besøk hjemme i leiligheten til utagering, i følge de ansatte, og det er et tydelig tegn på at noe i besøkssituasjonen ikke fungerer. Spørsmålet er hva som er løsningen på denne situasjonen. De ansatte reflekterer i liten grad over den private bruken av fellesarealet, og det kan virke som de mener det er en god løsning.

7.2 Oppsummering

Idealer og mål for omsorgstjenestene kan oppfattes som abstrakte, uklare og til tider motstridende. For å imøtekomme disse utfordringene er det nødvendig at de som arbeider i omsorgen utøver faglig skjønn i mange situasjoner. I dette kapitlet har jeg satt fokus på noen dilemmaer som ansatte opplever i arbeidshverdagen. Gjennom analyser av lederintervjuer og fokusgruppeintervjuer har jeg belyst faktorer som påvirker skjønnsutøvelse i situasjoner der de ansatte opplever dilemma mellom motstridende mål. Kapitlet viser at ansatte i ulike bofellesskap har ulike vurderinger, og legger vekt på forskjellige idealer i skjønnsutøvelsen. Eksemplene viser at ansatte legger ulik forståelse og rasjonalitet bak sine vurderinger. Det

legges også ulik vekt på idealet om selvbestemmelse versus helsefremming og forebygging, selvbestemmelse versus avvikende atferd og hvor grensen for intervensjon fra de ansattes side går. Kapitlet har også drøftet ulike dilemma som oppstår i en praksis som både er et hjem og en arbeidsplass.

Jeg har tatt til orde for at tydeliggjøring og konkretisering av overordnede politiske mål og idealer gjennom faglig refleksjon og drøfting i praksisfellesskapene, er en nødvendig forutsetning for å lykkes med å realisere idealene i praksis. Ikke minst har ledelsen ved virksomhetene stor betydning for om de lykkes eller ikke. Dette kommer jeg tilbake til i neste kapittel.

Konklusjoner fra det landsomfattende tilsynet med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming (Helsetilsynet, 2017a) peker nettopp på at det i noen kommuner er uklare ansvarsforhold, og at ledelsen ikke følger opp praksis gjennom å etterspørre forhold nedover i organisasjonen. Betydningen ledelse har for å realisere politiske idealer og utvikle gode tjenester samsvarer også med annen forskning om nærledelse og «Active Support» i bofellesskap for personer med utviklingshemming (Beadle-Brown et al., 2015; Beadle-Brown et al., 2014; Mansell, 2006; Mansell et al., 2008).

Uten mål for den enkelte beboer, konkretisering av idealer og mål i kommunale planer, eller tilstedeværende og tydelig ledelse, blir det opp til den enkelte ansatte å tolke og omsette idealene til konkrete handlinger. Uten tilstedeværende ledelse er det den enkelte ansatte som må stå ansvarlig for beslutninger som tas og argumentere for og forsvare disse overfor beboere og pårørende. Kapitlet har vist eksempler på at den enkelte ansatte, eller hele personalgruppa, i noen tilfeller er gjort ansvarlig for å forvalte en praksis som de ikke er komfortabel med. Det er nødvendig at kommunen arbeider med å trygge de ansatte i arbeidet med å realisere politiske idealer og mål. Det er nærliggende å tro at i tillegg til tydelig ledelse, vil faglig refleksjon og veiledning kunne være en støtte i dette arbeidet, for ikke å si helt nødvendig. I bofellesskapene der de ansatte uttrykker størst utfordringer, hevder de ansatte at de har mange faglige diskusjoner, men mye tyder på at det er diskusjoner som skjer i hverdagen, uten at det er en systematikk eller struktur med mål om å komme til enighet om felles målsettinger for personalets praksis, eller at refleksjonene tar utgangspunkt i idealer og rettigheter. Det virker som det eksisterer en møtstruktur med faste faglige møtepunkter, men at dette ikke følges opp.

Vi har ikke en god struktur for fagmøter og ...så det blir liksom mest når vi treffes når vi er ferdig med oppgaver, hvis vi har en kaffepause eller et eller annet. Da kan det

oppstå mange gode diskusjoner. Men det er litt lite struktur i det (Bofellesskap 1, fokusgruppe 2).

I en annen fokusgruppe i samme bofellesskap der de ble spurt om de har en kultur for å stille kritiske spørsmål til egen praksis, konkluderer med at det har de ikke, men at de skulle brukt en samhandlingsarena de kaller refleksjonsgrupper til å ta opp aktuelle problemstillinger og dilemma de opplever i hverdagen:

Men at det kanskje skulle vært mer rom for å diskutere og kanskje vi kunne gjort det i et forum hvor vi er samlet alle. Det har jeg litt tro på. Men vi gjør ikke det. En stund hadde vi refleksjonsgrupper og jeg syntes det var veldig interessant, men nå har vi det neste aldri. Men det går det an å gjøre noe med. (Bofellesskap 1, fokusgruppe 3)

Strukturer som er etablert, følges ikke opp. Tiltak for å fremme faglig refleksjon forsvinner i den daglige tjenesteytingen når ingen har eller tar, ansvar for å ivareta dem. I prinsippet er det samme risiko for å oppleve disse dilemmaene i alle bofellesskap. Forskjellen er at der de ansatte har en ledelse som følger opp faglige møtepunkter og strukturer for faglig refleksjon, erfarer ikke i samme grad av problemer med å prioritere hvilke idealer og mål som er viktige for praksisfellesskapet. De har funnet et felles faglig utgangspunkt for skjønnsutøvelsen. Ledere med ansvar for disse bofellesskapene er i større grad synlige og kommuniserer idealer og mål til ansatte kontinuerlig gjennom disse møtepunktene. De tar ansvar for de ulike lederfunksjonene som er etablert i organisasjonen, med forventninger om at alle følger opp sine ansvarsområder.

Intervjuene med de ansatte og lederne indikerer at bofellesskapene med tydeligst faglig ledelse, er de bofellesskapene som legger mest vekt på idealet om selvbestemmelse. Fokusgruppeintervjuene med ansatte i disse bofellesskapene kjennetegnes ved at de ansatte uoppfordret snakker positivt om hvordan lederen følger opp faglige problemstillinger, ser de ansatte, følger opp avvik og har utviklet et system for faste møteplasser der faglige problemstillinger drøftes. I disse bofellesskapene er det også utarbeidet individuelle mål sammen med den enkelte beboer og det er et system for å evaluere målene. Det er også færre uoverensstemmelser med pårørende.

I bofellesskap der de ansatte i fokusgruppeintervjuene ikke nevner ledelsen uoppfordret eller kritiserer ledelsen for mangelfull oppfølging, ser det ut til at beboernes selvbestemmelse blir nedprioritert til fordel for pårørendes ønsker, paternalistiske holdninger eller en mer instrumentell etterlevelse av rutiner som dags- og ukeplaner. I disse bofellesskapene er det mindre kritisk refleksjon over egen praksis. Mye fokus er på hva de ansatte skal gjøre – vaske, handle og følge beboere på aktiviteter – men det er lite refleksjon over hvorfor ting gjøres.

Den ansatte står ofte alene og forsværer sin yrkespraksis, og har lite kjennskap til kommunale målsettinger for virksomheten (hvis de finnes), og det er ikke utarbeidet individuelle mål i samarbeid med den enkelte beboer. Det kan også synes som om det er flere spenninger mellom ansatte og pårørende i disse bofellesskapene.

Dette tyder på at ledelse er en viktig forutsetning for å lykkes med å nå idealer og mål for omsorgen, som er tema for neste kapittel.

Kapittel 8 Ledelse – nøkkelen til realisering av idealer og mål

Rekruttering og utvikling av gode ledere er et sentralt virkemiddel i NPM for å lykkes med å utvikle gode helse- og omsorgstjenester. Styringslogikken i offentlig sektor har stort fokus på ledelse, og stor tro på ledelsens betydning for å oppnå definerte resultatmål. Helse- og omsorgssektoren er en stor sektor, men det er forholdsvis få ledere i forhold til størrelsen på virksomhetene. Virksomhetsledernes samfunnsoppdrag er å forvalte og lede tjenestene slik at målene i størst mulig grad nås. I det kommunale styringssystemet vil målene enten settes av overordnede myndigheter gjennom lover og forskrifter, eller av politikere på lokalt nivå gjennom kommuneplaner som f.eks. handlings- og økonomiplaner. Som en av enhetslederne uttrykker det: *Det er ikke vi som styrer målene, men vi styrer tiltakene for hvordan vi vil nå målene* (Enhetsleder, kvinne, vernepleier). Gjennom de nye styringssystemene har enhetsledere fått delegert større myndighet. De har mer frihet til å organisere virksomhetene slik de selv mener løser oppgavene på en best mulig måte, og de står friere til å velge metoder i arbeidet med å nå målene. Det er måloppnåelse innenfor de gitte rammene som er premisset for denne autonomien. De formelle lederne har styringsrett og legal makt til å sette dagsorden på formelle arenaer i møter med ansatte, beboere, pårørende og andre aktører.

Når det gjelder fagdager eller faglig retning kan jeg påvirke mye. Jeg kan være med på å engasjere eller sette fokus på noe vi skulle gjort. Her føler jeg at jeg kan påvirke mye (Fagleder, kvinne, sykepleier).

I sin nyutgivelse av boka *Street-Level Bureaucracy* tar Lipsky (2010) for seg endringer i offentlig styring som har skjedd i løpet av de 30 årene som har gått siden boken første gang ble utgitt. Han har tidligere understreket utfordringer med å lede bakkebyråkrater i deres arbeid, fordi det er lagt opp til utstrakt bruk av skjønn i utøvelsen av arbeidet. Han viser til reformene i offentlig styring som virkemidler som myndighetenes har brukt for å få mer kontroll over at den enkelte ansatte faktisk arbeider for å realisere politiske idealer og mål. Han sier:

These reforms of street-level bureaucracy seek to harness measurement of performance with appropriate sanctions and rewards. Their success appears to depend upon the alignment of the new approach with the core values of the agency, the clarity of the mission, and the extent to which street-level bureaucrats can in fact improve their performance in pursuit of the mission (Lipsky, 2010, s. 229)

Han mener at ledelsen kan påvirke de ansattes prestasjoner gjennom strategisk å velge hvilke data de samler inn, og hvilke konsekvenser utførelsen av arbeidet får. Et eksempel er

internkontrollsystemene som ble drøftet i kapittel seks. Lipsky (2010) refererer til Behns (1991) når han oppsummerer hvordan bakkebyråkrater endrer atferd, motivasjon og produksjon gjennom ledelsens påvirkning. Han analyserte en situasjon der regelverket som ansatte i Massachusetts Departement of Welfare forvaltet ble endret, og det var behov for å implementere ny praksis. Ledere som lyktes med å implementere endringer hadde noen egenskaper:

1. *They established a clear mission for the agency, and developed a wide range of vehicles and events to communicate it throughout the ranks.*
2. *They set specific goals for individuals and for each work unit leaving no doubt about the agency's highest priorities.*
3. *They monitored performance and rewarded workers' success at the individual and unit level.*
4. *They were personally involved in monitoring agency performance (Lipsky, 2010, s. 227)*

Begge sitatene over viser at for å lykkes må lederne tydeliggjøre virksomhetens samfunnsoppdrag (mission) og definere mål. Resultatene ser også ut til å være avhengig av at metodene som benyttes er tilpasset verdigrunnet i tjenesten. Det er viktig at ledelsen etablerer arenaer for å kommunisere og drøfte oppdraget og målsettingene. Samtidig må ledelsen undersøke om de ønskede resultatene oppnås.

Flere undersøkelser peker på at ledelse er en sentral faktor for å realisere sosialpolitiske idealer for personer med utviklingshemming som mottar omfattende tjenester (Beadle-Brown et al., 2015; Beadle-Brown et al., 2014; Bigby & Beadle-Brown, 2016; Clement & Bigby, 2012; Mansell, 2006). Den store variasjonen i kvalitet på tjenestene som finnes mellom ulike former for organisering av tjenester (store og små institusjoner og bofellesskap (staffed housing)) og variasjoner innad i de enkelte virksomhetstypene (Emerson & Hatton, 1994; Kozma et al., 2009) kan blant annet forklares med «the first-line manager» – gruppelederens – rolle i å gi retning og form på tjenestene som ytes (Mansell, 2006). Kvaliteten på tjenestene påvirkes av hvordan lederen er involvert i veiledning og tilrettelegging av arenaer for faglig refleksjon.

I en kunnskapsoppsummering peker Bigby og Beadle-Brown (2016) på at det er en utbredt oppfatning at ledelse som anerkjenner og styrker god profesjonspraksis påvirker kvaliteten på tjenestene, men de finner lite forskning som faktisk viser dette. De mener at forklaringen på det lave antallet forskningsfunn på dette området, er at det i realiteten eksisterer lite av denne formen for ledelse. Det er derimot forskning som viser at nærledelse har effekt, ved at det stimulerer til en praksis som involverer beboere i dagliglivets aktiviteter (active support)

(Beadle-Brown et al., 2015; Beadle-Brown et al., 2014), men det er lite forskning som har undersøkt førstelinjelederens erfaringer (Clement & Bigby, 2012). Beadle-Brown et al. (2015) peker på behovet for mer forskning for å avdekke faktorer som gjør førstelinjelederne til gode nærledere. Kunnskap om slike faktorer vil kunne ha implikasjoner for opplæring av ledere.

Begrepet *nærledelse* innebærer veiledning og tilstedeværelse fra en leder. I den internasjonale litteraturen brukes ofte begrepet *practice leadership*, som er en metodikk med flere tilnærminger til lederens faglige oppfølging av de ansatte: Tjenesteytingen vedlikeholdes og utvikles gjennom å ha fokus på beboerens livskvalitet, og tjenestene organiseres og ytes når beboerne trenger og ønsker det. Kvalitet på tjenesteytingen evalueres gjennom individuell veiledning og tilbakemeldinger. Nærlederen deltar i praktisk miljøarbeid og er en rollemodell for god praksis. Faglige møtepunkter er et ledd i å vurdere og forbedre teamets arbeid med å sette beboere i stand til å delta i aktiviteter og utvikle relasjoner (Mansell et al., 2004 refert i Beadle-Brown et al. 2014).

I et forskningsprosjekt som beskriver forventninger til førstelinjeledere i tjenester for personer med utviklingshemming i staten Victoria i Australia, bygger Clement og Bigby (2012) på en kompetanseoversikt Hewitt et al. (2004) utviklet i en undersøkelse fra Minnesota. De fant flere kompetanseområder som er viktig i jobben som førstelinjeleder (house supervisor) i bofellesskap for personer med utviklingshemming. De har definert og prioritert 14 områder der førstelinjelederen bør inneha kompetanse: 1) Bedring av arbeidsforhold 2) Direkte tjenesteyting 3) Utvikle inkluderende og støttende beboernettverk 4) Legge til rette for planlegging og kontroll 5) Personalledelse 6) Lede opplærings- og utviklingsaktiviteter for personalet 7) Fremme samfunnskontakt 8) Vedlikehold av boliger, kjøretøy og eiendom 9) Ivareta helse og sikkerhet 10) Administrere økonomi 11) Administrere vaktlistene og personalet 12) Koordinere daglige aktiviteter 13) Koordinere retningslinjer, prosedyrer og overholdelse av regler 14) Kontorarbeid (For utdyping og eksempler se tabell hos Clement og Bigby (2012, s. 134)). Clement og Bigby (2012) finner, i tillegg til de ulike kompetanseområdene, at førstelinjeledernes *orientering* er viktig. De skiller mellom fem typer orienteringer som ledere må inneha: 1) Lidenskap for faget og direkte arbeid med beboere 2) Utholdenhet og fleksibilitet til å skifte mellom ulike roller 3) Ro og evne til å respondere på uventede hendelser 4) Toleranse for eller ønske om å ha frihet i arbeidet gjennom å lede relativt autonome ansatte med fysisk avstand til annen administrasjon og ledelse 5) Balanse mellom arbeid og fritid må være tilpasset skiftarbeid. Som de nevnte forskningsprosjektene har erfart, vil mange av kompetanseområdene også kunne gjenfinnes i bofellesskap på tvers

av landegrenser, men det vil også være forskjeller i organisering, styringssystemer og ordninger som gjør at det også vil være områder som ikke er like relevante, og kompetanseområder som ikke er nevnt, som vil ha betydning under norske forhold. Mitt mål med denne avhandlingen er ikke å undersøke kompetansebehov som ledere i omsorgstjenestene måtte ha, men jeg velger å bruke kompetanseområdene som et grunnlag for den videre analysen av hva ansatte og ledere sier om ledelse i bofellesskapene vi har undersøkt. Det er viktig å understreke at ledere som er intervjuet i de individuelle intervjuene i mitt datamateriale kan, i de fleste tilfellene, ikke karakteriseres som førstelinjeledere, men på nivåene over.

Dette kapitlet har tre delkapitler «Organisering – de kommunale lederrollene», «Ledelsens utfordringer» og «Kjennetegn ved god ledelse». Jeg vil i første delkapittel drøfte ulike roller, funksjoner og generelle trekk ved ledelse av helse- og omsorgstjenester som foregår i hjemmet hos folk. I andre delkapitlet peker ledere på ulike nivå i virksomhetene på hva de mener er utfordringer omsorgstjenestene står overfor. Lederavtaler er et utbredt virkemiddel i styringen av kommunale tjenester og jeg drøfter betydningen det har for ledelse og styring. Ledernes påvirkning oppover i organisasjonen, «bottom up», er et annet spørsmål som er relevant. Derfor drøfter jeg hvordan lederne opplever sin mulighet til å påvirke mål og organisering av tjenestetilbudet gjennom å være premissleverandører for utviklingen av tjenestene. Avslutningsvis i delkapitlet blir betydningen de økonomiske rammene har for tjenestene, og hvilke forventninger til ansatte og kommunen har til lederen, drøftet. I siste delkapittel drøfter jeg hva som kjennetegner ledelsen ved bofellesskap som ser ut til å lykkes med å realisere sosialpolitiske idealer i større grad enn ledelsen i andre bofellesskap der idealene har mindre betydning.

8.1 Organisering – de kommunale lederrollene

I denne teksten bruker jeg ulike betegnelser på ledelse som utøves nærmest de ansatte. Nærleder, førstelinjeleder og bokoordinator. Betegnelsene kan i mange tilfeller brukes synonymt, men det kan også være ulike forståelser knyttet til begrepene. Nærleder kan både være en *rolle* ledere på ulike nivå kan ta, bokoordinator har en lederfunksjon, men er en *stillings- eller funksjonsbetegnelse*, mens førstelinjeleder uttrykker *plassering i organisasjonen* og handler om ledelsen av de som jobber direkte med beboere. Det er den konkrete praksisen og konteksten som bestemmer hvordan betegnelsene forstås. Begrep som nærleder eller førstelinjeleder brukes ikke av de ansatte i sosialtjenestene. De bruker stillings-

eller funksjonsbetegnelser på de ulike lederne (jf. tabell 3). Måten tjenestene er organisert på i norske kommuner gjør at avdelingsledere, fagledere eller enhetsleder kan ha ansvar for deler av nærledelsen gjennom at det er de som definerer lokale mål og følger opp ansatte i større eller mindre grad. Mens bokoordinator eller driftskoordinator, på sin side, ivaretar andre deler av nærledelsen.

Lederfunksjonen som er nærmest de ansatte er bo- eller driftskoordinatoren, som har ansvar for å tilrettelegge den daglige driften, eller deler av driften, i bofellesskapet. Dette sitatet fra et fokusgruppeintervju beskriver lederhierarkiet:

På huset her har vi en bokoordinator, så er det meg som er driftskoordinator. Det er jo to ledere på huset, så ovenfor der igjen så har vi en fagleder, som da har flere sånne hus rundt omkring [i kommunen]. Hun er ikke så ofte her, men er med på personalmøtene og sånn. Hun er jo innom og da. Men det er kanskje meg og bokoordinatoren som diskuterer mest med henne da, og [avgjør]om det er noe vi vil ta videre. Så over der så har vi enhetsleder, som er toppen på enheten.

Det er enhetslederne som har personal- og budsjettansvar, og har ansvar for at målene for virksomheten nås, såkalt resultatansvar. Det er på dette nivået at eventuelle lederavtaler inngås. Sitatet over gir inntrykk av at det er mange styringsledd mellom den enkelte ansatte som jobber i den praktiske omsorgen og lederen som har personalansvar. Avstanden mellom de ulike nivåene vil ofte være avhengig av kommunens størrelse. I mindre kommuner vil det være mer kontakt mellom ledelsen på høyere nivå og nivåene lenger ned i organisasjonen. Større kommuner kan samle en type virksomhet i en enhet, f.eks. bolig og aktivitetstilbud for utviklingshemmede, mens mindre kommuner samler flere tjenester under en enhetsleder som f.eks. en helse- og sosialsjef med ansvar for både bolig og aktivitetstilbud for utviklingshemmede, rus og psykiatritjeneste, hjemmetjeneste osv. Tabell 4 nedenfor, illustrerer lederfunksjoner på ulike nivå og viser at det er mange funksjoner som er etablert for å ivareta tjenestene. Det er viktig å understreke at dette er en illustrasjon på hvordan kommuner kan organisere tjenestene. Det vil være variasjon mellom kommunene og innad i kommunene på hvordan de faktisk gjør det. Jeg har også inntrykk av at det er stor endringstakt og hyppig omorganisering i de kommunale tjenestene.

Alle de seks kommunene i dette prosjektet har blitt omorganisert på en eller annen måte i løpet av de tre årene vi har samarbeidet. Enten ved at nye enheter har blitt etablert, nye ledernivå innført eller gjennom kommunesammenslåing. Det gjør at det til stadighet er omrokking og endringer i organisasjonen på et eller to nivå over den daglige tjenesteytingen. Ledere skifter ansvarsområder og de ansatte får nye sjefer å forholde seg til. Samtidig skjer det ikke så mange endringer i praksis i det enkelte bofellesskapet. Der

gjennomføres de samme aktivitetene og de samme rutinene følges, uavhengig av hvilket regime som styrer over. Men det finnes også unntak fra dette. Som nevnt i kapittel seks har en av kommunene valgt å endre organiseringen av et av bofellesskapene i kommunen. Ved å avvikle det vi kan kalle «et tradisjonelt bofellesskap» med fellesarealer og kontorer, og etablere bo- og tjenestetilbudet i et boligkompleks med egne inngangsdører til hver leilighet og personalbase i en av leilighetene. Dette viser også at kommunene er på stadig leting etter nye og bedre måter å organisere virksomheten på. Jeg kommer tilbake til dette temaet i kapittel ni.

Tabell 4 Ledernivå og lederfunksjoner i organisering av bofellesskap

Nivå	Stilling/funksjon	Betegnelse
Kommune	Rådmann	Rådmann eller kommunaldirektør
Resultatenhet	Enhetsleder	Enhetsleder i større kommuner, helse- og omsorgssjef i mindre kommuner. Har personal- og budsjettansvar
	Fagledere	Har definert faglig ansvar og følger opp ett eller flere bofellesskap og aktivitetstilbud med faglig veiledning.
Bofellesskap	Bo- og/eller drifts koordinatore	Ansvar for daglig drift.
	Primærkontakt (og eventuelt sekundærkontakt)	Ansvar for kontakt og kommunikasjon med beboer og oppfølging av vedtak om tjenester og utarbeidelse av individuelle mål.
	Ansvarsvakt	Ansvar for organisering på en vakt.
	Høgskoleutdannet personale	Definert ansvar for enkelte oppgaver (medisin, tvang)

I analyser av intervjumaterialet blir ledelse belyst på ulike måter. Gjennom individuelle intervju med kommunale ledere på rådmanns-, enhets- og fagledernivå har jeg fått deres oppfatning om utfordringer og suksessfaktorer, og ikke minst hva de mener er nødvendige egenskaper når en skal lede den type virksomheter som de har ansvar for. Det har også dukket opp tema knyttet til ledelse og styring i fokusgruppeintervjuer med ansatte, uten at vi eksplisitt har stilt spørsmål om det. I enkelte av fokusgruppene har bokoordinator vært deltakere. De har en viktig rolle i bofellesskapet. En av informantene, som selv innehar denne

funksjonen hevder at *Årsaken til at det fungerer så bra her er at vi har noen veldig dyktige koordinatorene som gjør en kjempejobb* (Bofellesskap 5, fokusgruppe1).

Ulik organisering og ulike lederfunksjoner i styringslinjen gjør at det i noen situasjoner kan være litt uoversiktlig. Det er ikke et ukjent fenomen at det kan være vanskelig å vite hvem som har rollen som «nærleder» i det enkelte bofellesskap (Beadle-Brown et al., 2015). I mange tilfeller er det bokoordinator som innehar rollen som nærmeste leder, men denne funksjonen har ikke definert resultatansvar, økonomisk ansvar eller arbeidsgiveransvar. Bokoordinator står likevel ofte for den daglige driften ved at hun er tillagt ansvar for utarbeidelse av turnus og vaktbok, samt andre daglige driftsoppgaver. Samtidig er det et faglig element i rollen. Bokoordinator har ansvar for å ivareta faglig og etisk tjenesteutøvelse ved den aktuelle boligen, og har ansvar for kommunikasjon med brukere, pårørende og andre samarbeidspartnere. Størstedelen av stillingen er likevel knyttet til arbeid i miljøet og omfatter nødvendig helsehjelp og praktisk bistand til personer med bistandsbehov. Det viktig å understreke at bokoordinatorer bare delvis fyller definisjonen på *nærledelse* slik Mansell et al. (2004) definerer denne lederrollen i bofellesskap for personer med utviklingshemming.

Ledelsen har en viktig rolle i arbeidet med å realisere sosialpolitiske mål og idealer for den enkelte beboer. Både i arbeidet med å finne og utvikle gode former for organisering av arbeidet, og ikke minst i arbeidet med å fortolke idealer og sette klare mål for virksomheten, vil lederen ha en nøkkelrolle. Det er ledelsen som må legge til rette for at overordnede mål og idealer omsettes til konkrete tiltak for den enkelte, og at det utvikles individuelle mål og planer for den enkelte beboer. Med mange ulike nivå og lederfunksjoner, og stort lederspenn, kan det både være utfordringer med å nå fram med styringssignaler nedover i organisasjonen «top down», og å fange opp signaler nedenfra «bottom up». Det gjør at det må eksistere systemer for kommunikasjon og dokumentasjon, og det må være en kultur for å sikre denne kommunikasjonen. Noen av de formelle rapporterings- og dokumentasjonssystemene er drøftet i kapittel 6.2.2. Videre i dette kapitlet vil jeg drøfte ledernes rolle i dette arbeidet.

8.2 Ledelsens utfordringer

Hvis sosialpolitiske idealer og mål skal realiseres vil det være en fordel om de er kjent for de ansatte, og at de ansatte er trygt forankret i idealene for omsorgen. I kapittel fem så vi at styringsideologien i offentlig sektor er basert på resultatoppnåelse. Både i statens styring av kommunene og i kommunenes interne styring anvendes resultatbaserte styringssystemer. Hvis styringsideologien skal bygge opp under sosialpolitiske idealer og mål, kan det være et poeng

at resultatmålene gjenspeiler disse målsettingene. Utfordringen er at mange av de sosialpolitiske målsettingene ikke så lett lar seg måle og tallfeste. Noe av kritikken mot NPM, har nettopp vært dette – det som kan telles får for mye av oppmerksomheten, og viktige idealer som ikke så lett kan måles og tallfestes, blir usynlige. I mange tilfeller vil f.eks. en beboers individuelle oppfatning av livskvalitet eller et godt liv, være vanskelig å beskrive med målbare kvalitetsindikatorer. Da er det en fare for at systemet ikke klarer å definere konkrete målbare resultatmål for viktige aspekter ved livet til de som er avhengig av hjelpen. De ansatte vil måtte fungere som en forsikring eller garantist for at disse verdiene blir ivarettatt, når systemet ikke klarer å gjøre det. De må også gjøre vurderinger av kvaliteten på tjenestene, og har ansvar for å si fra hvis kvaliteten på tjenestene ikke er tilfredsstillende (Schön, 1983). Ledelsen må legge forholdene til rette slik at de ansatte både kan forholde seg til de formelle systemene de er pålagt å benytte, samtidig som resultater i form av indikatorer på kvalitet blir gjort til utgangspunkt for faglig refleksjon og kvalitative vurderinger.

Kommunene velger selv hvordan de organiserer virksomheten. Derfor vil det være ulik organisering av kommunene i utvalget. Størrelse og kompleksitet påvirker dette, og har betydning for hvilken ledelsesstruktur som er etablert. En fellesnevner for de seks kommunene i hovedprosjektet er at alle kommunene er organisert i resultatenheter som ledes av en enhetsleder. Resultatenhetene kan ha ulike ansvarsområder. I tillegg til enhetsledere er det ikke uvanlig å ha fagledere som følger opp enkelte fagområder. Enhetsleder og fagledere utgjør ledelsen av en enhet. Å samle flere typer virksomhet i en enhet, som små kommuner ofte må gjøre, er ikke uten utfordringer. En av enhetslederne forteller om hvordan han opplevde situasjonen før og etter en omorganisering. Før omorganiseringen hadde han ledet en enhet med ansvar for både hjemmesykepleie og boliger for personer med utviklingshemming – endringen førte til at han bare fikk ansvar for boligene:

Det opplevde jeg som ekstremt befriende. Vi kunne rendyrke dette og slippe å sitte og høre på sammenligninger mot eldre versus utviklingshemmede. Plutselig kunne vi rendyrke fag, og kunne snakke høyt om det. Når vi var innenfor hjemmesykepleien og de hadde to-tre boliger i tillegg, var det hjemmesykepleien som hadde hovedfokus fra rådmannen, alltid. De to-tre andre ble stemoderlig behandlet. Så omorganiseringen var kjempepositiv (Enhetsleder, mann, vernepleier)

I kommuner der omfanget av tjenester for personer med utviklingshemming er så stort at det kan skilles ut i egne enheter, gir det større mulighet for faglig fokus på ledernivå, i følge denne lederen. Han opplevde også en form for konkurranse mellom eldreomsorgen og omsorgen for personer med utviklingshemming, der gruppene ble satt opp mot hverandre. Dette tydeliggjør dilemmaer som ledere kan stå overfor i prioritering av ressurser mellom

brukergrupper. En kan tenke seg at gjennom en rendyrking av ansvarsområder (som er et av idealene bak NPM), løftes ansvaret for ressursfordelingen mellom gruppene til politisk nivå, mens i enheter med heterogene brukergrupper vil prioriteringene mellom gruppene i større grad være opp til enhetslederen. Når enhetsledere kan fokusere på tjenester for en målgruppe, kan vi også se for oss at det er lettere å holde fokus på idealer og mål for denne tjenesten. Det forenkler også kommunikasjon om virksomhetens samfunnsoppdrag til ledere og ansatte i enheten og skaper bevissthet om målsettinger. Dette vil i sin tur gi større mulighet for at de ansatte arbeider for å realisere sosialpolitiske mål og idealer for tjenestene.

8.2.1 Resultatstyring gjennom lederavtaler

I mange kommuner brukes lederavtaler for å kommunisere resultatmål til enhetsledere. I de fire kommunene jeg har gjennomført lederintervju eksisterer det lederavtaler i følge informantene. I intervjuene kommer det fram at det er litt ulik praksis med i hvor stor grad avtalene brukes aktivt i resultatstyringen. Lederavtalene skal regulere forhold mellom enhetslederen og rådmannen som operativ arbeidsgiver, og skal avklare gjensidige forventninger, konkretisere resultatkrav, avklare hvordan forventninger og resultatkrav skal vurderes, og hvordan manglende samsvar mellom forventninger og resultater skal drøftes og følges opp. Lederavtalene kan være et redskap for å konkretisere politiske idealer og tydeliggjøre samfunnsoppdraget for virksomheten, og de kan være et ledd i å realisere sosialpolitiske ambisjoner og mål. Rådmenn vil ha ulik tilnærming til å styre de ulike kommunale virksomhetene i små og oversiktlige kommuner i forhold til store og mer komplekse kommuner. Lederstrukturer og styringsverktøy vil ofte være mer utviklet jo større kommunen er.

I en av kommunene i mitt datamateriale finner vi et eksempel som illustrerer hvordan lederavtaler oppfattes og brukes. Slik enhetsledere beskriver lederavtalene, består de av tre delområder: organisasjon, miljø og ledelse av enheten. Flere av enhetslederne uttrykker at lederavtalen legger for stor vekt på målsettinger som er på siden av virksomhetens kjernevirksomhet. De uttrykker forståelse for at fokus på miljø er viktig, men samtidig opplever flere av lederne at dette får for stor plass i forhold til hva som de oppfatter som hovedoppgaven – nemlig utvikling av tjenestene. Avtalene kan også inneholde konkrete mål for tjenestene, for eksempel at det er mål som «økt selvbestemmelse» og «økt aktivitet» for tjenestemottakerne, og ikke minst «reduksjon i bruk av tvang». En av enhetslederne svarer dette på spørsmål om han har en lederavtale:

Ja, det har jeg, Det er kanskje litt farlig å være for ærlig. Enhetslederavtale skriver vi for to år av gangen. Tidligere skrev vi den for hvert år. Enhetsledermålene er delt i tre. Organisasjon, miljø og selve ledelse av enheten. For mitt vedkommende er avtalen et skrivebordsdokument. Det skal jeg være ærlig å si. Når det snakkes om at vi skal bruke mindre papir og kjøre mindre osv... Det er viktig det! Selvfølgelig! Men for meg er det viktigst å gjøre de [ansatte] som skal gi tjenester til utviklingshemmede best mulig, og det er der jeg vil ha fokus. Da synes jeg det er synd at bare en tredjedel av enhetslederavtalen handler om det (Enhetsleder, mann, vernepleier).

Sitatet viser på den ene siden kompleksiteten i områder som kommunene mål følge opp. Det er viktige mål på flere områder enn det som kan betraktes som tjenesteyting. Kommunen må følge opp miljøkrav og målsetninger om en bærekraftig utvikling. Dette kan bety at den enkelte medarbeiders praksis i det daglige arbeidet må endres på enkelte punkter. Dette forsøker kommunen å få til gjennom å gi enhetsledere i alle sektorer resultatmål på dette området. Men flere av enhetslederne uttrykker at det tar noe av fokus bort fra kjernevirksomheten, spesielt i styringsdialoger og rapportering oppover i systemet. Samtidig tyder sitatet på at til tross for lederavtaler med klare resultatmål, er det handlingsrom for enhetsledere til å prioritere områder som en selv mener er viktig. En annen enhetsleder uttrykker et mer aktivt forhold til lederavtalen:

Vi i lederteamet har en handlingsplan, en fremdriftsplan, som er koblet sammen med målene i enhetslederavtalen. Vi har veldig konkrete evaluerbare mål. Så vi har handlingsplanen, så har vi fagdager og trekker ned målene og tar de med oss hele veien. Så det er en liten tanke og plan bak det. Heldigvis! (Enhetsleder, kvinne, vernepleier)

Denne praksisen viser at overordnede mål som er forankret i lederavtaler, blir kommunisert til de ansatte gjennom handlingsplaner og fagdager med de ansatte. Denne lederen sier at det er vanlig med fire fagdager årlig i denne enheten. Enhetslederen forteller også at det er faste møter mellom de som er primærkontakter i boligen en gang i måneden, som hun forsøker å delta på. Slik får hun kjennskap til hva som rører seg i organisasjonen. Intervjuene med lederne gir inntrykk av at det er en forholdsvis klar «kommunikasjonslinje» fra kommunens ledelse, via lederavtaler og ut til de ansatte gjennom fagdager, avdelingsmøter og andre møtearenaer. I fokusgruppeintervju med de ansatte er det derimot en mye mer nyansert virkelighet som blir presentert, der målene ikke framstår som like tydelige. Jeg kommer tilbake til dette litt senere i dette kapitlet.

