



**”Tradisjonell omsorg vs. moderne effektivitetskrav i  
sykehjem:  
En kvalitativ studie i hvordan pleiepersonalet opplever  
ivaretagelsen av kvalitet i tjenesten”**

Linda Susanne Krüger

Masteroppgave 2011  
Master endringsledelse  
Universitetet i Stavanger

**MASTERGRADSSTUDIUM  
I ENDRINGSLEDELSE**

**MASTEROPPGAVE**

**Semester:**

**Vårsemester 2011**

---

**Forfatter:**

**Linda Susanne Krüger**

**Veileder:**

**Karl Johan E. Olsen**

---

**Tittel på masteroppgave:**

”Tradisjonell omsorg vs. moderne effektivitetskrav i sykehjem: en kvalitativ studie i hvordan pleiepersonalet opplever ivaretagelsen av kvalitet i tjenesten”

---

**Emneord/stikkord:**

ABI, omsorg, effektivitet, organisasjonsidentitet, kultur, etikk, helsepersonale, endring i organisasjon, motstand, tilpasning, endringsevne, kvalitet, målstyringspolitikk.

---

**Sidetall: 98 (inkludert litteraturliste og vedlegg)**

**Stavanger, 10. juni 2011**

*Det är en strimma hav, som glimmar grå  
vid himlens rand,  
den har en mörkblå vägg,  
som liknar land,  
det är där min längtan vilar  
innan den flyger hem*

*Edith Södergran*

## Forord

Min motivasjon for å forske på hvordan ABI systemet påvirker ansatte og beboere i sykehjem er knyttet til min egen bakgrunn som sykepleier og leder i sykehjemsavdeling. Jeg er nysgjerrig på hvordan dette finansieringssystemet innvirker på hverdagen til de ansatte, og hvordan de opplever at de klarer å yte omsorg for beboerne etter at hverdagen har blitt preget av en ny måte å tenke på.

Sykepleiere og hjelpepleiere lærer å tenke profesjon, omsorg og faglig forsvarlighet, og utøver dette med fokus på mellommenneskelig kontakt. Når ABI systemet har gjort sitt inntog i hverdagen til de samme pleierne kan en forestille seg at både egne og andres forventninger til omsorgen som ytes kan bli utfordret i og med at ABI systemet som sådant krever en effektivitetstankegang som ikke nødvendigvis sitter under huden på pleiepersonalet.

I løpet av prosessen har jeg, som selv er sykepleier og leder i kommunal sektor, fått utfordret noen av mine egne tanker om ABI, økonomi og omsorg. I bearbeidningen av resultatene satt jeg mange ganger med en følelse av tristhet og samtidig en forsiktig optimisme, fordi konsekvensene i hverdagen til informantene oppleves å være så store og oppslukende, men det er også mulig å ane en tro på at det kan bli bra!

Jeg vil benytte anledningen til å takke dem som hjulpet meg på veien i forbindelse med denne avhandlingen og prosessen med å skrive den. Først en stor takk til informantene som har delt tanker, følelser og meninger med meg. Uten dem hadde ikke avhandlingen blitt til. Et hjertelig takk til min veileder Karl Johan E. Olsen. Han har jevnt og trutt svart på mailer og sms:er og har veiledet meg med tålmodighet og masse kunnskap. Takk til medstudent Nina for nyttige tips, og hjelp med tegning av modeller underveis. Du har en helt egen evne til å sette ting i perspektiv og da skjønner jeg med en gang hva jeg må gjøre. Hadde gjerne hatt mer kontortid sammen med deg! Takk til Grethe for hjelp med tabellene! Tusen takk til Solveig for meget rask og god korrekturlesing. En stor takk til Harald som en sen kveld helt på tampen hjalp en desperat student med tekniske ting i word! Takk til mine svigerforeldre som har passet på minstemann etter behov slik at jeg har hatt muligheten til å la fingrene fyke over tastaturet i noen uforstyrrede timer. Så en hilsen til mine godgutter Marius, Aksel og Linus. Og aller sist, men ikke minst, takk Odd. Du står fjellstøtt uansett og har en helt egen evne til å roe meg ned da ting koker rundt meg!

## Sammendrag

Avhandlingen tar sikte på å fange opp hva ansatte i sykehjemsavdelinger i Stavanger kommune mener at finansieringssystemet aktivitetsbaserte inntekter (ABI) har gjort med kvaliteten på de tjenester som gis pasientene.

Undersøkelsen er kvalitativ og bygger på dybdeintervjuer med informanter som har delt sine personlige erfaringer og opplevelser. Alle informanter er erfarne pleiere på helsefagarbeider, sykepleier – og ledernivå. Teorien bygger opp rundt dette, og handler om organisasjonskultur- og endring, identitet, helsepersonells etiske grunnlag og hvordan motstand mot endringer kan oppstå.

Intervjuene ga mye og personlig informasjon. Et stort funn var at samtlige informanter opplevde implementeringsprosessen som utilstrekkelig og for top-down preget. Det var følelser om utelatelse og dette kan ha resultert i en dårligere forståelse for ABI som finansieringssystem generelt, og hvordan tilpasse dette til hverdagen i sykehjemsavdelingen spesielt. Dette ser ut til å ha skapt en større motstand mot ABI enn nødvendig.

Kvaliteten på helsetjenestene som gis pasientene oppgis av alle informanter å ha forandret seg, og brorparten av informantene mener den har blitt dårligere. En konsekvens av dette kan tenkes å være at like mange ønsker å fjerne ABI og innføre budsjettfinansiering. Dataene i avhandlingen viser derimot at én informant ønsker ABI slik det er i dag, mens de øvrige syv ønsker at ABI tilpasses eller fjernes til fordel for budsjettfinansiering. Det er altså ikke like mange som ønsker å fjerne ABI, som mener systemet har gitt en dårligere kvalitet. De som ikke vil fjerne ABI, mener at systemet heller bør tilpasses.

Informantene oppgir flere grunner til at ABI oppfattes negativt, seks av åtte informanter mener ABI i hovedsak er negativt. Som nevnt peker de på implementeringsprosessen og informasjonen i forkant og underveis. Men de fokuserer også på hvordan oppskriften harmonerer med pleiernes verdigrunnlag, samt hvordan det blir tilrettelagt i hverdagen i forhold til tilstrekkelig tid til dokumentasjon. Informantene opplever et misforhold mellom kravene som systemet fører med seg, og hvordan de skal få til dette i sin allerede travle hverdag.

# Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b>	<b>4</b>
<b>Sammendrag</b>	<b>5</b>
<b>Innholdsfortegnelse</b>	<b>6</b>
<b>1. Innledning</b>	<b>8</b>
1.1 Problemstilling	12
1.2 Disposisjon og avgrensninger av oppgaven	12
<b>2. Teoridel</b>	<b>13</b>
2.1 Teori som begrep	13
2.2 Effektivitetskrav møter profesjonsutdanning	14
2.2.1 Helsepersonell og deres verdigrunnlag	15
2.3 Hvordan endrer en organisasjon seg?	17
2.4 Motstand mot endring	19
2.5 Ulike endringsstrategier i organisasjoner	21
2.5.1 Ulike familier av endring	21
2.5.2 Endring i et integrert perspektiv	22
2.5.3 Teori E og O	23
2.6 Endringsevne og endringskompetanse i organisasjoner	24
2.7 Organisasjonskultur og struktur	26
2.8 Virusteorien	27
2.9 Organisasjoner og identitet	29
<b>3. Metode</b>	<b>32</b>
3.1 Valg av virksomheter	32
3.1.1 Forskningsspørsmål	33
3.1.2 Forskningsstrategi	34
3.2 Casestudiedesign	35
3.3 Utfordringer i forskningsprosessen	37
3.4 Begrunnelse for valg av metode	38
3.4.1 Informantutvalg	40
3.5 Validitet	41
3.6 Reliabilitet	43
3.7 Kritisk refleksjon metode	44
<b>4. Presentasjon av resultater</b>	<b>45</b>
4.1. Hovedspørsmål/tema	47
4.1.1 ABI systemet og oppgaver/rutiner	48
4.1.2 Hverdagen før/etter ABI	51
4.1.3 Implementering og kommunikasjon	57
4.1.4 Ledelse og støttefunksjon	60
4.1.5 Tanker om ABI og budsjettfinansiering	61
4.1.6 Endring i pleiers rolle og møte med pasienten	64
4.1.7 Prioritering og økonomi	65

4.1.8 Kvalitet	66
4.1.9 Kvalitet før og etter ABI	68
<b>5. Drøfting</b>	<b>70</b>
<b>6. Kritisk refleksjon</b>	<b>87</b>
<b>Konklusjon</b>	<b>88</b>
<b>Litteraturliste</b>	<b>90</b>
<b>Vedlegg</b>	<b>96</b>

# 1. Innledning

Arbeidet med denne avhandlingen begynte som tankevirksomhet rundt temaene omsorg og økonomi. Er det mulig å kombinere disse to på mange måter ytterpunktene på en god måte? Selve forskningsdesignet tok sin start gjennom beslutningen om å prøve å finne ut om fokuset på økonomi og finansieringssystemet ABI i Stavanger kommune påvirker kvaliteten på omsorgen som de ansatte gir de eldre i sykehjemmene, slik de ansatte opplever det. Når en helsefagarbeider pleier sin pasient og når sykepleieren observerer og rapporterer det han/hun ser hos pasienten, brukes den praktiske og teoretiske kompetansen som begge har ervervet fra sine utdanninger. I tillegg har pleien en mellommenneskelig del der personlige erfaringer og følelser er tilstede, men også skal holdes på avstand. Det er viktig å utvikle en mestringsfølelse i sitt arbeid, og en følelse av at det man gjør, gir et annet menneske mening (Almås 2001).

Stavanger kommune driver sine sykehjem etter prinsippet om aktivitets baserte inntekter (ABI). Avhandlingen søker i hovedsak å finne ut om kvaliteten på omsorgen som blir gitt i sykehjemsavdelinger er endret etter at man innførte et nytt finansieringssystem. I lys av relevant teori skal det gjøres et forsøk på å forstå og forklare det som den kvalitative datainnsamlingen gir av data.

Mats Alveson (1983) brukte begrepet "sjukt arbeidsliv". Støttet av omfattende empiri allerede for nesten 30 år siden, hevdet han at mennesker i arbeidslivet jobber seg syke, og at dette skader hele samfunnet. Den belastning og det press som mange i arbeidslivet rammes av hver dag, skader samfunnet som helhet. "*Hela samhället skadas då anställda arbetar i miljöer som stör deras mentala hälsa och känsla av välbefinnande*" (Alveson 1983:167). Har ABI påvirket opplevelsen av stress og psykisk belastning i noen grad?

Stavanger kommune er en av Norges største kommuner, per 1.1.2011 bor der 126 021 mennesker ([www.ssb.no/kommuner](http://www.ssb.no/kommuner) URL). Stavangerregionen har rett i overkant 300 000 innbyggere. 21.6 % av disse er over 60 år og vil på et eller annet tidspunkt ha behov for en eller annen type helsetjenester ([www.regionstatistikk.stavangerkommune.no/befolkning](http://www.regionstatistikk.stavangerkommune.no/befolkning) URL).



Til sammenligning er det på landsbasis 12.9 % over 66 år. I 2010 er gjennomsnittlig levealder for nyfødte henholdsvis 83 og 79 år for kvinner og menn. For 20 år siden var tilsvarende tall 79 og 73 ([www.ssb.no/befolkning](http://www.ssb.no/befolkning) URL). Det er velkjent at eldrebølgen er på inntog og at levealderen vår øker. Presset på helse og omsorgssektoren vil ikke bli mindre de neste 30 årene. Fagskriftet Sykepleien skriver i nr 6:2011 at ”De neste 30 år må spesialisthelsetjenesten ta imot 200 000 flere eldre over 70 år” (s.29). Dette gir en pekepinn på utfordringene som også vil komme til kommunehelsetjenesten og sykehjemmene. Denne avhandlingen konsentrerer seg om omsorgstjenester som ytes i sykehjem, i både somatiske avdelinger og skjermede enheter for mennesker med demenssykdommer, og hvordan innføringen av ABI har påvirket dem. Det er stadig skrivelser i media om kvalitet på omsorgstjenester, for lave driftsbudsjetter, klager fra pårørende og uttalelser fra kritiske ansatte i sektoren. Denne avhandlingen søker å finne ut om det er noe hold i kritikken mot kvaliteten på tjenestene i sykehjem, slik de ansatte opplever det, i dagens omsorgshverdag.