Enhetslederne i kommunen sitatene over er hentet fra, har styringsdialoger med overordnet nivå en gang i halvåret der resultatoppnåelse blir fulgt opp. Noen av enhetslederne gir uttrykk for at møtene i stor grad handler om økonomi og drift, til tross for at det er regulert i lederavtalen at disse møtene også skal handle om fag. Opplevelsen er at møtene og jobben

generelt har stadig blitt mer administrativt orientert. Det er lederteamene, med enhetsleder og fagledere, som er med i diskusjoner og evaluering av enhetslederavtalene. Jeg får inntrykk av at diskusjonene som foregår på ledernivået knyttet til lederavtaler, økonomi, internkontroll og resultatoppnåelse, representerer en annen verden enn det som foregår «på golvet». Diskusjonene blant de ansatte dreier seg om den enkelte beboer, faglige refleksjoner om dilemmaer de opplever i hverdagen, og handler i begrenset grad om tjenestenes samfunnsoppdrag, idealer, mål og resultatoppnåelse.

I mange bofellesskap må, som sagt, ansatte, beboere og pårørende forholde seg til mange lederfunksjoner. Det kan skape uklarheter både i daglig kommunikasjon mellom de ulike aktørene, og i styring av virksomheten når mål skal kommuniseres til de ansatte. Uklare ansvarsforhold i bofellesskapene bekreftes av det landsomfattende tilsynet som ble gjennomført av Helsetilsynet i 2016 (Helsetilsynet, 2017a). Det eksisterer også profesjonsbestemte forskjeller i ansvar der utdanningsnivå er av betydning. I enkelte tilfeller vil også lang erfaring og store stillingsandeler være av betydning. Det er en blanding av lederfunksjoner med personalansvar, faglig ansvar, koordineringsansvar og ansvarsoppgaver knyttet til daglig drift. Enkelte ansatte innehar flere av disse rollene. Når idealer og mål skal følges opp i det daglige, kan det virke som det ofte er bokoordinatorer/driftskoordinatorer som er ledelsens stedlige representant. De er tettest på de ansatte og følger opp det daglige arbeidet. Men bildet er sammensatt og praksis ulik fra enhet til enhet. Faren er at ansvaret for å realisere idealer og mål blir pulverisert med så mange ulike lederfunksjoner og kompleks organisering. Det blir uklart om samfunnsoppdrag og mål, som defineres i lederavtalene, når fram til alle ansatte, og om kommunens ledelse er i stand til å følge med og etterspørre om tjenestene fungerer slik det er forutsatt (Helsetilsynet, 2017a). Kommunikasjons og informasjonsflyten både *top down* og *bottom up* svikter. I tillegg vil det i mange tilfeller være målet om å holde budsjettet – ikke å overskride de økonomiske rammene – som er det reelle målet, ikke de faglige idealene og målsettingene. De kommer i annen rekke.

8.2.2 Ledere som premissleverandører

Samtidig som enhetsledere og fagledere må forholde seg til mål som er besluttet høyere opp i systemet, gir de uttrykk for at de har mulighet til å påvirke prosessene som foregår i kommunen, og være premissleverandører for strategier og mål. Lederne er spurt om hvordan de opplever sin rolle som premissleverandør, og hvilke muligheter de har til å påvirke prosesser som foregår på overordnet nivå. Alle enhetsledere og fagledere opplever å kunne påvirke oppover i systemet, og har arenaer der de kan ta opp saker. I Trondheim kommune,

som har egen strategiplan for personer med utviklingshemming, sier flere av enhetslederne at de har deltatt aktivt i utarbeidelsen av denne planen.

Vi er med på å utarbeide strategiplanene. Det er spennende. Du har de faglige perspektivene, målene og ønskene. Så har en økonomien, de praktiske realitetene. Så noen ganger er det vanskelig å ikke ta med seg den biten når en planlegger. Man skal jo egentlig legge bort den biten når en planlegger, man prøver det. Å legge opp til mål en ønsker i forhold til fag og utvikling av tjenesten. (Enhetsleder, kvinne, vernepleier)

Dette sitatet viser at det er ulike hensyn å ta når planer skal legges. På den ene siden er det de faglige idealene, og på den andre siden det økonomiske handlingsrommet. Denne enhetslederen uttrykker også anstrengelsene hun, som fagperson forankret i praksisfeltet, må gjøre for å holde fokus på de faglige idealene, uten hele tiden måtte tenke på begrensningene som økonomien legger på ønsker om å realisere politiske og faglige idealer og ambisjoner.

Faglederne utøver påvirkning oppover i systemet, først og fremst gjennom sin nærmeste leder, enhetslederen. De har ukentlige møter med enhetslederen og kan komme med innspill og signalisere behov for endringer. De opplever å ha stor påvirkningskraft innad i enheten. Det gir også mulighet til å komme med innspill som må tas med videre oppover i organisasjonen. Faglederne i den største kommunen deltar i et fagledernetverk der de også opplever å kunne gi signaler oppover i systemet.

I fokusgruppeintervjuene med de ansatte er det ganske stor enighet om at det er nærmeste leder de snakker med hvis det er forhold ved arbeidsplassen som bør endres på. Hvis noe blir definert som avvik eller uheldige situasjoner, er avvikssystemet måten de gir beskjed oppover i organisasjonen. De ansatte har, som beskrevet i forrige kapittel, ulike erfaringer med hvordan slike henvendelser blir fulgt opp.

I følge både ansatte og ledere er påvirkningsmulighetene oppover i systemet til stede. Tidligere har jeg pekt på at styringssystemet legger opp til at den enkelte resultatenhetsleder har frihet i organiseringen av tjenestene, men at de må forholde seg til sosialpolitiske idealer og målsetninger, og ikke minst de økonomiske rammene som er politisk vedtatt. Funnene i denne undersøkelsen viser at både ansatte og ledere har mulighet til å spille inn faglige synspunkter oppover i organisasjonen og delta på utarbeidelse av strategiske planer for virksomheten. Når det kommer til innspill om økonomi må lederne bruke andre kanaler. Et eksempel på dette er at høsten 2018 sendte alle avdelingslederne ved Trondheim kommunes bo- og aktivitetstilbud (BOA) for utviklingshemmede inn et varsel til rådmannen om at de fryktet for liv og helse for beboerne hvis budsjettbehandlingen skulle føre til strammere økonomiske rammer. Politikerne svarer med at de ikke har hatt nødvendig informasjon om

situasjonen og føler seg lurt fordi enkelte av plassene i BOA brukes av andre målgrupper enn personer med utviklingshemming, som pleietrengende eldre og til mennesker som sliter med rus og psykiatri (Lynum, 2018). Konsekvensen av dette varselet er at kuttene ble avverget inntil videre, men rådmannen får tydelige føringer, og må avgi rapport hvert kvartal om situasjonen. I tillegg til å vise at informasjonsstrømmen oppover i systemet kan virke mangelfull, illustrerer dette eksemplet også at det finnes måter for ledere lenger ned i systemet for å varsle om forholdene ute i praksis som er knyttet til rammene for virksomheten.

8.2.3 Det er økonomien som til sist avgjør

Analysen over viser at lederne mener de har forholdsvis stor innflytelse på utvikling av planlegging av tjenestene, og er med på å utarbeide strategier for virksomheten, men de har begrenset påvirkning på rammene. Den viktigste innsatsfaktoren er økonomi. Økonomi og måloppnåelse i forhold til budsjett, er et tema som opptar alle lederne som er intervjuet. En av de kommunale lederne på overordnet nivå oppsummerer de sentrale utfordringene på følgende måte:

Det er både enkelt og veldig komplisert. Det dreier seg om ressursknapphet og ressursprioritering, både i forhold til fagkompetanse og økonomi. Det er her handlingsrommet begrenses. Det er en stor utfordring i forhold til politiske og faglige idealer, samt brukere og pårørendes optimale ønsker – og hva som er mulighetsbildet. Og dette mulighetsbilde kommer til å bli strammere og strammere for hvert år som går. (Kommunal leder)

Det er til syvende og sist økonomi det dreier seg om. Han mener at kommunene over tid har overtatt flere oppgaver noe som fører til kostnadsvekst i kommunene, og det følger ikke tilstrekkelige ressurser med de nye oppgavene. Dette gjør at kommunene kommer i en skvis som er svært vanskelig å håndtere. Han sier videre:

Det å skape en realistisk forståelse hos alle parter om hva som er godt nok er kanskje den største utfordringen, og ikke love mer enn man faktisk er i stand til å gjennomføre. Hvis man ønsker å utvikle noe nytt eller noe bedre må det følge ressurser med.

Disse utsagnene bekrefter at i den kommunale hverdagen er det økonomi som opptar mye av ledelsens fokus, og at politiske og faglige idealer må tilpasses de økonomiske realitetene. Denne lederen hevder at det ikke er uenighet mellom profesjoner, brukere eller administrasjon om hva som er mål og ønsker, men det er ulik forståelse av hva som er kommunens handlingsrom. Lederens utsagn om å skape forståelse for «hva som er godt nok», kan diskuteres. En viktig problemstilling blir *hvem* skal definere hva som er godt nok. Hvis vi bruker de politiske idealene som utgangspunkt, sier de noe om hva samfunnet mener den enkelte bruker med nedsatt funksjonsevne skal kunne forvente seg. Det kan kort

opsummeres med «et liv som er likeverdig med alle andres», men de sier ikke så mye om hvordan kommunene skal komme dit. Kommuneledelsens dilemma er at de har plikt til å forvalte de ressursene innenfor de rammene som de har fått tildelt. På den andre siden, er flere av lederne enige om at de kan utnytte ressursene bedre ved å tenke på nye måter.

Lipsky (2010) peker på at det ikke finnes noen grenser for etterspørselen etter offentlige goder, og at virksomheter som skal levere tjenestene ofte er på leting etter metoder for å rasjonere ressursene gjennom ulike tiltak. Enkelte av strukturene som kjennetegner NPM, som er beskrevet tidligere i avhandlingen, har denne funksjonen. F.eks. er organisering med bestiller-utfører en måte å sikre at alle brukere blir behandlet etter mest mulig objektive kriterier av eksperter på å vurdere behov og som har litt avstand til den enkelte brukeren. Et annet eksempel er benchmarking der kommunene kan justere ressursbruken i forhold til andre kommuner de vil sammenligne seg med. Men det er ikke dermed sagt at idealer blir realisert.

8.2.4 Forventninger til lederen

På spørsmål om hvilke forventninger de ansatte har til dem som ledere, er det noen tema som går igjen. I flere av lederintervjuene er forventninger fra ansatte om «å bli sett og hørt», tydelighet og faglighet. En enhetsleder uttrykker det slik:

De forventer at jeg skal stå i ryggen på dem, og det gjør jeg. De forventer at jeg er her hvis noen trenger å diskutere noe. Jeg tror også at de forventer at jeg lager tydelige rammer. Tydelighet. De forventer også å bli sett. Så er det ulike oppfatninger om hva det er å bli sett (Enhetsleder, kvinne, vernepleier).

En fagleder bekrefter på mange måter de samme forventningene:

At jeg stiller opp når det trengs, er med på møtene, tar tak i det jeg sier, stiller opp når ting er vanskelig, er ryggdekninga, at jeg er til stede. Har selv definert hva jeg kan stille opp med i forhold til boligene. Har sagt jeg er på tilbudssiden. På det nivået at om det er mangel på folk og vi sliter. Der jeg jobbet før, har jeg gått vakter. Jeg synes det er en leders ansvar også å være med når det blåser, også på det nivået, selv om det ikke er forventet av meg. Så lenge jeg er på tilbudssiden forebygger jeg mye, opplever jeg (Fagleder, kvinne, vernepleier).

Faglederne mener at de ansatte forventer at de stiller opp når det av ulike årsaker er behov for det. For fagledere kan det se ut som om det er forventninger om at de skal stille opp hvis det er situasjoner med personalmangel og vikarbehov, eller situasjoner med f.eks. uønsket atferd blant beboere. Begge disse lederne snakker om å gi de ansatte ryggdekning. Det er ikke helt klart hva de legger i dette, men en kan tenke seg at de opplever forventninger fra de ansatte om at de skal uttrykke støtte til faglige beslutninger, som ansatte har tatt i tråd med faglige

vurderinger og kommunens retningslinjer, der avgjørelsene blir kritisert i ettertid. Dette kan f.eks. være situasjoner der det oppstår uoverensstemmelser med pårørende.

Når vi spør en av enhetslederne hvilke egenskaper han ser etter når han skal ansatte fagledere svarer han:

Jeg må ha folk som tar kloke beslutninger, ikke ut i fra dagsform. Jeg må ha folk som ikke forfølger ansatte hvis de har gjort noe dumt, men som klarer å nullstille seg [...] Vi må ha avdelingsledere som kan gå fram som et godt eksempel, og som gjør minst like mye som det vi forventer av den enkelte ansatte. Det vil si at en må være fleksibel, av og til være i miljøet og bistå. En må ikke opptre som en leder som ikke har behov for å snakke sammen med sine ansatte. Vi trenger inkluderende lederskap. (Enhetsleder, mann, vernepleier)

Å se sine medarbeidere

Flere ledere snakker om at de ansatte forventer å bli sett. Ledere har begrenset mulighet til å se den enkelte medarbeider i det daglige arbeidet. Mange kommuner har formalisert dialogen mellom ansatte og ledere ved hjelp av strukturerte medarbeidersamtaler der de blant annet kan avklare forventninger, drøfte måloppnåelse og kompetanseutvikling. Det kan være et kapasitetsproblem for ledere i omsorgstjenestene å få snakket med alle medarbeiderne, fordi hver leder har personalansvar for så mange medarbeider. En enhetsleder som har personalansvar for 140 medarbeidere sier:

Ja, jeg er nesten kommet gjennom alle, men vi er også kommet til desember... Jeg synes det er veldig ok å ha disse samtalene. Da snakker vi litt om forventningen til meg også. For når en snakker om ledernærhet... Ja, det er ikke bare jeg som er lederen, vi snakker om at vi har et lederteam. Jeg kan ikke komme og klappe alle på skuldra hver dag. Vi snakker litt om forventninger, hva kan de forvente av meg, av bokoordinator osv. slik at vi har en felles forståelse for det. Da blir det så mye enklere etterpå. Det er veldig spennende! Jeg møter [ansatte med] store stillinger fordi de er i [ulike] roller. De kan jeg møte flere ganger i uka. [Ansatte i] helgestillinger og mindre stillinger kjenner jeg navnet på, men jeg har ikke snakket med alle. Mange har jeg sett i forbifarten eller på fagmøter, men ... Det er interessant. Det er spennende å høre hva de ønsker å bidra med, og hva de ser av muligheter i boligen og der de er. Så prøver jeg å ta tak i disse tingene og ta dem med videre (Enhetsleder, kvinne, vernepleier)

Å ha så stort lederspenn som 140 medarbeidere, og skulle «se og høre» alle blir en uoverkommelig oppgave. Det er også nesten umulig å skulle gjennomføre så mange medarbeidersamtaler, og samtidig ivareta alle de andre oppgavene som ligger til ledelsen. Lederen har gjennomført samtalene, men har brukt hele året på denne oppgaven. I tillegg til medarbeidersamtaler, skal leder gjennomføre formaliserte oppfølgingsamtaler med sykemeldte. Medarbeidersamtaler ivaretar en viktig funksjon, det gir lederen mulighet til at hun får sett og snakket med de ansatte som har små stillinger og ikke deltar på arenaene der

ledelsen møter de ansatte i større stillinger som fyller ulike roller i organisasjonen. De er samtidig et styringsverktøy for å kommunisere og følge opp resultatmål for den enkelte medarbeider. Det kan diskuteres hvor effektivt medarbeidersamtaler er når de skjer bare en gang i året, og lederen har veldig begrenset mulighet til å følge opp den enkelte medarbeider mellom de årlige samtalene. Sitatet ovenfor er et eksempel på hvordan den kommunale styringsmodellen med et tonivåsystem, som ikke er uvanlig i kommunene, skaper resultatenheter med så stort lederspenn at det ikke er mulig for ledelsen å kjenne og se alle ansatte og brukere. Det blir dermed også vanskelig å følge opp målsettinger og resultater for virksomheten. Dette er ikke det vi forbinder med nærledelse, og den daglige oppfølgingen av ansatte må gjøres av andre enn enhetslederen.

En informant hevder at de ansatte opplever tøffe krav til effektivitet og innsparing og i slike situasjoner er det viktig at de ansatte opplever å bli hørt. Som nevnt over, er å bringe saker oppover i systemet er en forventning de ansatte har til lederne. Nærmeste leder (bo-koordinator, fagleder eller enhetsleder) trekkes fram som de ansattes mulighet til å ta opp forhold de mener er kritikkverdige, f.eks. ressursmangel eller konflikter, eller hvis ikke avvikssystemet fungerer som forventet. Ansatte understreker at i yrker der det kreves at ansatte har høgskoleutdanning, forventer de ansatte å bli tatt med på råd før avgjørelser som påvirker arbeidssituasjonen skal fattes.

Tydlig ledelse og organisatorisk frihet

I et fokusgruppeintervju med ansatte fra et bofellesskap, som hadde blitt etablert etter en sammenslåing av små bofellesskap og en tiltak for personer med utviklingshemming og uønsket atferd, sier flere de at det var viktig med en tydelig leder som hadde en klar sosialpolitisk ideologi under prosessen med oppbygging av den nye virksomheten:

Det var viktig med en klar og tydelig leder, [han] hadde tanker om de store linjene, var med på alle ansvarsgruppemøtene og han var med på personalseminarer. Det var viktig med involvering av de ansatte. Når det er et utdannet personell så er det viktig at de blir tatt med på råd (Bofellesskap 5, fokusgruppe 1).

Dette sitatet bekrefter det enkelte av enhetslederne sier om forventninger om å bli sett og hørt. Samtidig snakker de om at lederen hadde tanker om de store linjene. Det representerer samfunnsoppdraget og ideologien som ligger til grunn for arbeidet. Dette innbefatter både prioritering av idealer og mål for virksomheten, og hvilken metodikk benyttes for å nå målene. Det viser også at profesjonsutøvere – utdannet personell – har forventninger om å få delta i faglige diskusjoner om veivalg og samfunnsoppdraget.

Enhetsledere og fagledere er ledere på ulike mellomledernivå. Det betyr at de også vil oppleve et forventningspress ovenfra. For å undersøke hvordan de opplevde forventningene fra kommunens toppledelse ble alle lederne spurt om dette. En leder mente at forventningene fra overordnede er at det sørges for god tjenestekvalitet, at budsjettet holdes og at de får positive tilbakemeldinger fra fylkesmannen. Videre forventes det at beslutninger som er gjort lenger opp i systemet blir fulgt opp. En av lederne svarer dette på spørsmålet om forventninger ovenfra:

I [vår] kommune har vi noe som heter: «Fasthet på mål, frihet i tilnærming». Jeg har utnyttet dette med frihet til tilnærming veldig. Jeg stortrives i denne organisasjonen for jeg ser at det er lov å boltre seg. Det er lov å gjøre de utroligste ting uten at en får refs. Så lenge det er faglig begrunnet, og man har en tanke om hvor en vil. Innimellom lurur vi på om de (kommuneledelsen) i hele tatt vet hva vi holder på med, men når jeg er innom kontoret til min leder, som oftest hvis jeg har gjort noe galt (ler), så hører jeg at det er en enorm oversikt som eksisterer. Han har både uttalelser fra personalet og det meste klart... så vi har en ledelse som er veldig engasjert, men som ikke stiller store ... det er store krav til oss, absolutt, men jeg opplever at det er lov til å boltre seg (enhetsleder, mann, vernepleier)

Dette sitatet viser at ledere av disse resultatene har stor frihet til å organisere arbeidet slik de vil. Det forventes at de skal arbeide mot definerte mål, men de har stor frihet til å organisere tjenestene slik de vil innenfor de økonomiske rammene de har til rådighet. Dette sitatet er en klar formulering av et av prinsippene bak NPM om at resultatansvarlig skal levere på målene, men har stor frihet til å velge organisering og metodikk for å komme dit. Denne friheten virker motiverende på denne lederen. Sitatet viser også til at kommuneledelsen har *enorm oversikt*, noe som kan tyde på at kontrollsystemene som er etablert for å følge opp resultatstyringen fungerer. Samtidig viser det at høye krav til ledere tolereres, hvis de har rom til å *boltre seg* faglig. Dette tolker jeg som at resultatene har stor frihet til å prøve ut og definere metoder og faglige tilnærming i tjenesteytingen, hvis en har budsjett disiplin og oppnår resultatmål.

Det kan virke som om forventninger om å løse samfunnsoppgaven slik det er beskrevet i sosialpolitiske idealer og mål, er ikke så tydelig kommunisert fra ledelsen i kommunen. Mange av forventningene og kravene til lederne dreier seg om budsjett disiplin og resultatoppnåelse.

Faglighet

Vi stilte spørsmål i lederintervjuene om hva som kjennetegner en god enhetsleder i denne sektoren? Flere av informantene påpeker at gode enhetsledere opptatt av *faget*, i tillegg til å

være interessert i god ledelse. Flere av enhetslederne snakker om at det er viktig med praktisk erfaring fra omsorgsarbeidet:

Enhetsleder bør ikke bare være opptatt av ledelse. Han må være opptatt av faget en skal lede og må brenne for faget [...] Ikke minst fordi en må kunne sette seg inn i hvordan det er å være ansatt, og være den som skal ta i mot tjenester fra de ansatte. Hvis en er løsrevet fra faget så tenker jeg at en går glipp av veldig mye (Enhetsleder, mann, vernepleier)

De legger vekt på at det er en styrke å ha profesjonell bakgrunn fra omsorgstjenestene selv. Enkelte (vernepleiere) mener det er verdifullt å være vernepleier. Spesielt med henvisning til at lederne har innflytelse på planarbeidet i kommunen der de er premissleverandører. Sammen med enhetslederne, består lederteamene i resultatene ofte av en eller flere fagledere. Det er interessant at flere av enhetslederne snakker om å *brenne for faget*. Med dette uttrykker de at det krever et spesielt engasjement, det er uklart om hvilket fag det er, det kan være vernepleierfaget i og med at de som uttalte det var vernepleiere, men det kan også være miljøarbeid mer generelt.

Betegnelsen *fagleder* indikerer at i denne stillingskategorien ligger det et faglig ansvar, men det er ikke helt klart hva som ligger i fagledernes ansvarsområder. Det varierer fra lederteam til lederteam. Det kan være vanskelig å se forskjell på hva faglederne har ansvar for, og hva som er enhetsleders oppgaver. I et lederintervju svarte en enhetsleder på spørsmål om forskjellen:

Det er et godt spørsmål... i hodet mitt er jeg en fagleder innimellom også. Når en elsker faget så klarer en ikke å legge det vekk, men jeg tenker ... samtidig vet jeg at jeg skal ha en annen rolle. Men jeg tenker at det ikke er negativt å ha med seg fagpersonen inn i lederpersonen, så fremt at det ikke går ut over den rolle da (Enhetsleder, kvinne, vernepleier).

En annen enhetsleder har brukt handlingsrommet han har til å organisere arbeidet i enheten slik at han selv sitter med det faglige ansvaret. Han har delegert administrativt arbeid til faglederne, som må bruke mye av arbeidsdagene sine på disse oppgavene. Dette tydeliggjøres i dette sitatet fra en enhetsleder:

Jeg prøver å være med på alt som handler om faget. Selv om vi har fagledere, så tror jeg egentlig at fagledelsen er mer på enhetsleder og faglederne er litt mer de lederne som tar seg av medarbeidersamtaler, eller utviklingssamtaler som det heter nå, og sykemeldingssamtaler. Jeg prøver å holde den røde tråden i faget, uansett hvor vi er (Enhetsleder, mann, vernepleier).

Dette tyder på at det ikke er helt klart definerte roller for de ulike lederne. Disse forskjellene har utviklet seg til tross for at kommunene har etablert et styringssystem som forutsetter ledelse på to nivå. I praksis har det utviklet seg et system med flere nivå, fordi enhetene i

tonivåmodellen har blitt for store og uoverkommelige å ivareta for en leder. Enheten denne lederen har resultatansvar for oppnår, i følge han selv, gode resultater, og når kommunenes resultatmål. Dette viser at for en sterk leder er det mulig å gjøre endringer i organiseringen som ikke følger kommunens prinsipper for organisering, bare resultatene er tilfredsstillende. Han fortsetter:

Men min rolle ut over det er rett og slett... Jeg prøver å være med på alle fagmøter og jeg opplever meg selv, og føler jeg blir oppfattet, som engasjert. Jeg tror jeg har god oversikt over alle de ting som skjer i enheten i den forstand at jeg har hørt om det eller blitt informert om det, og i møte med den enkelte er jeg såpass oppdatert via fagledere eller epost, at jeg kan stille de riktige spørsmålene... tror jeg... (Enhetsleder, mann, vernepleier).

Engasjement er en betegnelse som denne lederen beskriver seg selv med. Denne formen for ledelse har likhetstrekk med måten de ansatte beskriver faglederen i sitatet ovenfor. Gjennom fokusgruppeintervju med de ansatte som jobber under disse to lederne, er det tydelig at begge oppfattes som faglige drivkrefter bak bofellesskapenes omsorgsfilosofi.

Enhetslederen i sitatet over, er opptatt av nærledelse, og at beslutningene tas så nær de det gjelder som mulig. Han er opptatt av å være en faglig drivkraft i virksomheten, og ønsker å være sentral i utviklingen av den samlede kompetansen i enheten, og være en pådriver for utvikling av faglige metoder og praksis. Derfor har han brukt sitt handlingsrom som enhetsleder til å organisere enheten slik at den passer med hans lederfilosofi og interesser. Han har derfor delegert mye av det personaladministrative arbeidet til fagledere, som på mange måter framstår som ledere for avdelinger som fungerer som egne resultatenheter, uten at dette går fram av organisasjonskartet.

8.3 Kjennetegn ved god ledelse

Innledningsvis i dette kapitlet, viser jeg til hvordan ledelse som lykkes med å implementere endringer i organisasjoner som preges av bakkebyråkrater kjennetegnes ved fire egenskaper: 1) De har etablert en klar forståelse av virksomhetens samfunnsoppdrag (mission) – og klarer å kommunisere denne til de ansatte 2) De setter klare mål for den enkelte, og for den enkelte enheten, slik at det ikke er tvil om virksomhetens prioriteringer. 3) Lederen kontrollerer og følger opp yrkesutøvelsen og belønner gode prestasjoner 4) Lederen er selv med på å kontrollere og følge opp virksomhetens resultater (performance) (Lipsky, 2010).

I min studie har jeg ikke systematisk undersøkt hvordan ledelse utøves i bofellesskapene, men både i fokusgruppeintervjuene og lederintervjuer har forholdet mellom ansatte og ledelse vært drøftet. Under veis i arbeidet med datainnsamlingen registrerte jeg at enkelte fokusgrupper

skiller seg fra de andre ved at de uoppfordret omtaler leder som dyktig, enten sin nærmeste leder, eller leder på et høyere nivå. De trekker fram egenskaper ved lederen de setter pris på og mener er avgjørende for utviklingen av tjenestene. I intervjuer med disse spesifikke lederne merker jeg at de har et tydelig engasjement for jobben de er satt til å gjøre og klare oppfatninger om hva som er målet med virksomheten. De gir sterkt inntrykk av å være tett på det som skjer i virksomheten, men med forskjellig utgangspunkt ut i fra hva deres posisjon i organisasjonen åpner for. Når det er sagt, er det også andre ledere jeg intervjuet som også viste stort engasjement i arbeidet.

I noen fokusgrupper mangler denne umiddelbare tilslutningen til leder. Her er tonen mer kritisk. Enten de uttrykker direkte kritikk av ledelsen, eller at de gir uttrykk for at ledelsen er fraværende i den praktiske hverdagen. Manglende oppfølging fra ledelsen har negative konsekvenser for måloppnåelse i omsorgstjenestene (Hübel et al., 2008). At manglende ledelse har negative konsekvenser er ikke oppsiktsvekkende, men snarere noe vi kan forvente. Et eksempel på slike erfaringer er et sitat fra et intervju med en fagleder:

Jeg har jobbet så lenge [og husker] da man valgte å ikke ha ledelse i bofellesskap. Jeg kom inn i 2004 hvor alt hadde gått ad undas som følge av det. Vi trenger ledelse på en god måte. (Fagleder, kvinne, vernepleier)

Ulik organisering av kommunale tjenester har vært prøvd ut, og omorganiseringer er ikke uvanlig. I følge faglederen i sitatet over har resultatet av manglende ledelse i bofellesskap vært uheldig, og det er flere informanter som forteller om lignende eksempler fra andre kommuner. Etter en periode med manglende ledelse har det vært nødvendig med opprydning og etablering av ny organisering. Det faglederen snakker om, er ikke at det var fullstendig mangel på ledelse, men at nærledelsen er mangelfull. Hun understreker at god faglig ledelse er nødvendig for å lykkes, noe som det ikke er vanskelig å være enig i. Men til tross for at ledelse blir sett på som en viktig faktor for å lykkes, er inntrykket fra flere av fokusgruppeintervjuene, at ikke alle følges opp på en tilfredsstillende måte fra ledelsen. Det er stor variasjon i hvordan ledelse utøves, hvor nær nærledelsen er, og hva leder prioriterer å fokusere på.

Fokusgruppens ulike oppfatninger av ledelsen åpner opp for spørsmål om hvordan dette påvirker evnen til å realisere politikken på området. Forskning tyder på at ledelse har en effekt på implementering av nye metoder og endring av praksis (Beadle-Brown et al., 2015; Beadle-Brown et al., 2014). Jeg vil drøfte hva ansatte og ledere peker på som viktig, både der ledelsen får stor tilslutning og der de ansatte er mer kritiske. Jeg vil også drøfte om dette

skillet representerer en forskjell i måten de ansatte reflekterer over evnen til å realisere idealer og mål, og hva det gjør med deres oppfatning av kvalitet på tjenestene. Det er disse spørsmålene, sammen med egenskapene Lipsky (2010) definerer for ledelse av bakkebyråkratier, som vil være utgangspunkt for analysen.

I fokusgruppene som preges av stor tillit til ledelsen kommer de ansatte med ulike utsagn som beskriver hva de tenker om ledelsen og egenskaper som leder har. De lederne i mitt materiale som nyter stor tillit blant de ansatte utøver ledelse på ulike nivå. Som eksempler på ledere som har stor oppslutning blant de ansatte vil jeg ta utgangspunkt i to case. *Fagleder-caset* som fokuserer på praksisen til en leder i et bofellesskap for personer med psykiske lidelser og *enhetsleder-caset* som belyser praksis for en leder for flere virksomheter på et overordnet nivå. Enhetslederen har et overordnet ansvar for flere avdelinger, over 200 ansatte og har fire fagledere i sin stab, mens faglederen jobber under en enhetsleder og har ansvar for et bofellesskap med 9 beboere, ca 10 årsverk fordelt på ca 20 ansatte i turnus. Fagleder-caset representerer en annen målgruppe enn det som er hovedfokus i denne avhandlingen, men jeg velger å bruke den fordi det har mange likhetstrekk med og overføringsverdi til ledelse av bofellesskap for personer med utviklingshemming. Casene illustrerer at ledere på ulike nivå i en organisasjon kan være viktige drivkrefter i utviklingen av tjenestene, og ha stor betydning for evnen til å realisere idealer og mål.

Disse to lederne utmerker seg ved at de blir trukket fram av de ansatte som dyktige i flere fokusgruppeintervjuer og feltsamtaler med ansatte. Et sitat som viser tilliten de ansatte har til lederen i fagleder-casen er hentet fra et fokusgruppeintervju med ansatte bofellesskapet der faglederen arbeider:

Det har mye med den som er fagansvarlig hos oss [å gjøre]. Hun er en driver på mange områder. Det har en smitteeffekt og jeg tror at mangler denne driveren er det usikkert om en får så godt arbeidsmiljø, og jeg har jobbet flere steder. Vi har ikke hatt det hele tiden de ti årene jeg har jobbet her. Vi har til tider hatt det ganske vanskelig, men det har snudd egentlig når hun begynte (Bofellesskap 3 Fokusgruppe 1)

Gjennom intervju, feltsamtaler og deltakende observasjon i bofellesskapet faglederen jobbet, fikk jeg mulighet til å observere hvordan hun jobbet i praksis. Dette bekreftet på mange måter de ansattes oppfatning av henne som en drivkraft. Både gjennom stort engasjement, godt humør og tydelighet på hva som var mål for virksomheten, bidro hun i det praktiske arbeidet. Hun framstod som en rollemodell i direkte arbeid med beboere, gjennom faglighet i kommunikasjon med andre ansatte og gjennom å være støttende og på tilbudssiden i møter med beboerne. Denne holdningen smittet også over på de andre ansatte som jobbet der.

Enhetsleder-casen er belyst gjennom flere fokusgruppeintervjuer ved to bofellesskap og intervju med fagleder ved et bofellesskap i enheten og enhetsleder selv. I flere sammenhenger ble han trukket fram som viktig for utviklingen av tjenestene. I et individuelt intervju framstod han som visjonær og engasjert. I flere av fokusgruppeintervjuene og intervju med en av faglederne i enheten, blir enhetslederen trukket fram som ideologen bak metodikken som de praktiserte i bofellesskapene. Han tydeliggjør målsettinger og perspektiver på arbeidet og er en meget tydelig faglig stemme:

Jeg husker [enhetslederen] sa at vi måtte se andre ting enn utageringen. Jeg tenkte at «det er jo bare utagering», men han er flink til å få personalet til å fokusere på andre ting. Det var viktig med kreative ansatte (Bofellesskap 5 Fokusgruppe 1)

Ansatte i flere fokusgrupper kommer med sitater fra hva enhetslederen har sagt i ulike sammenhenger. Det er påfallende hvor stor gjennomslagskraft han har hatt og hvor godt ideologien hans er forankret i de ansatte. Dette viser at lederen klarer å kommunisere noen perspektiver på hvordan de ansatte skal møte beboerne som sliter med store atferdsutfordringer. Han trygger de ansatte på at det er lov å tenke «nytt» eller flytte fokus til andre egenskaper ved beboeren enn atferdsproblematikken som var veldig fremtredende hos flere av beboerne i dette bofellesskapet.

Lederne i begge casene er opptatt av å bygge organisasjonen de arbeider i, slik at de sikrer faglighet i den praktiske tjenesteytingen. Sentralt i dette arbeidet er, på den ene siden å etablere og følge opp strukturer som ivaretar faglig diskusjon og utvikling – både gjennom møtepunkter der fag drøftes og gjennom å sikre kompetanse i elektroniske verktøy som ivaretar informasjonsflyt i organisasjonen. På den andre siden har de evnen til å omsette og kommunisere idealer og mål til de ansatte på en måte som de ansatte forstår og kan forholde seg til. De er flinke til å delegerer ansvar til sine medarbeidere og de har evne til – gjennom faglige diskusjoner med de ansatte – å få gjennomslag for de store linjene. Samtidig fremhever begge at det kan være faglige uenigheter i personalgruppa, men at disse faglige diskusjonene er utviklende.

Sitatene overfor er eksempler på hvordan de ansatte slutter opp om disse to lederne og anerkjente betydningen av måten de utfører jobben sin på. Lipsky (2010) peker som sagt på fire egenskaper som ledere som lykkes med implementering av endringer innehar, eller – å realisere politiske idealer og mål – for å omsette det til denne avhandlingens tema. Videre i dette kapitlet vil jeg se om ledernes evne til å kommunisere samfunnsoppdraget, følge opp yrkesutøvelsen og virksomhetens resultater kan gjenfinnes i mitt datamateriale der lederen har stor oppslutning blant de ansatte.

8.3.1 Samfunnsoppdraget

En viktig faktor for å lykkes med å realisere idealer og mål er at lederen klarer å kommunisere samfunnsoppdraget virksomheten er satt til å forvalte (Bigby & Beadle-Brown, 2016). Dette dreier seg både om *hvordan* lederen konkretiserer og formulerer målsettinger, og *hvilke verktøy og arenaer* som etableres og brukes for å nå ut til alle ansatte med informasjon. Her er det viktig å understreke *brukes*, fordi de fleste bofellesskapene har etablert ulike strukturer for faglig refleksjon, som i mange tilfeller ikke fulgt opp av ledelsen ved at det f.eks. er obligatorisk deltakelse eller er innarbeidet i turnuser. Det fører til redusert fremmøte, oppslutning og funksjon. Ledelsens ansvar for å konkretisere, tydeliggjøre og forankre mål for virksomheten trekkes fram som en viktig faktor i utviklingen av gode tjenester (Bigby & Beadle-Brown, 2016; Bigby et al., 2009; Jennett et al., 2003).