Folkehelseinstituttet har statistikk over antall mennesker i Norge med demenssykdommer, og i hvilke aldersgrupper der er flest demenstilfeller. De anslår at halvparten av alle demente i Norge i dag bor i institusjon. Resten bor hjemme. Om lag 70 000 mennesker har en demenssykdom, og i 2050 anslås det at 160 000 mennesker vil ha en demenssykdom om utviklingen fortsetter som i dag ([www.fhi.no](http://www.fhi.no) URL). I demensavdelinger kreves det velutdannede pleiere, god tid, trygghet og forutsigbarhet for pasientene. Den store mengden demenssyke og deres krav og rettigheter til tilpasset og individfokuset omsorg stiller store krav og utfordringer til helsepersonell og hele tjenesteapparatet ([www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no) URL). Krav om forutsigbarhet, oversiktighet og trygghet hos demente overskygger ofte det rent fysiske behovet for pleie. Er det tatt høyde for dette i ABI-systemet? I somatiske avdelinger bor det både brukere som er demente, men også brukere som er fysisk syke men mentalt helt friske. Hvordan opplever pleierne at mulighetene er for stimulans, samtaler og aktiviteter for denne gruppen, i det nye finansieringssystemet?

ABI modellen, aktivitetsbaserte inntekter, er en økonomimodell som bygger på at det er en bestiller og en utfører av tjenestene. Denne modellen stammer fra tankene i New Public Management (NPM) der en av grunntankene er at man ser til privat sektor og ledelsesfilosofier som kombineres med tanken om høyest mulig effektivitet og gode resultater med minst mulig bruk av ressurser. Dette ønskes overført til offentlig sektor, som det er ønskelig skal bli mer effektiv og være i stand til å fordele midlene på en mer balansert måte,

samtidig som bruken av ressurser minimeres (Røvik 2007). NPM stammer fra 1980-årene og er en samlebetegnelse på den senere tid sine forsøk på å overføre forretningsinspirerte ideer ofte brukt i privat næringsliv, til offentlig forvaltning. Nøkkelord er ledere som har stor frihet til å ta selvstendige beslutninger, virksomheter som splittes til selvstendige resultatenheter og økt konkurranse (ibid). Stavanger kommune driver 15 sykehjem som alle er selvstendige virksomheter. I disse virksomhetene er avdelingene egne resultatenheter som driver etter sine ABI inntekter. Et argument for denne måten å drive også i offentlig sektor er at brukere da sikres å få de billigste og kvalitetsmessig beste tjenestene (ibid).

Stavangers levekårspolitikere diskuterte i saksframlegg 10058/08 18.2.2008 Omsorg 2025, som er forankret nasjonalt, og et strategisk produkt av både Stortingsmelding nr. 25 "Omsorgsmeldingen" og dens delplan Demensplan 2015. Planen er overordnet og langsiktig og krever at mange mindre prosjekter og arbeidsgrupper igangsettes fortløpende for å nå de målene som planen inneholder. Omsorg 2025 er utarbeidet av politikere, ulike avdelinger og virksomheter i Stavanger kommune, interesseorganisasjoner og tillitsvalgte. Planen skal sørge for at arbeidet fremover følger strategisk vedtatte retninger innen blant annet eldreomsorg. Prosjekt Omsorg 2025 ble igangsatt i 2006 med blant andre fokusområder som demens og rekruttering, samt å beholde og utvikle ansatte. Når ABI systemet ble innført var det ledelsen lokalt og sentralt i kommunen som hadde ansvar for informasjon til ansatte i alle ledd.

Stavanger kommune har innført et finansieringssystem som bygger på bestiller- utfører modellen. Helse- og sosialkontorene (HSK) er bestillere, mens hjemmebaserte tjenester, fysio- og ergoterapitjenesten, dagsenter og avlastning, rehabiliteringstjenesten, tekniske hjemmetjenester og alders- og sykehjem er utførere. Gjennom å skille mellom forvaltning og tjenesteutførelse håper man å sikre en individuell rett til tjenester gjennom en individuell vurdering fra HSK, at ressursene fordeles rettferdig etter det individuelle behovet hos de ulike brukerne og at tjenestene er helhetlige og koordinerte til å passe de sammensatte behovene til brukerne (Omsorg 2025 [www.stavanger.kommune.no](http://www.stavanger.kommune.no) URL). En ser her klare likhetstrekk med kriteriene i NPM, i den positive reformleiren. HSK har en bestillerfunksjon. De foretar en faglig vurdering av behovene hos bruker, fordeler de tilgjengelige ressursene og koordinerer tjenestene. At det er en kapasitet og kompetanse i bestillertjenesten er et nøkkelkriterie for at modellen skal fungere (ibid).

ABI modellen skal sikre at pengene følger behovet til brukerne, til enhver tid skal ressursene kunne justeres opp eller ned, alt etter hvordan behovet til den enkelte bruker er. Driftsmidlene i virksomhetene fås altså på grunnlag av oppdrag som blir utført av HSK som tjenestebestillere. En konsekvens er at bemanningen direkte må tilpasses det aktuelle behovet til bruker. Målsettingen er at det skal brukes mest ressurser på dem som trenger det mest og at geografisk plassering ikke skal spille noen rolle. Med denne modellen er en av hjørnesteinene at alle utførere skal ha de samme økonomiske forutsetninger for å gi et helhetlig og individuelt tilpasset tilbud til de ulike brukergruppene (Saksfremlegg 10058/08). En trekker her en direkte linje til NPM tenkingen med konkurranseutsetting og at kontraktsfestede oppgaver mellom bestiller og utfører sikrer bruker de beste tjenestene.

**På et praktisk nivå kan modellen forklares slik:**

Sykehjemsavdelingen tar imot en ny beboer. Han kommer enten fra hjemmet eller fra annen institusjon. Dette kan være annet sykehjem, en avlastningsenhet eller sykehuset. I hjemmet har han gjerne vært tilknyttet hjemmesykepleie i større eller mindre grad. Når en bruker ankommer sykehjemsavdelingen har han alltid med seg en journal, der behovet for tjenester er beskrevet av fagpersonale, enten fastlege eller annen hjelpeinstans. De første 14 dagene i institusjon skal så brukes til å bli kjent med vedkommende og kartlegge behovet for tjenester. ABI modellen bygger på sk. pleiegrupper. Alle brukere er tilknyttet en gruppe, og hver gruppe medfører fastsatte midler. Pleiegruppe 1 er den letteste og pleiegruppe 4 den tyngste. I tillegg finnes det ekstra midler i pleiegruppe +, for eksempel ved behov for ekstra bemanning pga infeksjon eller uro. Det følger et økt dokumentasjonskrav med denne modellen, og pleieplanene i dokumentasjonssystemet CosDoc må til enhver tid være oppdaterte. Bestiller kan når som helst gå inn i, og kvalitetssikre at, pleieplanen stemmer overens med det vedtak som aktuell bruker har. I tillegg brukes dokumentasjons- og karteleggingsverktøyet IPLOS for å systematisere og vurdere behovsnivået til den enkelte bruker/pasient (IPLOS er betegnelsen på et nasjonalt helseregister som skal danne grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Det er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no) URL).

## **1.1 Problemstilling**

*”Oppleves kvaliteten på omsorgen pleiepersonale gir til eldre i sykehjemsavdelinger i Stavanger kommune endret etter innføring av ABI-systemet?”*

## **1.2 Disposisjon og avgrensninger av oppgaven**

Avhandlingen tar for seg områder som helsepersonell og deres verdigrunnlag og etikk og moral i utøvelse av omsorgstjenester. Den forklarer ABI som oppskrift og hvordan den fungerer i praksis. Det er derimot ikke en detaljert beskrivelse av den politiske prosessen rundt ABI, heller ikke om hvordan den på et strategisk nivå ble planlagt innført i de ulike virksomhetene. Videre omhandler avhandlingen begreper som kvalitet, identitet og kultur i organisasjoner, organisasjonsoppskrifter og hvordan de sprer seg, samt endring i organisasjoner og hvordan ulike typer endringer kan arte seg. Motstand mot endring diskuteres også. Grunnen til at disse tema er valgt er at identiteten og kulturen i en organisasjon henger tett sammen med hvordan organisasjonen og dens ulike delsystemer evner å tilpasse seg en planlagt endring. Det er tette bånd mellom identitet, kultur og omdømme, og hvor god endringskompetansen er. Det presenteres også ulike måter å se på endring i organisasjon, og teorier om hvordan og hvorfor motstand kan oppstå, dette fordi motstand mot endring er et av funnene i avhandlingen.

Deretter følger i tur og orden metodedel, presentasjon av resultater med påfølgende drøfting, samt en kritisk vurdering og en kort konklusjon. Metode

n i avhandlingen er kvalitativ med dybdeintervjuer av ansatte i to ulike virksomheter i Stavanger kommune. Kvalitativ metode henger tett sammen med den abduktive forskningsstrategi som ønsker å finne grunner og en forståelse av disse knyttet til et fenomen (Blaikie 2010). Individuelle intervjuer egner seg spesielt godt i få enheter der en ønsker å beskrive og forklare et fenomen, og der man vil ha informantenes tanker og meninger om dette (Langhelle forelesning 4.10.10). Avhandlingen ønsker å finne svar eller tendenser på hvordan ansatte i sykehjem opplever kvaliteten på tjenestene etter at ABI ble innført, og en kvalitativ studie med individuelle dybdeintervjuer anses å være en god måte å finne ut dette på.

## 2. Teoridel

I dette kapitlet presenteres det teoretiske grunnlag som drøftingen av dataene vil bygge på. Teorien omfatter tema som teoribegrepet, organisasjonsidentitet, kultur, endring i organisasjoner og motstand mot endring.

### 2.1 Teori som begrep

Hvordan kan det avgjøres hva som er riktig bruk av teori i en oppgave, og hvilken teori som bør forkastes? Hva er egentlig en god teori? Blaikie (2010) forteller at teori på et overordnet nivå kan brukes som et verktøy for å sortere og kategorisere informasjon på. Kalleberg (2009) deler begrepet teori inn i syv ulike betegnelser med ulik betydning, der en betegnelse omtaler allmenne innsikter som er utviklet fra virkeligheten og hverdagserfaringer. Teori er viktig i samfunnsvitenskap, og når ulike fenomener skal undersøkes, og det tillater oss å forklare og forstå sammenhenger og atferd. Teorien skal representere det som skjer i den sosiale virkelighet. Hva teorien ønsker å si, og hvordan man forholder seg til det, er essensielt når en skal velge hvilken type teori man ønsker å bruke for å belyse fenomenet. Det må være tydelig hva teorien sier, og hva den kan brukes til (Blaikie 2010).

Det kan skilles mellom forskers og teoretikers teori. Den ontologiske tradisjon er et eksempel på teoretikers teori. Teoretikers teori kan være både på makro og mikronivå og kan handle om både små og store sosiale fenomener. Det mest relevante aspektet ved teoretikers teori er teoretiske perspektiver. Disse gir en måte å se den sosiale verden på. De gir et spesifikt språk, et konseptuelt rammeverk, en samling av teoretiske konsepter som gjør det mulig å beskrive og forklare sosiale fenomener. En teori som produserer spesifikke hypoteser som kan testes eller teori som genereres i løpet av forskningen, er derimot forskerens teori. Den består av et sett med utsagn om forhold mellom konsepter, med et visst nivå av generalisering som kan testes empirisk, og når det testes kan det gis en viss validitet. Den gir forklaringer for regulariteter i det sosiale liv på et nivå som er direkte relevant for forskning. Det er viktig å finne en passende teori for forskningen. Det blir påpekt svakheter i teorien, samtidig som mangler i teorien blir lett etter. I teori ser man ofte etter årsakssammenhenger og holder seg gjerne innenfor veldig faste rammer (ibid).

## **2.2 Effektivitetskrav møter profesjonsutdanning**

Aftenposten skriver den 26.2.2011 at moter styrer hverdagen i arbeidslivet. Mange ulike organisasjonsoppskrifter har i senere år preget det norske arbeidsliv, og hvordan organisasjoner skal styres og endres. Oppskriftene er blitt en vare som selges og markedet har blitt enormt, sier professor Kjell Arne Røvik i nevnte artikkel. Moteforskningen styrer ikke bare privat virksomhet, men også statlig og kommunal. Målstyringsverktøyene er overalt, i Stavanger kommune forteller de ulike prisgruppene i ABI systemet hvor mye ressurser den enkelte bruker bringer inn i virksomheten. Kake på jobben er ut, mens flytskjemaer for arbeidsprosesser og indikatorer i rødt, gult og grønt er inn, sier artikkelen. Røvik hevder at målstyringsideologien er i ferd med å forandre det statlige Norge irreversibelt (Aftenposten 26.2.2011 URL). New Public Management har både reformvennlige og reformkritiske forskerleirer (Røvik 2007). Den reformvennlige leiren peker på følgende faktorer som styrker denne måten å drive på, også i offentlig sektor; Det er konkurranse om produksjon av tjenester i det offentlige, og på den måten sikres brukere de billigste og kvalitetsmessig beste tjenestene. Der er en klarhet, oversikt og etterprøvbarhet når man kontraktsfester relasjonen mellom bestiller og utfører. Når oppgavene er fordelt, vil også ansvaret lett kunne fordeles. Likeledes vil også pris og kvalitet være i fokus. Et nøkternt forbruk sikres og demper tendenser til overkonsum ved å ha brukerbetaling. Prinsipp om lønn og belønning av de ansatte relatert til innsats vil gi motivasjon og lojalitet og høy produktivitet. Etablering av fritt brukervalg vil også sikre det enkelte individ sin valgfrihet, gi et mer differensiert tilbud samt mer gjennomsiktelige markeder (ibid).