Only when values and intentions are operationalized is it possible to put them into practice and, in order to make judgements about the quality of services, it is necessary to be able to define what expected outcomes look like (Bigby et al., 2014, s. 363)

Utfordringen for mange ledere er nettopp å klare å definere hvilke resultater som forventes av de ansattes yrkesutøvelse, samtidig er de avhengig av dette for å vurdere om kvaliteten på tjenestene er tilfredsstillende.

Evne til å formulere og kommunisere samfunnsoppdraget (mission)

I mitt datamateriale er det enhetsleder-caset som tydeligst illustrerer evnen til å kommunisere oppdraget som kommunen har gitt dem. Gjennom å ta utgangspunkt i rammene som er til rådighet organiseres og utformes tjenestene i samarbeid med de ansatte.

De ansatte opplever at enhetslederen har *tanker om de store linjene* (Bofellesskap 5, fokusgruppe1) – han representerer et ideologisk ståsted og et perspektiv på samfunnsoppdraget, og de ansatte stoler på at han har oversikt og leder dem på rett vei. For omorganiseringsprosjektet det er snakk om i dette sitatet hadde kommunen gitt klare føringer for etablering og utvikling av dette bofellesskapet.

Lederens evne til å ta tak i oppdraget og målene som kommunen har gitt for virksomheten, tolke og utvikle dette til et faglig budskap som konkretiserer hva de ansatte skal fokusere på er avgjørende. Lederen bruker begrepet *utviklingsfremming*, som han knytter til målsettinger for sektoren og som både kan være et mål i seg selv, men også en ideologi eller en metodikk. Han gir begrepet innhold gjennom å formulere hvilke faglige tanker som ligger bak måten han mener at de skal utforme praksis. Det viktigste budskapet er at samfunnet må ha aksept for

annerledeshet, og at de ansatte skal la beboerne få gjøre ting på sin egen måte. Dette innebærer blant annet at de ansatte må være bevisst at de, gjennom måten de samhandler med den enkelte beboer, kan være en barriere for utvikling. Et av begrepene han bruker er at de ansatte kan være den største *utviklingshemmeren*. Et annet viktig budskap er at tjenesteytingen skal baseres på en *relasjonell tilnærming*, der brukermedvirkning er sentralt i utformingen av tjenestene. Gjennom noen sentrale begreper klarer han å kommunisere samfunnsoppdraget på en måte som de ansatte forstår og i stor grad tilslutter seg. Samtidig er han tydelig på at den enkelte ansatte har stor autonomi i samhandling med beboere.

Når jeg analyserte fokusgruppeintervjuene med de ansatte for å se om jeg kunne gjenfinne noen av begrepene som enhetslederen benytter, finner jeg at det mest sentrale faglige begrepet de ansatte benytter er *relasjonell tilnærming*. Dette bruker de ansatte både om ideologi og om metodikken de arbeider etter. De snakker også om *utviklingsfremming*. Dette tyder på at enhetslederen når gjennom med sitt budskap. Det viktigste er likevel at han får, så godt som, alle ansatte til å tilslutte seg hans prosjekt og de opplever stolthet for hva de får til

En viktig faktor for at lederen lykkes kan forklares med at han opplever at det er stort samsvar mellom egne faglige idealer og virksomhetens mål (Bigby & Beadle-Brown, 2016). På spørsmål om han opplever noen dilemmaer mellom faglige idealer og kommunale mål sier han:

Det er forsvinnende lite, egentlig. Jeg har fått lov til å nærmest føre i pennen strategiplanen for området vårt. Der har vi blant annet kopiert inn ting som vi har laget [i denne enheten] direkte i strategiplanen, vi har fått brukerråd til å være med på det. Så for min del har jeg følt friheten til... «Det er boltring!» Jeg får boltre meg skikkelig i faget (Enhetsleder, mann, vernepleier)

Opplevelsen av samsvar mellom de politiske målsettingene og de faglige idealene som virksomheten styres etter, gjør at det er lettere å lykkes med å nå målene.

En annen viktig faktor er at han klarer å skape entusiasme for dette prosjektet gjennom å kommunisere samfunnsoppdraget som noe nyskapende og viktig. Det er skapt en forståelse av at dette ikke er et ordinært bofellesskap, men et kommunalt ressurscenter for atferdsproblematikk. De ansatte skal ha tillit til sin egen kompetanse og ikke sitte og vente på at eksperter fra habiliterings- eller spesialisthelsetjenesten kommer og veileder dem og lager opplegg for den enkelte beboer. De skal se på seg selv som kompetente fagpersoner. Denne forståelsen skaper også en forpliktelse til at den faglige kvaliteten skal være høy. Visjonen de har utviklet, og som er kjent for alle ansatte «En bedre hverdag for alle! Sammen gjør vi en

forskjell!» er også med på å styrke oppslutningen om prosjektet, ideologien og enhetslederen som i så stor grad assosieres dette (Jf. Jennett et al., 2003).

Strukturer og verktøy for kommunikasjon

For å lykkes med å kommunisere ideologi og målsettinger til de ansatte er det ikke tilstrekkelig å konkretisere og formulere mål. Disse to lederne har også lagt vekt på å etablere ulike arenaer der ansatte og ledelse møtes for faglig refleksjon. Enhetslederen peker på dette ansvaret:

Jeg kan sørge for gode rammer for arbeidet. Legge til rette for kursing av de ansatte og en god møtestruktur (Enhetsleder, mann, vernepleier.)

Enheten har også fagledere med den samme innstillingen som følger opp denne praksisen ute i avdelingene. Det er etablert fagmøter, fagdager og internopplæring der enhetslederen deltar og utnytter mulighetene til å uttrykke sine forventninger til de ansatte. Disse arenaene gir også ledelsen anledning til å fange opp hva som rører seg ute i bofellesskapene. På spørsmål om det er fagmøter ute i avdelingene som han er leder for, svarer han:

Ja, hver morgen kl 0730 på f.eks. aktivitetstilbudet. De har fagmøte annenhver uke i de seks forskjellige avdelingene. Da er jeg alltid med på dem fra 0730-0900.

Enhetslederen er alltid med på fagmøtene i alle de seks avdelingene han har ansvar for. Dette er noe han prioriterer. For å kunne gjennomføre dette i praksis har enhetslederen organisert virksomheten slik at faglederne har fått mye av det administrative ansvaret, slik at han er frigjort til å fokusere mer på den faglige virksomheten. Deltakelse på disse arenaene gjør han synlig for de aller fleste av de ansatte (faste i store stillinger) og de opplever seg som sett og hørt.

Faglederen, på sin side, framhever sin rolle som bindeledd mellom ulike aktører

Jeg er et bindeledd mellom personalgruppa, brukergruppa, pårørende og lenger opp [i systemet]. Som fagansvarlig er du en koordinator og har stort ansvar for informasjonsformidling. Både når det kommer fra [enhets]leder eller andre steder i kommunen og skal informeres ned, og andre veien. Du blir et kontaktpunkt som jeg mener er viktig (Fagleder, kvinne, sykepleier)

Samfunnsoppdrag og idealer kommuniseres til personalet, brukere og pårørende, og informasjon fra disse gruppene fanges opp og formidles oppover i systemet. Faglederen i dette bofellesskapet, på samme måte som enhetslederen i den andre casen, kommuniserer hele tiden grunnlagstenkingen for tjenestene. I dette bofellesskapet er den faglige tilnærmingen

recovery-orientert²². Inntrykket jeg sitter igjen med er at fokus til faglederen ikke primært ligger i å være ideologiens talsperson gjennom å foredra eller undervise om den når personalet er samlet, til tross for at det sikkert også forekommer. Hennes styrke ligger heller i å være en rollemodell og veileder i det daglige arbeidet. Her formidler hun holdninger og praksis i tråd med denne tenkningen. Samtidig har hun i stor grad lagt til rette for arenaer for faglig refleksjon der idealer og mål kommuniseres og faglige problemstillinger og dilemmaer drøftes. Organisering av ulike arenaer for kommunikasjon og faglig diskusjon er etablert og følges opp av faglederen. Flere møtearenaer med forskjellige oppgaver og målsetninger utgjør en kommunikasjonsstruktur som sammen med digitale rapporterings- og journalsystemer ser ut til å ivareta behovet for informasjonsutveksling. Det må hele tiden jobbes aktivt med å vedlikeholde denne praksisen.

Faglederen følger opp og påser at fagmøter gjennomføres hver tredje uke og tar ansvar for fire fagdager i året. Her har fagleder mulighet til å sette dagsorden i samarbeid med sin leder. Når jeg spør hvordan kommunale planer og mål brytes ned til delmål for bofellesskapet og implementeres, forteller hun at fagdagene benyttes til dette:

Det er noe jeg [gjør] sammen med [enhets-]leder eller psykisk helse på helsehuset, eller andre fagansvarlige. Fagdager er én arena. F.eks. i «Sammen om mestring»²³ var det noen målsetninger vi måtte ta stilling til og gå gjennom, og se hvor relevant det er for oss. Så har vi laget en metodebeskrivelse. Den er en lett-versjon av mål og retningslinjer på nasjonalt plan, men det er en kommunal plan, hvordan i praksis vi kan gjøre det. Både verdimeisig, men også praktisk. Fra metodebeskrivelsene blir det tilpasset den enkelte... så det blir mange ledd. Målene vil være ulike (Fagleder, kvinne, sykepleier)

Møtearenaene brukes til å drøfte hvilke nasjonale og kommunale mål som er relevante for bofellesskapet, og på bakgrunn av dette lages det planer og metodebeskrivelser som brukes for å kommunisere virksomhetens mål til alle ansatte. Deretter må målene tilpasses de enkelte beboers situasjon og ønsker, i samarbeid med den enkelte.

Fagmøtene brukes også til veiledning fra psykiater og psykolog fra psykoseavdelingen på sykehuset. Da må problemstillingene være knyttet opp mot enkeltbeboere. Veiledningen kan betraktes som en form for opplæring av ansatte i hva som er viktig når en yter tjenester til personer med ulike diagnoser. I tillegg til fagmøtene er de ansatte delt inn i

²² Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness (Anthony, 1993, s. 15)

²³ Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2014)

refleksjonsgrupper. Dette er mindre grupper som er tilfeldig sammensatt. I disse gruppene har de ansatte mulighet til å ta opp ulike problemstillinger og jobbe med disse over tid. Fagleder påser at disse møtene gjennomføres.

På daglig basis gjennomføres det de ansatte kaller «defusing» etter hver vakt. Dette er noe de ansatte setter pris på og opplever som nyttig. Det er et kort møte (ca 15 minutter) der de ansatte som har vært sammen på vakt kan lufte tankene før de går hjem. I et fokusgruppeintervju reflekterer de ansatte over dette:

Vi må være klar over dette med overføring og motoverføring, projeksjon og ting som gjør at en tolker reaksjoner på det som blir sagt. Du reagerer emosjonelt på angrep og sånt. Det må vi unngå eller være reflektert og klar over hvordan vi reagerer, hvorfor vi reagerer eller hva vi assosierer det med. Det vi trenger er kjempegod selvinnsikt. En må vite hva som trigger oss, hva man reagerer på, ellers kan en gå på en smell. Selvinnsikt er det grunnleggende, mener jeg. Derfor er det bra vi har defusing på hver vakt, for da har vi mulighet til å... Den personen som har fått mye verbalt mot seg denne dagen på jobb kan få løst opp i det, få diskutert hva som gjorde det og hvordan en opplever det, slik at det ikke forplanter seg. Det er lett at det kan forplante seg til andre ansatte eller brukere. Det synes jeg er veldig bra. Vi får en bekreftelse på hva som var greit og hva en kunne gjort på en annen måte (Bofellesskap 3, fokusgruppe 1).

Faglederen forteller at hun har brukt mye tid og krefter på å få etablert denne praksisen. Hun mener at «defusing» er viktig for den enkelte ansattes bearbeiding av inntrykk fra arbeidsdagen, men også for arbeidsmiljøet og som faglig refleksjonsarena. Faglederen har vært meget bevisst på å følge opp de faglige arenaene hun og de ansatte har for å formidle og reflektere over problemstillinger som er aktuelle. Hun mener at enkelte av disse arenaene hever kompetansen til de ansatte:

Vi har refleksjonsgrupper som jeg mener er kompetansehevende og får i gang refleksjon. Så vi har den daglige «defusinga» i forhold til hvordan vi har hatt det denne dagen. Skulle vi gjort noe annerledes? Hvorfor gjorde vi det sånn? Vi har klart å gjennomføre det hver dag det siste året. Det er noe som vi og jeg har jobbet veldig hardt med. Det har vært veldig morsomt. Vi jobber tett med psykoseavdelingen på sykehuset med veiledning og felles pasienter osv. og når vi nevner at vi har daglig defusing, så er det noe de kunne ha ønsket seg, men ikke får til i hverdagen. Det er et tegn på at vi gjør noe riktig (Fagleder, kvinne, sykepleier)

Disse arenaene har lett for å bli nedprioritert i en travel hverdag hvis ikke ledelsen prioriterer og legger til rette for at dette skal fungere.

Det er ikke alle ledere som legger samme energi i å vedlikeholde arenaer for faglig utvikling og refleksjon. I noen intervju kan det virke som enkelte ledere forteller om hvilke møtepunkter som er planlagt, heller enn hva som faktisk blir gjennomført. I en av kommunene

forteller lederen om alle de ulike møtearenaene de har i virksomheten der faglige tema diskuteres:

Vi har personalmøter hver sjetten uke. Vi har nattevaktmøter fire ganger i året. Vi har brukermøter knyttet til hver enkelt bruker to ganger i året med verge/pårørende og primærkontakt er med på. Det har vi fått på plass nå. Vi har møter før personalmøtene med tillitsvalgte der vi går gjennom alle saker. I tillegg har vi fagmøter en gang i måneden (Avdelingsleder, kvinne, vernepleier)

Her vises det til en rekke møter, blant annet personalmøter og fagmøter for de ansatte. Til sammen skal det gjennomføres møter for de ansatte mer enn en gang per måned. Virkeligheten framstår som noe annerledes i fokusgruppeintervju med de ansatte. På det samme spørsmålet svarer de at:

Person 1: Vi skal jo ha fagmøter, skal vi ikke? Jeg har vært på to eller tre.

Person 2: Nei det har ikke vært mange siden jeg startet her. Det er fagmøter som skal være... så blir det tatt opp noe på personalmøter.

Person 1: På fagmøtene er det bare oss treåringer som er med, så der skal vi snakke fag.

Person 2: Det er satt opp faste dager med fagmøter, men det er ofte satt opp på dager der mange har fri. Det er ikke alltid... nå når vi er fordelt slik at vi ikke skal være på jobb samtidig og da havner det på fridagene til folk, og da har de ofte andre planer. Møtene ligger ikke inn i turnusen. det gjør heller ikke personalmøtene, så det blir tilfeldig hvem som er med (Bofellesskap 6, fokusgruppe 3)

Disse to sitatene viser at det er forholdsvis stort sprik i mellom hva som er lederens oppfatning av møteplasser, og opplevelsen de ansatte har av dette i praksis. Det er mulig at begge parter opplever at de framstiller realitetene, men det er store forskjeller i hvordan de opplever det. En annen faktor, som også påvirker fagligheten i det praktiske arbeidet, er at fagmøtene i dette bofellesskapet er forbeholdt de som har treårig høgskoleutdanning. Dette fører til at mange av de som jobber med beboerne til daglig, ikke får delta på arenaer der faglig refleksjon foregår. Hvis arenaer for kommunikasjon av idealer, mål og felles faglig refleksjon er så tilfeldig som de ansatte beskriver, vil det være en stor utfordring å nå fram til alle som arbeider i bofellesskapet med idealer og mål for virksomheten. Dette kan være en forklaring på inntrykket jeg sitter igjen med etter fokusgruppeintervjuene. De var preget av lite faglig refleksjon og manglende bevissthet om idealer og mål, både for den enkelte beboer og virksomheten som helhet.

Enhetslederen og faglederen har litt ulik måte å nå ut til sine medarbeidere. Dette er også naturlig i og med at de er ledere på ulike nivåer i organisasjonene. Det som eksemplene viser er at begge har etablert eller benytter arenaer der de kan kommunisere samfunnsoppdraget. Enten gjennom tydelig tilstedeværelse og et klart budskap på enkelte arenaer, eller ved å følge

opp de ansatte gjennom å sette dagsorden. Faglederen har i tillegg mulighet til i større grad å drive nærledelse og veiledning i praksis, og være en rollemodell.

I tillegg til arenaer de ansatte og ledere fysisk møtes og utveksler meninger, fokuserer begge disse lederne på å følge opp administrative systemer for kommunikasjon. Et eksempel er avvikshåndtering (jf. kapittel 6.2.2), som gir ledere nyttig informasjon om hvilke områder som bør følges opp med for eksempel endret organisering, opplæring eller tydeligere rutiner:

Enhetsleder får avvik som har med oss å gjøre. Spesielt vold og trusler. Det har vi en del av og da må [enhets]leder ta grep. Både i forhold til oppfølging av den enkelte ansatte og tiltak i forhold til den enkelte. Jeg synes systemet fungerer. Jeg har vært en pådriver for at vi skal skrive avvik. Hvis det f.eks. er helsehjelp som ikke er utført i forhold til tjenesteavtale eller vedtak, så er det enklere å spille på det når en skal ønske seg mer. Så det er å få en kultur for å melde. Vi er på vei, men ikke i mål (Fagleder, kvinne, sykepleier).

Begge lederne i casene understreker at det ikke er alltid alle er enige om mål og tiltak, denne åpenheten om kontinuerlig faglig diskusjon om ulike syn på hva som skal være målsetninger, hvilke idealer som skal forfølges og tiltak som skal gjennomføres, er tegn på fagmiljøer under stadig utvikling.

Vi kan oppleve faglig uenighet og kan krangle litt om faglige tiltak, men er gode venner likevel, og det er verdifullt og skal vernes om. Det er viktig for at folk skal klare å stå i en slik type jobb (Fagleder, kvinne, sykepleier)

Eksempler fra bofellesskap der de ikke har lyktes med å få på plass en struktur for å kommunisere samfunnsoppdraget til de ansatte, kan det virke som de preges av mindre faglig refleksjon og lite bevissthet om mål. Det er sannsynlig at dette vil påvirke evnen til å realisere de sosialpolitiske idealene for omsorgstjenestene.

Vi har for lite tid til faglig refleksjon og vi har aldri tid til å gjøre det ordentlig. Vi diskuterer situasjoner som oppstår, men helhetstenking slik vi er opplært til gjennom utdanning, får vi ikke brukt. Vi bruker tiden inne i leilighetene. Vi samles aldri for å snakke sammen i fellesskap (Bofellesskap 2, fokusgruppe 2).

De ansatte opplever at de ikke har tid til faglig refleksjon. Uten at det går fram hva som ligger i dette, kan det tyde på at ledelsen ikke har etablert arenaer for faglig refleksjon, eller at de muligheter som finnes ikke brukes til faglig refleksjon, men til andre tema. Det går ut over helhetstenkingen.

Både evne til å konkretisere og kommunisere samfunnsoppdraget, sammen med arenaer og verktøy der kommunikasjonen kan foregå, kjennetegner lederpraksisene til lederne med stor oppslutning fra de ansatte. I bofellesskapene der de mer lederkritiske fokusgruppene er hentet fra, kan det virke som om samfunnsoppdraget ikke er tydeliggjort og kommunisert til de

ansatte, og at kommunikasjonsarenaer og verktøy ikke vedlikeholdes og følges opp, til tross for at de eksisterer på papiret.

8.3.2 Å sette klare mål

Utfordringer de ansatte opplever med tvetydige og til dels motstridende målsettinger, har jeg drøftet i kapittel sju. Der var fokus på dilemmaer de ansatte møter i det daglige arbeidet. En av faktorene som påvirker de ansattes evne til å håndtere ulike dilemma, er om ledelsen av virksomheten har konkretisert og kommunisert mål og idealer til de ansatte. Lederens evne til å sette klare mål for den enkelte medarbeider og for virksomheten, er pekt på som en av egenskapene ledere som lykkes med å skape endring har (Lipsky, 2010). I virksomhetene som denne avhandlingen har studert, vil også mål for den individuelle beboer være nødvendig å avklare for å lykkes med å realisere idealene. Et viktig funn i arbeidet med denne undersøkelsen er at mange av de ansatte ikke kan redegjøre for målene med arbeidet de utfører. Ofte er refleksjoner om målsettinger med tjenestene vært begrenset til å fastslå at det er å bidra til et best mulig liv for beboerne, men de ofte mangler evnen til å sette ord på hva dette innebærer i praksis for den enkelte. Denne overordnede målsettingen er i liten grad relatert til idealer for tjenestene og brutt ned til individuelle mål og tiltak. Konkretisering av overordnede idealer og mål er nødvendig for å realisere idealene i praksis og vurdere kvalitet på tjenestene (Bigby et al., 2014).

Enhetslederen som har stor oppslutning av sine medarbeidere har vært bevisst på å peke på mål som virksomheten skal nå. Han snakker om noen prioriterte mål: å redusere utagerende atferd, reduksjon i bruk av makt og tvang og økt selvbestemmelse. I de to bofellesskapene jeg har besøkt, som enhetslederen har ansvar for, er det ikke tvil blant de ansatte om hva som er prioriteringene. De trekker fram alle de tre ulike hovedmålene som lederen snakker om, to av disse målene bygger på kommunens strategiske mål for virksomheten, mens målet om reduksjon i utagerende atferd er spesielt for noen bofellesskap som er etablert for beboere med denne type utfordringer.

Som jeg skrev i forrige underkapittel om samfunnsoppdraget, bruker faglederen fagmøter og personalmøter til å kommunisere og diskutere mål for virksomheten og hvilke prioriteringer de har. Hun legger vekt på den enkelte beboers mål. Ansvar for å utarbeide målene sammen med beboerne har hun delegert til primærkontaktene.

Alle primærkontaktene har ansvar for å kartlegge hva målet for brukeren er. Om de kan bruke verktøyet IP, det varierer hvor opptatt brukerne av det. Uavhengig om en har et vedtak om IP eller ikke, er det primærkontakt som er koordinator og driver

ansvarsgruppa og snakker med ulike aktører. Vi kommer ingen vei hvis ikke brukeren er med på dette. Det er brukeren sine mål vi arbeider ut fra (Fagleder, kvinne, sykepleier)

Faglederen understreker at det skal utarbeides individuelle mål for hver enkelt beboer, uavhengig om denne ønsker IP (Jf. Kapittel 7 i Helse- og omsorgstjenesteloven) eller om det ikke er gjort vedtak om IP. Faglederen er tydelig på at målene skal settes i samarbeid med beboerne. Brukermedvirkning er helt essensielt i arbeidet med å utarbeide mål for den enkelte. Denne holdningen finner vi også blant ansatte i bofellesskap som enhetslederen har i sin virksomhet. Individuelle mål for beboerne er viktig, for det er gjennom disse målene de kan realisere idealene for omsorgen. Ved å ha tydelige forventninger om at det er primærkontaktene som har dette ansvaret, gjør det oppfølgingen av individuelle mål lettere for lederne.

I andre bofellesskap der ledelsen ikke er like «på», og der de ansatte opplever at de mangler refleksjonsarenaer, mangler også målsettinger for arbeidet:

Vi kunne tenkt oss å jobbe mer målrettet. Vi klarer ikke alltid å følge opp det vi er enige om å gjøre. Det kan være på grunn av organisering og antall personale. Vi savner mål – noe å strekke oss etter. Hva som har skjedd i løpet av de seks årene siden oppstarten? Føler at vi har stått på stedet hvil. Vi har ikke tid. Vi snakker ikke om hvilke mål vi skal sette oss (Bofellesskap 2, fokusgruppe 2)

I følge fokusgruppene og lederintervjuene, er det ingen indikasjoner på at noen av bofellesskapene i utvalget legger vekt på å utvikle mål for den enkelte ansattes arbeidsprestasjoner og utvikling. Det gjennomføres medarbeidersamtaler ved de fleste bofellesskapene, men det er lite som tyder på at disse samtalene benyttes aktivt som et styringsredskap der det settes mål for den enkelte ansatte som følges opp over tid.

Det er få av fokusgruppene som kan gjøre rede for mål for virksomheten som helhet. Målene de ansatte snakker om er knyttet til den enkelte beboer. I begge casene jeg har brukt som eksempler på ledere som har stor oppslutning blant de ansatte, evner lederne å omsette idealer og overordnede mål til mer konkrete målsettinger som de ansatte kan forholde seg til i praksis. I fokusgruppeintervjuene som uttrykker seg mer kritisk til ledelsen, eller ledelsen virker som fraværende, har de vanskelig for å sette ord på hva som er målsettingen med arbeidet de utfører ut over «at beboeren skal ha et godt liv». De kan i mange tilfeller ikke si noe om hva det innebærer, eller hva denne generelle målsettingen betyr for den enkelte beboer de yter tjenester til.

8.3.3 Oppfølging av de ansattes yrkesutøvelse

Ledere som lykkes med å realisere idealer og mål kan ikke nøye seg med å kommunisere og forankre målene hos medarbeiderne. Det er også nødvendig å følge opp den enkelte medarbeiders utøvelse av arbeidet. Det er viktig at de ansatte settes i stand til å oppnå de ønskede resultatene. Omsorgstjenestene er helt avhengig av at den enkelte utfører jobben på en tilfredsstillende måte for at tjenesten skal realisere de sosialpolitiske idealene. Det er ulike måter å følge opp medarbeidere på. Ledere på ulike nivå vil ha ulike muligheter og strategier for å gjøre dette.

Som jeg skrev i forrige delkapittel, under overskriften *å se sine medarbeidere*, er medarbeidersamtaler en metode for å følge opp den enkelte medarbeider som er veldig utbredt i kommunene. Dette er formaliserte og planlagte samtaler som tilbys alle ansatte. I disse samtaler ligger det til rette for både en vurdering av arbeidsprestasjonene og en samtale om utvikling av medarbeiderens kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Jeg har ikke undersøkt direkte hvordan medarbeidersamtaler gjennomføres og brukes i styringen av omsorgstjenestene, men inntrykket er at dette i liten grad brukes til å kommunisere mål for virksomheten eller i vurdering av den enkeltes arbeidsprestasjoner. I begge leder-casene brukes formaliserte medarbeidersamtaler som en del av oppfølgingen av de ansatte, men ingen av de to er selv involvert i gjennomføringen. Enhetslederen har delegert medarbeidersamtaler til faglederne, som sitter nærmere den enkelte ansatte og bedre kjenner den enkelte. Mens i faglederens tilfelle, er det enhetslederen som gjennomfører medarbeidersamtalene.

En annen faktor som ansatte trekker fram i fokusgruppeintervjuene som viktig i oppfølgingen av den enkelte, er ledelsens respons på hendelser som meldes inn via ulike digitale kommunikasjonssystemer. Avvikssystemet som jeg drøftet i kapittel 7.2.2. er et av disse systemene. I denne sammenhengen er det ledelsens evne til å ta tilbakemeldinger som kommer via disse systemene på alvor og følge de opp. Jo høyere opp i hierarkiet ledere sitter, jo mer avhengige vil de være av denne rapporteringen, og desto viktigere er det at de følger opp hendelser og avvik de får meldinger om. I begge casene jeg bruker i dette kapitlet har lederne fokus på at medarbeiderne skal melde avvik, systemet er kjent blant de ansatte og de har tydelige rutiner på hvordan disse skal følges opp.

Enhetslederen er i stor grad avhengig av sine fagledere og digitale dokumentasjonssystemer for å kunne følge opp de ansatte, i og med at det er begrenset hvor mye han kan være sammen

med medarbeidere i det praktiske arbeidet med beboerne. Han har derfor etablert faste ukentlige samtaler med hver enkelt fagleder. Ved å ta et mer direkte ansvar for den faglige utviklingen av tjenestene gjennom å delta på alle avdelingenes fagmøter, har han en mulighet for direkte kontakt og oppfølging av medarbeidere gjennom faglige diskusjoner. Faglederen, i den andre casen, har derimot større mulighet til å følge opp ansatte i det daglige arbeidet. Hun er i større grad en nærleder med mulighet for å gå inn og veilede den enkelte ansatte i arbeidet (Jf. Beadle-Brown et al., 2015). Ved at hun jobber både praktisk direkte i forhold til beboerne og kan sette dagsorden på faglige møter, ligger forholdene til rette for at hun i større grad kan følge opp den enkelte. Hun utnytter tilgjengelige systemer og hjelpeapparat, og kjenner til ressurser, slik at intern eller ekstern kompetanse kan benyttes ved behov.

Det er viktig å være synlig. Ha oversikt. Være en ressursperson, ikke ved å kunne alt, men vite hvor kompetansen finnes. Når jeg har kontordager i [bofelleskapet], så kaster jeg ikke ut brukere som kommer på døra. Det gjør at jeg ikke får gjort alle oppgaver, men en må ha en lav terskel for at brukene kan ta opp problemer. Hvis de vil snakke med meg skal de få lov til det (Fagleder, kvinne, sykepleier).

Hun prioriterer å være tilgjengelig for beboere som ønsker å snakke med henne. Relasjoner hun har til beboerne, og direkte kjennskap til deres utfordringer og behov, gjør at hun lett kan sette seg inn i hvordan de ansatte bør møte ulike situasjoner. Det gjør henne bedre i stand til å følge opp medarbeidere på ulike måter. Den praktiske erfaringen og den inngående kjennskapen til utfordringer de ansatte står i daglig, kan også være grunnen til at hun har lagt så mye krefter i at «defusingen» skal gjennomføres hver dag. Hennes engasjement i å ivareta alle ansatte gjennom «defusingen», er en viktig del av oppfølgingen av de ansatte.

Et annet aspekt som faglederen legger vekt på er at beboerne skal få de tjenestene som er bestemt.

Så jeg kjenner brukerne ganske godt og har god oversikt, og sørger for at folk får det vi har bestemt på fagmøter og ansvarsgruppemøter. At vi er lojal overfor tiltak som er bestemt. Da må vi også sørge for at det blir synliggjort, at vi har opplæring av folk. Det er viktig og mitt ansvar (Fagleder, kvinne, sykepleier).

Tiltak som er bestemt i fag- og ansvarsgruppemøter skal gjennomføres og fagleder følger opp disse beslutningene og sikrer at alle er lojale til det som er bestemt. For å lykkes med dette er opplæring av de ansatte et viktig virkemiddel.

Lederens oppfatning av og holdning til sin egen rolle i å utvikle og følge opp sine medarbeidere, vil ha stor betydning for hvordan ansatte møtes:

[...] en godt utdannet vernepleier med høyeste karakter trenger ikke være den rette personen for oss sånn umiddelbart. Vi har masse uslepte diamanter, er tankegangen.

Vår utfordring er å slipe diamanten slik at den glinser som en diamant skal gjøre. Når vi snakker om rekruttering er det vel så ofte at vi har lykket med de som vi i utgangspunktet var skeptisk til. Min tanke er at hvis vi har ansatte som ikke er diamanter er det min feil, eller vår feil i den forstand at vi ikke har lagt til rette for kompetansehevende tiltak, vi har ikke gitt dem forståelse for hva de har gått til i utgangspunktet. Vi har latt dem få være på et nivå som er lavere, enn det som strengt tatt skal forventes. (Enhetsleder, mann, vernepleier)

Enhetslederen ser det som tjenestens ansvar å utvikle medarbeiderne. Han kaller nytilsatte medarbeidere for «uslepte diamanter». Hvis ikke medarbeiderne fungerer på det forventede nivået, sier enhetslederen at det er hans ansvar. Forventningene til de ansatte må kommuniseres.

I mange situasjoner er det ikke nok å ha strukturer som ivaretar langsiktige målsettinger og faglige perspektiver. I enkelte bofellesskap skjer det mye i løpet av en dag, og enkelte beboere har stort behov for struktur og forutsigbarhet. I den daglige virksomheten er det behov for strukturer som fanger opp og viderebringer nødvendig informasjon mellom de som har vært og de som kommer på vakt:

Vi har primærgruppemøter der de ansatte som jobber tettest opp mot den [enkelte] brukeren møtes. [...] Vi har personalmøter der vi diskuterer personal-ting, og fagdager der vi diskuterer fag. Så vi har de mulighetene. Men det er den daglige... Utfordringen hos oss er at det skjer ting daglig. Så det er den daglige oppdateringen, det er kommunikasjonen fra skift til skift, fra dag til dag. Holde folk oppdatert. Det er så små nyanser som utgjør forskjellen på en god eller dårlig dag. Hva svarer jeg nå når hun spør om det. Vi må si på overlappen at i dag er fokuset der. Du kommer til å få spørsmål om det. Vi må drille hverandre om det, og der har vi et stort forbedringspotensial (Fellesintervju med avdelingsleder, vernepleier, mann og driftskoordinator, vernepleier, kvinne).

Å finne tid og rom for å overbringe informasjon om hva som har skjedd og forventninger til neste vakt, kan være en utfordring hvis beboerne trenger konstant tilsyn og hjelp. Bofellesskapene har organisert dette på forskjellige måter, ut i fra hvilket omsorgsbehov beboerne har, antall ansatte og ressurser tilgjengelig. I mange tilfeller suppleres (eller erstattes) dette med skriftlige rapporter. Deltidsansatte og vikarer er de som har størst utfordringer med å holde seg oppdatert. I et fokusgruppeintervju med vikarer og ansatte i små stillinger i bofellesskapet i enhetsleder-casen, peker de på disse utfordringene:

Vi er pliktige til å lese oss opp. Vi må lese mail. Informasjonen må leses etter at vi har kommet på jobb fordi det er i kommunens datasystem, som vi ikke har tilgang til hjemmefra. Hvis en ikke har vært her på 1-2 uker kan det være mye som er skrevet og det tar mye tid å sette seg inn i. Det hender at enkelte av ekstravaktene ikke leser og starter direkte med interaksjon med beboerne uten informasjon om hva som er situasjonen. Vi får ikke betalt for å finne informasjon (Bofellesskap 7, fokusgruppe 1)

De ansatte opplever at det ikke er samsvar mellom forventningene om å holde seg orientert og ressursene de har tilgjengelige til å holde seg orientert. De forteller at de opplever et dilemma når de må velge mellom å sitte og lese seg opp på informasjon som er skrevet gjennom en lang tidsperiode, eller om de skal være sammen med beboer, men være mer uforberedt.

En stadig viktigere faktor i dagens arbeidsliv er evnen til å utvikle ny kompetanse. I denne sammenheng er det avgjørende at arbeidsgivere og ledelse legger til rette for kunnskapsutvikling og kompetanseheving. I kommunen enhetslederen i casen jobber, er det utviklet et internopplæringsprogram der målet er at alle som skal arbeide i omsorgstjenestene for personer med utviklingshemming skal gjennomføre dette kurset.

I kommunen faglederen i casen jobber er det ønske om at alle som jobber i tjenestene for personer med psykiske lidelser skal ha videreutdanning:

Sykepleiere og vernepleiere – vi ønsker at de skal ta videreutdanning og jeg tror alle har det. Alle som vil ha videreutdanning får det. Også alle hjelpepleiere har videreutdanning, med unntak av en (Fagleder, kvinne, sykepleier).

I andre kommuner er tilbudene noe mer begrenset. I en av kommunene sier en avdelingsleder at de tilbyr ansatte å følge nettbaserte kurs på åtte timer og at de får lønn for å gjennomføre kurset. Men dette er ikke et tilbud til alle tilsatte. Dette gjelder de som har faste stillinger og går i turnus på enkelte brukerne. Hvis ansatte i medarbeidersamtaler uttrykker ønsker å styrke sin kompetanse f.eks. på psykisk utviklingshemming så kan lederen tilby dette nettkurset.