Røvik (2007) skriver også om den reformkritiske leiren, som er mer skeptisk til NPM. Der menes det at NPM ikke tar høyde for den kompleksitet og annerledeshet som finnes i offentlig sektor. Kritikerne til NPM mener også at når en prøver å lage markeder for tjenesteproduksjon i offentlig sektor, utvikles det gjerne såkalt kvasimarkeder, som virker mot sin hensikt. Et kvasimarked er en slags mellomting mellom det frie marked og et offentlig regulert tjenestetilbud. Enhetene er autonome og har egne målsettinger og egne budsjetter. Denne måten å fristille enheter på trenger ikke å være feil i utgangspunktet, men en fare med den kan være at evnen til å tenke helhetlig går tapt. De små delene er selvstendige og det store bildet forsvinner i detaljstyringen av de ulike enhetene. Resultatet kan bli et ressurskrevende byråkrati med mange ulike deler (Radikalt økonominettverk 13.5.2009 URL). Sykepleierforbundet har på sin hjemmeside ([www.nosf.no](http://www.nosf.no) URL) en artikkel som handler om

at markedsstyringen av sykehus går kraftig ut over humankapitalen i form av mindre tid til faglig utvikling og forskning samt større grad av overbelastning. Dette kan sannsynligvis overføres til sykehjem i kommunesektoren. De skriver også om svekket tiltro til ledelsen, mer byråkrati og svekket autonomi lokalt ([www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no) 21.10.08 URL).

### 2.2.1 Helsepersonell og deres verdigrunnlag

En profesjon omtales ofte som en yrkesgruppe som har en viss autonomi i utførelsen av sine arbeidsoppgaver. De er selvstyrende og de innehar en eksklusiv yrkesetikk og fagkunnskap. Disse gruppene inngår også i samfunnsstyringen, og gjennom å gi en gruppe en formell profesjonsstatus regulerer man også markedet for en viss type tjenester (Høgskolen i Oslo, senter for profesjonsstudier 1.1.2011 URL). Disse profesjonsgruppene kan brukes for å nå politiske mål, men de spiller også selv en politisk rolle gjennom å definere behov, problemer og handlingsalternativer. Innen offentlig sektor kan man organisere tjenesteproduksjonen på en tillitsbasert profesjonsmodell, men man kan også gå for målstyring og kvasimarkeder (ibid).

Både sykepleierne og helsefagarbeiderne har sine respektive fagforbund som vokter om profesjonene deres, og autonomien i disse profesjonene. Norsk sykepleierforbund har på sin hjemmeside ([www.nosf.no](http://www.nosf.no) URL) forklart hvordan man deler inn sykepleiekunnskap i ulike områder. Sykepleiekunnskap kan inndeles i teoretisk-, praktisk-, etisk- og erfaringskunnskap.

- Teoretisk kunnskap utgjør fundamentet for å forstå, handle og reflektere. Den danner grunnlaget for hvordan og hvorfor sykepleiere skal utøve sitt fag.
- Praktisk kunnskap er å beherske teknikker, metoder og fremgangsmåter som er relevante for sykepleie og som er tilpasset de ulike pasientsituasjonene.
- Etisk kunnskap innebærer å integrere sykepleiefagets verdigrunnlag, slik at det viser seg i handlinger og holdninger. Etisk kunnskap handler om hvordan sykepleiere bedømmer situasjoner og dermed handler moralsk riktig.
- Erfaringskunnskap handler om å anvende den teoretiske kunnskapen og om å bruke og å trene opp ferdigheter.

I Lov om helsepersonell sier kapittel 1 § 1 at ”lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste” ([www.lovdata.no](http://www.lovdata.no) URL).

Kapittel 2 § 4 sier i fm. forsvarlighet at ”helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”([www.lovdata.no](http://www.lovdata.no) URL).

Hjelpepleierne og omsorgsarbeiderne samles nå i faggruppen helsefagarbeidere og arbeider blant annet ut fra følgende etiske retningslinjer:

- I mitt møte med brukeren/pasienten viser jeg respekt for hvert menneskes iboende verdighet.
- I mitt arbeid gir jeg tjenester av god faglig kvalitet.
- I mitt arbeid viser jeg respekt og omsorg for pårørende.

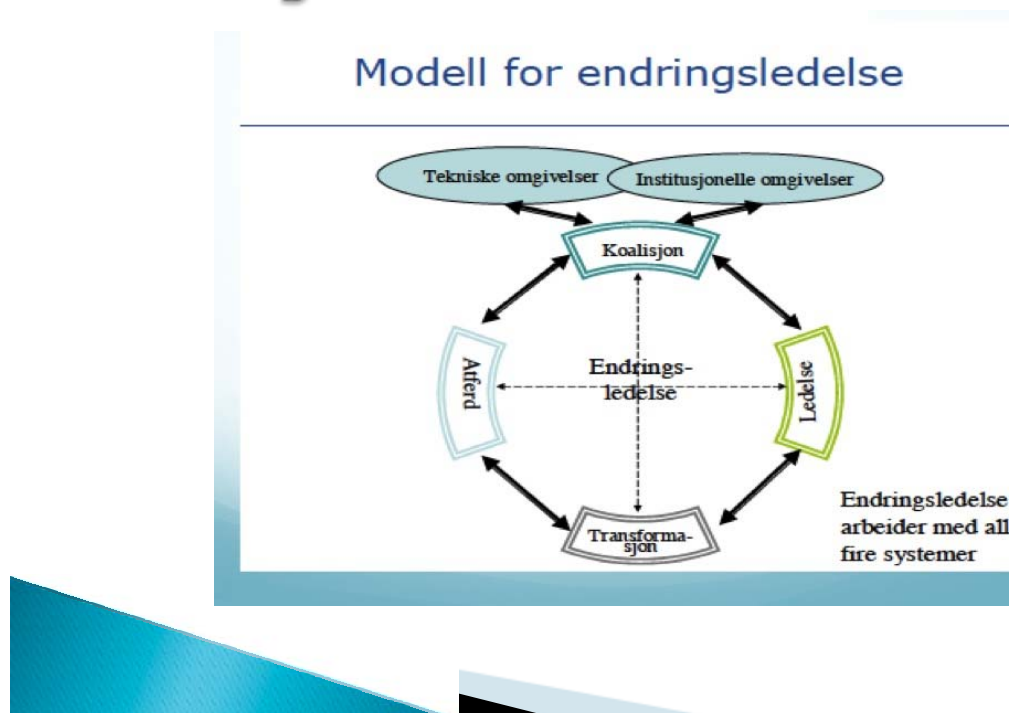
([www.fagforbundet.no/forsida/blimedlem/brosjyremateriell/](http://www.fagforbundet.no/forsida/blimedlem/brosjyremateriell/) URL)



## 2.3 Hvordan endrer en organisasjon seg?

En organisasjon kan forklares ut fra den konseptuelle foretaksmodellen. I denne modellen er organisasjonen delt opp i ulike deler med sine særtrekk. Imidlertid er det et stort fokus på at de ulike delene påvirker hverandre, og at endring i et delsystem vil gi ringvirkninger i de øvrige delsystemene (Busch mfl 2007). En må være bevisst på at omverdens krav vil påvirke humankapitalen og dens opplevelse av hvordan kvaliteten på tjenestene de gir er.

# En konseptuell modell for endringsledelse



Modell fra Busch mfl 2007

Den konseptuelle foretaksmodell består av fire ulike delsystemer som er plassert på hver sin side av midtpunktet, den strategiske endringsledelse. Ledelsessystemet, atferdssystemet, koalisjonssystemet og transformasjonssystemet. I tillegg er omverden knyttet til koalisjonssystemet, der det er både tekniske og institusjonelle omgivelser. Tekniske omgivelser kan for eksempel være eiere og andre interessenter. Institusjonelle omgivelser er for eksempel de verdier og normer som konstituerer organisasjonen. Ledelsessystemet er det systemet i virksomheten som skal lede og koordinere de andre systemene, og hvordan de gjensidig skal sørge for både god kultur, godt samarbeid med omverdenen, lønnsom produksjon og god endringsevne. Derfor er ledelse et helt nødvendig system i alle typer

organisasjoner. Det er en funksjon som skal skape *"målformulerende, problemløsende og språkskapende samspill"* (Busch mfl 2007:36). Denne dimensjonen vil også være helt sentral når en organisasjonsoppskrift skal tas inn og iverksettes i en virksomhet.

Koalisjonssystemet er den koalisjon av interessenter som konstituerer organisasjonen, og kan derfor sies å være et politisk system. Forholdet mellom organisasjonen og dens interessenter vil alltid være regulert av kontrakter. De kan være både formelle og uformelle, henholdsvis skriftlige kontrakter og forventninger på hva som skal utføres (Bush mfl 2007). Det vil alltid foreligge et mål om forventede resultater når en kontrakt er inngått, jf. for eksempel ressursbruk i ABI systemet.

Transformasjonssystemet er organisasjonens fabrikk, det er her produksjonen finner sted. Det kan være teknologi, struktur eller kunnskap som utvikles for å omgjøre de ressurser som er tildelt av interessentene, til varer og tjenester. I et sykehjem er pleierne organisasjonens fabrikk, det er de som gjennom kunnskap og utøvelse av praktiske ferdigheter produserer tjenestene som organisasjonen har forpliktet seg til å gi. Det er sentralt at bidragsbelønningsbalansen er positiv og at belønningene hele tiden er større enn bidragene (ibid). Konkret forklart: pårørende forventer at pleien deres familiemedlem mottar er av aller beste sort, og forventer intet mindre enn det. De betaler en egenandel for denne pleien, og forventer kvalitetspleie i retur.

Atferdssystemet består av de kunnskapsmessige, motivasjonelle og emosjonelle egenskaper som menneskene bringer inn i organisasjonen. Man inkluderer her både interne og eksterne interessenter og det de bidrar med. Menneskene har alle personlige interesser, motivasjon, følelser, verdier og normer som styrer både dem selv og det bidrag de gir i eller til virksomheten. Det disse menneskene gjør eller ikke gjør, vil ha en direkte innvirkning på de andre delsystemene. Den menneskelige faktor er fremtredende og sentral i så vel kontraktsforhandlinger som produksjon og ledelse. Den atferd og den kultur som preger en virksomhet og som er fremtredende både innad og utad vil alltid være avhengig av hvilke mennesker som er tilstede. En konsekvens vil være mottakelsen en ny organisasjonsoppskrift får når den skal implementeres i en virksomhet. Det kan synes å være avgjørende at implementeringsprosessen er møysomt gjennomført, at menneskene som skal ta imot oppskriften og iverksette den er godt informert samt at rammene ellers er gode og solide for at den nye oppskriften skal kunne fungere optimalt (ibid)

## **2.4 Motstand mot endring**

God informasjon, involvering av medarbeidere og en følelse av medbestemmelse minsker risikoen for motstand mot endringen som skal gjennomføres (Piderit 2000). Trice & Beyer (1996) sier at kulturell innovasjon og konkret endring av organisasjon og dens kultur involverer både skaping og ødeleggelse, ødelegge det gamle og skape noe nytt. Medlemmer må bytte eller legge fra seg ideologier og vaner de har med seg fra gamle roller og erfaringer fra forskjellige kulturer. Ledelsen må være klar over graden av forandringen de legger opp til fordi omfattende forandring eller inkrementelle endringer i organisasjonen vil kreve ulike tiltak. Hvis en ikke tar hensyn til den menneskelige faktor i prosessen fra start til gjennomførelse og slutt, vil en risikere å møte motstand, likegyldighet og skepsis.