De fokusgruppeintervjuene der det uttrykkes mest misnøye med oppfølgingen, er kritikken først og fremst rettet mot problemer med at meldinger om hendelser, skader eller andre avvik ikke blir tatt tak i oppover i systemet. Dette gir ansatte en følelse av ikke å bli sett og fulgt opp. Spesielt i situasjoner der ansatte opplever konfliktfylte relasjoner til pårørende, etterlyser de mer oppfølging fra leder. De understreker at fagleder kommer med en gang hvis de ringer og at enhetsleder *prøver å se hvordan vi har det* (Bofellesskap 2 fokusgruppe 2). Utfordringene de har opplevd i dette bofellesskapet er stort gjennomtrekk av både ansatte og ledere, konflikt med pårørende og mange sykemeldinger. En forklaring kan være at det ikke er tilstrekkelig at lederne er tilgjengelige hvis de ansatte ringer og ber om hjelp. Hvis de skal utvikle faglig gode tjenester må oppfølgingen være tettere. Leder må «være mer på» og ta flere initiativer, og etablere og følge opp arenaer for faglig refleksjon og diskusjon. Ledelsen må definere mål for virksomheten, og ta ansvar for at det er utarbeidet individuelle mål i samarbeid med den enkelte beboer.

Analysen av mine data bekrefter funn fra Fyffe et al. (2008) om at oppfølging av de ansatte gjennom å ha faglige møtearenaer og rapporteringssystemer, påvirker evnen til å skape endring og gode tjenester for beboerne. I tillegg til å ha etablert kommunikasjonsstrukturene, må de følges opp gjennom at lederne engasjerer seg i disse arenaene og følger opp tilbakemeldinger som kommer fra de ansatte. Klare mål og forventninger til de ansatte vil også påvirke evnen til å realisere målene for tjenestene og de sosialpolitiske idealene for personer med funksjonsnedsettelse. Vi ser at der lederen følger opp beslutningene som er tatt om tjenester og mål for den enkelte beboer, og ansvarliggjør primærkontakter og ansatte for øvrig, opplever de ansatte at leder blir en pådriver i det praktiske arbeidet i bofellesskapet. Der ledelsen ikke evner å kommunisere forventninger og mål, og heller ikke følger opp yrkesutøvelsen, skaper dette usikkerhet, og en praksis som ikke legger til rette for realisere idealer og mål. Det kan for eksempel føre til praksiser der selve gjennomføringen av praktiske gjøremål i heimen blir målet, og ikke at beboeren selv er deltagende i aktiviteten som et ledd i å leve et aktivt voksenliv.

8.3.4 Aktiv i oppfølging og kontroll av virksomhetens resultater

Den fjerde og siste egenskapen Lipsky (2010) peker på, er lederens evne til personlig å engasjere seg i oppfølging og kontroll av virksomhetens resultater. Det kan være utfordrende å følge opp resultater i en praksis der målene er tvetydige og i enkelte situasjoner motstridende. Det er vanskelig å finne kriterier for god praksis, og som jeg skrev i kapittel 6.2.2, er det ikke enkelt å finne kvalitetsindikatorer som faktisk sier noe om kvaliteten på tjenestene. En annen faktor som spiller inn er styringsstrukturen oppfølgingen skal foregå i. Som jeg har nevnt tidligere, preges ofte helse- og sosialsektoren av stort lederspenn. En kommunal leder på rådmannsnivå peker på at begrensede muligheten til å følge opp enhetsledere har ført til at kommunen går bort fra tonivåmodellen som har vært rådende mens mitt prosjekt er gjennomført. Den nye modellen vil ha flere ledernivåer.

Begrunnelsen for endringen er behov for mer kontroll over virksomhetene og muligheten til å følge opp både mellomledere, men også styrket nærledelse. En kan se for seg at omorganiseringen er en konsekvens av utfordringer med styring og oppfølging av tjenesteytingen. Dette vil få konsekvenser for mange av bofellesskapene som er representert i denne avhandlingen, men den ble gjennomført etter at så godt som alle intervjuene er gjennomført, slik at dette prosjektet gjenspeiler ikke konsekvensene av denne endringen i analysene. Men det skal være sagt at virksomheten i enhetsleder-casen er i stor grad strukturert på samme måte som den nye organiseringen av virksomheten vil bli. Han har brukt

sin autonomi som leder, og etablert en organisasjon der personalansvaret har vært delegert til faglederne, og de har vært tett involvert i den økonomiske oppfølgingen av virksomheten, på samme måte som organisasjonsendringen i kommunen vil føre til. Dette gjør at det ikke vil bli store endringer for denne virksomheten. Det vil først og fremst medføre tettere oppfølging fra overordnet ledelse for denne enheten. Enhetslederen forklarer at:

I utgangspunktet fikk vi budsjett for å ha en fagleder for hver enhet. Jeg gikk inn for å få fire egentlig har vi fem, og det er fordi jeg tenker at nærledelse er viktig. De som skal være med å ta beslutninger må være nær de som skal høre beslutningene eller som sitter i dilemmaene som det besluttes om. Så det har vært min rolle å bygge en organisasjon som opplever at de ting som den enkelte er opptatt av kommer fram til beslutningstaker. Hvis ikke personene selv kan... vi prøver å ha tillit til den enkelte ansatte og slippe å ta beslutninger på tvers av [dem] (Enhetsleder, mann, vernepleier).

Dette viser at enhetsledere har myndighet til å organisere virksomheten i tråd med slik de selv mener er hensiktsmessig innenfor sitt eget budsjett. Han legger vekt på at beslutninger skal fattes så langt nede i organisasjonen som mulig, nær de personene beslutningen gjelder. Dette har vært utgangspunktet når han har utviklet organisasjonen. Samtidig har delegeringen av ansvar og myndighet gjort det mulig for han å fokusere på faglige problemstillinger.

Når ledere på enhetsledernivå skal følge opp og kontrollere resultater vil det i stor grad skje gjennom internkontrollsystemene (Jf. kapittel 7.2.2). Enhetsledere har mange avdelinger å følge opp. Enhetsleder i caset bruker i tillegg de ukentlige fagmøtene med avdelingene og møter med faglederne til å følge opp resultatene i virksomheten. Målinger, økonomi- og avviksrapportering blir primærkilder for kontroll og oppfølging.

Enhetslederne er heller ikke unntatt fra oppfølging og kontroll. I styringsdialoger med rådmannsnivået må de gjøre rede for resultater og måloppnåelse i enheten de styrer. De må ha forklaringer på avvik og forslag til tiltak som skal iverksettes for å nå mål. Statistikk over resultater, kvalitetsindikatorer og avvik er ofte utgangspunkt for oppfølgingen. Systemet gjør at det er mulig å sette fokus på områder som trenger forbedring eller økt innsats, og det gjør det mulig å følge med på utvikling over tid. Samtidig kan dette føre til vridningseffekter som gjør at områder der det er enklest å måle resultatet får mest oppmerksomhet (Møller et al., 2016). Vi sitter igjen med inntrykk av at det som ofte får fokus er avvik og manglende måloppnåelse, mens god praksis og tiltak som er vellykket, ikke får den samme oppmerksomheten. Kvalitetssystemene har gitt ansatte et begrepsapparat for å konkretisere avvik og mangler, men vokabular for å beskrive god praksis er mangelfullt. De er utviklet med tanke på å sikre kvalitet på et (minimums-) nivå, men stimulerer ikke i samme grad til

innovasjon og utvikling. Hvis tjenestekvaliteten er «for høy» sammenlignet med andre kommuner via KOSTRA, kan ambisjonene justeres og ressurser omfordeles.

En oppgave enhetsledere har ansvar for er å videreformidle signaler som blir gitt i styringsdialogene videre til nivåene under seg. Det er i praksis at resultatene skal oppnås. Da er lederne avhengig av at de ansatte følger opp det som er besluttet.

Faglederen har ansvar for oppfølging av resultater mer direkte knyttet til praksis i bofellesskapet. For henne er oppfølging av mål for den enkelte beboer en del av ansvaret. Når hun snakker om dette peker hun på sin rolle i forhold til andre aktører som brukerkontor (vedtaksenheten) og primærkontaktene:

Jeg føler klart ansvar for [å sikre måloppnåelse]. Brukerne har vedtak om helsehjelp. Det kommer fra brukerkontoret, de gjør først en kartlegging og vurdering, eller kanskje vi gjør det. Primærkontakten er alltid med i vurderingen. Ikke i begynnelsen, men etterhvert. Hvis det er lange løp, slik det er for de som bor [her], vil behovet for tjenester svinge litt. Da er det primærkontakten som har ansvaret, og fagansvarlig følger med at det skjer. Så jeg har litt kontrollfunksjon. Jeg sjekker om brukerne får den hjelpa som står i vedtaket og om vedtaket er revurdert. For vi har en utfordring med svingninger. Vi kan ikke skrive så detaljert, vi må skrive at «i perioder er det behov for tettere oppfølging» osv. Da må jeg sørge for at dette er oppdatert. Så snakker vi sammen hver tredje uke og evaluerer brukerne. Det er primærkontakten som skal være førende i det. Fortelle om status, hvilke observasjoner som er gjort, hvordan forholder vi oss til det, hva er planen videre. Det er primærkontakten som jobber hele tiden opp mot bruker og har den tetteste oppfølgingen. Ikke alltid den daglige [oppfølgingen], men primærkontakten legger til rette og sørger for at vi gjør det på en bestemt måte. Så er jeg bidragsyter. Det kommer an på primærkontakt og bruker om hvor mye jeg involverer meg. Jeg kan bruke brukerkontoret aktivt og ta opp saker der, hvis jeg ikke kan gi svar. Jeg er der som en ressurs (Fagleder, kvinne, sykepleier)

I dette sitatet, som også ble brukt for å illustrere at vedtakene i noen tilfeller brukes aktivt i kapittel 5.6, er også relevant i denne sammenhengen. Her peker faglederen på at hun har en kontrollfunksjon. Hovedansvaret for å utforme tiltak ligger på primærkontaktene, men fagansvarlig følger med på at tiltak blir satt i verk og at de blir evaluert hver tredje uke. Ansvaret for oppfølgingen av beboerne er tydelig plassert hos primærkontaktene, og fagleder vurderer fra sak til hvor mye hun involverer seg. Et tydelig definert primærkontaktansvar er en forutsetning for at tjenestene skal fungere tilfredsstillende (Gridley et al., 2014). I følge faglederen, følger hun opp alle beboere tett, gjennom å påse at vedtak følges, tiltak evalueres og ved å bidra med veiledning og sin kompetanse.

Primærkontaktens ansvarsområde kommer til uttrykk i mange av fokusgruppeintervjuene. Deres ansvar er å følge opp den enkelte beboer på områder som helse, tannhelse, kontakt med andre offentlige instanser, innkjøp av klær og utstyr og kontakt med pårørende. Men det er

forskjeller i hvordan primærkontaktens arbeid følges opp, og hvor tydelig deres ansvar for å informere de andre som jobber med beboeren er definert. I bofellesskap der primærkontaktens ansvar er praktisk oppfølging av klær, utstyr, økonomi og pårørendekontakt, men ikke ansvar for å utarbeide individuelle mål i samarbeid med beboeren, kan det virke som det er en tendens til at det ikke eksisterer noen felles forståelse blant de ansatte om hva målene med tjenestene skal være. Det kan virke som om det er i bofellesskap der oppfølging fra nærmeste leder er mangelfull, og der det ikke er en felles forståelse om målene, at det er størst risiko for konflikter med de pårørende.

I et intervju med en avdelingsleder i en av kommunene, er holdningen til oppfølging av de ansatte mest knyttet til å få på plass formaliteter og administrative rutiner. Hun har store forventninger til de fagansvarlige om «at de leverer» på bestilling fra henne, som hun uttrykker det. Hun mener at det ikke er først og fremst tjenestene til beboerne som er utfordringen, det er å få på plass de administrative strukturene:

I forhold til fagansvarlig er forventningene mer i forhold til det vi holder på å bygge opp. Rutiner, vedtak, opplæring. Tjenesten som ansatte tilbyr til brukerne er god. Der kommer ikke jeg inn med forventninger (Avdelingsleder, kvinne, vernepleier)

Avdelingslederen har siden hun startet i jobben for seks år siden hatt fokus på å bygge opp virksomheten, og få på plass forsvarlige systemer og internkontroll. Den faglige kvaliteten på tjenestene fastslår hun at er god, og at hun «ikke kommer inn med forventninger» om det. I fokusgruppeintervjuer med de ansatte ved denne enheten, er mitt inntrykk at det ikke er en kultur for faglig refleksjon blant personalet. Fagmøter er forbeholdt faglederne, og blant de ansatte kan det virke som det hersker en «pleie- og husmorkultur» (Christensen & Nilssen, 2006). Kulturen forklares ut i fra et kjønnsperspektiv, som kan tolkes som et utslag av manglende klarhet i samfunnsoppdrag, idealer og individuelle mål for beboerne, og lite faglig refleksjon:

Det er heldigvis også noen menn som jobber her. Menn ser ikke de samme tingene som damer. Det er vasking en gang i uka og da går vi inn og vasker uansett om en vil eller ikke. [...] Enkelte vurderer jobben i forhold til hva en fysisk har gjort (Bofellesskap 6, fokusgruppe 1)

Den kommunale enheten er delt i flere avdelinger (hus) med ulike målgrupper (utviklingshemming, psykiske lidelser, familier med behov for avlastning). De ulike brukergruppene vil ha forskjellig behov og målsettinger. I fokusgruppeintervju med ansatte fra de ulike husene kommer det fram at det er ulike oppfatninger om hvordan praksis bør være. Dette oppleves som problematisk og til dels konfliktfylt. Noen av informantene mener at dette skyldes mangel på kunnskap.

Eksempel-casene beskriver praksis hos to ledere på ulike nivå i organisasjonene de representerer. Ulike ledernivå gjør at muligheter og metoder for oppfølging og kontroll av virksomhetens resultater foregår på forskjellige måter og på ulike arenaer for de to. Det er likevel klart at begge lederne, som har stor oppslutning blant de ansatte, er aktive i oppfølgingen av resultater fra virksomheten. De er pådrivere for at ansatte skal bruke avviks- og rapporteringssystemer og har rutiner for oppfølging av hendelser og avvik. Styringssignaler, overordnede idealer og kommunale målsettinger blir tolket, konkretisert og kommunisert til de ansatte. Resultater og kvalitet på tjenestene, som framkommer gjennom internkontrollsystemer og tilbakemeldinger blir tatt tilbake til de ansatte og bearbeidet i faglige fora der tiltak for å imøtekomme endringsbehov blir drøftet.

8.4 Oppsummering

Tittelen på dette kapitlet peker på at ledelsen er en avgjørende faktor for at sosialpolitiske idealer og mål realiseres. I dette kapitlet har jeg hatt to hovedperspektiver. Jeg har undersøkt utfordringene som ledere i helse- og sosialtjenestene beskriver, men også sett på mulighetene som ligger i styringssystemene for autonomi i ledelsen. Deretter har jeg drøftet hva ledere med stor oppslutning blant sine ansatte gjør og hvilke egenskaper de har. Hvis oppslutning fra de ansatte er et tegn på god ledelse, kan dette betraktes som et forsøk på å beskrive god lederpraksis som legger til rette for at sosialpolitiske idealer og mål blir realisert.

Undersøkelsen viser at mange kommuner har få ledernivåer (tonivåmodell), men mange lederfunksjoner. Dette fører til at det ikke er uvanlig med stort lederspenn som skaper utfordringer med oppfølging og kontroll av virksomhetene. Utfordringen forsterkes ved at det er vanskelig å finne gode måter å vurdere kvalitet i tjenesteutøvelsen på. I et overordnet perspektiv er lederavtaler en utbredt praksis for å konkretisere ønskede resultatmål og hvordan disse skal måles. Lederne som er intervjuet gir inntrykk av at de opplever å ha gode muligheter for å påvirke strategier og målsettinger for sektoren. Hovedutfordringen er økonomien, som opptar alle lederne som er intervjuet. Hvordan lederne kommuniserer styringssignalene videre nedover i organisasjonen løses på ulike måter, men i de fleste tilfeller er den ikke formalisert på samme måte som i lederavtalene. Der hvor enhetslederne inngår i en dialog med rådmannsnivået og målet er å komme til enighet om resultatmål for virksomheten som lederen skal sikte mot i arbeide, vil de ansatte i mange tilfeller ikke oppleve å være med å diskutere målene for egen yrkesutøvelse. En årsak til dette kan være at medarbeidersamtalene i liten grad brukes til å avtale målsettinger for den enkelte ansatte. Når

lederspennet er så stort, er det vanskelig for ledere som gjennomfører medarbeidersamtalene å kjenne den enkeltes yrkesutøvelse godt nok til å kunne sette konkrete mål. En annen faktor er at mange av strukturene i bofellesskapene er etablert for å sette mål for beboerne og oppfølging av disse, ikke for å sette mål for de ansatte. Mål som diskuteres vil derfor i hovedsak ha fokus på beboerne og ikke på den enkelte ansattes utvikling. Dette fokuset kan lett forsvares, men i enkelte sammenhenger ville fokus på den enkelte ansattes utvikling og yrkesutøvelse i neste omgang kommet beboerne til gode.

For å komme nærmere et svar på hva som kreves av ledere i helse- og omsorgstjenestene har jeg undersøkt hva lederne opplever at de ansatte forventer av dem. Forventningene lederne opplever er oppsummert i tre tema: Lederne må *se sine medarbeidere* og følge opp tilbakemeldinger de mottar. De må være *tydelige* når de kommuniserer mål og forventninger. Sist, men ikke minst, må lederne være opptatt av de *faglige* problemstillingene som de ansatte arbeider med.

I siste del av dette kapitlet har jeg undersøkt hva som kjennetegner god ledelse gjennom å ta utgangspunkt i to leder-caser og drøftet disse opp mot hva andre forskere mener er egenskaper hos ledere som lykkes med å implementere store endringer (Lipsky, 2010). Evne til å tydeliggjøre samfunnsoppdraget, sette klare mål, følge opp de ansatte og følge opp virksomhetens resultater er viktige egenskaper, og analysen avdekker at disse sammenfaller i stor grad med egenskaper hos lederne som blir betraktet som dyktige av sine medarbeidere, også i min undersøkelse. Analysen viser at disse to lederne i stor grad imøtekommer de ansattes og kommunens forventninger til lederne, slik jeg beskrev disse i første del av dette kapitlet.

I bofellesskap der de ansatte er mer kritiske til sin ledelse kan det virke som den svikter på et eller flere av områdene. I mange av tilfellene har ikke de ansatte noen oppfatning av hva som er samfunnsoppdraget. Samhandlingsarenaer der faglige diskusjoner er tenkt skal foregå, blir ikke fulgt opp av lederne ved at det ikke er prioritert, det er ikke obligatorisk deltakelse og ikke turnusfestet. Ansvar for å utarbeide individuelle mål i samarbeid med den enkelte beboer er i enkelte tilfeller ikke tydelig definert, og i andre tilfeller kan det være at mål og tiltak ikke blir fulgt opp og evaluert.

Et av de viktigste funnene er at hvis ledere skal lykkes med å utvikle de ansatte og skape et lærende praksisfellesskap med fokus på å realisere mål for beboerne, er det nødvendig å etablere og følge opp arenaer for faglig refleksjon og diskusjon. Det er gjennom aktiv ledelse, som kommuniserer samfunnsoppdraget og stiller krav til medarbeiderne, at god praksis

utvikles. Det er gjennom faglig refleksjon og diskusjoner om mål og tiltak for den enkelte beboer, at de ansatte utvikler bevissthet om egen yrkesrolle. Det er en viktig faktor i tjenestenes arbeid med å realisere idealer og mål for den enkelte beboer.

Når det er sagt, står vi likevel i en situasjon der sosialpolitiske idealer og mål ikke har så stor oppmerksomhet ute i kommunene. Ledelsen foregår i et styringssystem der idealer fra NPM står sterkere. Sosialpolitiske idealer og mål blir i mange tilfeller redusert til resultatmål, kvalitetsindikatorer og rapporterte avvik. Hvis ikke lederne klarer å løfte fram samfunnsoppdraget og tydeliggjøre det ideologiske grunnlaget for tjenestene til de ansatte, vil oppmerksomheten på idealene svekkes ytterligere. Funnene i min undersøkelse tyder på at svak ledelse fører til at idealene på mange måter forsvinner og dagsplanen blir den nye ideologien.

Det er viktig å understreke at det har ikke vært et mål for dette prosjektet å undersøke om idealer og mål faktisk blir realisert, men å undersøke hvordan de ansatte og ledere beskriver egen praksis og gjennom dette finne faktorer som kan påvirke evnen til å realisere idealer og mål for omsorgstjenestene. Funnene jeg beskriver er kommet fram gjennom fokusgruppeintervjuer og individuelle lederintervjuer der de informantene har reflektert over egen praksis.

Kapittel 9 Utforming av boliger og organisering - Individuelle tjenester

Når jeg velger å ha et eget kapittel om organisering er det ikke for å drøfte organisering av tjenestene i sin fulle bredde, men snarere for å ivareta noen aspekter ved dette temaet som ikke er behandlet tidligere. Organisering av tjenestene er et gjennomgående tema for denne avhandlingen. I kapittel fem drøfter jeg kommunale styringssystemer, i kapittel seks drøftes tjenestefokuset og internkontrollsystemer, rutiner og størrelse, mens i kapittel åtte drøfter jeg ledelse og strukturer for faglig refleksjon og kommunikasjon. Alle disse temaene inngår i det som betraktes som organisering av tjenestene. I dette kapitlet vil jeg se på hvordan utforming av boliger påvirker tjenestene og de ansattes oppfatning av egen rolle.

Bofellesskap er den mest utbredte boformen for personer med utviklingshemming i Norge i dag. Söderström og Tøssebro (2011) finner at det er bare 17 % av voksne personer med utviklingshemming som bor i egen selvstendig bolig, mens det derimot er om lag 80 % som bor i bofellesskap i 2010. Undersøkelsen viser at det er en tilbakegang av bofellesskap uten fellesarealer, det som kalles samlokaliserte boliger. I 1994 var det over 32 % av de som hadde flyttet ut av institusjoner som bodde i samlokaliserte boliger, denne andelen hadde sunket til 19 % i 2010. Nye bofellesskap bygges med fellesareal. Til tross for at bofellesskap er den dominerende boformen, og i mange tilfeller har forholdsvis lik organisering, så viser datamaterialet at det finnes et mangfold av mulige organisasjonsformer. I vårt materiale finner vi eksempler på det jeg kaller klassiske bofellesskap, samlokaliserte boliger, enetiltak og landsby. I dette kapitlet vil jeg undersøke to av organisasjonsformene som er mye utbredt – klassiske bofellesskap og samlokaliserte boliger – og drøfte fordeler og utfordringer med ulik utforming, som ansatte og ledere peker på i intervjumaterialet.

9.1 Bofellesskap er løsningen – hva er problemet?

Et tema som ble diskutert blant lederne på en av dialogkonferansene er utfordringen med at det i stor grad blir tatt for gitt at personer med behov for omfattende tjenester i hjemmet skal bo i bofellesskap. Ikke minst gjelder dette personer med utviklingshemming. Både personen selv, pårørende og fagfolk i kommunene har lett for å anta at bofellesskap er det optimale tilbudet, og dette hindrer eller forsinker utvikling av andre typer organisering av tjenester. Foreldre forteller at de ikke kjenner til andre former for organisering enn bofellesskapet (Eide

& Breimo, 2013). Denne forestillingen gjør at det kan være vanskelig å se at andre boformer kan være like godt, eller bedre egnet for den enkelte.

En faktor som påvirker dette er at det allerede eksisterer en infrastruktur for å møte forestillingen om at bofellesskap er det optimale tilbudet. Garbage Can modellen (Cohen et al., 1972) som er presentert i kapittel tre i denne avhandlingen, forklarer dette med at det er ulike strømmer (problemer, løsninger, deltakere og beslutningsmuligheter) som flyter gjennom organisasjonen. Bofellesskap vil være en del av det en kan betegne som en *strøm av løsninger*, og løsningene leter etter problemer de kan løse. I *strømmen av problemer* finner vi behov for omfattende hjelp i hjemmet. Når disse to strømmene møtes kan det tas en beslutning om tiltak, og løsningen finner et problem som kan ivaretas. Utfordringen, som lederne i dialogkonferansen peker på, er at det finnes flere løsninger enn de som er tilgjengelige i «søppelspannet», men i og med at løsningene ikke virker tilgjengelige, faller beslutningstakere ned på bofellesskap som løsningen for de fleste.

Hvis kommunene ønsker å gjøre endringer, tilføre flere løsninger til «søppelspannet», krever det langsiktighet. Nye boformer og tjenester må utvikles, beboere, pårørende og ansatte må overbevises om at alternative organiseringsformer gir et bedre tilbud enn de tradisjonelle tilbudene de kjenner til. Disse prosessene er ofte kompliserte, med mange interessenter og meninger. En av de kommunale lederne peker på utfordringen med å utvikle individuelle tilbud når han blir utfordret til å si noe om hva som er hovedutfordringene i dagens omsorg for personer med utviklingshemming:

Hva slags type tilbud egner seg til hvilke type brukere? Det vil si; Hvem vil få best livskvalitet ved å bo helt alene? Hvem vil ha best livskvalitet ved å leve nærhet til base og hvem er brukerne som uansett skal inn i et døgnbasert bofellesskap med tett oppfølging. Det er noe av det mest sentrale mener jeg (Kommunal leder)

For befolkningen generelt har vi sett en utvikling over de siste årene at omsorgstjenestene i stadig større grad tilbys i hjemmet der personen bor og har bodd i mange år. Boligen tilrettelegges og utformes slik at barrierer som skaper funksjonshemming reduseres, det iverksettes habiliteringstiltak hvis det har skjedd en reduksjon i funksjonsnivå, og det arbeides med forebygging. Som for eksempel fallforebyggende trening for eldre. Alle disse tiltakene gjøres for at eldre eller andre personer som får nedsatt funksjonsevne skal kunne bo hjemme så lenge som mulig.

For personer med utviklingshemming er situasjonen en annen. Når de trenger hjelp for å klare seg i hverdagen, har det blitt tatt for gitt at personen skal flytte inn i et bofellesskap når han/hun flytter ut av foreldrehjemmet. Dette er en forestilling som også mange pårørende har.

Men personer med utviklingshemming er en heterogen gruppe og kan ha svært ulike behov. Derfor vil de ha ulikt behov for tjenester. Variasjonen tilsier at det bør finnes mange ulike måter å organisere tjenestene på, til tross for dette, er det påfallende lite variasjon, både mellom kommuner og mellom bofellesskap. Tjenestene skal baseres på individuelle behov, men mye tyder på en utstrakt standardisert tenking i tjenestene.

Her er det behov for en holdningsendring både blant beboerne det gjelder, pårørende og fagfolk. Hvis normalisering og inkludering fortsatt er idealer, og vi skal utvikle individuelle tjenester for å nå disse idealene, må vi tenke på nye måter og ha større individuell tilpassing av tilbudene. Fastlåste oppfatninger av hva som er et optimalt tilbud kan gjøre det vanskelig å realisere sosialpolitiske idealer og mål. Men som nevnt tidligere finnes det tiltak i enkelte kommuner for å etablere andre former for organisering av omfattende tjenester for personer som har behov for det.

9.2 Ulike former for organisering av tjenester

Jeg har valgt å kalle dette delkapitlet ulike former for organisering av tjenester, ikke nødvendigvis fordi tjenestene er så ulikt organisert – i enkelte tilfeller er de det også – men fordi ulik utforming av boliger fører til forskjellig organisering av tjenester. Boligens utforming påvirker kanskje i større grad hvordan ansatte oppfatter sin egen rolle og samfunnsoppdraget, enn vi skulle tro.

Hvis jeg skal være dønn ærlig: Jeg er jo hos noen som bor ute og jeg tenker annerledes når jeg er ute enn når jeg er her. For der går jeg inn med det i tankene at «Han må lære!» Han må lære seg at han skal gå og tømme søppel, jeg skal ikke dit for å tømme søppel. Han skal lære seg å plukke ut av oppvaskmaskinen. Kanskje jeg må hjelpe han i begynnelsen, men målet er... det tenker jeg ikke når jeg ordner for de som er her. Der er jeg hjemme hos han. Her er jeg på jobb. Det er ganske stygt, men det er sannheten (Bofellesskap1, Fokusgruppeintervju 1).

Dette sitatet viser tydelig at organisering av boform påvirker holdningene hos de ansatte. Når omsorgstjenester ytes i egen leilighet ute i kommunen, betrakter den ansatte at hun er hjemme hos han. Når hun yter tjenester hjemme i leilighetene hos de som bor i bofellesskapet er hun på jobb. Det kan virke som om de ansattes forståelse av bofellesskapet som arbeidsplass får forrang foran forståelsen av bofellesskapet som først og fremst et hjem for beboerne. Det er arbeidsplassens logikk som dominerer forståelsen av praksis i bofellesskapet (Jensen, 1990a).

9.2.1 Bofellesskap med fellesareal

Institusjonene ble gjenstand for omfattende kritikk på 1960- og 1970-tallet, som førte til Ansvarsreformen og reformen innen psykisk helsevern. Sentralt i arbeidet med å bedre levekår for personer som bodde på institusjoner, var oppbyggingen desentraliserte kommunale tjenester. Dette gjaldt både personer med utviklingshemming og psykiske lidelser. For utviklingshemmede ble den dominerende organiseringen det jeg her kaller «de klassiske bofellesskapene». I årene etter reformen bygget kommunene bofellesskap tråd med en norm der Husbanken (1990) stilte ulike krav for å finansiere utbyggingen. Som nevnt innledningsvis i denne avhandlingen, sa normen at bofellesskapenes størrelse skulle begrenses til fire eller fem leiligheter, standarden på leilighetene skulle tilsvare størrelsen på en enpersonshusholdning (ca 50 kvm), og den skulle lokaliseres i et egnet bomiljø. En skulle unngå å konsentrere mange boliger for personer med tjenestebehov fordi det kan gi et institusjonspreg. I løpet av perioden som har gått siden Ansvarsreformen, har endringer gjort at føringene om størrelse har blitt mer åpne for tolkning, noe som har ført til at kommunene i stadig økende grad bygger større bofellesskap i dag enn tidligere (Bliksvær, 2005; Hansen & Grødem, 2012; Kittelsaa & Tøssebro, 2011; Söderström & Tøssebro, 2011). Det finnes eksempler på bofellesskap med 15 beboere i mitt materiale, men det eksisterer også enda større bofellesskap. I enkelte kommuner kan det være opp til 25 beboere samlet. Gjennomsnittlig antall personer som bor sammen i bofellesskap er sju i 2010, og andelen av bofellesskap med sju eller flere beboere er på 40 % (Söderström & Tøssebro, 2011). En vanlig utforming av bofellesskapene er en bygning med en hovedinngang som fører inn til et område med fellesareal, korridorer og personalrom, og leiligheter med inngang fra fellesrom eller korridor. Fellesarealet blir et sentralt område i disse bofellesskapene der beboere møtes, beboere og ansatte møtes og fellesaktiviteter foregår. Det kan være møter, måltider eller andre sosiale aktiviteter. Fellesarealet kan også benyttes til personalmøter. Under slike møter har ikke beboerne adgang til arealene. Det er ikke uvanlig at personalet regulerer bruken av fellesarealet (Kittelsaa, 2019).

Årsaker til at det klassiske bofellesskapet med fellesareal har fått så stor oppslutning og utbredelse kan ha flere årsaker. En grunn kan være gunstige finansieringsordninger fra Husbanken, som hadde stor betydning for utformingen av bofellesskapene i årene etter Ansvarsreformen. En kan også tenke seg at tilslutningen til denne løsningen har blitt så stor fordi bofellesskapene kom som et alternativ til den kritiserte institusjonsomsorgen, og var en forbedring sammenlignet med den. Organiseringen i bofellesskap fikk fotfeste og utbyggingen

har derfor fortsatt uten at kommunene har vurdert om dette er den mest hensiktsmessige organiseringen med tanke på å realisere idealer og mål for personer med nedsatt funksjonsevne. Og ikke minst har bofellesskap noen kvaliteter som er positive og er godt tilpasset noen beboeres behov. I de senere årene har de fleste nye bofellesskap blitt bygget med fellesareal (Söderström & Tøssebro, 2011). Argumenter som brukes er at beboerne liker å være sammen og at det legges til rette for fellesaktiviteter, men at deltakelse er frivillig (Kittelsaa, 2019). Pårørende hevder at kommunen sparer penger ved å samle beboere til måltider og aktiviteter i fellesareal som fører til behov for færre ansatte (Kittelsaa & Tøssebro, 2013). Ansatte hevder at fellesarealet kan være positivt i enkelte sammenhenger, men det kan også være det motsatte.

Fellesarealet som sosial arena

Det som først og fremst trekkes fram er de trygge rammene en heldøgns bemanning gir for beboerne som har behov for omfattende tjenester. Det er viktig å ha en egen leilighet der du kan trekke deg tilbake til, men samtidig betrakter mange det som noe positivt ved bofellesskapet at du kan møte naboene dine i fellesarealet, og ha hyggelige aktiviteter sammen med andre. Felles måltider, en eller flere ganger i uka, er eksempler på dette. Beboerne er ofte enslige og kan ha stort utbytte av fellesskapet.

Det er et møtepunkt. Det er viktig! Og vi har fellesmåltider, det er viktig. Du går ikke på besøk til naboen hvis du er redd han. Er du i et fellesareal der noen passer på, er det lettere, men noen går hjem da også. Fellesarealet er mest viktig for måltid-kosen, kaffe klokka 5 hver ettermiddag, felles frokost lørdag og søndag, tirsdagskvelder og lørdagskvelder og høytider. Det kan være bra. Eller det er TV-tid på kvelden. Så kan de spise de måltidene de vil i fellesarealet. Det å spise helt alene er ganske kjedelig. Kanskje en får bedre appetitt når flere spiser sammen. Så er det sosialt (Bofellesskap 3, fokusgruppe 1)

Sitatet viser til kvaliteter som ansatte mener fellesarealet representerer i et bofellesskap for personer med psykiske lidelser, men det har overføringsverdi til bofellesskap for andre målgrupper. Hvis du er i en sårbar posisjon og ikke har forutsetninger for å etablere eller følge opp sosiale relasjoner på egen hånd, betraktes en felles arena der det er muligheter for å møte andre i samme situasjon som positivt. Det blir også et naturlig sted for beboerne å møte de ansatte og utvikle relasjoner med dem. Enkelte har stort utbytte av denne muligheten. Bruken av fellesarealet varierer fra beboer til beboer. For noen beboere er fellesarealet som en magnet (Bofellesskap 2, fokusgruppe 2), mens andre velger ikke å benytte det.

Effektiv tjenesteyting

En skal heller ikke undervurdere betydningen av at å samle flere beboere i en bygning med fellesareal er betraktet som en måte å drive effektiv tjenesteyting:

Jeg er ikke så glad i fellesarealene. Det fører til at beboerne samles her i fellesarealet. Samtidig er det ikke ressurser til å hjelpe alle i leilighetene. [...] Det er enklere for oss også. Å koke kaffe til fem personer i fellesarealet er lettere enn å hjelpe til med det samme i fem leiligheter (Bofellesskap 2, fokusgruppe 2)

Mange ansatte er ambivalente i forhold til fellesarealet (Kittelsaa, 2019). De opplever at det ikke er ressurser til å dekke den enkeltes behov for hjelp i leilighetene. Fellesarealet brukes da til å effektivisere tjenestene, for eksempel servere kaffe til alle der, og dermed frigjøre tid til andre gjøremål. Det er ikke uvanlig at ansatte finner metoder for å effektivisere tjenesteytingen (Lipsky, 2010). Dette endrer målene for tjenestene og mulighetene for å realisere de sosialpolitiske idealene reduseres. Fellesarealet legger til rette for kollektive løsninger, mens idealet er individuelle tjenester. På den andre siden, er det ansatte som fremhever at fellesarealet gjør at de møter beboere som de ikke nødvendigvis yter tjenester til, og det gir mulighet til å bli kjent og bygge relasjoner. Dette kan være nyttig med tanke på at det kan komme situasjoner der ansvar for tjenestene til beboerne må overflyttes til andre ansatte, og da har de allerede en relasjon.