Ford & D'Amelio (2008) hevder at man bør slutte å se på motstand mot endringer som noe utelukkende negativt. Istedenfor bør engasjementet det utløser stimulere til samtaler, tilpasninger og mindre endringer underveis i prosessen. Motstand mot endring kan dermed føre til bedre ledelse, bedre kommunikasjon, større deltagelse og utvikling av gode arbeidsforhold. Ford & D'Amelio (2008) hevder at endringsagenten eller den som igangsetter en endringsprosess kan være med på å medvirke til motstand enten ved det han gjør, eller ved det han velger å ikke gjøre og at dette har sammenheng med hvordan endringsprosessen blir betraktet, og at endringsagenten ofte ser på den prosessen med seg selv på utsiden. På den måten ignoreres det faktum at endringsprosesser ikke bare handler om endringen i seg selv, men også om forholdet mellom endringsagenten og mottakeren. Gjennom å gi mottakerne skylden for motstand til endringen fraskriver endringsagentene seg ansvar (ibid).

Røvik (2007) hevder i sin virusteori (denne presenteres senere i avhandlingen) at motstand i en organisasjon kan kalles "organisasjonens forsvarsverk" og kan deles inn i både indre og ytre forsvar. Det ytre forsvaret handler om at ideer som ledelsessystemet i en organisasjon (jf. den konseptuelle foretaksmodellen og de ulike delsystemene.s.14) fanger opp, ikke nødvendigvis fungerer så godt i praksis som ledelsen tenker i teorien. Organisasjonens verksted, transformasjonssystemet, kan fungere som en barriere og oppskriften kan være vanskelig å få ned på et praktisk plan. Dette kan føre med seg at ledelsen ikke bruker nok krefter på implementeringsprosessen, og dette vil få konsekvenser for utførelsen av organisasjonsoppskriften

Det indre forsvaret mot en organisasjonsoppskrift handler om at det ytre forsvarsverket ikke har klart å stoppe oppskriften, og det har blitt ”alvor” i prosessen, fordi det blir gjort konkrete forsøk på å få ideen ned på produksjonsnivå. Her støter man på begrepet kompatibilitetsargumenter som handler om tre ulike ting:

- Ideen som skal implementeres må passe i forhold til den praksis som utøves i organisasjonen
- Ideen som skal implementeres må også overensstemme med de verdier og normer som preger organisasjonen (her ser vi også klare linjer til organisasjonens kultur og identitet)
- Ideen som skal implementeres bør også samsvare med enkeltpersoners og/eller organisasjonsinterne gruppers interesser (Røvik 2007).

Piderit (2000) mener motstand ikke alltid er noe negativt, og at en må anerkjenne følelsene til de involverte for å få en fruktbar prosess. Hun hevder at man må tenke tredimensjonalt og ta hensyn til det kognitive, det emosjonelle og det intensjonelle hos de ansatte. Og man må ikke glemme å anerkjenne ambivalensen. Hovedbudskapet til Piderit er at det ikke er så enkelt som at man føler noe, eller gjør noe, helt avgrenset. Det er heller slik at man kan føle en ting, men gjøre noe annet. Man kan for eksempel føle en intens motstand mot en endring, men man gjør slik det er forventet, og samarbeider. Dette må det tas hensyn til i endringsprosesser mener hun. En følelse av avmakt og indre motstand trenger ikke resultere i åpent opprør. Handlingen kan være i tråd med gjeldende normer og vedtak, til tross for at man ikke egentlig tror på den. Gjennom å ta hensyn til dette, kan man benefisere i fremtidige endringsprosesser når det gjelder både å forutse individers atferd og reaksjoner i endringsprosesser, utvide forskningen bort fra top/down perspektivet som preger den i dag samt at man lettere ser mulige responser på endringer, før endringen, og at man også kan se hvordan responsen utvikler seg over tid (ibid).

Jacobsen (2008) mener motstand mot endring kan deles i ulike faser der første fasen beskriver apati og likegyldighet. Neste fase handler om passiv motstand, som preges av negative holdninger og kritiske synspunkter på endringen. I tredje fase vil motstanden bli mer aktiv, og det vil være sterke kritiske ytringer og eventuelt også fredelige boikotter og protester. Siste fase handler om aggressiv motstand. Nå spres negative rykter, man nekter å iverksette endringstiltak og det vil kunne være direkte sabotasje av endringen. Den første fasen er mild,

men vanlig i organisasjoner, skriver han. Denne formen synes ekstra vanlig når endringen kommer raskt på.

## **2.5 Ulike endringsstrategier i organisasjoner**

Endring kan kort forklares som bevegelse bort fra status quo. Jacobsen (2008:137) sier at *”Planlagt endring forutsetter at en person eller flere starter en endringsprosess. Dette innebærer at noen setter i gang et sett med aktiviteter rettet mot å skape forandringer i adferd, strukturer eller kulturer”*.

En måte å se endring i organisasjoner på, er ved å dele det inn i ulike teorier. Karlsen og Øverland (2010) hevder at endring i organisasjoner deles i fire teorier. De inkluderer også tidsdimensjonen i endringen som en essensiell faktor. Tid er meget viktig når endring skal iverksettes. Ikke bare må man se fremover, men også bakover. Man kan dele tidsdimensjonen i tre deler: fortid, nåtid og fremtid. Fortiden er en nåtid som ikke lenger eksisterer, men som har lagt føringer for hvordan vi oppfatter vår nåtid, og for hvordan vi tenker om vår fremtid.

Immanuel Kant (tysk filosof 1724-1804. [http://www.snl.no/Immanuel\\_Kant](http://www.snl.no/Immanuel_Kant) URL) hevdet at mennesket lever i alle tidsdimensjoner samtidig. *”Fremtiden er like mye en forutsetning for fortiden, som fortiden er noe som kommer forut for nåtid og fremtid. Mennesket bruker fremtiden strategisk”* (Karlsen & Øverland 2010:31).

### **2.5.1 Ulike familier av endring**

Den første familien handler om planlagt endring. Denne teleologiske modellen oppstår fordi man oppfatter et eller flere problemer, setter seg mål om å løse disse, og deretter iverksetter endringer for å oppnå målet sitt (Jacobsen 2008). Det betyr at organisasjoner endres fordi mennesker ønsker denne endringen, og mener den er nødvendig for videre utvikling.

Man ser noe i det fjerne som kan implementeres og gjøre lønnsomheten større, ressursbruken mindre og effektiviteten høyere. Etter hvert som tiltakene iverksettes er det viktig med fortløpende evaluering av effekten av dem, noe som også vil gjøre det lettere å oppdage mangler og iverksette forbedrings- eller tilpasningstiltak. Denne typen endring er typisk for den vestlige verden, men det er ikke alltid endringen har den ønskede effekt. Det er gjort

undersøkelser på hvordan ledere ser på denne typen planlagte endringer, og der er en utbredt misnøye med hvordan man får til gjennomføringen (Jacobsen 2008).

Neste familie endringer kalles for livssyklusmodell. Man kan også her ha med planlagte endringer å gjøre, men samtidig er det også en antakelse om at endringer skjer på en forutbestemt måte. I en livssyklus følger endringene et spesifikt mønster, og det er denne tankegangen som blir overført til denne modellen. Modellen opererer med tankegangen at organisasjoner fra "fødselen av" er små og enkelt strukturerte. Sammen med utvikling og vekst i organisasjonen oppstår det også et behov for mer formaliserte strukturer, systemer og rutiner. Dette igjen fører med seg et økt behov for menneskelige ressurser som behersker de ulike områdene, og man får et større hierarki. Systemer må vedlikeholdes og overvåkes. Utvikling fører til mer byråkrati, adskilte enheter, matrisestruktur osv. Modellen kan kritiseres fordi den ikke åpner for fleksibilitet i endringsmønsteret, men at organisasjoner endrer seg etter et fast mønster. Derfor blir man nødt til å supplere denne modellen med andre (ibid).

Et tredje endringsperspektiv er de teorier som fokuserer på at endring er en naturlig prosess, den såkalte evolusjonsmodellen. Her fokuseres det ikke direkte på en organisasjon, men på et område eller et marked der flere organisasjoner konkurrerer om begrensede ressurser. En av tankene bak er at organisasjoner ikke nødvendigvis preges av endringsvilje, men av rigiditet, og at endringsforsøk vil bli møtt med sterk motstand. Motstanden hevdes å komme både innenfra organisasjonen og fra omgivelsene. Resultatet vil ofte være at de minst effektive også er de som går fortest under (ibid).

Den fjerde familien innen endring i denne sammenheng er den dialektiske, den som bygger på makt og konkurranse. Her er grunntanken at utvikling skjer som et resultat av en stadig maktkamp mellom ulike interesser. En tese møter en antitese og noe nytt dannes, en syntese. Maktkamp og politikk er de viktigste drivkreftene i denne modellen, og før eller senere vil ytterpunkter møtes for å konkurrere om det nye (Jacobsen 2008, Karlsen & Øverland 2010).

### 2.5.2 Endring i et integrert perspektiv

En annen vinkling på endring, og hvordan implementere den på en god og sikker måte presenteres i Busch m fl (2007). De redegjør for henholdsvis:

- Eksponeringsfasen: erkjennelse av situasjon. Det nåværende paradigmet må settes opp imot det nye. Forpliktende samspill med alle interessenter og særlig nøkkelinteressenter må settes på dagsorden. Legge til rette for dobbelkretslæring og en fruktbar prosess.
- Klargjøringsfasen: ledelsessystemet må styrkes og det må jobbes ensartet. Være enig. Karismatisk ledelse sammen med instrumentelt lederskap, altså en seniorgruppe som jobber med implementeringen nedover i org.
- Omdanningsfasen: transformasjonen skal gjennomføres, alle konkrete tiltak iverksettes. Dette berører atferdssystemet via organisasjonskultur og motivasjon hos den enkelte, samtidig som transformasjonssystemet berøres, altså både selve produksjonen og strukturen.
- Stabiliseringsfasen: det må være balanse mellom innovasjon, kontinuitet og omdanning gjennom hele prosessen, også etter endt gjennomføring.

### 2.5.3 Teori E og O

Teori E og O er to ulike organisasjonsendringsteorier som blir presentert i Beer & Nohria (2000). De to strategiene ser på endring og prosessen rundt det på forskjellig måte.

Nøkkelordet i teori E er økonomi. Det er aksjeeierne/interessentene som står i fokus med deres ønske om kanskje optimal avkastning. I teori E fokuserer man på "hard ware" under endringsprosesser: det vil si strategi, struktur og systemer. Verden er lineær og forutsigbar og sosiale faktorer ved mennesket og den påvirkning "det sosiale dyr" eventuelt har på en organisasjon vektlegges i liten grad. Strukturen er formell og top – down. Det er den tradisjonelle feltherre som har den totale oversikten over organisasjonens behov. Ved de som regel planlagte organisasjonsendringer leies det inn konsulenter fra store konsulentfirmaer som gjennomfører endringene. De blir gjennomført i tråd med de behov som den "allmektige" direktøren skisserer. Endringsstrategier i teori E er markedsstyrt og ført av ønsket om profittmaksimering. Lederteam og ansatte på lavere nivå er ikke delaktige i beslutningsprosesser. De er å anse som et verktøy i implementeringsprosessen av endringer. Økonomiske incentiver er et viktig redskap for å motivere ansatte til ønsket innsats. Balansert målstyring er en styringsform mange offentlige organisasjoner styres etter i dag. Top - down hierarkiet er klart til stede, men med færre mellomledd og i mindre byråkratisk form, men

”flygeren sitter i cockpiten sin, korrigerer kursen, og har den totale oversikten” (Beer & Nohria 2000). Jacobsen (2008) påpeker at under en slik prosess må abstrakte løsninger omdannes til konkrete løsninger og at endringsprosesser dermed kan betraktes som oversettelse. I følge Teori E er det ikke tilstrekkelig med daglige inkrementelle endringer gjennomført på lavere ledernivå. De må gjennomføres ovenfra og ned og etter ordre fra feltherren (Beer & Nohria 2000).

Nøkkelord i teori O er organisasjonslæring og humankapital. ”Soft - ware” er sentralt i denne teorien. Det er kultur, læring og prosesser som er det myke innholdet. Man erkjenner i denne teorien i større grad at mennesket er et sosialt vesen og at den sosiale faktoren påvirker organisasjonen. Et viktig fokus er å utvikle et forpliktende organisasjonsengasjement hvor organisasjonens verdier og interesser er internalisert hos organisasjonsmedlemmene.