Arena for konflikter

Fellessarealet kan også være en arena for konflikt:

Det kan bli gnisinger i fellesarealet. Her er fellesarealet åpent og beboerne kan benytte det når de vil. Før jobbet jeg ved et annet bofellesskap der de ansatte regulerte bruken av fellesarealet. Her kan det oppstå episoder med konflikt. Flere beboere vil ikke sitte alene i leiligheten, de vil være sosiale i fellesen. Da kan det bli uenighet om f.eks. hvilket TV-program de skal se på. Noen er sterkere enn andre og får gjennom viljen sin (Bofellesskap 2, fokusgruppe 3)

Når flere personer skal fungere i et sosialt samspill i fellesarealet, går det ikke alltid for seg uten kontroverser. Ulike interesser og behov kan føre til uoverensstemmelser. Beboere som sliter med sosiale relasjoner og har begrensede ferdigheter i samspill med andre kan være sårbare på denne arenaen. Sterke personligheter kan overkjøre de som er mer forsiktige. Det er også eksempler på bofellesskap der de har opplevd mer uttalte konfrontasjoner mellom beboere.

Det kan også tenkes at fellesstua er mer til hinder for fellesaktiviteter, enn det er en arena for å skape fellesskap. [Beboere] går rundt i fellesarealene og det virker som de tilsynelatende er i aktivitet, men kanskje det blir som en unnskyldning for ikke å finne

*på andre aktiviteter inne i leilighetene eller mer planlagte aktiviteter ute?
(Bofellesskap 7, fokusgruppe 4)*

Når beboerne kan oppholde seg i fellesarealet kan det føre til at de ansatte ikke tar initiativ til aktiviteter som beboerne kunne ha hatt glede og nytte av. Det kan både være aktiviteter i samfunnet utenfor bofellesskapet eller inne i leilighetene. Fellesarealet kan bli en behagelig hvilepute for de ansatte. Det kan også være til hinder for å ivareta sosiale nettverk som beboere har hatt når de bodde i foreldrehjemmet, eller venner fra skole og andre aktiviteter.

*Uten fellesareal hadde vi vært nødt til å benytte aktiviteter utenfor boligen i større grad. Slik det er i dag kan nettverket fra tidligere bli «glemt». Hvis en hadde vært nødt til å dra ut hadde en kanskje heller klart å vedlikeholde det «gamle» nettverket
(Bofellesskap 2, fokusgruppe 3)*

Bofellesskapet som hjem

Et av hovedmålene med etableringen av en ny desentralisert organisering av tjenestene for personer med utviklingshemming var å unngå at hjemmene skulle ha preg av det institusjonaliserte livet som hadde vært i institusjonsomsorgen. Spørsmålet en kan stille seg er om vi har lyktes med det? Folkestad (2003) betegner å leve i bofellesskap som et *institusjonalisert hverdagsliv*. Dette begrunner han med at det er de ansatte som både regulerer bruken av lokalene i bofellesskapet og i stor grad innholdet i hverdagslivet. Det er de som har myndighet til å definere hvilke problemer som får oppmerksomhet, formulerer og håndhever reglene og iverksetter rutinene. Han stiller spørsmålsteget ved om det *er mulig å tenke seg bofellesskapet som en helt ut «normalisert tilværelse»* (s 200) når det er så asymmetrisk makt i relasjonen mellom ansatte og beboere. I fokusgruppeintervjuene jeg gjennomførte var de ansatte opptatt av og reflekterte over disse problemstillingene. Som jeg har drøftet i kapittel sju opplevde de flere dilemmaer i yrkesutøvelsen, når mål og idealer er tvetydige. Enkelte utfordringer forsterkes gjennom måten tjenestene er organisert på.

Utforming av bygningene er en faktor som ansatte i flere fokusgruppeintervjuer mener gjør at bofellesskapet oppfattes som en institusjon.

*Det er ikke mange som føler seg heim her. Jeg har aldri hørt noen har sagt heim... jo, en har sagt at hun hadde det bra her og at det var heim, men jeg tror ikke det er så mange som sier det, for de er for nye eller for syke eller vil ikke være her. De tenker litt på det som en institusjon. De skulle hatt en egen inngang ikke en korridor. Det er bygget som en institusjon. En heim kan defineres på ulike måter, men jeg tenker at det er et sted bare du har nøkkel til, men her kan vi låse oss inn hvis du har stengt dør.
(Bofellesskap 3, fokusgruppe 1)*

Bofellesskapet det er snakk om i dette sitatet har personer med psykiske lidelser som målgruppe, men poengene kan vær gyldige for enkelte beboere i bofellesskap for personer

med utviklingshemming også. Informanten forklarer at det er i hovedsak til tre årsaker til at ikke beboere opplever bofellesskapet som et hjem. Noe forklares med beboernes helse eller ønske om å bo et annet sted, en faktor er boligens utforming, det siste er de ansattes tilgang til leilighetene, som påvirker opplevelsen av privatliv. Faktorene samsvarer med egenskaper som Smith (1994) mener er karakteristisk for «ikke hjemlige» omgivelser.

Under implementeringen av Ansvarsreformen var det en diskusjon om boligene skulle ha lokaler som personalet disponerte. I Husbankens normer understekes det at personalrom knyttet direkte til boligene *bør begrenses til et minimum* (Husbanken, 1990, s. 3). Begrunnelsen for denne holdningen var at kontorer og personalrom i boligen understreket det «unormale». I dag hører vi ikke slike diskusjoner, og det er en selvfølge at det legges til rette for at personalet skal ha nødvendige arealer til administrative og driftsmessige oppgaver. Det er heller ikke uproblematisk hvis de ansatte må være inne i leiligheten til beboeren hele tiden og ikke kan trekke seg tilbake og skape rom for privatliv. Men samtidig understreker ansatte at kontorer og vaktrom er med på å signalisere at det ikke er et vanlig hjem. Det faktum at det er personer som jobber i boligen, signaliserer også det.

En enhetsleder sammenligner to bofellesskap han har ansvar for, og mener at utforming er av betydning for de ansattes praksis:

[I bofellesskapet med egne ytterdører til leilighetene] har en klart å ivareta oppfatningen av at når en går over dørstokken til den enkelte er en inn i deres private hjem. [Men i det andre bofellesskapet] med lang korridor med fem beboere oppe [i andre etasje] og fire nede som bor etter hverandre, så har vi vært nødt til å ta opp at det er ikke bare [for de ansatte] å gå inn til naboen når denne ikke er hjemme, og låne miksmasteren fordi en mangler det. Hvis en gjør det har en glemt at det er et privat hjem, og da er en over på institusjonalisering. Det er en større oppgave å unngå institusjonalisering når det ligner på en institusjon (Enhetsleder, mann, vernepleier)

Dette sitatet er et godt eksempel på at det er en risiko for at grenser mellom de private leilighetene og den offentlige delen av bofellesskapet blir visket ut. Arbeidsplasslogikken kan lett bli herskende. Beboernes leiligheter er ikke bare en privat sfære, de er også en arbeidsplass. De ansatte er av den oppfatning at de har myndighet til å gå inn i de private leilighetene for å gjøre arbeidsoppgaver eller låne ting uten at beboeren er hjemme. Eller som andre eksempler viser, kan ansatte ringe på eller komme inn i leilighetene for å hente nøkler, gjøre avtaler eller gi beskjeder til ansatte som yter tjenester til beboeren. Det er ikke beboeren som blir i sentrum for begivenhetene i sitt private hjem. Utformingen er med på å legge til rette for en tjenesteorientert praksis.

Som drøftingen over viser, er organisering av tjenester i det «klassiske bofellesskapet» ikke helt uproblematisk. Denne formen for organisering løser mange behov, både hos den enkelte beboer og hos de ansatte. Det må også sies at enkelte beboere har stort utbytte av denne boformen og profitterer på mulighet for fellesskap med andre beboere i et fellesareal. Samtidig ser vi at noen av problemene fra institusjonsomsorgen, som de desentraliserte omsorgstjenestene skulle løse, fortsatt har blitt med som «nissen på lasset» i mange bofellesskap. Rutiner og regler, vaktrom og korridorer, kollektive løsninger og begrenset privatliv, for å nevne noen. Disse forholdene vil virke som barrierer for realisering av idealer for omsorgstjenestene. Det er grunn til å tro at disse problemene tiltar i omfang etter hvert som kommunene stadig bygger større bofellesskap.

9.2.2 Samlokaliserte boliger nærhet til personalbase

En organisasjonsform som vi har flere eksempler på i vårt datamateriale, er det jeg velger å kalle samlokaliserte boliger nær personalbase. De kan ha ulik utforming og organisering, men en fellesnevner er at det ikke er fellesarealer tilknyttet boligene. I våre data er det eksempler på samlokaliserte boliger som to rekkehus, fire tomannsboliger og leiligheter i en boligblokk i et borettslag. De samlokaliserte boligenes utforming og plassering gir ulike rammer for yrkesutøvelsen. Eksempelene som jeg bruker her er forskjellige både med tanke på omgivelsene de er plassert i, og bygningenes plassering i forhold til hverandre.

De fire tomannsboligene er på et plan og plassert slik at de danner et tun der alle inngangsdører vender inn mot tunet. Boligene ligger tilbaketrukket bak en støyvold i utkanten av et boligfelt og grenser mot et skogsområde. Plasseringen er i nabolaget til et helse- og velferdssenter med sykehjem, bofellesskap for demente og rusmiddelavhengige, omsorgsboliger og aktivitetstilbud for eldre. De samlokaliserte boligene i rekkehus, består av ti leiligheter i to toetasjes bygninger som ligger etter hverandre og er forbundet med en svalgang. Rekkehusene ligger i et nabolag som består av villaer og andre rekkehus. De seks samlokaliserte leilighetene i borettslaget, ligger i en fireetasjes boligblokk der det også bor personer som ikke mottar tjenester fra kommunen Borettslaget ligger i et område med annen blokkbebyggelse. Leilighetene der personene som trenger tjenester bor er spredt over tre etasjer.

Både i borettslaget, tomannsboligene og i rekkehusene er det en leilighet som fungerer som personalbase. I personalbasene har beboerne begrenset adgang. Stua brukes til møterom og

oppholdsrom for de ansatte som er på jobb, mens soverom brukes til garderober og kontorer. Alle tiltakene har døgnbemanning.

Etableringen av disse tre forskjellige boligene har ulike målgrupper, utgangspunkt og historie: Dette gir forskjellig utgangspunkt og rammer for de ansattes arbeid med å realisere idealer og mål. Til tross for at sosialpolitiske idealer og målsettinger er de samme for alle målgruppene har tjenestene noe ulikt fokus på hvordan de skal realisere idealene. Felles for de samlokaliserte boligene er at organisering og utforming gir beboere og ansatte andre forutsetninger for tjenesteytingen enn et klassisk bofellesskap og etableringen representerer noe nytt og spennende for de involverte. Alle de tre samlokaliserte boligene er etablert i løpet av de siste ti årene, og betraktes lokalt i den enkelte kommune, som innovasjoner som er med på å utvikle omsorgstjenester i en litt annen retning enn de klassiske bofellesskapene.

Initiativ, planlegging og oppstart

Hvordan ideer, diskusjoner, planer og beslutninger om å etablere de samlokaliserte boligene i kommunene har oppstått, gir ulike utgangspunkt for de tre eksemplene. Jeg vil innledningsvis gi en kort beskrivelse av hva som var bakgrunnen for oppbyggingen av de tre tilbudene. Denne beskrivelsen baseres primært på intervjuer med ledere som har vært sentrale i utviklingen av tjenestene og fokusgruppeintervju med ansatte som har vært med på endringsprosessene. Jeg har ikke systematisk analysert politiske saksdokumenter eller planer for disse prosessene, og bygger derfor framstillingen på ansattes og lederes fortellinger.

De samlokaliserte tomannsboligene, som har vært lengst i drift av eksemplene, ble etablert i 2007 fordi kommunen ønsket å omorganisere tjenestene for noen utvalgte personer med utviklingshemming, utagerende atferd og omfattende behov for hjelp. De hadde levd i enetiltak og små boenheter som var spredt rundt i kommunen og skulle nå samlokaliseres. De tydeligste faglige målene som kommunen hadde for etableringen var at utagerende atferd og bruk av tvang og makt skulle reduseres. Kommunen ønsket i tillegg å etablere et mer robust fagmiljø. Reduksjon i utgifter var også et uttalt mål, i følge de ansatte. Både enhetsleder for virksomheten og de ansatte hevder at utgiftene ble mer eller mindre halvert etter etableringen av bofellesskapet. Nye bygninger ble bygget, og enhetsleder hadde vært med i planleggingen. Beliggenhet og utforming av boligene er nøye gjennomtenkt. Disse samlokaliserte boligene består av fire tomannsboliger der personalbasen ligger i en av leilighetene. Det er til sammen sju boenheter. Mellom hver av leilighetene er det plassert kontor for de ansatte slik at det blir en buffer mellom de to leilighetene i boligen. Det gjør at personalet kan trekke seg tilbake fra

leilighetene, samtidig som at de er nær beboerne og klare til å bistå. Hver leilighet har en gang med egen ytterdør, der er også døren til personalkontorene. Ytterdøren til alle leiligheter og personalbasen vender mot tunet. Dette fører til at ytterdørene er skjermet for innsyn fra andre enn beboere og ansatte.

Etableringen av de samlokaliserte tomannsboligene var en konsekvens av at kommunen, som sagt, ønsket å redusere utgifter, samtidig hadde de et ønske om å redusere bruk av makt og tvang, og ikke minst, redusere utagerende atferd.

Utgangspunktet var at det var mange botilbud for sterkt utagerende personer rundt i kommunen, ofte plassert vekk fra folk «ute i skogen» der det var en beboer og to personal. [De samlokaliserte boligene] ble etablert for denne beboergruppen av ulike årsaker. Kommunen ville spare penger, og gjennom etableringen halverte de utgiftene. Det var også et ønske om å etablere et fagmiljø og samle kompetansen. Boligen er i dag et kommunalt ressurscenter for atferdsproblematikk (Bofellesskap 5, fokusgruppe 1).

De ansatte som skulle jobbe der ble nøye valgt ut, og alle måtte tilslutte seg de grunnleggende tankene bak metodikken som skulle dominere tjenestene, og ikke minst, måtte de akseptere at bemanningen ble kraftig redusert. Utvelgelsen av ansatte gjorde at ledelsen i utgangspunktet hadde stor oppslutning om prosjektet blant de ansatte som ble med.

Ved oppstarten ble det plukket flinke fagfolk med høy utdanning for å jobbe her. Det ble gjort en utsilingsprosess, for det ble mange overtallige etter overføringen. Det var nesten ingen assistenter eller ufaglærte. De ansatte som ble med over hadde stort engasjement og motivasjon for å få til et godt tilbud. Bemanningen ble redusert fra to-til-en til en-til-en på nesten alle brukerne (Bofellesskap 5, fokusgruppe 1).

Rekrutteringsprosessen gjorde at de ansatte som ble valgt hadde høy kompetanse og erfaring fra denne type arbeid. Dette førte også til at de som ble med i de nye samlokaliserte boligene var svært motiverte og engasjerte for å utvikle noe nytt. At det i tillegg til å bli kalt et bofellesskap, fikk betegnelsen *kompetanseenhet for utfordrende atferd* gjorde at de ansatte fikk en følelse av å være med på et viktig utviklingsprosjekt, og at de hadde en kompetanse som var verdsatt.

Det andre eksemplet på samlokaliserte boliger er forholdsvis nytt, og beboerne flyttet inn på forsommeren 2018, bare et halvt år før jeg gjennomførte intervjuer og observasjoner der. Utgangspunktet er at et «klassisk» bofellesskap for personer med psykiske lidelser er lagt ned, og beboerne flytter til kommunale leiligheter i to rekkehus. Utviklingen av dette bofellesskapet har en lang historie. Endringsprosessen kulminerte med innflyttingen i de samlokaliserte boligene.

I dette eksemplet er inntrykket at omorganiseringen i større grad har vokst fram nedenfra. Til tross for noe skepsis fra de ansatte når flyttingen ble en realitet, hadde dette vært et tema blant de ansatte over lang tid. I følge fagansvarlig for bofellesskapet som ble avviklet, startet diskusjonen om en ny organisering av tjenestene flere år før det ble et faktum. Når bofellesskapet ble etablert på midten av 2000-tallet, var det med utgangspunkt i utetjenesten i kommunen som ga tjenester til hjemmeboende personer med rus og/eller psykiske problemer. De så at punkttjenester ikke var tilstrekkelig. Noen personer med psykiske lidelser hadde behov for heldøgns omsorg. Bofellesskapet ble etablert og var det eneste tilbudet for denne brukergruppen i kommunen. Mange av beboerne hadde ulike behov. Etter hvert utviklet kommunen et annet tilbud for personer med omfattende behov for bistand på den psykiske helseavdelingen på helsehuset som var forholdsvis likt tilbudet i bofellesskapet. De som arbeidet med psykisk helse så at det var behov for mer differensierte tilbud og ønsket å utvikle en omsorgstrapp der tjenestene i større grad var tilpasset ulike behov. Bofellesskapet hadde mange trekk som vi kjenner igjen fra institusjoner, som lange korridorer, vaktrom og opplevelse av å bli overvåket. Det er interessant å merke seg at det kan trekkes paralleller til Sandvin og Söder (1998) sin analyse av omorganisering av psykiatrien på 1990 tallet, der de argumenterer for at omleggingen den gang var motivert av å frigjøre kapasitet til pasienter som var betraktet som helbredelig. Noen av argumentene som brukes for omorganiseringen av tjenestene som er beskrevet her, er tilsvarende.

Hele planen om å flytte ble satt på hold på grunn av en forverring av kommuneøkonomien, som førte til innsparinger og nedskjæringer. Men etter en tid med innsparinger ble økonomien bedre, og en kunne igjen tenke på utvikling. Da ble flytteplanene tatt fram igjen. De kommunale rekkehusene som tjenestene ble flyttet til, hadde vært framme i diskusjonen flere ganger. Men når beslutningen var tatt om å flytte dit, måtte kommunen finne nye boliger til de som allerede bodde der og måtte flytte for å gi plass til den nye virksomheten. Denne prosessen tok også tid. Så fra ideen oppstod til de samlokaliserte boligene var en realitet, tok det fem-seks år.

Beslutningen om å avvike bofellesskapet og etablere et tilbud for personer med psykiske lidelser i samlokaliserte boliger nær en personalbase hadde, som jeg skriver over, ulike begrunnelser. Det som er interessant i denne sammenheng, er at vi ikke kan finne noen politiske vedtak om omorganiseringen av tjenestene, det var en avgjørelse som ble tatt administrativt, men omorganiseringen er godt forankret i kommunale planer som boligsosial handlingsplan og omsorgsplan. Det virker som hele endringen skjedde innad i resultatenheten

og at beslutningene kunne fattes innenfor de administrative og faglige strukturene i kommunen, uten politisk innblanding.

Omorganiseringen av de to tjenestene og samlokaliseringen i tomannsboliger og rekkehus som er brukt som eksempler i dette kapitlet har begge vært drevet fram av den administrative og faglige ledelsen i kommunene, men har hatt ulike faglige begrunnelser. For den ene tjenesten har reduksjon i utagerende atferd, mindre bruk av tvang og makt og styrking av fagmiljø, vært de faglige målsettingene. I tillegg til klare målsettinger om økonomiske besparelser. I det andre tilfellet har målet vært å redusere institusjonslignende omgivelser, øke selvstendighet, deltakelse og inkludering. Her har ikke økonomi og reduksjon i utgifter vært en drivkraft. Bemanningen har heller økt enn blitt redusert, etter omorganiseringen, uten at dette har en direkte sammenheng, men er knyttet til økt bistandsbehov hos enkelte beboere.

Felles for begge prosessene har vært tydelig støtte og forankring hos rådmannsnivået i kommunen. Endringsprosessene har vært gjennomført av entusiastiske ledere, som har hatt klare målsettinger for tjenestene, og har vært i stand til å kommunisere dette til sine medarbeidere (Jf. kapittel 8.3). Ledere har forankret omorganiseringen i sosialpolitiske idealer og mål, og dette har gjort det enklere å argumentere for endringene. For kommunenes del har de samlokaliserte boligene tilført en alternativ organisering av tjenestene som dekker et behov og gir andre muligheter til å realisere idealer og mål. Overført til Cohen et al.s (1972) Garbage can model, har det tilført – en ny løsning til strømmen av løsninger i «søppelspannet».

Det tredje eksemplet på samlokaliserte boliger – leiligheter «innsprengt» i et borettslag – kom derimot i stand på en helt annen måte. Utgangspunktet var et initiativ fra foreldre til seks unge voksne personer med utviklingshemming og omfattende bistandsbehov. De ønsker at deres voksne barn skulle få flytte til egne leiligheter. Foreldrene baserer engasjementet på normaliseringsideologien og vil at sine voksne barn skal få bo som andre unge voksne og eie leilighetene selv. Dette var ikke et prosjekt som kommunen stilte seg bak. Foreldrene måtte føre en lang kamp mot kommunen og det ble rettet beskyldninger om at de snek i den kommunale boligkøen.

I disse tilfellene har det vært ressurssterke foreldre som har startet prosessen. Er det bare ressurssterke foreldre som har råd til å bistå sine med å kjøpe leilighet [...] som skal få det tilbudet? Så «må» vi sette inn tjenester der, og utsetter da mulighetene for å bygge ut tjenester for de som ikke har ressurser. Det kan skyve folk bakover i køen. Det er et tankekors. Jeg var på NFUs årsmøte og snakket om ulike tema og da nevnte jeg dette. Da var det en av de pårørende som sa at de ville aldri ha råd til å kunne kjøpe noe sånn for sitt barn (Kommunal leder).

Prosjekter som blir drevet fram av pårørende, kan oppfattes som et forstyrrende moment i kommunens langsiktige tjenesteutvikling. Det forutsetter også at pårørende har ressurser og vilje til å legge ned en stor innsats. Samtidig kan foreldrenes initiativ ses på som en respons på kommunens manglende tilbud og lange boligkø for personer med utviklingshemming. Eksemplet viser at gjennom iherdig innsats og stå på vilje, har det blitt utviklet, eller som noen vil si, fremtvunget en ny måte å organisere tjenester på til tross for kommunens motstand. Denne noe tunge prosessen som bakteppe er ikke et optimalt utgangspunkt for etablering av tjenester der samarbeid med pårørende kan være en viktig faktor for å lykkes. Når boligene stod ferdig og innflyttingsklare, og kommunens personalbase var på plass, får vi inntrykk av at de ansattes engasjement for å utvikle gode tjenester er like stor her som andre steder. Både at beboerne selv eier sin leilighet og måten tjenestene er organisert på, er i tråd med idealer om «å leve som andre» som er en del av normaliseringstankegangen. I ettertid har kommunen blitt mer positive til foreldrenes initiativ, og mener det er rom for en større andel boligeiere blant de som trenger omfattende tjenester.

Denne organiseringen er veldig spennende. [Dette] er det første. Og det er på trappene å bygge flere tilsvarende tilbud. Vi har bare sett starten i mulige måter å bo på (Enhetsleder, kvinne, vernepleier)

Enhetslederen som har ansvar for tjenestene i de samlokaliserte leilighetene, mener at det kommer til å bli mer mangfold i måter å organisere tjenester på. Det vil også være variasjon i behov for bistand. Dette påvirker tjenesteorganiseringen. Beboerne i de samlokaliserte leilighetene får tettere oppfølging enn beboere som mottar det de kaller punktjenester i hjemmet.

I utgangspunktet skulle det være [punktjenester]. Det var det vi fikk høre før de flyttet inn, men vi anser det ikke som punktjenester til de seks som bor i den blokka som personaleiligheten ligger i. Men likevel blir det på en litt annen måte. For i de andre boligene [...] der alle er samlet i en korridor med en dør og personalbasen innenfor inngangsdøra, blir det en mer lukket og oversiktlig greie. Det samme med de andre boligene der personalbasen ligger midt i huset. Mens her er personalbasen i andre etasje, og de seks som har større vedtak bor i tredje, andre, og første slik at personalet får ikke den oversikten, kanskje det blir feil å si oversikt, men det kompliserer litt med tanke på tilsynspakkene at de bor slik, men likevel tenker vi at det ble ikke punktjenester fordi de har større behov (Enhetsleder, kvinne, vernepleier)

Kommunen hadde i utgangspunktet tenkt at beboerne i de samlokaliserte leilighetene skulle ha oppfølging tilsvarende punktjenester, men erfaringene har vist at dette ikke var mulig i praksis, fordi behovet for oppfølging er større enn det som defineres som punktjenester. Organiseringen gjør at tjenesteytingen blir annerledes enn ved klassiske bofellesskap, men

også noe annet enn punktjenester. Enhetslederen har ikke et innarbeidet begrep for denne formen for tjenester.

Denne boformen passer ikke for alle, men denne innovasjonen, som ble presset fram av de pårørende, har ført til utvikling og nytenkning i kommunen i forhold til hvilke boformer som kan utvikles. Prosjektet blir oppfattet som spennende, og det er med på å endre forståelsen av at bofellesskap er den optimale løsningen for alle. Dette utfordrer også de ansattes yrkesrolle og praksis. Når konteksten for praksisen endres, vil det påvirke hvordan de kan arbeide. Dette kan i sin tur føre til faglig utvikling. Det er vanskelig å si om utviklingen av boformen i eksemplet over har vært ideologisk drevet, kanskje fra foreldrenes side, men i mindre grad kommunens side. Det kan virke som om kommunen er mest opptatt av hvordan de skal redusere ventelister og organisere tjenesteytingen på en forsvarlig måte.

Utfordringer

De tre eksemplene skiller seg fra hverandre på mange måter. En faktor er at de tre samlokaliserte boligene har ulike målgrupper som gir ulike utfordringer. En annen forskjell er at beboerne har erfaringer fra ulike boformer fra før: De som flyttet inn i leiligheter i borettslaget var i tyveårene og flyttet for første gang fra foreldrehjemmet. De som ble samlokalisert i tomannsboligene var eldre, og hadde erfaringer fra flere ulike måter å organisere omsorgen på, alt fra enetiltak der de bodde for seg selv med heldøgns bemanning, til erfaringer fra å bo på institusjon før Ansvarsreformen. Mange av de som hadde psykiske problemer og flyttet inn i rekkehusene, hadde en lang historie med ulike tjenester, sykehusopphold og bofellesskap.

Til tross for at de ulike målgruppene har behov til hjelp på forskjellige områder, er behovet omfattende for alle beboerne. Hvis du flytter ut fra foreldrehjemmet i tyveårsalderen og skal etablere et eget hjem for første gang, er det mange ting du må lære. Både kunnskaper og ferdigheter i å stille ditt eget hjem, ta vare på egen helse og fungere sosialt uten bistand fra foreldrene. Du opplever andre utfordringer hvis du er mellom 40 og 50 år og har levd i enetiltak langt unna andre, og skal samlokaliseres nær naboer med utagerende atferd. Beboerens målsettinger og behov kan lett preges av atferdsproblemene. Begge disse eksemplene er forskjellig fra behov og utfordringer for personer mellom 50 og 60 år gamle, som har bodd alene og ordnet seg selv tidligere, og har kunnskap og ferdigheter i hvordan de skal bo og stille hjemmet sitt, men på grunn av psykisk sykdom ikke klarer å vareta disse oppgavene, eller å ivareta omsorg for seg selv og egen helse, i lengre eller kortere perioder.

Dette viser at ulik bakgrunn, erfaringer og diagnoser vil i stor grad påvirke hva som må legges til grunn for tjenesteytingen. Samtidig viser variasjon i bakgrunn, alder, diagnose og hjelpebehov, ikke er til hinder for at tjenestene kan organiseres i samlokaliserte boliger.

I fokusgruppeintervju med ansatte kommer det fram at den fysiske utformingen av boligene har innvirkning på hvordan de yter tjenester og hvordan de ser på sin egen yrkesrolle, men i mange tilfeller vil egenskaper og erfaringer hos beboerne også være av stor betydning.

Politiske idealer og mål er de samme for alle tjenestene, men det vil kreve forskjellig faglig og metodisk tilnærming for å realisere dem. Det vil være store forskjeller i individuelle målsettinger, og hvordan idealene kan realiseres for den enkelte. Likevel kan det synes som om organisering av tjenestene i samlokaliserte boliger fungerer godt for mange av beboerne, på tross av ulike behov og forskjeller i individuelle målsettinger. De ansatte uttrykker i svært liten grad at de yter omsorg til personer som har et omsorgsbehov som ikke kan imøtekommes i de samlokaliserte boligene. Et unntak er enhetslederen som har ansvar for de samlokaliserte boligene i borettslaget. Hun sier at de ville ha gått inn for en annen organisering av omsorgstjenestene for to av beboerne hvis de skulle kommet med anbefalinger nå når de har blitt kjent med behovene:

På et par stykker har vi nok hatt andre vurderinger. Det er jo veldig spennende. Det har gått to år og det har vært en bli-kjent-fase, der vi har blitt kjent med ungdommene. Samtidig skal de oppleve dette med å bo alene i forhold til trygghet og behov for nærhet og oppfølging. Der er alle seks veldig forskjellige. Et par av dem tenker vi kanskje kunne ha profitert på å bo litt på «den gamle måten» når vi tenker på å bli sett på en annen måte (Enhetsleder, kvinne, vernepleier)

En faktor som spiller inn i akkurat dette tilfellet er at beboerne eier leilighetene sine selv, og kommunen kan derfor ikke gjøre vedtak om å flytte beboerne til et klassisk bofellesskap, fordi de mener det er bedre. Dette er på godt og vondt. På den ene side, kan det tenkes at enhetslederen har rett, og at beboeren kunne profitert på å bo et sted med annen tjenesteorganisering, men at det blir vanskelig, nettopp på grunn av at de eier sine egne leiligheter. På den annen side kan ikke kommunen flytte beboeren av hensyn som primært har med effektiv tjenesteyting å gjøre, kommunen må dekke behovene som beboeren har i sin egen leilighet.

Til tross for at beboerne i de tre eksemplene har svært ulike, men omfattende behov, så er oppfatningen blant ansatte (og pårørende og ledelse) at samlokaliserte boliger ikke passer for alle. Før bofellesskapet for personer med psykiske lidelser ble avviklet og flyttet, ble det gjort en vurdering av alle beboerne om de kunne mestre å bo i samlokaliserte boliger med det

tjenestenivået det innebærer. Når vurderingene skulle gjøres ble i stor grad faglig skjønn lagt til grunn:

Flere har uttrykt et ønske om noe annet, så da var det på en måte litt enklere. Noen følte seg litt tvunget til å være der, som ikke var nødvendigvis positivt. Men det var det kommunen hadde å tilby. Det kan man tenke at det er her [i de samlokaliserte boligene] også. Vi drøftet dette med brukerne også, både i plenum og når det passet. Vi hadde i hvert fall noen faglige vurderinger om hvor mye omsorg den enkelte personen trenger. Basert på erfaringer og de faglige vurderingene måtte vi stole på at denne personen f.eks. er så avhengig av ei stue, at det vil være uetisk å frarøve den muligheten å disponere den tryggheten stua representerte (Fagansvarlig, kvinne, sykepleier)

Mange av beboerne opplevde at bofellesskapet ikke var riktig for dem, men bodde der fordi de ikke hadde noe valg. I utgangspunktet hadde fagleder og ansatte tenkt at alle skulle flytte til rekkehusene, men etter nærmere faglige vurderingene kom de fram til at denne boformen ikke var tilpasset alles behov. To av beboerne ble vurdert som for syke og for avhengige av et høyere omsorgsnivå, enn det som var mulig i å tilby i de samlokaliserte boligene. De fikk derfor tilbud om plass ved helsehuset. Pårørende til enkelte av beboerne var også skeptiske til flyttingen og hadde ikke tro på at tjenester i samlokaliserte boliger kunne dekke behovet som beboerne hadde.

Eksemplet fra de samlokaliserte tomannsboligene viser at det er mulig å ivareta omfattende behov for hjelp og oppfølging med denne organiseringsformen. Beboerne der har en-til-en bemanning gjennom hele dagen, og der er også en ansatte som «går på topp» i tillegg til de andre, og kan bistå ved behov. Så det er mulig å tilby tett oppfølging der det er behov for det. En del av utformingen som er med på å gjøre dette mulig er personalrom i tilknytning til leilighetene, der ansatte kan trekke seg tilbake og gi beboerne privatliv, samtidig som de er i beredskap.

Mangel på fellesareal er et tema som har vært diskutert, spesielt der beboerne skulle flytte fra et klassisk bofellesskap til samlokaliserte boliger i rekkehus, og det er kanskje noe av det som ligger bak sitatet fra enhetslederen ovenfor. Fellesareal er en diskusjon både i bofellesskap der de har fellesarealer og i samlokaliserte boliger som ikke har dette. I borettslaget har de savnet en arena der beboerne kan møtes i tillegg til leilighetene, men dette er først og fremst et behov som de ansatte har uttrykt. Beboerne i disse samlokaliserte boligene har ikke erfaring med å disponere et fellesareal. I de samlokaliserte tomannsboligene er ikke fellesareal en diskusjon. Beboerne der har tilsynelatende lite utbytte av samhandling med naboene. I rekkehusene, der de flyttet fra et bofellesskap med fellesareal, er det derimot mye diskusjon om dette temaet.

Vi merker at vi ikke har et fellesareal lenger, som var arena for mye konflikt, som det så pent heter. Ikke bare konflikt, men det var det også [...] Men fellesarealet var også en arena for mye bra som forsvinner. Et spørsmål er hva gjør vi til jul? Fordi måltidene, fellesmåltidene er veldig viktig (Bofellesskap 8, fokusgruppe 1)

De ansatte har et ambivalent forhold til fellesarealet. Når vi spør hva som er den største endringen etter at de etablerte de samlokaliserte boligene, er det mangel på fellesareal som trekkes fram. Ansatte og beboere opplevde fellesarealet og korridorene som områder der konflikter og konfrontasjoner oppstod, og mange av beboerne hadde begrenset utbytte av å være der. Samtidig trekkes det fram positive effekter av å ha en fellesstue. Det ga mulighet for et fellesskap med faste treffpunkter som felles kaffe hver ettermiddag og felles frokost på lørdager. Flere av beboerne vi intervjuet nevner disse fellesaktivitetene som noe positivt. Men de fleste sier samtidig at de ikke savner fellesarealet. Bare en av beboerne jeg snakker med når jeg var på deltakende observasjon, sier hun savner bofellesskapet og synes det var bedre der.

De ansatte opplever at det kan være en større utfordring å etablere relasjon til nye beboere når de ikke har et fellesareal å treffes i. Med fellesstue er det naturlig å møtes der, og de ansatte treffer alle beboere som oppholder seg der, og har mulighet til å etablere og vedlikeholde relasjoner til alle. Uten fellesareal bruker de ansatte og beboere lenger tid på å etablere gode relasjoner til andre enn den eller de som den ansatte er kontaktperson for og følger opp inne i beboerens leilighet:

Det som skjer er at når vi starter med en ny person som flytter inn, så er det primær og sekundær kontakter som egentlig er mest i kontakt. De som ikke er det, har ikke så mye mulighet til å skape en relasjon. Det tar lang tid. For primær og sekundærkontakten går det kanskje fortere, men for de som ikke har sjansen til å treffe dem på et fellesareal fordi det ikke finnes, tar det veldig lang tid. Ofte er vi plassert på de samme beboerne, og da får vi liten mulighet til å utvikle relasjon til de vi ikke har kontakt med. Mens før traff vi dem på fellesarealet (Bofellesskap 8, fokusgruppe 1)

I fokusgruppeintervjuet diskuterer de ansatte om det er nødvendig at alle ansatte har en tett relasjon med alle beboere. Dette gjelder kanskje spesielt i tjenester for personer med psykiske lidelser, som kjennetegnes ved mål om at de skal bli friske og flytte ut, og derfor trenger tjenester i en begrenset tidsperiode. I bofellesskap for personer med utviklingshemming tenker en oftere i livsløpsperspektiv, og da vil gode relasjoner til hele personalet være viktigere. For alle beboerne er det viktig at de føler seg trygge, og har god relasjon til de som skal yte den daglige hjelpen. Samtidig vil beboere, i følge de ansatte, ha ulike behov for hvor tett relasjonen til de ansatte skal være:

Så er det ikke sikkert at de ønsker å ha noen stor relasjon til oss [...] bare den tryggheten med å bo her når det er personale tilstede. Det må vi ta inn over oss, slik at vi ikke jobber knallhardt for å få en relasjon som personen ikke trenger, har behov for eller ønsker. For noen skal dette være en bolig de skal få lære seg å bo i, midlertidig, og da trenger de heller ikke ...eller har ikke behov for årelange relasjoner slik som de vi har med oss fra bofellesskapet (Bofellesskap 8, fokusgruppe 1)

Bistandsyttere må ha en eller annen form for relasjon til de de skal yte bistand til. Kjennskap til behov og ønsker oppnås best gjennom en god relasjon til beboeren. Samtidig stilles det spørsmål om hvor nære relasjoner til de ansatte beboerne ønsker og trenger. Som nevnt tidligere i avhandlingen, understreker mange ansatte ved bofellesskapene og de samlokaliserte boligene vi har snakket med, at de baserer sin praksis på en relasjonell tilnærming. God relasjon mellom beboer og ansatte er i mange tilfeller assosiert med god kvalitet på tjenestene. Når en viktig arena for å etablere relasjoner er borte, uttrykker mange ansatte at dette gir utfordringer. Spesielt når de skal bygge relasjoner til nyinnflyttede beboere.

Ønsket om at beboerne skal ha en god relasjon til flere ansatte, er ofte begrunnet i tjenestens sårbarhet. Hvis det er få ansatte som kjenner den enkelte beboer godt og har en god relasjon til han, vil det være sårbart hvis en eller flere av de ansatte er syke eller borte fra arbeid av andre grunner. En metode for å redusere denne sårbarheten er å etablere team på to eller flere ansatte som har spesielt ansvar for den enkelte beboer. Tanken er at det er enklere å ivareta beboerens behov, når det er noen av de på jobb, som kjenner beboeren. Samtidig vil det alltid være en utfordring å lage en turnus som ivaretar dette for tjenester som skal ytes hele døgnet i alle av ukas dager. Mange av de ansatte i turnusen har små stillinger eller er vikarer. Det kan gå så lang tid mellom hver gang de møter beboeren, at det ikke er realistisk å forvente at de utvikler en trygg og god relasjon.

Et forhold som enkelte peker på som en utfordring, andre som en fordel, er at de ansatte kan oppleve å miste oversikt og kontroll når alle har egen ytterdør. Enhetslederen, som er sitert ovenfor, snakker om at de ansatte «ikke får den oversikten» og at det «kompliserer tilsynspakkene» når de ansatte ikke kan «overvåke» beboerne, gjennom at trafikk til og fra leilighetene kan observeres fra vaktrommet eller fellesarealet. Det kan være ulike årsaker til at ansatte har behov for å «overvåke» beboere. I noen tilfeller er det helsemessige årsaker til at dette er nødvendig, i andre tilfeller kan det være at de ansatte opplever at beboere oppsøkes av personer som kan utnytte at beboeren ikke klarer å sette grenser og ytre egne ønsker. Enkelte av beboerne som flyttet fra bofellesskap til samlokaliserte boliger uttrykker at de opplever litt mer utrygghet i rekkehusleiligheten. Det kan være at de hører folk som går utenfor, det har hendt at ungdommer i nabolaget har ringt på døren om natta på vei hjem fra fest. Dette skaper

uro og utrygghet hos enkelte. Endret utforming og arkitektur vil kreve nye arbeidsformer og etablering av andre systemer for å imøtekomme disse behovene og sikre nødvendig trygghet.

De samlokaliserte boligene medfører et mindre skjermet liv enn i bofellesskapet. Boligene ligger i et nabolag og det er en risiko for at utenforstående kan høre bråk eller roping, eller observere atferd som de reagerer på, hvis beboere ikke klarer å holde seg innendørs i perioder med uro. De ansatte er redd for at beboere skal «blamere» seg. Det har vært episoder der enkelte har vær høylytt, men i følge de ansatte har det, så langt, ikke kommet reaksjoner fra omgivelsene. De har bare erfart raushet fra naboene.

På den andre siden er det flere beboere som sier at de synes at det er godt å slippe at noen alltid følger med på hva du gjør.

Jeg hadde en bruker som sa etter vi flyttet hit: «Det var godt å slippe å si fra hele tiden» Han følte at han måtte si fra hvor han dro. Du føler at noen kontrollerer deg, ikke sant (Fagleder, kvinne, sykepleier).

De ansatte understreker at beboerne ikke måtte informere dem om når de kom og gikk når de bodde i bofellesskapet heller. Likevel følte beboerne at de måtte holde de ansatte informert. Dette kan ha med utformingen og de institusjonslignende boforholdene å gjøre. Som dette notatet fra et intervju med en beboer beskriver:

Han forteller det er bedre å bo her fordi han har egen inngang. Her slipper han å passere åpne dører inn til de andres leiligheter, som det var når han måtte gå gjennom korridorene i bofellesskapet. Nå slipper han alltid å treffe folk når en går ut og inn av sin egen leilighet. Han kan gjøre mer som han vil (Feltnotat fra samtale med beboer).

Egen ytterdør har hatt stor betydning for flere av beboerne. Det gjør at de føler seg friere til å gjøre som de vil og styre sitt eget liv. Beboeren opplevde det som krevende at «alle» til en hver tid visste når han forlot leiligheten sin.

En av bekymringene som ansatte og pårørende hadde før flyttingen, var at beboerne skulle bli ensomme og ikke ha noen rundt seg når de mistet fellesarealet. Det er en reell risiko, for flere av beboerne har svært lite sosialt nettverk foruten familien, andre beboere og ansatte i bofellesskapet. En av beboerne gir også uttrykk for at hun *føler seg ensom av og til*, og at det er mye mer opp til den enkelte å aktivisere seg selv. Etter flyttingen oppleves likevel ikke ensomhet som et stort problem, hverken av beboere, pårørende eller ansatte. Men de ansatte understreker at det ikke er noen garanti for at dette ikke skal endre seg.

Selve flytteprosessen ble sett på som en utfordring både for beboere og ansatte. Enkelte vegret seg for å flytte.

Det gjelder både brukere og ansatte egentlig. Man var redd at man fratok dem en trygghet. Og redd for at de ville takle overgangen dårlig. Det er jo en risiko for at den endringen er så stor at en kan dekompanere, at man kan bli sykere av det. For det er en stor endring for folk å endre bolig. I hvert fall for folk som er veldig sårbar og trenger forutsigbarhet (Fagleder, kvinne, sykepleier)

Det var ikke bare beboere som var usikre på om dette var riktig vei å gå. Enkelte ansatte og pårørende uttrykte også skepsis og var ikke enige i beslutningen. For å forebygge unødig stress både blant ansatte og beboere ble flyttingen nøye planlagt, og ansatte og beboerne informert så langt det lot seg gjøre:

Først satte vi ned en arbeidsgruppe med ansatte og diskuterte hva vi burde tenke på. Så hadde vi fellesmøter [med de ansatte]. Så var [enhetsleder] med på husmøtene med beboerne, for å gi den informasjonen vi visste fram til da. Det tok litt tid, for det bodde folk på [i rekkehusene] også. Det tok tid før de ti leilighetene vi hadde behov for stod klare, og det ga oss tid til å planlegge prosessen og forberede [beboerne] litt (Fagleder, kvinne, sykepleier)

Det var viktig å høre med den enkelte beboer om hvordan de taklet usikkerheten med å flytte. De trygget beboerne med at det var de samme ansatte som skulle yte tjenester, og at de ville være der og være tilgjengelige. Så fikk beboerne bli med på befaring og se hvordan det så ut.

Til tross for skepsis fra både beboere, pårørende og ansatte ble utviklingen av bofellesskapet og etablering av de samlokaliserte boligene gjennomført. Bekymringen var knyttet til at beboerne kom til å miste noe av fellesskapet som de hadde på fellesstua og oppleve ensomhet, men dette viste seg å være en overdreven frykt. Det er også mye som tyder på at fellesskapet, som ansatte og pårørende oppfattet som så viktig for beboerne, ikke var en opplevelse som beboerne delte.

Positive effekter for beboerne

Når jeg skal drøfte hvilke effekter omorganiseringen har på beboerne, og hvordan arbeidsformer har blitt endret som en konsekvens av dette, har jeg primært fokus på de samlokaliserte rekkehusene der beboerne og ansatte nylig har opplevd overgangen fra bofellesskap til samlokaliserte boliger. Dette er tjenester for personer som har psykiske lidelser, men jeg mener at erfaringene har overføringsverdi for tjenester for andre målgrupper.

Alle beboerne, med unntak av en, sier at de har det bedre nå etter at de flyttet til de samlokaliserte boligene. Mange viser til egen ytterdør direkte inn til leilighetene som en viktig årsak til endringene. De fleste nevner at en viktig endring er at de lever et mer selvstendig liv i de samlokaliserte boligene, enn de gjorde i bofellesskapet. Det er også

mindre forstyrrelser, bråk og konflikt med andre beboere i de samlokaliserte boligene enn det var i bofellesskapet.

En faktor som enkelte av beboerne trekker fram, er at det er enklere å ha besøk her. Spesielt beboere som har et nettverk utenfor bofellesskapet uttrykker dette. En av de yngre beboerne, som bodde en kort periode i bofellesskapet før de flyttet, sier at det hadde vært uaktuelt for henne å bli boende i bofellesskapet. Der var det vanskelig å invitere venner, for hun følte at de kom til en institusjon og opplevde det som stigmatiserende å vise fram at hun bodde der. I de samlokaliserte boligene er situasjonen en annen. Her er det i utgangspunktet ingen tegn på at det er noe annerledes med denne boligen enn de andre boligene i nabolaget. Gjester kan komme og gå uten at de trenger å forholde seg til noe som er annerledes enn i et hvilket som helst rekkehus.

Når vi spør beboerne om hvilken oppfølging de får fra de ansatte er, sammenlignet med når de bodde i bofellesskapet, er tilbakemeldingen entydig. Alle mener at nivået på hjelpen er det samme, eller at de får mer hjelp etter at de flyttet. *De ansatte kommer mer på besøk i leiligheta her enn de gjorde i [bofellesskapet]* (Intervju med beboer). Når det ikke eksisterer en fellesstue der de ansatte kan treffe beboerne, må de oppsøke beboerne i leilighetene.

De ansatte erfarer en endring i kvaliteten på samhandlingen med enkelte av beboerne:

Vi har bedre kontakt med de som ikke slapp oss lett inn før. De forventer at vi kommer til faste avtaler. De kommer og etterspør oss hvis vi ikke kommer, det er en stor endring.

Beboerne som tidligere var mer reservert ovenfor de ansatte, oppleves som mer åpne for kontakt og har forventninger om at personalet holder avtaler som er inngått. I motsetning til tidligere, tar beboerne selv kontakt med personalbasen hvis ikke den ansatte dukker opp til avtalt tid. De ansatte mener også å se en endring i beboernes åpenhet om egen situasjon:

De er mye mer åpne. De snakker mer om seg selv. Mens de før bare åpnet døra og sa de ikke trengte noe besøk, det opplevde vi med noen [i bofellesskapet]. Nå åpner de døra og vi får komme inn og får sitte ned å prate. Og de forventer det. Slik har det blitt. Det har blitt til det bedre (Bofellesskap 8, fokusgruppe 1).

Det er vanskelig å forklare hvordan endret organisering skulle føre til mer åpenhet. Det er heller ingen åpenbare forklaringer på hvorfor beboerne i større grad ønsker å prate mer om seg selv, men dette er en opplevelse ansatte erfarer. Enkelte av de ansatte stiller seg tvilende til at det er flyttingen som er årsak til denne endringen. De hevder at det like godt kunne ha skjedd hvis de hadde blitt boende i bofellesskapet, og at det er andre årsaker enn flyttingen til denne atferdsendringen.

De ansatte bekrefter beboernes opplevelse av at det er mindre konflikter og uro med den nye organiseringen. De forklarer det med at det er enklere å trekke seg unna hvis situasjoner oppstår med andre beboere nå, enn det var når alle bodde i samme korridor og mange oppholdt seg på fellesstua.

Så er det mindre støy og det er mindre uro i rekkene. Folk er mer... det er enklere å trekke seg inn på leiligheten sin, hvis en merker at stemningen er litt dårlig... det er utenfor døra vår det skjer noe, hvis det skjer noe (Bofellesskap 8, fokusgruppe 1).

Hvis det oppstår konflikter mellom beboere, skjer det først og fremst utenfor personalbasen der beboere kan møte hverandre når de har behov for bistand fra personalet. De ansatte mener det er større mulighet til å skjerme beboere som er urolige:

Er det noe støy på gang så klarer vi å skjerme det til den det gjelder, slik at ikke alle er nødt til å oppleve det. Og når det ble støy i korridorene ble alle oppmerksom på det (Bofellesskap 8, fokusgruppe 1).

I bofellesskapet ble fort alle beboerne vitne til uro og konfrontasjoner fordi de bodde så tett på hverandre. Uten fellesarealer er risikoen for at mange blir involvert eller påvirket av uro redusert.

Utformingen med korridorer og fellesareal visket også ut noe av grensen mellom de arealene som de ansatte hadde styring og eierforhold til, og den enkelte beboers leilighet.

At det kan være enklere for personalet å ha eierforhold, likevel om det ikke er vi som eier det, over hjemmene til folk når vi har disse korridorene og gangen. Disse premissene med fellesmåltidene og alt dette som er lagt. Vi så at et var vanskelig å få initiativ fra brukerne, for det var vi som skulle ordne (Fagleder, kvinne, sykepleier)

Fellesstua ble brukt til samvær mellom beboerne. De inviterte så godt som aldri noen av naboene inn på besøk i sin egen leilighet. Når det var lagt opp til fellesaktiviteter var det nesten alltid de ansatte som tok initiativ til aktiviteter, som for eksempel felles måltider. Organiseringen gjorde at det lett ble de ansatte som fikk eierskapet til disse aktivitetene og at beboerne ble passive deltakere. Organiseringen av fellesaktiviteter skapte i liten grad engasjement blant beboerne. De fleste kom og deltok, men det var ikke beboerne som hadde ideen og tok initiativ til dette. Kanskje hadde mange av dem heller ikke ønske om fellesaktiviteter, men kjente på forventninger om å delta.

De samlokaliserte boligene gjør at beboere i større grad kan regulere hvilken kontakt de ønsker med sine naboer. Noen av beboerne som hadde tette relasjoner fra bofellesskapet har, etter flyttingen, tatt initiativ til å invitere noen av naboene hjem til seg på pizza eller for å spille kort. Når beboere lykkes med å gjennomføre dette, kanskje med litt hjelp fra personalet,

så opplever de mestring ved å ha gjort noe som er vanlig å gjøre: Å be noen venner over på litt mat.

Så ser man at de legger en plan, prosessen, når de skal møtes, klokkeslett, hva de skal spise. Det er ikke bare ja eller nei til hva som var planlagt mat på bofellesskapet. Det gjør noe når man kan be hvem de vil, og selv bestemme hva de skal ha til mat. De må ha en prosess på det. [...] Det har noe med eierforhold til prosessene, tror jeg. Det ser vi, og vi synes det er fint å se. Det er selvfølgelig en risiko at de ikke klarer å gjennomføre det man ønsker. Det er vi også klar over og da må vi jobbe med det (Fagleider, kvinne, vernepleier)

Ny organisering har ført til at beboerne er mer aktive i forhold til eget matstell. De aller fleste mottar ferdige middager fra kommunens storkjøkken som de varmer selv, på samme måte som når de bodde i bofellesskapet, men forbedringen ligger i at beboere som ønsker å lage mat selv har et funksjonelt kjøkken. En annen endring som de ansatte ser, er at de som trenger bistand til å lage frokost satt tidligere passivt og ventet på at frokosten skulle ordnes av de ansatte. Nå er de ofte i gang og ordnet seg selv før personalet kommer, og de trenger ikke like ofte å motiveres av personalet for å komme i gang. De viser mer initiativ og mer eierforhold til egne måltider.

Flyttingen har ført til mange positive endringer som ledere og mange av de ansatte forklarer med at omorganiseringen har hatt en effekt. Andre ansatte peker på at det er uklart om årsaken til endringen er omorganiseringen. Det kunne ha skjedd endringer for disse beboerne som har andre forklaringer enn flyttingen. De viser til at det er noen beboere som har hatt positiv effekt av flyttingen, men at det ikke gjelder alle. Ofte er det de med høyest funksjonsnivå som har profittert mest, mens de som hadde størst utfordringer og behov, har ikke hatt den samme positive utviklingen. Det pågår også en diskusjon om en av beboerne trenger et høyere omsorgsnivå og bør flyttes til helsehuset. Dette viser at bildet er sammensatt, men inntrykket er i hovedsak at flyttingen har vært positiv for de fleste beboerne.

Sitatet dette kapitlet innledet med, viser at å gi punktjenester til noen som bor i egen leilighet gjør noe med de ansattes oppfatning av egen yrkesrolle og oppgave. Samlokaliserte boliger er ikke helt det samme som å motta punktjenester, men er mer likt dette enn bofellesskap. Det er mye som tyder på at endret organisering til samlokaliserte boliger har påvirket de ansattes oppfatning av samfunnsoppdrag og yrkespraksis.

Endret arbeidsform

Etableringen av de tre samlokaliserte boligene har ulik begrunnelse. Begrunnelsene baserer seg på forskjellige sosialpolitiske målsettinger. I to av eksemplene, rekkehusleilighetene og

borettslaget er det en tydeligere normaliseringstanke som ligger bak (Grunewald & Olsson, 1988), der å leve (mer) som andre er både et mål og et middel. For tjenestene i tomannsboligene er ikke normalisering målet i samme forstand. Her er målet å redusere utagering og bruk av tvang og makt gjennom å akseptere avvik. Deltakelse og integrering er i liten grad et tema, fordi mange av beboerne har problemer med å forholde seg til andre mennesker ute i samfunnet. Det ligger også et tydeligere ønske om effektiv tjenesteyting og økonomiske besparelser til grunn. For enkelte av beboerne med psykiske lidelser i de samlokaliserte rekkehusene, betraktes boligen i større grad som midlertidig – et steg på veien mot egen bolig, eventuelt med punktjenester. I borettslaget og tomannsboligene er det ikke mål om at beboerne skal flytte ut og de betraktes som permanente boliger. Til tross for ulike begrunnelser for etablering av de samlokaliserte boligene har ansatte i alle de tre tjenestene høy bevissthet om idealene om selvbestemmelse. De diskuterer problemstillinger og dilemmaer de opplever i arbeidet med å realisere dette sammen med beboerne.

Organisering av tjenestene i samlokaliserte boliger medfører ikke bare en endring i fysisk utforming av boligene. Utformingen fører også til at de ansatte må endre praksis. Ny praksis fremtvinges gjennom at det ikke er tilgjengelige fellesarealer der mange av aktivitetene har foregått tidligere. De ansatte er nødt til aktivt å oppsøke beboerne i sine leiligheter eller via telefon for å få kontakt. Dette går også den motsatte veien. Beboerne på sin side, må også aktivt ta kontakt med de ansatte hvis de ønsker bistand utenom avtalte tidspunkter. Ingen av partene kan lenger stole på å få oversikt, hjelp eller utvikle relasjoner bare ved å være til stede i et fellesareal. Arkitekturen krever mer planlegging, initiativ og målrettede handlinger fra både ansatte og beboere. For beboere som ikke har evne til planlegging, og i liten grad handler målrettet, vil kanskje ikke samlokaliserte boliger endre atferden i stor grad, men de ansattes oppfatning av egen rolle og måten de yter tjenester vil likevel endres.

Faglederne og de ansatte peker på flere endringer i hvordan de arbeider i de samlokaliserte boligene som er forskjellig fra hvordan de arbeidet i bofellesskapet. Endringene kan oppsummeres i fire hovedtema: samarbeidsformer, systematikk, individuelle tjenester og refleksjon.

Det første temaet er endrede arbeidsformer og samarbeidsformer. Det kommer til uttrykk gjennom at de ansatte tidligere var sammen i fellesarealet, og kunne observere hverandre i samhandling med beboere og gi hverandre tilbakemeldinger. Dette gjelder også fagleders mulighet til å se hvordan de ansatte jobber. Før kunne fagleder og kolleger gi tilbakemeldinger til ansatte hvis de reagerte på yrkesutøvelsen. I dag jobber de ansatte mer på

egen hånd inne i leilighetene til beboerne. Dette gjør at de ikke har læringsarenaen som fellesarealet representerte. Der kunne studenter eller nytilsatte ble kjent med beboere og observere hvordan kollegene jobbet. Nå er de avhengig av å få tillatelse fra den enkelte beboer til å bli med inn i leiligheten. Muligheten til å etablere relasjoner i en bli-kjent-fase i fellesstua er ikke mulig lenger. De ansatte må derfor ha mer direkte strategier.

Og når studentene satt på fellesstua, kunne de møte de brukerne som ikke ville ha noe med studentene å gjøre, da kunne en observere bare ved å være på stua. Nå blir det mer målrettet opp i mot brukeren (Fagleder, kvinne, vernepleier)

Når ikke arbeidet blir observert av noen andre, blir praksisfellesskapet mer avhengig av at den enkelte kan reflektere i de praktiske samhandlingssituasjonene (Jf. Reflection-in-action (Schön, 1983)), og bringe refleksjonene inn i faglige diskusjoner sammen med kollegene. En annen organisatorisk endring som skjedde før flyttingen, men som også har innvirkning på kunnskap om praksis, og reduserer oversikten fagansvarlige har, er etablering av team rundt den enkelte beboer. Dette har ført til at faglige diskusjoner om den enkelte beboers målsetting og tjenester i større grad foregår i disse teamene, uten involvering fra fagleder eller fra andre ansatte.

Den andre endringen er at de jobber mer strukturert og målrettet. De ansatte har ofte ansvar for å følge opp en eller to beboere når de er på vakt. Etter omorganiseringen foregår mye av denne oppfølgingen inne i leiligheten til beboeren. Når ansvaret begrenser seg til en eller to beboere er det lettere å fokusere på dem og strukturere dagen slik at møtepunktene blir mer på beboerens premisser.

Du må være mer offensiv og målbevisst i forhold til hva oppgavene dine skal være. Der synes jeg vi har endret oss veldig i forhold til hvordan vi jobber med beboerne. Vi er målrettet i forhold til tiltakene. Det må vi, for vi må bevisst oppsøke dem. Det er ikke bare å sitte å vente til de kommer, og [tro at] hvis de ikke kommer er de ikke interessert (Bofellesskap 8, fokusgruppe 1)

De ansatte forteller at de er arbeider mer målrettet med tiltak nå som samhandlingen først og fremst foregår i leiligheten. Når de ansatte aktivt må oppsøke beboerne hjemme hos dem, har de mer fokus på å følge opp tiltakene som er bestemt. Samhandlingen får tydelige målsettinger. Faglederen mener at de også har litt større frihet til å være med beboere ut på aktiviteter. I bofellesskapet opplevde de ansatte at beboerne først og fremst tok kontakt med den av de ansatte de likte og var trygg på. Dette var spesielt utfordrende hvis en fast ansatt arbeidet sammen med to vikarer. Da ville mange beboerne kontakte den faste ansatte, og det var vanskelig å følge opp de beboerne hun egentlig hadde ansvar for. Beboerne kunne i større grad velge selv hvem de ville forholde seg til ved å gripe tak i den man hadde best relasjon til

når de møttes i fellesarealet. Det var vanskelig for den ansatte å avvise beboeren i disse situasjonene, og det gikk på bekostning av de som ikke krevde oppmerksomhet på samme måte. Slik tjenestene er organisert i de samlokaliserte boligene, er det mindre handlingsrom for beboerne til å gripe tak i den man kjenner best. I dag må de i større grad stole på den som er kontaktperson for denne vakta.

Bofellesskapets utforming stimulerte i større grad til gruppetenking. I de samlokaliserte boligene blir det tydeligere at beboerne ikke er en gruppe brukere som kan samles til felles aktiviteter, men at de er enkeltpersoner som skal motta individuelle tjenester. Dette har betydning for realisering av idealene (Finlay et al., 2008; Gridley et al., 2014; Mansell et al., 2004). De ansatte opplever at oppfølgingen foregår i større grad en til en. Individuelle leiligheter med egen ytterdør, gjør at det er tydeligere for de ansatte at dette er hjemmet til en person, og ikke en del av et felles tjenestetilbud. *Vi går inn med større opplevelse av å gå inn i hjemmet til folk* (Bofellesskap 8, fokusgruppe 1). Når samtaler og oppfølging primært foregår i den enkeltes leilighet, vil den ansatte ha oppmerksomheten rettet mot denne personen.

Et annet eksempel på at tjenestene har blitt mer individualisert er at tidligere kunne mange samtaler foregå i fellesarealet der det parallelt foregikk andre aktiviteter. Det kunne lett bli forstyrrelser. Nå når samtaler foregår inne i den enkeltes leilighet, er dialogen skjermet fra avbrytelser fra andre beboere eller ansatte, og opplevelsen av å bli sett og hørt er sterkere. Det tydelige signalet ytterdøren gir om at nå entrer den ansatte inn i hjemmet til beboeren, har gjort at ansatte har mer fokus på å selvstendiggjøre beboeren. Det blir viktig å sette den enkelte i stand til å klare seg mest mulig på egen hånd jf. sitatet i innledningen til dette kapitlet. Når det ikke er et fellesareal å gå til for å treffe andre, må andre strategier tas i bruk for å opprettholde og utvikle sosiale relasjoner. En måte å gjøre dette på er å motivere den enkelte beboer til å oppsøke andre aktiviteter eller invitere gjester på besøk. Omorganiseringen har også ført til at ansvarsgruppemøter holdes i den enkeltes leilighet, og en kan tenke seg at dette kan gi den enkelte større eierforhold til disse møtene.

Både ansatte og fagledere mener at den nye organiseringen gir større mulighet for de ansatte til å møtes i løpet av dagen og reflektere over faglige problemstillinger.

Det som også endret seg litt er at vi personalgruppa, selvfølgelig har vi blitt flere, vi har mer tid til å reflektere og prate sammen enn vi hadde tidligere. Vi har personalbasen for oss selv. Det er ingen som kommer og river opp døra og banker på og... i den grad som vi hadde [i bofellesskapet]. Og vi har blitt flinkere å ta vare på både det faglige og hverandre (Bofellesskap 8, fokusgruppe 1).

Beboerne har ikke adgang til personalbasen. Begrunnelsen er at det kan være taushetsbelagt informasjon som beboerne kan se hvis de får tilgang til personalets arealer. Dette har ført til at de ansatte disponerer et areal som i større grad er skjermet fra henvendelser fra beboere. De kan selvsagt ringe på døra, men beboere oppholder seg i mye mindre grad foran ytterdøra til personalbasen, enn de gjorde foran personalkontoret i bofellesskapet. Når det heller ikke er et fellesareal å oppholde seg på for de ansatte, så vil de oppholde seg i personalbasen når de ikke følger opp beboere. Dette har gjort at de ansatte i mindre grad føler behov for «defusing» etter hver vakt, som de gjennomførte i bofellesskapet. Nå får de luftet problemstillinger i større grad i løpet av arbeidsdagen. Bortsett fra «defusing» så har de beholdt de andre faglige møtepunktene som teammøter, fagmøter og personalmøter.

9.3 Oppsummering

Samlokaliserte boliger representerer noe annet enn de klassiske bofellesskapene. Trenden de senere årene har vært at kommunene i mange tilfeller bygger bofellesskap med fellesareal. Samtidig har antall beboere blitt større. For personer med utviklingshemming har det klassiske bofellesskapet blitt den dominerende boformen. For enkelte personer vil fellesarealet være positivt og en viktig sosial arena, men vi ser også at fellesarealet har negative sider (Kittelsaa, 2019).

I enkelte kommuner etableres samlokaliserte boliger uten fellesareal. Initiativ og bakgrunn for utvikling av disse boligene kan være forskjellig. Som eksemplene viser kan det komme både fra foreldre, kommuneledelse og fra fagfolkene. Uavhengig av utforming av boligene er det de samme idealene som ligger til grunn for alle omsorgstjenestene (Meld. St. 45 (2012-2013); St.meld. nr. 47 (1989-90); St.meld. nr. 67 (1986-87)), men vi ser at ulike tjenester kan legge hovedvekt på forskjellige idealer når de skal realisere sosialpolitikken.

En kan stille spørsmål om beboere, pårørende og fagpersoner ser bredden av mulighetene som finnes. Mange ser på bofellesskap som den optimale boformen for personer med utviklingshemming, selv om mange kunne klart seg i egne leiligheter med tilbud om punktjenester (nærhet til base). Oppfatninger om at (klassiske) bofellesskap er den optimale boformen for personer med utviklingshemming, kan derfor være et hinder i å realisere mål om normalisering og inkludering. Å frigjøre seg fra tanken om at bofellesskapet er det beste, kan virke som et stort skritt å ta. En fagleder reflekterer over spørsmålet på denne måten:

Igjen, det er individuelle personer. Sånn som i våre bofellesskap er det klare meninger om at det kan være bra med egne leiligheter, fellesarealer hvor du kan møte naboene

dine, ha ålreite aktiviteter, spise lørdagsmiddag, de er ofte enslige. Men jeg ser også at noen kunne hatt såkalt nærhet til base med nærhet til tjenester (Fagleder, kvinne, vernepleier)

Lederen mener at enkelte kunne bodd i egen leilighet og mottatt punktjenester, såkalt nærhet til base, men det er ingen eksempler på at noen av beboere har flyttet ut av bofellesskap og til egen leilighet, i de bofellesskapene som denne lederen har ansvar for. Det kan virke som det er krevende å endre på den innarbeidede tankegangen, både hos ledelse, ansatte, pårørende og ikke minst personen det gjelder. Innen psykisk helse er holdningene annerledes, her er det ikke en oppfatning om at bofellesskap er den optimale boformen for personer med psykiske lidelser. Idealet her er å friskne til, bo i egen leilighet og klare seg selv, eventuelt med hjemmetjenester. Når det er sagt, finnes det enkelte personer med utviklingshemming med punktjenester i alle kommunene som er med i prosjektet.

Vi har sett at tjenester til beboere med svært ulike behov kan ytes gjennom samlokaliserte boliger, alt fra beboere som har en-til-en oppfølging, til beboere som har tilsyn og hjelp noen ganger i uken. Endring i utforming av boligene gir de ansatte andre rammer for yrkesutøvelsen.

Det som er det mest påfallende funnet i dette kapitlet er at arkitektur har så stor betydning på hvordan tjenestene utformes og ytes. Avviklingen av bofellesskapet og etableringen av de samlokaliserte boligene i rekkehusene, viser at til tross for at det stort sett er de samme beboerne, de samme ansatte og den samme faglige tilnærmingen som ligger til grunn, endres praksis. Det kan virke som mangel på fellesareal og egen ytterdør har stor betydning. Det tvinger fram en ny praksis både for de ansattes yrkesutøvelse, og for beboernes initiativ og aktiviteter. Praksis blir mer individrettet og beboerne opplever at de i mange tilfeller får mer hjelp. Det fører til endring i de ansattes oppfatning av egen rolle. De forholder seg på en annen måte til beboerne, og får større respekt for beboernes leiligheter som private hjem. Organiseringen krever mer initiativ og aktivitet fra både ansatte og beboere, og det legger til rette for mer selvstendighet og individuelle tjenester. Det gjør at de ansatte må jobbe mer systematisk og planmessig. På mange måter virker det som organiseringen legger bedre til rette for realisering av de sosialpolitiske idealene og målsettingene. I hvert fall for den aktuelle gruppen beboere.

DEL III

Kapittel 10 Avslutning

I dette kapitlet vil jeg oppsummere hovedfunn, og de mest sentrale resultatene i lys av avhandlingens problemstillinger.

Omsorgstjenester i hjemmet hos personer som har behov for omfattende tjenester, har vært det overordnede temaet for avhandlingen. Den har primært hatt ledere og ansattes perspektiv på tjenestene, og undersøkt hvordan de beskriver sitt arbeid og sin yrkesrolle. Hovedspørsmålet i avhandlingen er hvilke faktorer som påvirker om politiske idealer og mål blir realisert. Dette spørsmålet er belyst gjennom å stille spørsmål om a) Hvordan idealer og mål er beskrevet i politiske dokumenter og planer? b) Hvordan ansatte og ledere forstår idealene? c) Hvordan ansatte og ledere oppfatter sin rolle i implementering av idealer? d) Hvordan påvirker styringsideologi arbeidet? e) Hva betyr faglige idealer i denne sammenhengen? f) Hvilken betydning har ledelsen? og g) Hvilken betydning har utforming og organisering?

Ved å undersøke disse spørsmålene gjennom intervjuer med ansatte og ledere har faktorer som stimulerer til, eller er til hinder for, implementering og realisering av politiske idealer blitt drøftet og beskrevet gjennom ansatte og lederes fortellinger.

Implementering av policy skjer på ulike nivåer og områder. Politiske idealer og mål kan realiseres på mange ulike måter. I denne avhandlingen har fokus vært på idealer som skal realiseres ved hjelp av tjenesteyting hos personer som har behov for hjelp i hjemmet. I hjemmet foregår realiseringen av idealer og mål i mange tilfeller i samhandling mellom den enkelte beboer og ansatte.

Hvis vi beveger oss fra mikronivået til mesonivå, ser vi at dette nivået også har stor betydning for implementering av idealer og mål. De ansattes yrkesutøvelse skjer innenfor rammene av en virksomhet. Arbeidet foregår i en organisasjon som har strukturer, organisering og ledelse som legger rammer for praksis. Virksomheten er en del av det offentlige velferdssystemet, som har definerte idealer og mål for omsorgstjenestene som den enkelte beboer skal motta. Organisasjonene stiller lokaler, systemer og metoder til rådighet, som den enkelte yrkesutøver er avhengig av for å gjøre jobben sin (Andreassen, 2017).

På det overordnede nivået er det ulike strukturer som skal sikre borgerne visse rettigheter. Myndighetene er forpliktet gjennom internasjonale konvensjoner, avtaler og nasjonale lover. For å sikre at idealer og mål blir etterlevd lokalt er det et system for offentlig styring med

internkontroll, rapportering, veiledning, tilsyn og revisjoner. I tillegg har de ansatte profesjonsetiske og faglige idealer de skal forholde seg til, som medlemmer av ulike profesjoner. Mye av utviklingen av sosialpolitikk, rettigheter, styringsidealer og profesjonsidealer foregår på makronivået. Endringer på et av de overordnede nivåene vil kunne påvirke realisering av idealer og mål på nivåene lenger ned i systemet. Hovedfokus for denne avhandlingen er konsekvenser dette kan ha for tjenesteytere i arbeidet med å realisere idealer og mål for den enkelte beboer. Avhandlingen drøfter også hvordan ledelse, organisering og strukturer på ulike nivå påvirker evnen til å implementere policy.

10.1 Ideologiske strømmer

Avhandlingen peker på at offentlig tjenesteyting blir påvirket av ulike ideologiske strømmer som skal forenes i praksis (Jf. Cohen et al., 1972). Omsorgstjenestenes ideologi og profesjonsidealer vil ha betydning for profesjonsutøvernes forståelse av egen yrkesrolle. Sosialpolitiske idealer som er nedfelt på nasjonalt nivå, gjenspeiles ikke i kommunale planer. Det virker som sosialpolitisk ideologi, i mange tilfeller forsvinner på veien. Kommuneplaner domineres i større grad av idealer fra NPM. Når ikke idealene nedfelles i de kommunale planene kan det tenkes at implementering av sosialpolitiske idealer og styringsideologi foregår i styringsdialoger mellom rådmannsnivået i kommunen og den enkelte enhetsleder. Lederavtaler som forplikter enhetsledere er utberedt i kommunene. Da blir det opp til den enkelte kommuneledelsen å definere hva de ønsker å legge vekt på, og hvilke nasjonale føringer som får oppmerksomhet. Når ledere jeg har intervjuet hevder at oppmerksomheten i styringsdialogene i praksis er rettet mot administrasjon, økonomi og budsjettkontroll, kan dette være et utslag av dette.