Ledelsesfilosofien baserer seg på medbestemmelse og delaktighet. Både ledere, fagforening og øvrige ansatte blir involvert i de ulike prosessene. Dette er grobunn for organisasjonsengasjement. Økonomiske incentiver blir brukt som et supplerende virkemiddel. Motivasjonen er først og fremst et resultat av internaliserte normer og verdier, engasjement og medbestemmelse på alle nivå. Konsulenter blir benyttet, men som rådgivere og ikke den allmektige direktørs venstre hånd. Teori O betrakter verden som ikke lineær og organisasjoner som dynamiske systemer. Teori O fokuserer på at organisasjonen må være i stand til å lære for å kunne overleve i sine omgivelser. En endringsprosess må derfor inneholde delaktighet fra første stund. Endringene må skje i et lengre tidsperspektiv da læring er en prosess over tid. Det samme er forpliktende organisasjonsengasjement og organisasjonskultur. En organisasjonskultur som er åpen for endring og legger til rette for læring vil være gunstig for endringsprosessen etter denne teorien. I motsetning til teori E kan endringsprosessene være både inkrementelle og strategiske (ibid).

## ***2.6 Endringsevne og endringskompetanse i organisasjoner***

Busch mfl (2007) hevder at for å forstå endringer i organisasjoner er en nødt å forstå den dynamikken som foregår mellom det indre i en organisasjon, og omgivelsene. De institusjonelle omgivelsene vil hele tiden presse på for institusjonalisering, at organisasjonen skal ”tjene omgivelsenes krav” og dermed oppnå økt legitimitet. Dette innebærer at alle delsystemene i organisasjonen (jf. den konseptuelle foretaksmodell) må fungere optimalt innad og utad. Det vil også utøves press fra organisasjonens tekniske omgivelser, da primært



ifht organisasjonens interessenter og kontrakter. Endringskraften i en organisasjon er i hovedsak knyttet til ledelsessystemet, koalisjonssystemet og atferdssystemet og at de fungerer på en tilfredsstillende måte. Dette gjennom henholdsvis:

- Kontraktsforhandlinger med interessenter og politisk aktivitet for å ivareta egne interesser (koalisjonssystemet).
- Motivasjon og sosial energi (atferdssystemet).
- Mobilisering av endringskrefter i alle delsystemer, samt kontraktsoppfylling med interessentene (ledelsessystemet).

Det må foreligge en endringsevne og endringsvilje i en organisasjon for at endringer skal kunne gjennomføres (Busch mfl 2007). Endringsevnen i en organisasjon skal gjøre at endringer kan gjennomføres uten at det brukes for mye ressurser, og uten at funksjonaliteten i organisasjonen svekkes. Dette betyr at endringspresset fra omgivelsene skal stemme overens med endringsevnen i organisasjonen. Det er ressurskrevende å igangsette og gjennomføre endringsprosesser, det er et behov for stabilitet i alle organisasjoner, men samtidig er det også behov for tilpasning og utvikling for å takle utfordringer i fremtiden. Det er ledelsen som har ansvar for å iverksette endringer når det er behov for det. Det betyr at ledelsen må ha endringskompetanse og at dette bør omfatte både kortsiktige justeringer og radikale endringer (ibid).

Nadler og Tushman (1990) kaller det små, inkrementelle endringer som enten kan være proaktive eller reaktive, og mer omfattende strategiske endringer som også de kan være proaktive eller reaktive. Det er større sjanse for å lykkes med endringer og gjennomføring av dem hvis man er i forkant og er proaktiv. Den aller største sjansen for vellykket prosess har man ifg Nadler og Tushman (1990) om man gjør små, inkrementelle tiltak over lang tid, små tilpasninger over tid eller om man tar større, strategiske grep proaktivt. Man har da tid til å mobilisere krefter internt i organisasjonen og har muligheten til å forberede organisasjonen på det som kommer.

Jacobsen (2008) mener at i endringsprosesser er ledelse særdeles viktig fordi endringer ofte betyr brudd med det som har vært, og at man trer inn i noe nytt. Maktforhold forskyves og kjente, innarbeidede rutiner endres. Dette kan også skape konsekvenser for opplevd trygghet

hos de ansatte. Samtidig hevder Karlsen & Øverland (2010:87) at endring er normen. Dette kommer av teknologisk utvikling, innovasjon og kunnskapsmessige gjennombrudd.

## **2.7 Organisasjonskultur og struktur**

Organisasjonskultur kan ses på fra to forskjellige perspektiver. Det symbolske og det funksjonelle perspektivet (Busch mfl 2007). Det funksjonelle perspektivet ser på kultur som et resultat av at organisasjonen tilpasser seg sine omgivelser. Organisasjonen må altså være tilpasningsdyktig og fleksibel. Verdier, normer og holdninger i organisasjonen vil utvikles i tråd med hva som er funksjonelt ut fra omgivelsene sine forventninger. Endringstakten i omgivelsene vil påvirke organisasjonens endringsevne og endringstakt. Omgivelsenes endringstakt vil altså ha en direkte innflytelse på hvor stor evnen til endring er i organisasjonen. Innenfor dette perspektivet er det noen ulike faktorer som kan begrense organisasjonens evne til forandring, men også tvert imot styrke den. Det handler om normer, verdier og grunnleggende antakelser. Hvordan menneskene i organisasjonen definerer sine normer og hvilke verdier kulturen er grunnnet på vil i stor grad påvirke hvordan organisasjonen takler endringer. Grunnleggende antakelser i en organisasjon representerer den virkelighetskonstruksjon som påvirker hvordan organisasjonsmedlemmene ser på problemer, og om det begrenser deres sett av løsninger på de problemene. Man kan se at medlemmene i en organisasjon kan ha en kultur som henholdsvis begrenser fleksibilitet og endringsevne eller stimulerer til endring (ibid).

Det andre perspektivet på organisasjonskultur og endringsevne er det symbolske perspektivet. Schultz (1993) skriver i Busch mfl (2007) at tilhengerne til dette perspektivet kritiserer det funksjonelle perspektivet. De mener at organisasjoner er sosialt konstruert gjennom at menneskene i dem søker mening gjennom fortolkning av seg selv og sine omgivelser. Man vil da automatisk få en felles forståelse av den sosiale virkelighet som omgir en. I dette perspektivet er symboler viktig, og forsterker den sosiale virkelighet som konstrueres. I det symbolske perspektivet vil ikke kulturen være så uforanderlig som den er i det funksjonelle perspektivet, men at den konstruerte virkelighet er i konstant endring og utvikling. Begrensningene ligger ikke i normer og verdier hos menneskene i organisasjonen, men i at de innehar en dysfunksjonell tolkning av hvilke utfordringer organisasjonen står overfor til enhver tid (ibid).

## **2.8 Virusteorien**

Hva skjer med organisasjoner når de skal ta inn og implementere en organisasjonsoppskrift? Tradisjonelt opplever man ofte et optimistisk scenario når man skal implementere en oppskrift i en organisasjon. Organisasjonsoppskriften ses på som et verktøy som er så å si ferdigutviklet og klart for å tas i bruk. Organisasjonen forutsettes å være i stand til dette. Installasjonsprosessen antas å være uten de store problemer. Dette er vinklingen til rasjonalistisk ledelsestradisjon. I den institusjonelle tradisjonen er det et mer negativt utgangspunkt der oppskriftene må være kompatible med organisasjonen de skal inn i. Det gjelder både verdier og den etablerte praksis. Røvik (2007) mener der finnes et alternativ til disse to teoriene, virusteorien. Her bruker man virus som metafor, og forklarer hvordan ideer sprer seg og implementeres i organisasjoner. Det er en pragmatisk tilnærming i virusteorien, og det brukes enkle forestillinger og begreper for å forklare hvilke effekter ideer som er adopterte, kan ha på organisasjoner (ibid).

Virusteorien forklarer hvordan en kan se på organisasjonsoppskriften som et virus som blir spredt med en voldsom fart mellom organisasjoner. Han nevner begreper som smitte, inkubasjonstid, immunitet, mutasjon og inaktivering/reaktivering. Ideer, som virus, kan ha lang inkubasjonstid, de kan forsvinne ut igjen og de kan mutere, inaktiveres og reaktiveres igjen, akkurat som virus. En videreutvikling av virusteorien handler om hvordan organisasjonen faktisk tar imot den ide eller oppskrift den er infisert med. Bli den implementert og tatt i bruk i alle ledd, eller vil organisasjonen støte den fra seg?

Virusteorien har mange likheter med organisasjonsoppskrifter flest, og en av dem er enkelheten. Mange oppskrifter som tas inn og tas i bruk i organisasjoner er meget enkle (ibid). ABI kan på så vis sies å være enkel, i den grad at den i teorien handler om at pengene skal følge brukeren. Ingen skal få for mye eller for lite midler for å gi de tjenester som kreves (Omsorg 2025 [www.stavanger.kommune.no](http://www.stavanger.kommune.no) URL). Et annet likhetstrekk med virus er at organisasjonsoppskrifter ofte har en innpakning, et skall. Dette skallet er oftest en type språklig merkelapp, som for eksempel et akronym. ABI kan sies å være et akronym, TQM (Total Quality Management) er et eksempel på et annet. Mange ganger er der også en slags kjerne som forteller hva oppskriften handler om, og går ut på. Ytterligere et likhetstrekk handler om opprinnelsen, og en uklar opprinnelse er ofte et kjennetegn ved organisasjonsoppskrifter (Røvik 2007).

Ideer om ulike oppskrifter spres ofte som smitte mellom mennesker og organisasjoner. De ferdes mellom organisasjoner, over landegrensene og inn i ulike typer bransjer. De kan også overføres på en litt mer indirekte måte, ved hjelp av idebærere. Dette er aktører eller institusjoner som formidler og på den måten hjelper oppskrifter å sirkulere. Eksempel på slike idebærere kan være konsultantselskaper (Røvik 2007). Noen ganger opplever en organisasjon såkalt immunitet mot en innkommende oppskrift. Det kan komme til syne som motstand i organisasjonen, f.eks. ved at implementeringsprosessen ikke evner ”å få alle med på laget” slik at oppskriften ikke blir spredt i alle ledd (ibid). Når en ide skal implementeres i en organisasjon er det ifg Røvik (2007) ikke alltid slik at det er overensstemmelse mellom det å bruke tid på selve organisasjonsideen og prosessen med å innføre den i organisasjonen. Dette krever tid, energi, motivasjon og tålmodighet. Prosessen med å implementere en ny oppskrift i en organisasjon er sjeldent rask, men ofte svært langsom og langvarig, samtidig som utfallet ikke i det hele tatt er gitt. Det kan også være verdt å som Røvik (2007) påpeker, nevne at det ytre forsvaret kan forsterkes ytterligere hvis organisasjonen har høy turnover på ledersiden. Dette vil føre til instabilitet, dårlig overføring mellom ulike ledere, samt at nye ledere gjerne vil hente inn nye oppskrifter som de har tro på.

En annen sammenligning med virus som Røvik (2007) har, er spørsmålet om immunitet, medfødt eller ervervet. Tradisjonelt har organisasjoner vært adskilt i grupperinger rundt organisering, styring og ledelse der det ikke så lett har forekommet smitte ”mellom skottene”. Man har også skilt kraftig mellom de tre begrepene forvaltning, forretning og forening. Røvik (2007) nevner for eksempel at hvis en virksomhet er klassifisert som offentlig sektor, så har den tradisjonelt vært rimelig immun mot organisasjonsoppskrifter som retter seg mer mot forretningsvirksomheter. Videre blir det forklart at denne ”medfødte immuniteten” som mange organisasjoner har hatt fra tidligere, i større og større grad minsker eller blir mer og mer borte. I dag er organisasjonene preget av at det globalt har vokst frem en slags organisasjonsidentitet som er felles for så å si alle typer virksomheter. Dette har som konsekvens at ideer og oppskrifter smitter og at virksomheter blir mer mottakelige for smitte av nye ideer. Til syvende og sist fører dette med seg at det er vanskelig for en organisasjon å hevde at man ikke ønsker eller trenger en moderne oppskrift som f.eks. balansert målstyring. Dette fordi ingen organisasjon lenger sees på som særlig unik eller spesiell. Ervervet immunitet i organisasjonsteorien handler for eksempel om at en immunitetsreaksjon kan vise seg hvis en implementeringsprosess ikke har fungert bra, og man i organisasjonen har fått en

negativ opplevelse av den aktuelle ideen. Enda verre, ideen kan ha lyktes i å implementeres, for så å få dårlige konsekvenser (Røvik 2007).

Røvik (2007) påpeker at kraften i immunitetsreaksjonen avhenger blant annet av alvorlighetsgraden av de negative erfaringene, og hvor lenge de sitter hos sentrale beslutningstakere, samt at hukommelsen til en organisasjon kan svekkes, slik at ideen igjen kan prøves. Det er også nærliggende å tenke at reaksjoner og erfaringer med en oppskrift i de ansattes ledd, mtp aktuell problemstilling, vil påvirke organisasjonens immunitetsreaksjon. Atferdssystemet i den konseptuelle foretaksmodell og dets reaksjoner vil unektelig kunne føre til konsekvenser for organisasjonen som helhet.

## **2.9 Organisasjoner og identitet**

Kvåle og Wæraas (2006:12) sier at en organisasjon er *"eit målretta samarbeid mellom mennesker"*. En organisasjon inneholder alle typer mennesker og mange formelle og uformelle grupperinger. Hvordan strukturen er utformet internt i organisasjonen påvirker i stor grad hvordan menneskene arbeider sammen, og hvordan identiteten utformes. Verden rundt organisasjonen, den sk. omverden, er også med på å påvirke og utvikle identiteten i organisasjonen.

Organisasjoner i en global kontekst blir hele tiden mer omseggripende i sin utbredelse, og i vesten er begreper som identitet og tilhørighet på vei til å knyttes sterkt til varemerker, forestilte felleskap og uttrykksformer som beveger seg over nasjoners grenser, akkurat som organisasjonsoppskrifter (Andersen 2001). Videre mener han at begrepet kultur i organisasjoner er altfor flytende og abstrakt til at ansatte eller ledere egentlig vet hva det innebærer, enn mindre brukes det hensiktsmessig som verktøy i identitetsbygging i organisasjoner.

Organisasjoner kommuniserer med seg selv, og identiteten til en organisasjon er et selvbilde, et image, som også omhandler det bilde man har av andre og det bildet man oppfatter at andre har av en selv, såkalt omdømme (Røvik 1998). Han mener at identiteten formes og konstitueres i en kontinuerlig sammenligning med andre. Karlsen sier i forelesning 12.3.2010 at der er to ulike perspektiver på organisasjonsidentitet, henholdsvis det naturlige og det

strategiske perspektivet. I det naturlige perspektivet er identiteten naturlig utviklet over tid og handler om organisasjonens indre liv. I det strategiske perspektivet er identitet noe som ledelsen bevisst kan skape og forme strategisk, et ytre trekk. Det skal brukes for å fortelle hva og hvem organisasjonen er, og hva den står for.

Hatch & Schultz (2002) sammenfatter dette i en modell over hvordan identitet, omdømme og kultur i en organisasjon påvirker hverandre gjensidig i en kontinuerlig prosess:

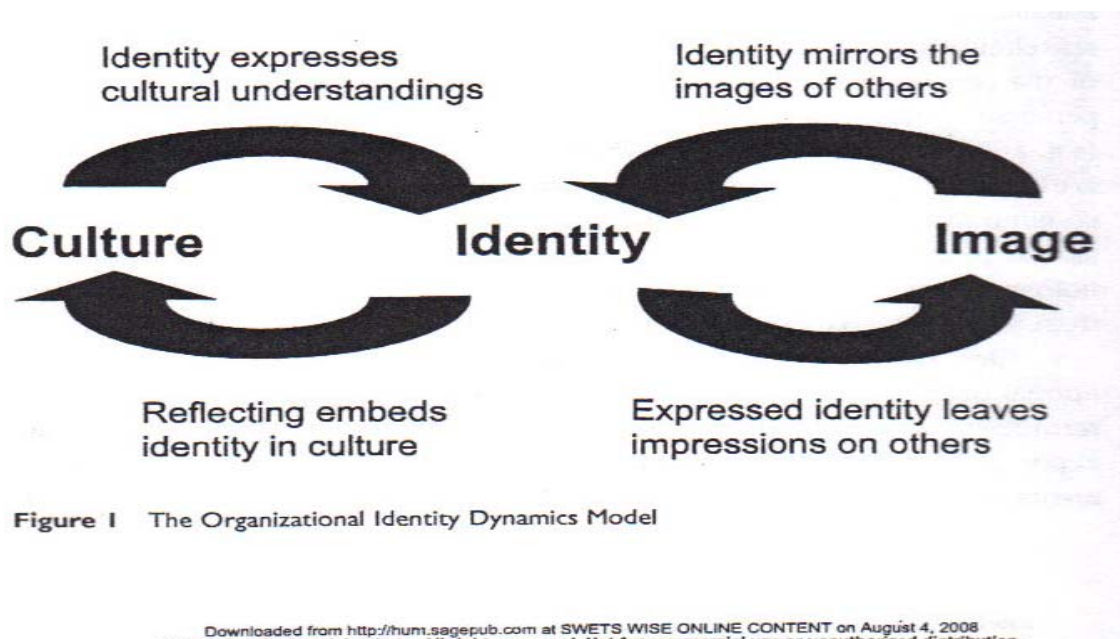


Figure 1 The Organizational Identity Dynamics Model

Identitet handler om hvem man er, hvordan man oppfatter seg selv og om hvordan man blir oppfattet av dem rundt. Det er tydelige linjer til begrepet omdømme, som vi ser i modellen. De ulike begrepene påvirker hverandre gjensidig og er avhengig av hverandre. Hatch og Schultz (2002) mener at kultur, identitet og omdømme henger tett sammen i en lukket sløyfe. Det ene påvirker gjensidig det andre. Opparbeides en god kultur og organisasjonsidentitet, vil organisasjonen sannsynligvis også få et godt omdømme i sine institusjonelle omgivelser. Omgivelsene institusjonaliserer organisasjonen og skaper dets virkelighet. Positiv omtale innad og utad i organisasjonen har ringvirkninger i alle ledd.

Ingebrigtsen og Ottesen (1993) definerer omverden til organisasjoner som enten avhengig eller uavhengig. Den avhengige omverden er den del av omverden som vi kan forvente vil reagere på de tiltak som iverksettes. Den uavhengige er den del av omverden som ikke reagerer på tiltakene, men som likevel er med på å påvirke samspillet mellom organisasjonen

og spillerne rundt. Politikere som fattet vedtak som berører en organisasjon er et eksempel på en uavhengig omverden. Deres handlinger vil kunne få store konsekvenser for virksomheten, men de vil selv ikke direkte påvirkes. Avhengig omverden kan for eksempel være pårørende til beboere i et sykehjem som i aller høyeste grad vil kunne påvirkes av de beslutninger og tiltak som iverksettes i organisasjonen. De er for eksempel nære vitner til hvordan hverdagen i avdelingene i sykehjemmene er.

En organisasjons identitet utvikles over tid, men for at identiteten skal fungere samlende og positivt for organisasjonen som sådan, er det av stor vekt at alle opplever at det ”trekkes i samme retning, at man jobber mot det samme målet”. Det er også rimelig å anta at for å utvikle en god og bærekraftig identitet, må størsteparten av organisasjonen tro på det den arbeider med. Det hevdes at identitet i organisasjoner ikke er noe håndfast som man kan se eller høre, det er fremfor alt ideer og forestillinger som gir mening, altså en felles forståelse av virkeligheten og noe som gir mening (Kvåle & Wæraas 2006).

### **3. Metode**

I dette kapitlet vil det bli redegjort for hvilken type design og metode som er valgt, og hvorfor. Utvalg diskuteres og begrunnes. utfordringer ved forskningsprosessen vil også bli gjort rede for.

Metode er en måte å gå frem på for å samle in empiri, data fra virkeligheten. Den er et hjelpemiddel for å kunne gi en beskrivelse av denne virkeligheten (Jacobsen 2005). Det er ulike utfordringer ved å samle inn empiriske data, og en av dem er nærheten eller avstanden til informantene. Det kan bli et for nære forhold mellom forsker og informant, det vil si at man aldri helt kan fjerne den relasjon som oppstår mellom forsker og intervjuobjekt. Men på den andre siden er det også uttalt kritikk mot å ha for stor avstand, fordi det hindrer forsker i å gå dypere inn i forståelse og fortolkning (ibid). I denne oppgaven er det innhentet data fra åtte ulike informanter, alle sammen er individuelle dybdeintervjuer.

Når det skal gjennomføres en empirisk undersøkelse gjøres det med sikte på å finne ut hvordan noe egentlig er. Man ønsker å få svar på spørsmål, eller bekrefte/avkrefte en antakelse (Jacobsen 2005). Starten er et/flere spørsmål, eller antakelser, det går så videre med flere ulike spekulasjoner om hvordan man tror det er, eller henger sammen, og for å avkrefte eller bekrefte dette må en ut i virkeligheten for å finne data om hvordan det egentlig er. Jacobsen (2005) mener at et fellestrekk hos alle empiriske undersøkelser er at man ønsker å fremskaffe kunnskap. Det henvises henholdsvis til genuint ny kunnskap og kunnskap som har som mål å utvikle og raffinere allerede eksisterende kunnskap (ibid). I denne studien er det et ønske om å sette tanker og følelser fra ulike pleieansatte i sykehjemsavdelinger på papiret, for å prøve å analysere hvordan disse innvirker på hverdagen til de ansatte og beboerne i avdelingene. Bak valget av problemstilling står et ønske om å utvikle kunnskap om hvordan ABI ser ut til å fungere i sykehjem.

#### **3.1 Valg av virksomheter**

Etter at problemstillingen var ferdig og designen av avhandlingen tenkt gjennom, gjensto det å velge hvilke virksomheter empirien skulle innhentes fra. Stavanger kommune driver i alt 15 ulike sykehjem med både skjermede enheter, somatiske avdelinger, korttids – og rehabiliteringsavdelinger, rusavdeling og intermediær avdeling. Når arbeidet med



avhandlingen startet var tanken å forske utelukkende i skjermede enheter, men underveis i arbeidet viste det seg at utvalget i disse virksomhetene ikke ville bli stort nok, og at det ville blitt en utfordring vedrørende validiteten til hele studien. Det ble tatt kontakt med fagansvarlig i Stavanger kommune som oppfordret til å utvide problemstillingen slik at den også innbefattet somatiske avdelinger, noe som gjorde at antall enheter å velge mellom ble større. Valget falt til slutt på to ulike virksomheter, som uavhengig av størrelse og antall ansatte, kvalifiserte for studien gjennom at de har både demensgrupper og somatiske pasienter. Forespørsel ble sendt de ulike virksomhetene v/ virksomhetsleder (vedlegg 1). Det ble avgjort at to virksomheter var fordelaktig å forske i for å få den nødvendige bredden på data, samtidig som det ble åpnet opp for muligheten for virksomhetsspesifikke data som i sin tur ga mulighet for å sammenligne disse. Pga tidshorisonten til oppgaven ble det også bestemt at det ikke skulle forskes i flere enn to virksomheter, men det er klart at en utvidelse av studien til tre eller fire virksomheter kunne gitt en ennå større informasjonstyngde å drøfte videre. Samtidig skal en huske at det uansett etter hvert vil oppstå et metningspunkt der det ikke vil komme inn ytterligere revolusjonerende data (Guldvik 2002). Det ble avgjort at totalt åtte intervjuer i to ulike virksomheter ville sikre et bredt nok omfang av data (intervjuguider henholdsvis vedlegg 2 & 3).

### 3.1.1 Forskningsspørsmål

Denne avhandlingen ønsker å finne ut om det er forandring i kvaliteten ved sykehjemsavdelinger etter at ABI systemet ble innført, og i så tilfelle hvordan den forandringen arter seg. Dette er et beskrivende forskningsspørsmål. En forsker kan ha ulike forskningsformål med sin forskning og sin leting etter ny kunnskap eller mål om å forklare fenomener. Det kan handle om å utforske, beskrive, forklare og forstå, predikere, endre, evaluere eller vurdere (Blaikie 2010). Jacobsen (2005) hevder det er tre hovedtyper hensikter med å lete ny kunnskap: beskrivelse, forklaring og prediksjon. Henholdsvis å beskrive fenomenet, forklare hvordan det har oppstått og et forsøk på å predikere hva som kommer til å hende en gang i fremtiden. Hvordan har kvaliteten forandret seg? Hvis det er en forandring er det både et beskrivende spørsmål, men også et spørsmål som man ønsker en forklaring på og som avhandlingen også vil prøve å evaluere. Vi har da å gjøre med hva og hvorfor-spørsmål. Hvordan opplevdes implementeringen, og hvordan ser fremtiden ut til å bli? Å prøve å beskrive og forklare et fenomen i et forskningsprosjekt kan ifølge Blaikie (2010) tenkes å mer være stadier i forskningsprosessen. Blaikie mener at selve beskrivelsen ofte undervurderes til

fordel for forklaringen av fenomenet, og sier at man ikke kan forklare et fenomen fullt ut, uten først å ha beskrevet det. I et mastergradsarbeid skal en ikke forvente å klare å forklare et fenomen fullt ut, det er ikke arbeidet stort nok til å tillate. Derimot vil en kunne få en pekepinn på hvordan trenden går, hva som kan synes å være en oppfatning som deles av flere. Dette kan legge grunnen for større forskningsprosjekter i det samme spor (Blaikie 2010).