Sosialpolitiske idealer og mål blir tydeligere forankret i tema- eller sektorplaner, men i mange kommuner er det få områder som har temaplaner i kommunenes plansystem. Mye av ansvaret for å tydeliggjøre og kommunisere idealer og mål ligger derfor på den enkelte enhetsleder. Fokusgruppeintervju med ansatte viser at det er ulikt hvor oppmerksomme de ansatte i det enkelte bofellesskap er på samfunnsoppdraget de er satt til å gjøre. Noen ledere er dyktige til å kommunisere samfunnsoppdraget, mens andre ser ut til å svikte i dette arbeidet. Dette får konsekvenser for praksisfellesskapenes oppmerksomhet og evne til å realisere idealer og mål.

Et annet område som avhandlingen er opptatt av, er samspillet mellom sosialpolitikk og styringsideologi. Hva som får oppmerksomhet er i kontinuerlig endring, og dette påvirker yrkesutøvernes oppfatning av egen rolle. Ideologiske strømmer som opptrer på samme tid

påvirker hverandre. Det har betydning for hvilke idealer som får oppmerksomhet. Gjensidig påvirkning kan gjensidig styrke eller være til hinder for realisering av ulike idealer. Et eksempel på en endring som kan forklares på denne måten er at der oppmerksomheten tidligere var rettet mot normaliseringsidealene, kan vi i dag se en dreining i retning av at mer oppmerksomhet rettet mot selvbestemmelse. Både normalisering og selvbestemmelse er sosialpolitiske idealer, men normalisering passer dårlig med oppfatningen av den selvstendige og aktive tjenestemottakeren i NPMs forbrukerpolitiske tenking, det gjør derimot selvbestemmelse. Derfor kan noe av forklaringen til at selvbestemmelse har fått så stor oppmerksomhet ligge i dette.

Avhandlingen styrker påstanden om at det har skjedd en endring fra målgruppetenking til omsorgssystem (Tøssebro, 2019). Denne dreiningen vil også kunne forklares med den store oppmerksomheten NPM har fått i utforming av offentlige styringssystemer. De resultatbaserte systemene setter fokus på tjenestekvalitet framfor habilitering, kortsiktige resultater foran langvarige prosesser. Avhandlingen viser at tjenestefokuset er sterkt, og at kvalitet skal sikres gjennom rutiner, internkontrollsystemer og kvalitetsindikatorer. Å yte praktisk hjelp og gjennomføre planlagte aktiviteter er i fokus. Prosesser der ansatte arbeider systematisk med å realisere langsiktige mål, som for eksempel å stimulere til et mest mulig selvstendig aktivt voksenliv gjennom habilitering og opplæring, blir i mange tilfeller ikke prioritert når tjenestene står i fokus.

Fokusgruppeintervju med ansatte tyder på at det i mange bofellesskap er få faglige diskusjoner og refleksjoner om de sosialpolitiske idealene, hva som er samfunnsoppdraget og hvilken rolle de ansatte har for å realisere dette. Det blir tilfeldig om sosialpolitiske idealer danner et grunnlag for praksis i tjenestene. Det kommer heller ikke til uttrykk at de ansatte reflekterer over eller legger vekt på profesjonsidealene i utøvelsen av praksis.

I styringssystemet der resultatstyring, bestiller-utførermodeller og autonome enhetsledere dominerer tjenesteorganiseringen, har profesjonenes autonomi og handlingsrom til å utøve faglig skjønn i prinsippet blitt redusert. Den profesjonsbestemte makten er i mange tilfeller flyttet til enhetslederen, som har fått utvidede fullmakter til å organisere tjenestene. Avhandlingen viser at mye avhenger av om ledelsen har evne til å kommunisere samfunnsoppdraget til de ansatte og om ledelsen følger opp virksomhetens mål og den enkelte ansattes yrkesutøvelse.

10.2 Samfunnsoppdraget og mål for arbeidet

Mål og idealer for omsorgstjenestene er ofte tvetydige og i noen tilfeller motstridende, i likhet med andre bakkebyråkratier (Lipsky, 2010). Til tross for at ny offentlig styring i prinsippet har ført til at rommet for faglig skjønn er blitt mer begrenset, har ansatte fortsatt stor autonomi og utstrakt bruk av skjønn i møtet med den enkelte beboer. For å tilpasse sosialpolitiske målsettinger til den enkelte situasjon, må de ansatte gjøre faglige vurderinger og individuelle tilpasninger. Mine undersøkelser viser at det er ulike faktorer som påvirker skjønnsutøvelsen, og at ansatte legger ulik forståelse av idealene til grunn når de gjør sine vurderinger. Fokusgruppene er i stor grad preget av konsensus, noe som viser at de ulike praksisfellesskapene utvikler en felles forståelse av virkeligheten. Ulikhetene viser seg tydeligst mellom bofellesskap.

Årsakene til at profesjonenes autonomi har blitt redusert er sammensatt. Som nevnt, har deler av det som var profesjonenes jurisdiksjon tidligere blitt flyttet til enhetsledelederen. I tillegg har brukerrettigheter og selvbestemmelse blitt styrket. Det har flyttet myndighet bort fra profesjonene og til beboerne selv. Styringssystemet har flyttet beslutninger om tjenestens omfang, og i enkelte tilfeller også kartlegging av beboernes behov, til vedtaksenheter. Ved hjelp av bestiller-utførermodellen kartlegges og defineres behov den enkelte beboer har. Vedtakene som fattes setter rammer for omfang og innhold i tjenestene, og målet er at beboer skal få tjenester som dekker behovet. Ansatte skal i prinsippet forholde seg til vedtaket og ikke gjøre mer, eller andre oppgaver enn det som er beskrevet der. Ansattes faglige autonomi blir på denne måten redusert til å utføre vedtaket.

Habilitering og opplæring er i liten grad tema i vedtakene, ut i fra hva de ansatte beskriver. Dette kan være en av årsakene til at systematisk og metodisk arbeid med habilitering og opplæring i dagliglivets aktiviteter har lite oppmerksomhet, og i liten grad er reflektert i fokusgruppeintervjuene. En annen forklaring kan være begrunnet i endringer i det ideologiske grunnlaget:

There has been a shift towards staff training which emphasises antidiscriminatory practice and the promotion of choice and opportunity for people who can express clear intentions – rather than the skilled professional support required to enable people with significant intellectual disabilities to continue to grow and develop throughout their lives (Mansell, 2006, s. 73)

I et individualisert moderne samfunn, som er basert på like rettigheter og selvbestemmelse, skal ikke beboere ha en underordnet mottakerstatus. Dette passer godt med et forbrukerpolitisk perspektiv, der idealet er aktive beboere som har krav på å bli hørt (Vabø,

2001). Denne tenkingen forutsetter at aktørene handler rasjonelt og vet hva de har behov for og ønsker, og har en aktiv og selvstendig rolle. I dette perspektivet er yrkesrollen endret fra å drive habilitering og opplæring for å sette personen i stand til å klare seg på lengre sikt, til å fremme selvbestemmelse og egne valg i dagliglivet.

I de ansattes diskusjoner om tiltak, settes vedtakene i liten grad inn i en større sosialpolitisk sammenheng. Dette fører til at vedtak om tjenester blir redusert til gjennomføring av aktiviteter på dags- og ukeplaner. Aktiviteten blir gjennomført, men formålet blir i liten grad problematisert og diskutert. I mange tilfeller kan det virke som det er opp til den enkelte ansatte å definere hva som er samfunnsoppdraget og målsettingen med arbeidet.

Ideologi, politiske og profesjonelle idealer og mål skal gi retning til utviklingen av tjenester og de ansattes praksis. Idealene har i mange tilfeller også en normativ funksjon. Gjennom planer for den enkelte virksomheten skal idealer tydeliggjøres og mål konkretiseres. Til sammen utgjør dette samfunnsoppdraget til tjenestene. Dette må kommuniseres til de ansatte. I mange tilfeller kan det se ut som om ledelsen svikter på dette punktet.

Et område der enkelte bofellesskap svikter, gjelder utarbeidelse av individuelle mål. I følge Helse- og omsorgstjenesteloven (2011 § 7-1) har personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester krav på individuell plan (IP). Noen steder finnes individuelle målsettinger og planer, men det er også svært mange av bofellesskapene som ikke har en praksis med å utvikle individuelle mål i samarbeid med beboeren. Hva som er årsaken til dette er uklart. Fokus på involvering av beboerne bør være en selvfølge når brukermedvirkning og selvbestemmelse står sterkt både i de sosialpolitiske idealene og i NPM. Likevel er det mange som mangler individuelle mål. Enkelte beboere uttrykker at de ikke ønsker IP. I noen bofellesskap mener de ansatte at de ikke kan utarbeide individuelle mål fordi beboeren ikke er i stand til å uttrykke egne ønsker og mål. Uavhengig av ønske om IP slik det er forankret i lovverket eller ikke, er det viktig at den enkelte beboer får si noe om mål og ønsker for livet og tilværelsen, slik at det kan utarbeides en plan eller mål for tjenestene. Mangel på individuelle planer og mål gjør at det i mange tilfeller blir lett å falle tilbake på rutiner og dagsplaner som foreligger.

I bofellesskap der samfunnsoppdraget ikke er kommunisert, og det ikke foreligger planer for tjenestene, vil ansvaret for å fange opp og tolke idealene og sosialpolitiske styringssignaler være opp til den enkelte ansatte eller kollegiet. Resultatet blir at det er tilfeldig om de vedtatte sosialpolitiske idealene etterlevs og realiseres. Signaler fra NPM er tydeligere og fanges lettere opp. Målet reduseres til å gjennomføre dagsplanen.

10.3 Dagsplanen – den nye ideologien

I avhandlingen undersøker jeg hvilken posisjon sosialpolitisk ideologi har blant ledere og ansatte i omsorgstjenestene. Et sentralt funn er at på tross av stadige stadfestelser av idealer fra nasjonale myndigheter, har ikke idealene fra reformårene samme oppmerksomhet ute i kommunene lenger. Ledere peker på tre ulike årsaker til dette. For det første har ikke myndighetene samme fokus på idealene som tidligere. En annen forklaring er at idealene ikke er like relevante lenger fordi samfunnet har utviklet seg og nye problemstillinger har oppstått (Jf. Söder, 1992). Den siste forklaringen er at idealene ikke passer for alle personer med omfattende behov for hjelp (Jf. Bigby et al., 2009). I fokusgruppene med ansatte reflekteres det i liten grad over idealene og samfunnsoppdraget tjenestene har, med unntak av dilemma om selvbestemmelse. Selvbestemmelse ble diskutert i stort sett alle fokusgruppeintervjuene. Hvilke tanker, refleksjoner og beslutninger som ble gjort i tilknytning til dette, varierte mye fra bofellesskap til bofellesskap. Begrepet normalisering, som var en av de sentrale målsettingene i forbindelse med Ansvarsreformen, er helt fraværende i fokusgruppeintervju med ansatte. Diskusjoner om CRPD er viktig i vernepleierutdanningene, men fraværende blant de ansatte i kommunene.

Mine undersøkelser bekrefter et utbredt tjenestefokus i omsorgstjenestene, som kan gå på bekostning av beboeres individuelle ønsker og mål. De ansatte må forholde seg til organisering, strukturer og systemer i tjenestene som forsterker fokuset på systemet og effektiv tjenesteyting. Det er fokus på tjenesteytingen der gjennomføring av forhåndsdefinerte oppgaver får mest oppmerksomhet, og de reflekterer lite over hvordan eller hvorfor tjenester og tiltak er utformet som de er. Oppgavefokuset er sterkest i bofellesskap som ikke har en tydelig nærledelse.

Undersøkelsene viser at internkontrollsystemer som kvalitetsindikatorer, avvikssystemer og IPLOS bidrar til at oppmerksomheten rettes mot tjenestene, og ikke mot den enkelte beboer. Kvalitetsmål og indikatorer som benyttes er først og fremst for å måle tjenestekvalitet og ikke levekår eller måloppnåelse for den enkelte beboer. Fokus blir derfor på styringssystemet og ikke på sosialpolitiske idealer og mål. Sosialpolitisk ideologi er i mange tilfeller blitt erstattet av styringsideologi. Det er viktigst er at tjenester blir levert i tråd med vedtakene og det sikres gjennom dags- og ukeplaner. Å gjennomføre dagsplanen har blitt den nye ideologien.

10.4 Tydelig og nær ledelse en forutsetning

Lederens betydning i arbeidet med å implementere sosialpolitiske idealer og mål for omsorgstjenestene og for den enkelte beboer, er et av de tydeligste funnene i denne avhandlingen. Helse- og omsorgstjenestene er ofte komplekse organisasjoner der enhetsledere har ansvar for mange virksomheter og et mangfold av ulike oppgaver. Mange ansatte med ulik utdanning og bakgrunn, og stort lederspenn, krever tydelighet i kommunikasjon av sosialpolitiske idealer og målsettinger. Kommunikasjonslinjene i kompliserte strukturer er sårbare. Lederspennet har ført til at det er etablert mange lederfunksjoner med til dels uklare ansvarsforhold, for å ivareta de mange oppgavene som omsorgstjenestene har ansvar for. Slike strukturer forsterker behovet for rutiner for å sikre at oppgaver blir ivaretatt.

I bofellesskap der de i større grad lykkes med å implementere idealer og mål for virksomheten spiller ledelsen en sentral rolle (Behn, 1991; Lipsky, 2010). Ledere som evner å kommunisere samfunnsoppdraget, gir de ansatte en retning i arbeidet, slik at rommet for skjønnsutøvelse i større grad benyttes til å fremme idealer og mål for tjenestene. Lederne som lykkes påser også at det er utarbeidet individuelle mål for den enkelte beboer, og at ansvar for å følge opp dette er tydelig forankret hos kontaktpersoner eller team. Kontaktpersoner eller team har også myndighet til å utarbeide metoder og tiltak som alle ansatte må følge opp.

Lederne som skaper endring og utvikling, har også evne til å etablere og følge opp medarbeiderne gjennom faglige arenaer, intern opplæring og veiledning. Det stimuleres til, og legges til rette for, videreutdanning og spesialisering for ansatte som ønsker det.

Oppfølging og kontroll av den enkeltes yrkesutøvelse er nødvendig for å sikre at idealer og mål blir realisert. Undersøkelsen finner at lederne som lykkes best følger opp faglige arenaer og strukturer som kan ivareta disse funksjonene. Kollegaveiledning fra leder eller erfarne kolleger i den praktiske yrkesutøvelsen, fagmøter der aktuelle problemstillinger drøftes og medarbeidersamtaler er eksempler på slike strukturer.

Avhandlingen viser at ledere på ulike nivå i organisasjonen kan ivareta alle eller noen av disse ansvarsområdene. Alle områdene må være ivaretatt for å lykkes med endring, og det må være sammenheng og en helhet i målsetningene på ulike nivå. I bofellesskap der de ansatte gir inntrykk av at ledelsen er fraværende, er det liten oppmerksomhet på idealer og mål, og tjenestefokuset blir sterkere. Ved manglende ledelse vil de ansatte måtte støtte seg til rutiner og prosedyrer som dags- og ukeplaner. Planene blir ikke redskaper for å nå mål, men de blir mål i seg selv.

Ledere som lykkes med endring har også god kontakt oppover i organisasjonen. De evner å påvirke ledere lenger opp i systemet slik at de får tilslutning på satsingsområder de mener er viktige for å utvikle tjenestene.

10.5 Utforming og organisering

Som avhandlingen beskriver er det mange årsaker til at institusjonsomsorgen ble avvirket og hjemmebaserte omsorgstjenester ble etablert. En begrunnelse var at organisering og omgivelser i en institusjonalisert tilværelse påvirket tjenestenes innhold og de ansattes holdninger til egen yrkesrolle. Med etableringen av nye kommunale hjemmebaserte omsorgstjenester skulle det på den ene siden bedre levekårene gjennom å yte individuelle tjenester i den enkelte beboers hjem. Samtidig var tanken at tilgang til fellesarealer skulle bidra til at sosiale relasjoner og vennskap med naboene kunne utvikles. Omorganiseringen av tjenestene hadde store positive konsekvenser for mange personers levekår og bosituasjon. Siden Ansvarsreformen har bofellesskapet blitt den dominerende måten å organisere tjenester for personer med utviklingshemming (Söderström & Tøssebro, 2011). Samtidig tyder forskning på at heller ikke bofellesskapet klarer å fjerne seg helt fra institusjonstenkingen (Christensen & Nilssen, 2006; Folkestad, 2003)

Avhandlingen viser at organisering av tjenestene, og ikke minst utforming av boligen er av stor betydning. Funn i undersøkelsen tyder på at for enkelte beboere kan egen leilighet med ytterdør i samlokaliserte boliger nær en personalbase gi positive effekter.

Like interessant er funnene som tyder på at endret utforming av boligen også endrer de ansattes holdninger og arbeidsmetoder. Når fellesarealet er borte krever det at de ansatte er mer aktive og oppsøker den enkelte beboer for å yte tjenester. De ansatte rapporterer om mer bevissthet rundt mål med tjenesteytingen, og endrede holdninger til beboernes rett til privatliv. Utforming og organisering legger mer til rette for individuelle tjenester.

10.6 Implikasjoner

Avhandlingen peker på flere forhold som påvirker realisering og implementering av sosialpolitiske idealer og mål for personer med funksjonsnedsettelse og behov for omfattende hjelp i hjemmet. Funnene bekrefter at det er et stort gap mellom idealer og realiteter.

Det har vært en dreining i offentlig tjenesteyting der praksis og organisering i større grad retter seg etter idealer fra NPM, og der sosialpolitiske målsettinger for personer med funksjonsnedsettelse i mange tilfeller ikke får oppmerksomhet og blir prioritert.

I kommunene er det budsjett disiplin og kvalitetsstyring ved hjelp av internkontroll som dominerer styringsstrukturen, og dette fører til hovedfokus på tjenestekvalitet og avvikskontroll, ikke på sosialpolitiske idealer og mål for omsorgstjenestene. Høy skår på kvalitetsindikatorer i de kommunale kvalitetssystemene kan ha lite sammenheng med realisering av idealer og livskvalitet som den enkelte beboer opplever.

Hvis sosialpolitiske idealer og mål skal realiseres og implementeres, må myndighetene gjøre mer for sikre dette gjennom strengere krav til kvalitet og innhold i de kommunale tjenestene. Det er ikke nok med tilsyn og systemrevisjoner som skal påse at internkontrollsystemer er på plass. Det er behov for bedre metoder for å evaluere om tjenestene realiserer idealer og mål for omsorgstjenestene som samsvarer i større grad med hva brukere av tjenestene opplever som god kvalitet, enn det kvalitetsindikatorer og avvikssystemer gjør.

Betydningen organisering og ledelse har for om de ansatte settes i stand til å forvalte ansvaret de har fått gjennom samfunnsoppdraget for omsorgstjenestene, gjør at kommunene må sikre at virksomhetene har nødvendige rammer og organiseres på en måte som faktisk gjør det mulig for ledere å følge opp de ansatte og kvalitet og innhold i tjenestene.

Sterkere fokus på habilitering og opplæring gjennom å definere mål i samarbeid med den enkelte beboer, samt systematisk og metodisk arbeid, er helt nødvendig. Dette krever ansatte med kompetanse i kartleggings- og metodekunnskap, og ikke minst rammer som gir mulighet for faglig oppfølging av den enkelte beboer. Det er også nødvendig å sikre faglig samhandling gjennom å etablere og følge opp strukturer som ivaretar dette.

Utforming av boliger for personer som har omfattende behov for hjelp er av stor betydning. Som avhandlingen viser, kan forholdsvis små endringer i utforming føre til store endringer i hvordan beboere opplever hverdagen. Det påvirker også de ansattes holdninger og oppfatning av egen rolle.

Snart 30 år etter Ansvarsreformen kan det være på tide å stille spørsmål om tiden er inne for en ny reform.

Referanser

- Abbott, Andrew. (1988). *The system of professions : an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ahnlund, Petra, & Sauer, Lennart. (2008). Omsorg, praktik och retorik – om skillnader i uttryckssett bland personal i äldre- og handikappomsorgen. *Nordisk sosialt arbeid*, 28(01), 42-54.
- Almklov, Petter Grytten. (2008). Deltakelse og refleksjon. Praksis og tekst. *Norsk antropologisk tidsskrift*, 19(1), 38-53.
- Andreassen, Tone Alm. (2017). Profesjonsutøvelse i en organisatorisk kontekst. I Sølvi Mausethagen & Jens Christian Smedby (Red.), *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse* (s. 140-152). Oslo: Universitetsforlaget
- Annisson, John E. (2000). Towards a clearer understanding of the meaning of "home". *Journal of intellectual and developmental disability*, 25(4), 251-262.
- Anthony, William A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11-23.
- Askheim, Ole Petter. (1998). *Omsorgspolitiske endringer - profesjonelle utfordringer*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, Ole Petter. (2003). *Fra normalisering til empowerment: ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askim, Jostein, Båtsvik, Tage, & Skattum, Christian. (2007). Fører benchmarking til forbedringer i kommunene? Erfaringer fra Effektiviseringsnettverkene, 2002-2005. *Kommunal Ekonomi og Politik* 11((1)), 7-36.
- Barnes, Colin, & Mercer, Geoffrey. (2010). *Exploring disability*. Cambridge: Polity Press.
- Barnes, Colin, Mercer, Geoffrey, & Shakespeare, Tom. (1999). *Exploring disability: A sociological introduction*. Cambridge Polity Press.
- Beadle-Brown, Julie, Bigby, Christine, & Bould, Emma. (2015). Observing practice leadership in intellectual and developmental disability services. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(12), 1081-1093.
- Beadle-Brown, Julie, Mansell, J, Ashman, B, Ockenden, J, Iles, R, & Whelton, B. (2014). Practice leadership and active support in residential services for people with intellectual disabilities: an exploratory study. *Journal of intellectual disability research*, 58(9), 838-850.
- Behn, Robert. (1991). *Leadership counts: Lessons for public managers from the Massachusetts welfare, training, and employment program*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bellamy, Richard Paul, & Palumbo, Antonino. (2010). *From government to governance*. Aldershot: Ashgate Publishing Company.
- Bertelli, Marco, Salvador-Carulla, Luis, Lassi, Stefano, Zappella, Michele, Ceccotto, Raymond, Palterer, David, . . . Prodi, Paolo Rossi. (2013). Quality of life and living arrangements for people with intellectual disability. *Advances in Mental Health & Intellectual Disabilities*, 7(4), 220-231. doi: 10.1108/AMHID-03-2013-0027

- Bigby, Christine. (2004). But why are these questions being asked?: a commentary on Emerson (2004). *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29(3), 202-205.
- Bigby, Christine, & Beadle-Brown, Julie. (2016). Improving quality of life outcomes in supported accommodation for people with intellectual disability: What makes a difference? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(2), e182-e200.
- Bigby, Christine, Clement, T, Mansell, Jim, & Beadle-Brown, Julie. (2009). 'It's pretty hard with our ones, they can't talk, the more able bodied can participate': Staff attitudes about the applicability of disability policies to people with severe and profound intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(4), 363-376.
- Bigby, Christine, Knox, Marie, Beadle-Brown, Julie, & Bould, Emma. (2014). Identifying good group homes: Qualitative indicators using a quality of life framework. *Intellectual and developmental disabilities*, 52(5), 348-366.
- Bigby, Christine, Knox, Marie, Beadle-Brown, Julie, Clement, Tim, & Mansell, Jim. (2012). Uncovering dimensions of culture in underperforming group homes for people with severe intellectual disability. *Intellectual and developmental disabilities*, 50(6), 452-467.
- Bigby, Christine, Knox, Marie, Beadle-Brown, Julie, & Clement, Tim. (2015). 'We Just Call Them People': Positive Regard as a Dimension of Culture in Group Homes for People with Severe Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 28(4), 283-295.
- Bjurstrøm, Hanne. (2018, 10.09.2018). Bryter utviklingshemmedes rettigheter, Kronikk, *NRK Ytring*. Lastet ned fra <https://www.nrk.no/ytring/bryter-utviklingshemmedes-rettigheter-1.14198803>
- BLD. (2010). Mennesker med utviklingshemming skal heller ikke diskrimineres. Informasjons- og utviklingsprogram 2010 – 2013. Lastet ned fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/2016/tilsyn_tjenester_til_mennesker_med_utviklingshemming.pdf
- Bliksvær, Trond. (2005). *I skuggen av reformene: Ei bustadsosjologisk tilnærming til omsorgsbustad som politikk og bustad for personar med fysisk funksjonsnedsetting*. (PhD-avhandling), Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU, Trondheim.
- Bogner, Alexander, & Menz, Wolfgang. (2009). The theory-generating expert interview: epistemological interest, forms of knowledge, interaction. I *Interviewing experts* (s. 43-80). London: Palgrave Macmillan.
- Bostock, Lisa, Gleeson, Brendan, McPherson, Ailsa, & Pang, Lillian. (2004). Contested Housing Landscapes? Social Inclusion, Deinstitutionalisation and Housing Policy in Australia. *Australian Journal of Social Issues*, 39(1), 41-62. doi: 10.1002/j.1839-4655.2004.tb01162.x
- Brevik, Ivar, & Høyland, Karin. (2007). Utviklingshemmedes bo- og tjenestesituasjon 10 år etter HVPU-reformen (s. 300). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning og Sintef.
- Brodkin, Evelyn Z. (1997). Inside the welfare contract: Discretion and accountability in state welfare administration. *The Social Service Review*, 71(1), 1-33.

- Brown, Lou, Branston-McClean, Mary Beth, Baumgart, Diane, Vincent, Lisbeth, Falvey, Mary, & Schroeder, Jack. (1979). Using the characteristics of current and subsequent least restrictive environments in the development of curricular content for severely handicapped students. *AAESPH Review*, 4(4), 407-424.
- Bøyum, Steinar. (2017). Profesjonell kunnskapsetikk og intellektuelle dygder i profesjonsutdanning. I Sølvi Mausethagen & Jens Christian Smedby (Red.), *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, Karen. (2012). Når velferdstjenester møter ny velferdsstyring: om implementeringen av IPLoS. *Sosiologi i dag*, 42(2), 48-69.
- Christensen, Karen, & Nilssen, Even. (2006). *Omsorg for de annerledes svake : et overvåket hverdagsliv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christensen, Tom, Lie, Amund, & Læg Reid, Per. (2008). Beyond new public management: agencification and regulatory reform in Norway. *Financial Accountability & Management*, 24(1), 15-30.
- Christie, Nils. (1989). *Bortenfor anstalt og ensomhet: om landsbyer for usedvanlige mennesker*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Clement, Tim, & Bigby, Christine. (2012). Competencies of front-line managers in supported accommodation: issues for practice and future research. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 37(2), 131-140.
- Cohen, Michael D, March, James G, & Olsen, Johan P. (1972). A garbage can model of organizational choice. *Administrative science quarterly*, 17(1), 1-25.
- Cohen, Susan G, & Bailey, Diane E. (1997). What makes teams work: Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. *Journal of management*, 23(3), 239-290.
- Creswell, John. (1998). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Czarniawska, Barbara. (2007). *Shadowing: and other techniques for doing fieldwork in modern societies*. Copenhagen: Copenhagen Business School Press DK.
- Denis, Jean-Louis, Langley, Ann, & Rouleau, Linda. (2006). The power of numbers in strategizing. *Strategic Organization*, 4(4), 349-377.
- Denzin, Norman K. (2002). The interpretive process. I A. Michael Huberman & Matthew B. Miles (Red.), *The qualitative researcher's companion* (s. 349-366). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Despres, Carole. (1991). The meaning of home: Literature review and directions for future research and theoretical development. *Journal of architectural and Planning Research*, 8(2), 96-115.
- Difi. (2015a). Beste praksis og benchmarking. Lastet ned fra <https://www.difi.no/veiledning/tidstyver/finn-tidstyvene/tidstyver-virksomhetene/beste-praksis-og-benchmarking>
- Difi. (2015b). Statlig styring av kommunene. En kartlegging av virkemiddelbruk og utviklingstrekk på tre sektorer i perioden 1999–2015 (Vol. 2015:19, s. 98). Oslo: Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi).

- Direktoratet for e-helse. (2017). Kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester. Lastet ned fra <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg>
- Direktoratet for e-helse. (2018). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2018*. (IE-1019). Lastet ned fra <https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/ICD-10%20-%202018.pdf>.
- Dorsch, Jeffrey J, & Yasin, Mahmoud M. (1998). A framework for benchmarking in the public sector: literature review and directions for future research. *International Journal of Public Sector Management*, 11(2/3), 91-115.
- Drake, Gabrielle. (2014). The Transinstitutionalisation of People Living in Licensed Boarding Houses in Sydney. *Australian Social Work*, 67(2), 240-255. doi: 10.1080/0312407X.2013.843714
- Dworkin, Gerald. (1972). Paternalism. *The Monist*, 56(1), 64-84.
- Eide, Ann Kristin, & Breimo, Janne Paulsen. (2013). Når livsløp veves sammen med administrative tilfeldigheter. *En studie av boløsnionger for mennesker med utviklingshemming*. (Vol. NF-rapport nr. 8/2013). Bodø: Nordlandsforskning.
- Ellingsen, Karl Elling. (2005). Selvbestemmelse og brukervedvirkning. I Aud Selboe, Leif Bollingmo & Karl Elling Ellingsen (Red.), *Selvbestemmelse for tjenestenytere* (s. 39-69). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ellis, Kathryn. (2007). Direct payments and social work practice: The significance of 'street-level bureaucracy' in determining eligibility. *British Journal of Social Work*, 37(3), 405-422.
- Elmore, Richard F. (1979). Backward mapping: Implementation research and policy decisions. *Political science quarterly*, 94(4), 601-616.
- Emerson, Eric. (2004). Cluster housing for adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29(3), 187-197.
- Emerson, Eric, & Hatton, Chris. (1994). Moving out: Relocation from hospital to community. London, UK: Her Majesty Stationery Office.
- Esping-Andersen, Gosta. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. London: Polity.
- Evans, Tony. (2011). Professionals, managers and discretion: Critiquing street-level bureaucracy. *British Journal of Social Work*, 41(2), 368-386.
- Evetts, Julia. (2003). The sociological analysis of professionalism: Occupational change in the modern world. *International sociology*, 18(2), 395-415.
- Fangen, Katrine. (2010). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Felce, David. (1998). The determinants of staff and resident activity in residential services for people with severe intellectual disability: Moving beyond size, building design, location and number of staff. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 23(2), 103-119.
- Felce, David, & Emerson, Eric. (2005). Community living: costs, outcomes and economies of scale: findings from UK research. I Roger J Stancliffe & K Charlie Lakin (Red.), *Costs and outcomes of community services for people with intellectual disabilities* (s. 45-62). Baltimore: Paul H Brookes Publishing.

- Felce, David, Lowe, Kathy, & Jones, Edwin. (2002). Staff activity in supported housing services. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15(4), 388-403.
- Finlay, William ML, Walton, Chris, & Antaki, Charles. (2008). Promoting choice and control in residential services for people with learning disabilities. *Disability & society*, 23(4), 349-360.
- Folkestad, Helge. (2003). *Institusjonalisert hverdagsliv : en studie av samhandling mellom personale og beboere i bofellesskap for personer med utviklingshemning*. (PhD-avhandling), Universitetet i Bergen, Bergen.
- Folkestad, Helge. (2009). Vernepleiefaglig arbeid. I Gunn Strand Hutchinson (Red.), *Barnevernpedagog, sosionom, vernepleier: utvalgte temaer* (s. 51-68). Oslo: Universitetsforlaget.
- Forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen. (2010). *Forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen*. FOR-2010-11-19-1462. Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-19-1462?q=individuell%20plan>.
- Forskrift om IPLOS-registeret. (2006). *Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk*. FOR-2006-02-17-204. Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=Forskrift>.
- Forskrift om kommunal rapportering. (2001). *Forskrift om rapportering fra kommuner og fylkeskommuner*. FOR-2000-12-15-1425. Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=Forskrift>.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2017). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. FOR-2016-10-28-1250. Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=Forskrift>.
- Forvaltningsloven. (1967). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker*. LOV-1967-02-10. Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>.
- Freidson, Eliot. (2001). *Professionalism, the third logic: On the practice of knowledge*: University of Chicago press.
- Fyffe, Chris, McCubbery, Jeffrey, & Reid, Katharine J. (2008). Initial investigation of organisational factors associated with the implementation of active support. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 33(3), 239-246. doi: 10.1080/13668250802291606
- Gaventa, William C. (2008). Rekindling commitment: reflections from a pastoral educator enmeshed in direct support professional workforce development and person centered supports. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(7), 598-607. doi: 10.1111/j.1365-2788.2008.01070.x
- Gridley, Kate, Brooks, Jenni, & Glendinning, Caroline. (2014). Good practice in social care: the views of people with severe and complex needs and those who support them. *Health & Social Care in the Community*, 22(6), 588-597. doi: 10.1111/hsc.12105
- Grue, Lars. (2004). *Funksjonshemmet er bare et ord: forståelser, fremstillinger og erfaringer*. Oslo: Abstrakt.
- Grunewald, Karl. (2008). *Från idiot till medborgare*. Stockholm: Gothia.
- Grunewald, Karl, & Olsson, Thomas. (1988). *Psykisk utvecklingsstörning: praktiska erfarenheter och progressiva idéer*. Stockholm: Natur och kultur.