### 3.1.2 Forskningsstrategi

Videre hevder Blaikie (2010) at forskningsspørsmål henger tett sammen med hvilken type strategi en har valgt, og har tenkt å utføre prosjektet sitt etter. I denne avhandlingen vil det være naturlig å velge den abduktive forskningsstrategien. Denne strategien egner seg særlig godt når en ønsker å beskrive og forklare et fenomen. Strategien fanger opp motiver og fortolkninger som former atferd hos sosiale aktører. Forskerens oppgave blir å avdekke sosiale aktørers mening og oppfatning, det vil si en subjektiv vinkling (ibid). Avhandlingen vil i hovedsak bygge på informantenes opplysninger, opplevelser og fortolkninger av sin hverdag og sin rolle som helsepersonell.

Den abduktive forskningsstrategien svarer på spørsmålene forskeren har gjennom å gi en forståelse heller enn en direkte forklaring, og den gir grunner, heller enn årsaker (ibid). Problemstillingen ønsker å finne ut hva informantene mener om begrepet kvalitet knyttet til et finansieringssystem som fokuserer på effektivitet og nøktern bruk av ressurser. Den abduktive strategien handler om å konstruere forståelse utfra aktørers språk og redegjørelse av sine hverdagslige aktiviteter, i dette tilfelle sitt arbeid i sykehjemsavdelinger i Stavanger kommune. Første stadiet i abduktiv forskningsstrategi handler om å oppdage den sosiale aktørs syn og forstå den delen av deres verden, som for eksempel meninger og motiver (Blaikie 2010). Her må en altså være svært observant i en intervju situasjon, og fange opp meninger som informanten har om fenomenet man forsker på. I abduktiv strategi dominerer kvalitativ metode ettersom det har fokus på mening, motiver og tolkning, men forståelse og forklaring kan etableres ved å bruke kvantitative data (ibid).

Ifølge Blaikie (2010) kan det gås videre med ytterligere et eller to stadier. Det andre stadiet gjør at forskeren får en litt større avstand til sin informant, og den sosiale verden som undersøke. Det er viktig å ikke glemme lojaliteten til informanten, til tross for at denne fasen kan være mer teknisk. Tredje stadiet gir seg inn i en ytterligere forståelse av fenomenet, og kan

med fordel utvide og utvikle det for å kunne brukes av også andre strategier for å få gode svar. Danemark et. al (1997) hevder at abduktiv forskningsstrategi handler om noe som kan være, men som ikke nødvendigvis er. Abduksjon knyttes til rekontekstualisering, en ny tolkning eller beskrivelse.

Abduksjon har klare likhetstrekk med den hermeneutiske sirkel der en hele tiden beveger seg mellom helhet og deler når en fortolker, og at disse gjensidig påvirker hverandre (Gilje & Grimen 1993). Abduktiv forskningsstrategi handler om å finne ut hva de sosiale aktører man har med å gjøre, mener og tenker om ett eller flere bestemte tema. Det er et bottom-up perspektiv som gir en direkte innsyn i fortolkningene deres (Blaikie 2010). Det kan trekkes en direkte linje til hermeneutikken og dens fortolkende og forklarende perspektiv. Den hermeneutiske sirkel *"betegner det forhold at all fortolkning består i stadige bevegelser mellom helhet og del, mellom det vi skal fortolke, og den kontekst det skal fortolkes i, eller mellom det vi skal fortolke, og vår egen forforståelse"* (Gilje og Grimen, 1993:153). Med dette forstår vi at vår egen historie, våre (legitime) fordommer, vår tidligere kunnskap og vår evne til fortolkning setter sitt preg på det vi skal fortolke og forstå. Å samle data fra informanter som forteller om sin fortolkning og forståelse av et fenomen, betyr også at vi fortolker informasjon som allerede er fortolket av andre, og altså er andrehåndsinformasjon.

### **3.2 Casestudiedesign**

Tradisjonell kvantitativ metode med tall, statistikker, tabeller og grafer vil ikke alltid passe i forskning innenfor samfunnsvitenskap. Det trengs da metoder som fanger opp nyansene, som også tilbyr forståelse av kompleksiteten i samfunnsvitenskapen (Blaikie 2010). George & Bennett (2005) skriver om casestudier kontra statistikk og at de mener det mangler en kombinasjon av disse to metodene i moderne forskning. Ofte er det slik at det velges en av de to, og dette er også tilfelle i denne avhandlingen. Det vil ikke være miksing av ulike metoder.

Casestudietilnærmingen, *"the detailed examination of an aspect of a historical episode to develop or test historical explanations that may be generalizable to other events"* (George & Bennett 2005:5), har blitt oppfattet som noe intuitivt og har vært brukt i mange år. Men en systematisk utvikling av denne metoden er relativt ny, og det er i de senere år at case studiemetoden har blitt mer formalisert og akseptert. Blaikie (2010) sier om casestudier at de er:

- Et forskningsdesign.
- At de omfatter særlige typer forskningsmetoder, men oftest kvalitative.
- At det er en metode som hjelper til å sortere datautvalget.

En casestudie bygger på en grundig undersøkelse av en gruppe, en person eller en hendelse/fenomen. Studien kan være beskrivende eller forklarende. Casestudier hjelper forskeren å systematisere hendelser, samle inn data, analysere informasjonen og rapportere resultatene (George & Bennett 2005). Denne studien ønsker å finne ut om ansatte i sykehjemsavdelinger opplever at kvaliteten har forandret seg etter innføring av ABI systemet som det styrende finansielle systemet. Det vil derfor være opplevelse av kvalitet hos de ansatte som utgjør det fenomenet det her forskes på. Casedesign er i denne forbindelse et naturlig valg i utforming av design. Det er flere ting en må ta hensyn til når en skal utforme et forskningsarbeid. Et forskningsdesign utformes av forskeren for å klargjøre beslutninger, sikre en sammenheng mellom disse, klargjøre hvorfor spesifikke beslutninger er tatt, samtidig som man skal være åpen for en kritisk vurdering. Forskningsdesignet refererer til prosessen som knytter sammen de forskningsspørsmål man har, empiriske data og de konklusjoner man til slutt kan trekke. På mange måter er det en handlingsplan for å komme fra et punkt til et annet (Blaikie 2010). I casedesignet handler det om et fenomen som ønskes undersøkt, og man må ifg Yin (2009) hele tiden huske at det man forsker på, er caset.

Ideallet i casestudier er ofte å gå i dybden på det man forsker på, for så å presentere noe som står på egne ben (ibid). Et slikt ambisiøst mål er nok ikke helt realistisk i en mastergradsavhandling, både mtp størrelse på selve prosjektet, men også ifht tidsrammen. Fenomenet opplevd kvalitet relatert til ABI blir i denne oppgaven undersøkt med utgangspunkt i utsagn til de ulike informantene i de to virksomhetene som er valgt. Yin (2009) hevder at casedesign egner seg særlig godt når en har å gjøre med hvordan og hvorfor spørsmål. Det er mulig å utføre både single og multiple casedesign, denne studien er et så kalt singelt casedesign der to ulike enheter er undersøkt med likt antall informanter i hver enhet. Det vil i presentasjon av resultatene bli gjort rede for eventuelle forskjeller og likheter mellom disse enhetene. George & Bennett (2005) mener at casedesign er en kvalitativ analyse av en bestemt situasjon eller fenomen, som man forstår som et tilfelle av et mer generelt fenomen.

Når en gjennomfører en casestudie er det viktig å gjøre rede for hvilken type design en jobber utfra, ifht hvordan man ønsker å bygge teorien rundt. George & Bennett (2005) gjør rede for

seks ulike typer, og denne oppgaven vil i stor grad være ateoretisk, altså gjøre grundig rede for et fenomen, men ikke i seg selv bidra til noen særlig ny teori. Derimot kan den være stimulerende for andre studier for teoribygging.

### **3.3 utfordringer i forskningsprosessen**

Det må i forskningen av et case fokuseres på hva det handler om, hva er selve caset? Hva er relevant informasjon, hvilke litteratur er viktig? Man må også være klar over variansen i variablene som blir undersøkt, altså hvordan ulike sammenhenger kan fremstå, og påvirkes av den vinkling forsker velger å nærme seg dem på (George & Bennett 2005). Er individuelle intervjuer den beste måten å utføre denne type datainnsamling på, eller ville fokusgruppeintervjuer gi andre resultater? Det åpner, individuelle intervjuet har sine styrker og sine svakheter. Det egner seg best når relativt få enheter skal undersøkes, når man er interessert i hva det enkelte individ sier og når en ønsker å finne ut hvordan den enkelte fortolker og legger mening inn i et spesielt fenomen, i dette tilfelle ABI (Jacobsen 2005).

I en forskningsprosess vil det oppstå problemer og utfordringer underveis. I så stor grad det er mulig bør potensielle problemer avklares i forkant (Blaikie 2010). Det er da lettere å løse utfordringene på en konstruktiv måte når de dukker opp, fordi prosessen er gjennomtenkt og forberedt. Samtidig er det vanskelig å vite hvordan problemene vil arte seg. En god disposisjon og et bra design vil uansett være en fordel i forskningsarbeidet. Den første store utfordringen i denne studien meldte seg helt i starten da valg av virksomheter der informantene skulle hentes fra, skulle velges. Noen moderasjoner og omformuleringer ble gjort, og så var problemstillingen spikret.

Det har også vært en utfordring å samle inn data fra helsepersonell, samtidig som egne erfaringer som helsepersonell måtte holdes på avstand. Gjennom de data som er blitt innhentet har også egne erfaringer og opplevelser som sykepleier og leder blitt utfordret og den rolle man som forsker i denne sammenheng må holde seg innenfor. Utfordringen i arbeidet med å samle inn data til avhandlingen har handlet mye om balansen mellom disse ulike rollene. Å holde seg objektiv og samle inn relevante data, samtidig som en som sykepleier og leder har lett for å plassere seg selv i situasjonen til informantene av den grunn at en selv har opplevd mye av det som de forteller om. Samtidig er det slik at kvalitativ forskning legger vekt på nærhet som et viktig element for å kunne oppnå en forståelse for hvordan andre mennesker

oppfatter sin virkelighet, og virkeligheten rundt (Jacobsen 2005). Det er akkurat virkeligheten og informantenes oppfatning av den som denne studien ønsker å få en oppfatning om. Man skal være observant og klar over risikoen for å miste evnen til kritisk avstand og risikoen for å få for stor distanse, og etterstrebe en fin balansegang mellom disse to ytterpunktene (ibid).

### **3.4 Begrunnelse for valg av metode**

Metoden i avhandlingen er kvalitativ med intervjuer som hovedkilde for innsamling av opplysninger. Jacobsen (2005) mener at den eneste forskjellen mellom kvalitativ og kvantitativ metode er hva slags informasjon man samler inn, ord eller tall. Kvalitative metoder gir diskursive beskrivelser og utforsker sosiale aktørers meninger og tolkninger (Blaikie 2010). Aktuell problemstilling omhandler opplevd kvalitet på tjenestene som helsepersonell yter, det er deres egen oppfatning av denne kvaliteten som det ønskes forsket på. Det er derfor naturlig at kvalitativ metode brukes for å finne nyansene, tankene og følelsene som er knyttet til opplevelsen av det arbeid og den omsorg som gis de eldre i institusjoner i Stavanger kommune. Fossåskaret (1997) skriver at kvalitativt orienterte studier ikke fokuserer kun på individet, men på de sosiale relasjoner som oppstår mellom individer i ulike settinger.

I kvantitative studier blir informasjon gjerne konvertert til tall og tabeller, mens i kvalitative studier er språket enten teknisk eller informantenes hverdagsspråk (Blaikie 2010). Denne avhandlingen bruker sistnevnte. Kvalitative metoder fokuserer på sosiale prosesser, beskrivelser av kontekst og man er mer fleksibel i sin tilnærming enn man kan være i kvantitative metoder (ibid). Noen forskere mener at man bør triangulere, altså kombinere ulike metoder, for på den måten å minimere svakheten ved en metode og fremheve styrken ved en annen (Bang 2004). En kan da for eksempel kombinere intervjuing og deltakende observasjon med litteraturanalyse og spørreskjema. Bang (2004) mener at særlig i studier som omhandler kultur i organisasjoner er det fornuftig med en kombinasjon av flere metoder, og det vil ikke være særlig vanskelig å tenke seg at det kan være en fordel også i en studie av pleiepersonalets oppfatning av begrepet kvalitet knyttet til ABI systemets krav om effektivitet.