- Gubrium, Jaber F, & Holstein, James A. (1997). *The new language of qualitative method*: Oxford University Press on Demand.
- Habermas, Jürgen. (1987). *The theory of communicative action: Lifeworld and system: A critique of functionalist reason (Vol. 2)*. Boston: Beacon.
- Hagen, Terje P. , Gautun, Heidi , Havik, Anders Kvale , McArthur, David P. , Moger, Tron A. , Kjøs, Bente Ø. , . . . Veenstra, Marijke (2015). Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015: Faglig sluttrapport. Oslo: Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.
- Hallam, A., Knapp, M., Järbrink, K., Netten, A., Emerson, E., Robertson, J., . . . Durkan, J. (2002). Costs of village community, residential campus and dispersed housing provision for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(5), 394-404. doi: 10.1046/j.1365-2788.2002.00409.x
- Hamelin, Jeffery P, Frijters, Jan, Griffiths, Dorothy, Condillac, Rosemary, & Owen, Frances. (2011). Meta-analysis of deinstitutionalisation adaptive behaviour outcomes: Research and clinical implications. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 36(1), 61-72.
- Handegård, Tina Luther. (2005). *Tvang, makt og ambivalens*. (PhD-avhandling), Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Hansen, Inger Lise Skog, & Grødem, Anne Skevik. (2012). Samlokaliserte boliger og store bofellesskap. Perspektiver og erfaringer i kommunene. Oslo: Fafo.
- Hatton, Chris, Wigham, Sarah, & Craig, Jaime. (2009). Developing Measures of Job Performance for Support Staff in Housing Services for People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(1), 54-64. doi: 10.1111/j.1468-3148.2008.00439.x
- Heggen, Kåre, Smeby, Jens-Christian, & Vågan, André. (2014). Coherence. A Longitudinal approach. I Jens-Christian Smeby & Molly Sutphen (Red.), *From vocational to professional education: educating for social welfare*. London and New York: Routledge.
- Helgøy, Ingrid, & Serigstad, Synnøve. (2004). Tilsyn som styringsform i forholdet mellom staten og kommunene (Vol. Notat 9 - 2004, s. 71). Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. LOV-2011-06-24-30*. Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Statens forvaltningstjeneste: Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/omsorg-2020/id2410456/>.
- Helsedirektoratet. (2009). IPLOS Veileder for personell i kommunale helse- og sosialtjeneste (Vol. 03/2009). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten (Vol. Veileder IS-2076). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017). Nasjonale kvalitetsindikatorer. Lastet ned fra <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/kvalitetsindikatorer>

- Helsetilsynet. (2017a). Det gjelder livet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til presoner med utviklingshemming *Rapport 4/2017*. Oslo: Helsetilsynet.
- Helsetilsynet. (2017b). Årsrapport 2017 fra Statens helsetilsyn (s. 126). Oslo: Helsetilsynet.
- Helsetilsynsloven. (2017). *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. LOV-2017-12-15-107*. Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1984-03-30-15>.
- Hernes, Gudmund. (1975). *Makt og avmakt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hewitt, Amy S, Larson, Sheryl A, Lakin, K Charlie, Sauer, John, O'Neill, Susan, & Sedlezky, Lori. (2004). Role and essential competencies of the frontline supervisors of direct support professionals in community services. *Mental Retardation*, 42(2), 122-135.
- Hill, Michael. (2014). *Policy process: A reader*. London: Routledge.
- Hirschman, Albert O. (1970). *Exit, voice, and loyalty: Responses to decline in firms, organizations, and states*. London: Harvard university press.
- Hoff, Kjell Gunnar, & Holving, Per Aksel. (2002). *Balansert målstyring: balanced scorecard på norsk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Howe, David. (1991). Knowledge, power and the shape of social work practice. I M Davied (Red.), *The Sociology of Social Work* (s. 202-220). London: Routledge.
- Hudson, Bob. (2014). Michael Lipsky and street level bureaucracy. A neglected perspective. I Michael Hill (Red.), *Policy process: A reader* (s. 386-398). London: Routledge.
- Husbanken. (1990). *Rundskriv HB-1212. Boliger for mennesker med psykisk utviklingshemming*.
- Hutchinson, Gunn Oddlaug Strand, & Sandvin, Johans Tveit. (2016). Hva har ansvarsreformen betydd for selvbestemmelse for mennesker med utviklingshemming? *Fontene forskning*, 9(2), 29-39.
- Hübel, Marie, Linder, Karin, & Sivberg, Bengt. (2008). Staff's Collaborative Work Process with an Adolescent Boy with Autism and Intellectual Disability in Community-based Sheltered Housing. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 10(1), 49-66. doi: 10.1080/15017410701547184
- Inst. 127 S (2013-2014). *Instilling fra arbeids- og sosialkomiteen om frihet og likeverd - om mennesker med utviklingshemming*.
- Iriarte, Edurne Garcia, Stockdale, Janine, McConkey, Roy, & Keogh, Fiona. (2016). The role of support staff as people move from congregated settings to group homes and personalized arrangements in Ireland. *Journal of Intellectual Disabilities*, 20(2), 152-164. doi: 10.1177/1744629516633966
- Jennett, Heather K, Harris, Sandra L, & Mesibov, Gary B. (2003). Commitment to philosophy, teacher efficacy, and burnout among teachers of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(6), 583-593.
- Jensen, Karen. (1990a). Innledning. I Karen Jensen (Red.), *Moderne omsorgsbilder* (s. 9-32). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jensen, Karen. (1990b). Nye rammer - Ny kunnskap - Ny omsorg? . I Karen Jensen (Red.), *Moderne omsorgsbilder* (s. 211-234). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Jewell, Christopher J, & Glaser, Bonnie E. (2006). Toward a General Analytic Framework Organizational Settings, Policy Goals, and Street-Level Behavior. *Administration & Society*, 38(3), 335-364.
- Johansen, Oddbjørn, & Tøssebro, Jan. (2016). Overhalla kommune-utvikling av bo- og miljøtjenesten: En undersøkelse blant brukere, pårørende og ansatte. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.
- Kim, Shannon, Larson, Sheryl A, & Charlie Lakin, K. (2001). Behavioural outcomes of deinstitutionalisation for people with intellectual disability: a review of US studies conducted between 1980 and 1999. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 26(1), 35-50.
- Kittelsaa, Anna. (2019). Boligen – Hjem og arbeidsplass. I Jan Tøssebro (Red.), *Hverdag i velferdsstatens bofellesskap* (s. 95-118). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kittelsaa, Anna M., & Tøssebro, Jan. (2011). Store bofellesskap for personer med utviklingshemming : noen konsekvenser. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.
- Kittelsaa, Anna M., & Tøssebro, Jan. (2013). Kommunal praksis og personer med utviklingshemming : policy på områdene sysselsetting og bolig. Trondheim: NTNU samfunnsforskning.
- Kittelsaa, Anna M., Wik, Sigrid Elise, & Tøssebro, Jan. (2015). Levekår for personer med nedsatt funksjonsevne. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.
- Kommunal Rapport. (2018). *Kommunebarometeret*. Kommunal Rapport. Lastet ned fra www.kommunebarometeret.no
- Kommuneloven. (1992). *Lov om kommuner og fylkeskommuner. LOV-1992-09-25-107*. Lovdata: Lastet ned fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-09-25-107/KAPITTEL_16#KAPITTEL_16.
- Kozma, Agnes, Mansell, Jim, & Beadle-Brown, Julie. (2009). Outcomes in different residential settings for people with intellectual disability: a systematic review. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114(3), 193-222.
- Kristensen, Guro Korsnes, & Ravn, Malin Noem. (2015). The voices heard and the voices silenced: recruitment processes in qualitative interview studies. *Qualitative Research*, 15(6), 722-737.
- Kristiansen, Kristjana. (1994). *Normalisering og verdsettning av sosial rolle*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Kvale, Steinar. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lakin, K. Charlie, & Stancliffe, Roger J. (2007). Residential supports for persons with intellectual and developmental disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(2), 151-159. doi: 10.1002/mrdd.20148
- Law, John. (2004). *After method: Mess in social science research*. London: Routledge.
- Le Grand, Julian. (2010). Knights and knaves return: public service motivation and the delivery of public services. *International Public Management Journal*, 13(1), 56-71.
- Likestillings- og diskrimineringsloven. (2017). *Lov om likestilling og forbud mot diskriminering. LOV-2017-06-16-51*. Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51>.

- Linde, Sølvi, & Nordlund, Inger. (2006). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid* (Vol. 2). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lipsky, Michael. (1976). Toward a theory of street-level bureaucracy. I Willis D Hawley & Michael Lipsky (Red.), *Theoretical perspectives on urban politics*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Lipsky, Michael. (2010). *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Service* (Vol. 30th Anniversary Edition). New York: Russell Sage Foundation.
- Lund, Torbjørn, Rotvold, Lars Aage, Skrøvset, Siw, Stjernstrøm, Else, & Tiller, Tom. (2010). Dialogkonferanser som læringsarena og pedagogisk utviklingsverktøy. *FoU i praksis*, 4(1), 47-64.
- Lynum, Sissel. (2018, 28.11.2018). Frykter for liv og helse hvis de får mindre penger neste år. *Adresseavisen*. Lastet ned fra <https://www.adressa.no/pluss/nyheter/2018/11/28/Frykter-for-liv-og-helse-hvis-de-f%C3%A5r-mindre-penger-neste-%C3%A5r-17966659.ece>
- Macnaghten, Phil, & Myers, Greg. (2006). Focus groups. I Clive Seale, Giampietro Gobo, Jaber F Gubrium & David Silverman (Red.), *Qualitative Research Practice: Concise Paperback Edition* (s. 65-79). London: SAGE Publications Ltd.
- Malterud, Kirsti. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*, (Vol. 2. utg). Oslo: Universitetsforlaget
- Malvik kommune. (2016). *Budsjett 2017 - Økonomiplan 2017 - 2020*. Lastet ned fra https://www.hitra.kommune.no/wp-content/uploads/sites/28/2015/12/Kommunal-planstrategi_utkast3.pdf.
- Mansell, Jim. (2006). Deinstitutionalisation and community living: progress, problems and priorities. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 31(2), 65-76.
- Mansell, Jim, & Beadle-Brown, Julie. (2011). Estimating Activity Duration by Momentary Time-Sampling of Part or All of the Day. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24(5), 489-494. doi: 10.1111/j.1468-3148.2011.00629.x
- Mansell, Jim, & Beadle-Brown, Julie. (2012). *Active support: Enabling and empowering people with intellectual disabilities*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Mansell, Jim, Beadle-Brown, Julie, Ashman, Bev, & Ockendon, John. (2004). *Person-centred active support: a multi-media training resource for staff to enable participation, inclusion and choice for people with learning disabilities*. Brighton: Pavilion.
- Mansell, Jim, Beadle-Brown, Julie, & Bigby, Christine. (2013). Implementation of active support in Victoria, Australia: An exploratory study. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 38(1), 48-58.
- Mansell, Jim, & Beadle-Brown, Julie. (2004). Person-centred planning or person-centred action? Policy and practice in intellectual disability services. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17(1), 1-9.
- Mansell, Jim, Beadle-Brown, Julie, Whelton, Beckie, Beckett, Celia, & Hutchinson, Aislinn. (2008). Effect of service structure and organization on staff care practices in small community homes for people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(5), 398-413.

- Mansell, Jim, & Ericsson, Kent. (1996). *Deinstitutionalization and community living: intellectual disability services in Britain, Scandinavia and the USA*. New York: Springer.
- Mansell, Jim, Felce, David, De Kock, Ursula, & Jenkins, Judith. (1982). Increasing purposeful activity of severely and profoundly mentally-handicapped adults. *Behaviour Research and Therapy*, 20(6), 593-604.
- March, James G. (1988). *Decisions and organizations*. Oxford: Blackwell
- March, James G, & Olsen, Johan P. (2008). Skraldespandsmodeller af beslutningstagen i organisationer. I *Fornuft og forandring - ledelse i en verden beriget med uklarhed*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Martínez-Leal, R., Salvador-Carulla, L., Linehan, C., Walsh, P., Weber, G., Van Hove, G., . . . Kerr, M. (2011). The impact of living arrangements and deinstitutionalisation in the health status of persons with intellectual disability in Europe. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(9), 858-872. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01439.x
- Martinsen, Kari. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Tano.
- Maslow, Abraham Harold. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370.
- McConkey, R., & Collins, S. (2010). The role of support staff in promoting the social inclusion of persons with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(8), 691-700. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01295.x
- McConkey, Roy, Sowney, Margaret, Milligan, Victoria, & Barr, Owen. (2004). Views of People with Intellectual Disabilities of Their Present and Future Living Arrangements. *Journal of Policy & Practice in Intellectual Disabilities*, 1(3/4), 115-125. doi: 10.1111/j.1741-1130.2004.04026.x
- Meld. St. 12 (2011-2012). *Stat og kommune – styring og samspel*. Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-12-20112012/id671829/>.
- Meld. St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter.*: Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>.
- Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>.
- Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>.
- Meld. St. 45 (2012-2013). *Frihet og likeverd – Om mennesker med utviklingshemming* Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-45-2012--2013/id731249/>.
- Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen* Statens forvaltningstjeneste: Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>.
- Messel, Jan. (2014). Utdanning og kompetansebehov. En analyse av BSV-utdanningenes historie siden 1970 *Skriftserien Småskrift* (Vol. 4). Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Mjøen, Odd Morten , Johansen, Oddbjørn, & Tøssebro, Jan. (2019). Aspekter ved organisering av tjenester i hjemmet. I Jan Tøssebro (Red.), *Hverdag i velferdsstatens bofellesskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Mjøen, Odd Morten, & Kittlesaa, Anna M. (2018). Ansattes blikk i et annerledes hjem. Dilemmaer ved arbeid i hjemmet hos personer med utviklingshemming. *Fontene forskning (11)*, 30-41.
- Molander, Anders, & Terum, Lars Inge. (2008). Profesjonsstudier – en introduksjon. I Anders Molander & Lars Inge Tærum (Red.), *Profesjonsstudier*. (s. 13-28). Oslo: Universitetsforlaget.
- Molden, T, & Tøssebro, J. (2009). Definisjoner av funksjonshemming i empirisk forskning. I Jan Tøssebro (Red.), *Funksjonshemming-politikk, hverdagsliv og arbeidsliv* (s. 38-54). Oslo: Universitetsforlaget.
- Møller, Marie Østergaard, Andersen, Vibeke Normann, & Iversen, Katrine. (2016). Review af resultatbaseret styring: Resultatbaseret styring på grundskole-, beskæftigelses- og socialområdet KORA. Aalborg: Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning, KORA.
- Måseide, Per. (2008). Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv. I Anders Molander & Lars Inge Terum (Red.), *Profesjonsstudier*. (s. 367-385): Universitetsforlaget, Oslo.
- NAKU. (2018). Kunnskapsbank. Lastet ned fra <https://naku.no/kunnskapsbanken/34-antallet-personer-med-psykisk-utviklingshemming>
- Namsos kommune. (2017). *Handlingsprogram med økonomiplan 2018-2019*. Lastet ned fra <file:///C:/Users/oddmorm/Downloads/Handlingsprogram+med+%C3%B8konomiplan+2018-2019.pdf>.
- Nirje, Bengt. (1969). The normalization principle and its human management implications. I & W. Wolfensberger R. Kugel (Red.), *Changing patterns in residential services for the mentally retarded* (s. 179-195). Washington, D.C: President's Committee on Mental Retardation.
- Noordegraaf, Mirko. (2015). Hybrid professionalism and beyond: (New) Forms of public professionalism in changing organizational and societal contexts. *Journal of professions and organization*, 2(2), 187-206.
- NOU 1973:25. *Omsorg for psykisk utviklingshemmede*. (8200710203). Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU 1985:34. *Levekår for psykisk utviklingshemmede : [innstilling]*. (8200710203). Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU 2001:22. *Fra bruker til borger - En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOU 2011:11. *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOU 2016:17. *På lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- O'Brien, John. (1994). Down stairs that are never your own: Supporting people with developmental disabilities in their own homes. *Mental Retardation*, 32(1), 1.
- Oliver, Michael. (1990). *The politics of disablement: A sociological approach*. New York: St: Martin's Press.
- Olsen, Terje. (2009). *Versjoner av arbeid: Dagaktivitet og arbeid etter avviklingen av institusjonsomsorgen*. (PhD-avhandling), Uppsala universitet, Uppsala.

- Owen, Katherine, Hubert, Jane, & Hollins, Sheila. (2008). Moving home: the experiences of women with severe intellectual disabilities in transition from a locked ward. *British Journal of Learning Disabilities*, 36(4), 220-226. doi: 10.1111/j.1468-3156.2007.00484.x
- Pedersen, Tor Helge. (2012). Organisatorisk utflating: fra amerikansk varekjede til norske kommuner. I Harald Torsteinsen (Red.), *Resultatkommunen : reformer og resultater* (s. 48-64). Oslo: Universitetsforlaget.
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger*. Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>.
- Petry, Katja, Maes, Bea, & Vlaskamp, Carla. (2007). Support characteristics associated with the quality of life of people with profound intellectual and multiple disabilities: The perspective of parents and direct support staff. *Journal of policy and practice in Intellectual Disabilities*, 4(2), 104-110.
- Philips, Marianne Ekman, & Huzzard, Tony. (2007). Developmental magic? Two takes on a dialogue conference. *Journal of Organizational Change Management*, 20(1), 8-25.
- Plan- og bygningsloven. (2008). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling*. Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>.
- Pollitt, Christopher, & Bouckaert, Geert. (2017). *Public management reform: A comparative analysis*. Oxford: Oxford University Press.
- Profesjonsrådet for vernepleiere. (2017). Vernepleier. Om vernepleieryrket. Oslo: Fellesorganisasjon (FO).
- Prop. 96 S (2016-2017). *Endringer i kommunestrukturen*. Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-96-s-20162017/id2548145/>.
- Rapley, Tim. (2004). Interviews. I Clive Seale, Giampietro Gobo, Jaber F Gubrium & David Silverman (Red.), *Qualitative Research Practice: Concise Paperback Edition*, (s. 15-33). London: SAGE Publications Ltd.
- Rasch, Bjørn Erik. (2010). "Garbage Can" modellen i metodologisk belysning. *Statsvetenskaplig tidskrift*, 92(4), 249-264.
- Roaldsnes, Andreas. (2018). Mål og resultatstyring i nav – kan det bidra til å få flere med nedsatt arbeidsevne i arbeid? *Arbeid og velferd*, 2018(1), 57-80.
- Romøren, Tor Inge. (1995). Reformen for psykisk utviklingshemmede. I Tor Inge Romøren (Red.), *HVPU-reformen i forskningens lys*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Røkenes, Odd Harald, & Hanssen, Per-Halvard. (2002). *Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sandvin, Johans, & Söder, Mårten. (1998). Fullt og helt eller stykkevis og delt? En sammenligning av HVPU-reformen og nedbyggingen av institusjonsplasser i psykiatrien. *Tidskrift for Velferdsforskning*, 1(1), 35-49.
- Sandvin, Johans, Söder, Mårten, Lichtwarck, Willy, & Magnussen, Tone. (1998). *Normaliseringsarbeid og ambivalens: bofellesskap som omsorgsarena*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sandvin, Johans Tveit. (1992). Fra normalisering til sosial integrasjon. I Johans Tveit Sandvin (Red.), *Mot normalt?: omsorgsideologier i forandring*. Oslo: Kommuneforlaget.

- Sandvin, Johans Tveit. (1996a). The transition to community services in Norway. I Jim Mansell & Kent Ericsson (Red.), *Deinstitutionalization and Community Living. Intellectual disability services in Britain, Scandinavia and the USA* (s. 185-196). Dordrecht: Springer.
- Sandvin, Johans Tveit. (1996b). *Velferdsstatens vendepunkt?: en analyse av reformen for personer med utviklingshemming som uttrykk for brytninger i velferdsstaten*. (Doktorgradsavhandling), Universitetet i Tromsø.
- Schalock, Robert L, Brown, Ivan, Brown, Roy, Cummins, Robert A, Felce, David, Matikka, Leena, . . . Parmenter, Trevor. (2002). Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: Report of an international panel of experts. *Mental retardation*, 40(6), 457-470.
- Schalock, Robert L, Verdugo, Miguel Angel, & Braddock, David L. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*: American Association on Mental Retardation Washington, DC.
- Schalock, Robert L. (2017). Introduction to the Special Issue on Disability Policy in a Time of Change. *Introducción al Número Especial sobre la Política de Discapacidad en Tiempos de Cambio.*, 55(4), 215-222. doi: 10.1352/1934-9556-55.4.215
- Schön, Donald A. (1983). *The reflective practitioner : how professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Seale, Clive. (1998). Qualitative interviewing. I Clive Seale (Red.), *Researching Society and Culture*. London: Sage.
- Simonsen, Eva. (2000). *Vitenskap og profesjonskamp: opplæring av døve og åndssvake i Norge 1881-1963*. (PhD-avhandling), Universitetet i Oslo.
- Sines, David, Hogard, Elaine, & Ellis, Roger. (2012). Evaluating quality of life in adults with profound learning difficulties resettled from hospital to supported living in the community. *Journal of Intellectual Disabilities*, 16(4), 247-263. doi: 10.1177/1744629512463840
- Sixsmith, Judith. (1986). The meaning of home: An exploratory study of environmental experience. *Journal of environmental psychology*, 6(4), 281-298.
- Skarheim, Tina, & Storbekk, Siv. (2013). Rådmannens internkontroll. Hvordan holde orden i eget hus? (s. 104). Oslo: KS Kommunesektorens organisasjon.
- Smedby, Jens Christian, & Mausesthaugen, Sølvi. (2017). Profesjonskvalifisering. I Sølvi Mausesthaugen & Jens Christian Smedby (Red.), *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse* (s. 11-20). Oslo: Universitetsforlaget.
- Smith, Sandy G. (1994). The essential qualities of a home. *Journal of environmental psychology*, 14(1), 31-46.
- SOR. (2006). IPLOS - endring, men ikke stopp. Lastet ned fra <http://www.samordningsradet.no/index.cfm?pArticleId=22803&pArticleCollectionId=4205>
- Spendolini, Michael. (1992). *The benchmarking book*. New York: American Management Association.
- SSB. (2011). Gruppering av kommuner etter folkekemenge og økonomiske rammebetingelser 2008 (Vol. 2011, s. 38). Oslo: Statistisk Sentralbyrå.

- St.meld. nr. 21 (1998-99). *Ansvar og meistring*. Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/>.
- St.meld. nr. 25 (1996-1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Lastet ned fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/.
- St.meld. nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.*: Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/>.
- St.meld. nr. 40 (2002-2003). *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne*. Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-40-2002-2003-/id197129/>.
- St.meld. nr. 47 (1989-90). *Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming*.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid.*: Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>.
- St.meld. nr. 67 (1986-87). *Ansvar for tiltak og tenester for psykisk utviklingshemma*.
- St.meld. nr. 88 (1974-75). *Omsorg for psykisk utviklingshemmede*.
- St.prp. nr. 63 (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*.
- Sullivan, William M. (2015). Professional responsibility: its nature and new demands. I Douglas E. Mitchell & Robert K Ream (Red.), *Professional Responsibility. The Fundamental Issue in Education and Health Care Reform* (s. 59-74). New York: Springer.
- Svensden, Karin E. (2008). IPLOS: Endelig endringer, *Fagbladet*. Lastet ned fra <https://fagbladet.no/iplos-endelig-endringer--6.91.14804.8180a7caec>
- Söder, Mårten. (1992). Normalisering og integrering: Omsorgsideologier i et samfunn i endring. I Johans Tveit Sandvin (Red.), *Mot normalt. Omsorgsideologier i forandring* (s. 41-66). Oslo: Kommuneforlaget.
- Söderström, Sylvia , & Tøssebro, Jan (2011). Innfridde mål eller brutte visjoner? Noen hovedlinjer i utviklingen levekår og tjenester for utviklingshemmede. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.
- Tideman, Magnus, & Tøssebro, Jan. (2002). A comparison of living conditions for intellectually disabled people in Norway and Sweden: Present situation and changes following the national reforms in the 1990's. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 4(1), 23-42.
- Torsteinsen, Harald. (2012a). *Resultatkommunen : reformer og resultater*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Torsteinsen, Harald. (2012b). Resultatkommunen i møte med nye utfordringer. I Harald Torsteinsen (Red.), *Resultatkommunen : reformer og resultater* (s. 241-249). Oslo: Universitetsforlaget.

- Tøssebro, Jan. (1995). Impact of size revisited: Relation of number of residents to self-determination and deprivatization. *American Journal on Mental Retardation*, 100(1), 59-67.
- Trondheim kommune. (2010). *Kommuneplanens samfunnsdel 2009 - 2020*. Lastet ned fra <https://trondheim.kommune.no/samfunnsplaner/>
- Trondheim kommune. (2011). *Boligprogram 2011-2014*. <https://www.trondheim.kommune.no/content/1117713597/Temaplaner-prosjekter-og-utredninger>.
- Trondheim kommune. (2015). *En bedre hverdag for alle. Utviklingsfremmende helse og omsorgstjenester.*: Lastet ned fra <https://trondheim.kommune.no/planer/>.
- Trondheim kommune. (2016). *Kvalitetshåndbok for Trondheim kommune. Beskrivelse av kvalitetssystem og kvalitetspolitikk*. Lastet ned fra <https://www.trondheim.kommune.no/globalassets/10-bilder-og-filer/08-organisasjon/kommunikasjonsenheten/dokumenter/kvalitetshandbok-2016.pdf>.
- Trondheim kommune. (2017). *Temaplan psykisk helse og rus 2017-2020*. Lastet ned fra <https://www.trondheim.kommune.no/globalassets/10-bilder-og-filer/11-politikk-og-planer/planer/temaplaner/psykiskhelseogrusplan.pdf>
- Tøndel, Gunhild. (2012). Mellom tvil og tall: Behovsvurderinger i helse- og omsorgstjenestene. I Aksel Tjora (Red.), *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling* (s. 134-156). Oslo: Gyldendal forlag.
- Tøssebro, J, & Lundebj, H. (2002). Statlig reform og kommunal hverdag. Utviklingshemmetes levekår 10 år etter reformen *NTNU-rapport* (Vol. 2002, s. 183). Trondheim: NTNU, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap.
- Tøssebro, Jan. (1992). *Institusjonsliv i velferdsstaten: levekår under HVPU*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Tøssebro, Jan. (1996). *En bedre hverdag*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Tøssebro, Jan. (2016). Scandinavian disability policy: From deinstitutionalisation to non-discrimination and beyond. *ALTER-European Journal of Disability Research/Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, 10(2), 111-123.
- Tøssebro, Jan. (2019). Bakteppe - politiske idealer og utviklingslinjer. I Jan Tøssebro (Red.), *Hverdag i velferdsstatens bofellesskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tøssebro, Jan, Bonfils, Inge S, Teittinen, Antti, Tideman, Magnus, Traustadóttir, Rannveig, & Vesala, Hannu T. (2012). Normalization fifty years beyond—Current trends in the Nordic Countries. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 9(2), 134-146.
- Tøssebro, Jan, & Wendelborg, Christian. (2009). Levekår blant personer med kognitive vansker. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning
- Tøssebro, Jan, & Ytterhus, Borgunn. (2006). *Funksjonshemmete barn i skole og familie. Inkluderingsideal og hverdagspraksis* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Uloba. (2018). Mitt Liv - mitt ansvar! Ulobas erfaringsrapport om utvilking av BPA - årsaker, konsekvenser og løsninger. I Vibeke Marøy Melstrøm (Red.).
- UN General Assembly. (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. Lastet ned fra <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>.

- UN General Assembly. (2007). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities : resolution / adopted by the General Assembly, 24 January 2007, A/RES/61/106, .* Lastet ned fra <http://www.refworld.org/docid/45f973632.html>
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for vernepleierutdanning.* Lastet ned fra http://www.uhr.no/documents/rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf.
- Vabø, M. (2001). Forbrukermakten kilde til bedre omsorgstjenester. I Kirsten Thorsen, Rannveig Dahle & Mia Vabø (Red.), *Makt og avmakt i helse- og omsorgstjenestene.* (Vol. 1): NOVA.
- Verdugo, Miguel A, Schalock, Robert L, Keith, Kenneth D, & Stancliffe, Roger J. (2005). Quality of life and its measurement: important principles and guidelines. *Journal of intellectual disability research, 49*(10), 707-717.
- Waerness, Kari. (1984). The rationality of caring. *Economic and industrial democracy, 5*(2), 185-211.
- Wehmeyer, Michael L, & Garner, Nancy W. (2003). The impact of personal characteristics of people with intellectual and developmental disability on self-determination and autonomous functioning. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 16*(4), 255-265.
- Wendelborg, Christian, Kittelsaa, Anna Margareth, & Wik, Sigrid Elise. (2017). Overgang skole arbeidsliv for elever med utviklingshemming (s. 162). Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.
- Witsø, Aud Elisabeth, & Kittelsaa, Anna. (2019). Aktivt voksenliv? Beboeres perspektiver. I Jan Tøssebro (Red.), *Hverdag i velferdsstatens bofellesskap* (s. 62-77). Oslo: Universitetsforlaget.
- Witsø, Aud Elisabeth, & Kittelsaa, Anna M. (2017). Active adult lives for persons with learning disabilities - The perspectives of professionals. *British Journal of Learning Disabilities, 46*(1), 10-16.
- Wolfensberger, Wolf P, Nirje, Bengt, Olshansky, Simon, Perske, Robert, & Roos, Philip. (1972). *The principle of normalization in human services.* Toronto: National Institute on Mental Retardation.
- Wuttudal, Kari. (1995). Hjemmet som arena for omsorg - ny praksis og nye dilemmaer? I Tor Inge Romøren (Red.), *HVPU-reformen i forskningens lys.* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Wærness, Kari. (1982). *Kvinneperspektiver på sosialpolitikken.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Young, Louise, Sigafoos, Jeff, Suttie, Janene, Ashman, Adrian, & Grevell, Paul. (1998). Deinstitutionalisation of persons with intellectual disabilities: A review of Australian studies. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 23*(2), 155-170.

Vedlegg

1. Infoskriv til beboere
2. Infoskriv til ansatte og ledere
3. Tilbakemelding fra NSD

Til beboere i XXXXXX bofellesskap

Invitasjon til å delta i prosjektet: Når hjemmet blir arbeidsplass

Kommunen du bor i, XXXXX, deltar i prosjektet «Når hjemmet blir arbeidsplass». Prosjektet gjennomføres av NTNU Samfunnsforskning i samarbeid med Høgskolen i Nord-Trøndelag; Høgskolen i Sør-Trøndelag og NTNU. Prosjektet er finansiert av Norges Forskningsråd og varer fra 2015 og ut 2018. I alt seks kommuner deltar; Hitra, Malvik, Trondheim, Namsos, Overhalla og Namdalseid. Hovedmålet er å utvikle i tjenestene for voksne som trenger omfattende tjenester i hjemmet. Dette kan være personer med lærevansker, utviklingshemming, fysiske funksjonsnedsettelse eller psykiske vansker. Prosjektet gjennomføres som praksisforskning. Det vil si at alle deltakende parter (beboere, ansatte og kommuner) sammen ser på hva som er utfordringer og forsøker å finne nye veier for utviklingen fremover. I prosjektet vil det også delta studenter. Mye av prosjektet vil være rettet mot de tjenestene som ytes i folks egne hjem.

Kommunen har valgt ut enkelte boliger/bofellesskap hvor prosjektet skal foregå. Blant disse er stedet hvor du bor. Vi som er forskere i prosjektet, kommer til å være til stede i boligen/bofellesskapet i perioder. Vi skal observere det som foregår, snakke med beboere og ansatte, og også gjøre mer formelle intervjuer med beboere, ansatte og ledere. I tillegg vil vi intervjuer pårørende om hvordan de mener at du har det.

Som en viktig del av prosjektet, ønsker vi å intervjuer deg, enten deg alene eller i en gruppe hvor flere deltar samtidig. Siden prosjektet skal foregå over lang tid, kan det bli aktuelt med flere intervjuer. Noe av det vi ønsker å snakke med deg om, er hvordan du opplever hverdagen din, selvbestemmelse, aktiviteter mv, og om ditt syn på tjenestene du mottar. Vi vil særlig være opptatt av om det er noe du ønsker annerledes.

Med dette inviteres du til å delta i studien. Om du ønsker å delta, ber vi deg om å skrive under på vedlagte ark om samtykke. Det er frivillig å delta, og det er mulig å trekke seg når som helst underveis, uten å måtte gi noen begrunnelse. Dersom du trekker deg, vil alle data om deg bli slettet.

Alle opplysningene fra deg og de andre deltakerne vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil bli gjenkjent i det vi kommer til å skrive. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når prosjektet avsluttes ved utgangen av 2018.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe 73 59 02 35 eller sende en e-post til odd.m.mjoen@samfunn.ntnu.no. Du kan også kontakte prosjektleder Jan Tøssebro på telefonnummer 73 59 17 20.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Med vennlig hilsen

Odd Morten Mjøen

Til ledere og tjenesteutøvere i XXXXXX kommune

Informasjon om prosjektet: Når hjemmet blir arbeidsplass

Din kommune deltar i prosjektet «Når hjemmet blir arbeidsplass». Prosjektet gjennomføres av NTNU Samfunnsforskning i samarbeid med Nord universitet og NTNU. Prosjektet er finansiert av Norges Forskningsråd og varer fra 2015 og ut 2018. I alt seks kommuner deltar i prosjektet; Hitra, Malvik, Trondheim, Namsos, Overhalla og Namdalseid. Hovedmålet for prosjektet er å utvikle tjenestene til personer under 67 år som trenger omfattende tjenester. Dette kan være personer med utviklingshemming, fysiske funksjonsnedsettelse eller psykiske lidelser. Prosjektet gjennomføres som praksisforskning. Det vil si at alle deltakende parter (beboere, fagfolk og kommuner) inngår i et samarbeid med tanke på å identifisere utfordringer og å finne nye veier for videre utvikling. I prosjektet vil det også inngå studenter, både bachelorstudenter i praksis, hovedfagsstudenter og doktorgradsstudenter. Mye av prosjektet vil være rettet mot selve tjenesteutøvelsen i kommunene; det vil altså si de tjenestene som ytes i folks egne hjem.

Din kommune har valgt ut det stedet (boligen/bofellesskapet) hvor du jobber som et av flere steder hvor prosjektet skal foregå. Med dette skrivet vil vi derfor informere deg som leder eller ansatt om studien og hva som kommer til å foregå på din arbeidsplass. For det første vil noen av oss som arbeider i prosjektet, være til stede i de aktuelle boligene/bofellesskapene i perioder. Vi skal observere det som foregår, snakke med beboere og ansatte og også gjøre mer formelle intervjuer med beboere, ansatte, ledere og pårørende. Intervjuene kan være både på individnivå og i form av såkalt fokusgruppeintervjuer, for eksempel med en gruppe ansatte. Når det gjelder ansatte, er vi interessert i få vite mer om måten dere arbeider på og utfordringene dere møter i arbeidshverdagen.

Siden kommunen har bestemt at din arbeidsplass skal delta i prosjektet, vil dette foregå uavhengig av ditt samtykke. Det er likevel frivillig for deg å delta som informant. Om du ikke ønsker å delta, vil vi la være å notere ned situasjoner hvor du inngår, og du vil ikke bli intervjuet. Og selv om du velger å delta, har du mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg, vil alle innsamlede data om deg bli slettet.

Alle opplysningene fra deg og de øvrige deltakerne vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes det vi kommer til å skrive fra prosjektet. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når prosjektet avsluttes ved utgangen av 2018.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe 95293114 eller sende en e-post til odd.m.mjoen@samfunn.ntnu.no. Du kan også kontakte prosjektleder Jan Tøssebro på telefonnummer 73 59 17 20. Du finner også mer informasjon på <https://samforsk.no/Sider/Prosjekter/Omfattende-tjenester-i-andres-hjem.aspx>.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Med vennlig hilsen
Odd Morten Mjøen
NTNU Samfunnsforskning AS
7491 Trondheim



Jan Tøssebro
NTNU Samfunnsforskning AS
Dragvoll Allé 38 B
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 30.09.2015

Vår ref: 44264 / 3 / MHM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.08.2015. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 04.09.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

44264 *Extensive services in people's home (Omfattende tjenester i andres hjem)*
Behandlingsansvarlig *NTNU Samfunnsforskning AS, ved institusjonens øverste leder*
Daglig ansvarlig *Jan Tøssebro*

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marianne Høgetveit Myhren

Kontaktperson: Marianne Høgetveit Myhren tlf: 55 58 25 29

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Awdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVE, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



BAKGRUNN OG FORMÅL

Prosjektet er en nasjonal samarbeidsstudie. NTNU Samfunnsforskning AS er behandlingsansvarlig institusjon. Personvernombudet forutsetter at ansvaret for behandlingen av personopplysninger er avklart mellom institusjonene. Vi anbefaler at det inngås en avtale som omfatter ansvarsfordeling, ansvarsstruktur, hvem som initierer prosjektet, bruk av data og eventuelt eierskap.

Formålet med prosjektet er å undersøke og utvikle faglig arbeid i tjenester for personer under 67 år som trenger omfattende tjenester i hjemmet. Prosjektet er finansiert av Norges Forskningsråd.

PROSJEKTDESIGN

Prosjektet gjennomføres som praksisforskning, og det vil også inngå bachelor-, master- og doktorgradsstudenter. Personvernombudet forutsetter at disse studentprosjektene har samme formål som praksisforskningen.

Data samles inn ved hjelp av intervju, deltakende observasjon og dokumentgjennomgang. Vi ber om at forsker i dialog med ansatte vurderer om det er nødvendig med dispensasjon fra taushetsplikten. Personvernombudet tar høyde for at det registreres sensitive personopplysninger om helseforhold.

UTVALG OG INFORMASJON

Utvalget består av personer som trenger omfattende tjenester i eget hjem (bofellesskap), ansatte, ledere, pårørende og beslutningstakere

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Det foreligger fire informasjonsskriv som er tilpasset de ulike delene av utvalget. Informasjonsskrivene er i utgangspunktet godt utformet, men det må komme frem i skrevet til beboerne at pårørende vil intervjues om deres livssituasjon.

Det inkluderes personer med redusert samtykkekompetanse. Pårørende og ansatte vil vurdere samtykkekompetanse og formidle til deltakerne hva deltakelse innebærer. Siden prosjektet er langvarig vil informasjon gis flere ganger. Dersom noen av deltakerne skulle gi uttrykk for ubehag verbalt eller kroppslig, ved informasjon eller ved kontakt med prosjektgruppen, vil deltakeren bli trukket fra prosjektet.

DATASIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger NTNU Samfunnsforskning AS sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

PROSJEKTSLUTT

Forventet prosjektslutt er 31.12.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)