Bruk av intervjuer egner seg godt når en skal undersøke relativt små enheter, og når man ønsker å finne ut hva den enkelte informant tenker og mener (Langhelle, forelesning 4.10.10). Det brukes i altfor stor grad intervjuing i studier av liten og middels størrelse, på bekostning

av en vel så god metode, nemlig deltakende observasjon, mener Rødne, (forelesning 18.11.2010). Rødne hevder at mye informasjon kan hentes inn ved at en som forsker gir seg ut i feltet og er deltaker. Begrunnelsen for valg av intervju som metode er stort sett alltid tidsperspektivet, og at man som forsker ikke har muligheten til å være deltakende over lengre tid. Dette er begrunnelsen også i denne avhandlingen. Det kunne blitt en annen type avhandling, med en annen vinkling, hvis man hadde kombinert deltakende observasjon over tid med dybdeintervjuer av nøkkelinformanter i virksomhetene.

Bruk av intervju som metode egner seg også godt når en vil etterprøve og kvalitetssikre egne tolkninger. Intervjuene i denne studien er semistrukturerte, med en intervjuguide som inneholder åpne spørsmål med rom for diskusjon og følgespørsmål, noe det også ble i samtlige intervjuer. Dalen (2004) presiserer at en må være klar over at de spørsmål som stilles kan oppleves som ledende eller sensitive. Det kan også komme frem informasjon som ikke er forventet, og som kan oppleves som utradisjonell. Langhelle (forelesning 4.10.10) mener også forsker må være gravende og etterspørrende i sin intervjuteknikk, og ”få snøballen til å rulle”, for å få mer og mer informasjon lenger ut i intervjuet. Andersen (2006) skriver at intervjuer bør innta en aktiv rolle, så kalt aktiv informantintervjuing. En skal ikke være underdanig, men heller etterspørre og verifisere informasjon som mottas i løpet av intervjuet, for å få bekreftet eller avkreftet informasjonen.

Gruppeintervjuing kan også velges som metode for å innhente data mener Guldvik (2002). Hun sier at gruppeintervjuet er en kollektiv, relasjonell og dynamisk metode der sosial mening skapes i samhandling med mennesker, der gruppedynamikken kan gi synergieffekter. Valget i denne avhandlingen falt imidlertid på individuelle intervjuer. Begrunnelsen for dette er at informasjonen som kommer frem i intervjuer med kun én informant kan oppleves som mer genuin og ærlig, fordi informanten tør å være seg selv på en annen måte enn i et gruppeintervju. I intervjuer med flere informanter er det også en risiko for at noen personer dominerer og at ikke alle får sagt det de vil eller ønsker, hevder Guldvik (2002). Problemstillingen handler om begrepet kvalitet og det var derfor et naturlig valg å falle ned på individuelle intervjuer der informantene kunne være åpne og ærlige i sitt møte med forskeren, uten å måtte forsvare uttalelser for andre informanter i et gruppeintervju.

Et annet viktig aspekt som var avgjørende for valget av individuelle intervjuer, var at deltakerne i et gruppeintervju bør ha noenlunde lik status (Guldvik 2002). Siden informantene

innehar ulike profesjoner med ulik lengde arbeidserfaring i og utenfor virksomheten, ble det tatt beslutning at åpenheten og dybden ville bli vel så god med individuelle intervjuer. Repstad (1998) sier at intervjuguiden med fordel kan og bør endres underveis i et forskningsprosjekt, og at den ikke bør ”hogges i stein”. Etter hvert som intervjuene ble gjennomført ble det tydelig at noen spørsmål kunne utdypes, omformuleres og legges frem på en litt annerledes måte. Repstad (1998) hevder også at ferdige spørsmål risikerer å pasifisere intervjuobjektet, samtidig som Langhelle (forelesning 4.10.10) mener at det alltid bør foreligge en form for intervjuguide når man går inn i en intervjusituasjon. Jacobsen (2005) deler intervjuguidene inn etter en skala der man enten har et helt strukturert intervju med faste spørsmål og svaralternativer, eller et helt åpent intervju. Intervjuene i denne studien er relativt åpne med noen få faste spørsmål, men med mye rom for diskusjon og refleksjon pga ønsket om å få fatt i informantenes tanker og følelser om aktuelt tema.

### 3.4.1 Informantutvalg

Det er åtte informanter fra to ulike virksomheter som intervjues. Representantene er fra flere nivåer, både hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, sykepleiere og avdelingsleder er intervjuet. Hjelpepleiere og omsorgsarbeidere omtales også som helsefagarbeidere da dette er den tittel de i dag ville fått som nyutdannede. Antallet informanter fordeler seg slik: fire hjelpepleiere/omsorgsarbeidere, tre sykepleiere og én avdelingsleder. Utvalget av informanter er det Jacobsen (2005) kaller bekvemmelighetsutvalg, altså det utvalg som er lettest å få tak i. Det ble sendt en e-post til virksomhetslederne ved de aktuelle sykehjemmene, og de foretok utvalg på bakgrunn av de kriterier som var blitt lagt frem som krav (se vedlegg 1). Det er spesifisert flere ulike kriterier som informantene i denne undersøkelsen må oppfylle for å få lov til å delta. Det første kravet er at vedkommende må ha vært i inneværende eller lignende stilling i minimum fire år. Dette for å sikre at informantene har sett avdelingene fra innsiden både før og etter at ABI systemet ble innført. Alle ansatte som er utdannet som enten hjelpepleiere, omsorgsarbeidere eller sykepleiere, kvalifiserer. Derimot er nattansatte ikke tatt med i utvalget pga at ansatte på natt ikke i like høy grad deltar i arbeid med endringsmeldinger og fokus på ABI. Til sammen er det utført åtte intervjuer, likt fordelt på de to virksomhetene. Alle intervjuer ble tatt opp på bånd, og ble transkribert umiddelbart etter at intervjuene var ferdige. I tillegg ble det tatt notater underveis. Intervjuene varte fra 30-60 minutter.



Å velge informanter utfra et bekvemmelighetsutvalg har ifølge Jacobsen (2005) flere svakheter. Blant annet har man ikke full oversikt over de informanter man ikke får tak i. Det er i denne forbindelse virksomhetslederne som har foretatt det konkrete utvalget, og forsker vet ikke hvem som er utelatt. Det kan også være slik at noen forespurte har takket nei til å være med i studien, og dette vet forsker ikke noe om, og kan på den måten miste de som er aller mest kritiske, eller uinteresserte.

### **3.5 Validitet**

Validitet handler om gyldighet. Har forskningen gitt et korrekt svar på spørsmålet som er stilt? Spørsmål om validitet i intervjusituasjoner er diskutert i litteraturen. Det skilles mellom begrepsvaliditet, intern og ekstern validitet, samt konklusjonsvaliditet. Begrepsvaliditet handler om hvordan utvalget er trukket, og om det utvalget vil svare på de spørsmål som stilles i forskningen. Lykkes det i å operasjonalisere det som ønskes målt på en adekvat og pålitelig måte? Det handler også om observasjonsenheter eller informanter er trukket på en pålitelig og korrekt måte. I begrepsvaliditet finnes også kriterievaliditet, som er særlig viktig ifht. informanter og den informasjon de gir (Skog 2009).

Informanter kan gi falske negative og falske positive svar, noe forsker må være oppmerksom på. Noen informanter vil påberope seg egenskaper de ikke har (falsk positiv) og noen vil nekte for egenskaper de har (falsk negativ) (Skog 2009). Dette er viktig å ha i minne da en gjennomfører intervjuer. Noen hevder at intervjuobjekter alltid lyver, og stiller spørsmål ved validiteten i intervjuer (Langhelle forelesning 4.10.10). For å forsikre seg om at empirien man samler inn er valid, er det viktig å huske på svakhetene som kan forekomme ved innsamling av empiriske data. Det kan være måten spørsmålene bli stilt på, hva type innsamlingsmetode en har og i hvilket miljø en befinner seg når data samles inn. Det vil aldri være mulig å unngå en viss grad av forstyrrelse av naturlige miljøer eller naturlige situasjoner, det som er viktig er at man er klar over det (Jacobsen 2005).

Det skilles mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet handler om i hvilken grad resultatene er gyldige for det utvalg og det fenomen som er undersøkt. Den eksterne validiteten handler om hvorvidt man kan overføre resultatene til andre utvalg og situasjoner (Skog 2009). Informasjonen som blir gitt må dokumenteres på en pålitelig måte, og må kunne gjøres rede for. Fakta og vurderinger må også nyttes på en måte som er etterprøvable

(Andersen 2006). Konklusjonsvaliditet handler om i hvor stor grad det er dekning for funnene i teori/data/metode (Langhelle, forelesning 4.10.10). Jacobsen (2005) minner om at en troverdig og pålitelig undersøkelse skal være å stole på, at den skal være gjennomført på en troverdig måte som vekker tillit.

Briggs (1986) mener at selve intervjusituasjonen kan påvirke informantens evne til å gi informasjon, og at han ikke bare responderer på spørsmålet men altså på situasjonen som sådan. Samtidig hevder Andersen (2006) at en aktiv intervjuing stimulerer til større muligheter for å håndtere akkurat spørsmål om validitet og også reliabilitet. Spørsmål kan stilles om forskningen er utført på en tillitsvekkende måte, om funnene kan støttes av annen forskning, om den er fruktbar, altså har den gitt nye funn, nye forklaringer og om der er nådd et metningspunktet der flere intervjuer ikke tilfører mer informasjon (Guldvik 2002). Validiteten i intervjusituasjonen handler om tillit til det informantene sier, og idealet i en intervjusituasjon er at intervjuer underveis fortolker og verifiserer sin fortolkning sammen med intervjuobjektet (ibid).

Intervjusituasjonene var uformelle, og på arbeidstakers egen arbeidsplass, i arbeidstid. Det var tilrettelagt fra arbeidsgiver med fri for intervjuene, og dette gjorde at informantene slappet av slik at intervjuene kunne tas i det tempo som var behagelig for begge parter. Alle informantene samtykket i båndopptakeren og settingen opplevdes som avslappet og fortrolig. Som forsker skal en være bevisst rollen sin, og hva den rollen innebærer. Dette knyttes også til validiteten i forskningen, objektiviteten, og fordi de data som samles inn ikke skal farges av ens egne tanker og erfaringer (Blaikie 2010).

Problemstillingen i denne avhandlingen er tett knyttet til verdigrunnlag, etikk og følelse av kvalitet på de tjenestene som helsepersonell utfører. Blaikie (2010) beskriver ulike forskerroller og den tradisjonelle forskeren skal holde seg helt objektiv på et vitenskapelig ståsted der objektiviteten er veldig viktig. Eksempel på rollen forsker kan itre er som empatisk observatør eller trofast rapportør. En skal da forstå informantens språk og situasjon og kunne plassere seg i hans sosiale situasjon. Dette er vanlig ved bruk av den abduktive forskningsstrategien.

Det kom i løpet av intervjuene frem mye informasjon som har vært vanskelig å kategorisere i ”rene kategorier”. Informasjonen er subjektiv, følelsesladet og til tider personlig. Samtidig har

den samme informasjonen tegnet et tydelig bilde av hverdagen til informantene og dette er med på å styrke validiteten til avhandlingen. Det er i denne studien mye sammenfallende svar fra de åtte ulike informantene, og dette sees på som en styrke og en bekreftelse på at den informasjonen som har fremkommet er troverdig og har rot i virkeligheten.

### **3.6 Reliabilitet**

Reliabilitet handler om hvorvidt en studie kan etterprøves. Om en annen forsker kommer til den samme konklusjon under samme eller lignende premisser, så er konklusjonen reliabel. Derfor skal man i vitenskapelig arbeid alltid vise under hvilke premisser konklusjoner blir trukket, ellers vil det vitenskapelige arbeidet regnes som dårlig (Langhelle forelesning 4.10.10). Vi skiller mellom indre og ytre reliabilitet. I hvilken grad kan andre forskere bruke data og begreper på samme måte som den opprinnelige forskeren (indre reliabilitet). Kan andre forskere gjøre den samme typen undersøkelse og forvente den samme type svar (ytre reliabilitet) (Skog 2009).

Det er flere ting som kan gjøres for å sikre en god reliabilitet i et forskningsopplegg. Blant annet er det viktig å være tydelig på hvilke informanter man har og hvilke metoder for innsamling og analyse av data som er gjort (Dalen 2004). I denne studien er det innhentet data fra to ulike virksomheter, informantene har ulik utdanning, erfaring og arbeidserfaring. Resultatene tilsier at det kan trekkes generaliseringer til andre lignende virksomheter i Stavanger kommune, noe også andre undersøkelser viser (I. M. Hovlund; masteroppgave 2010). De 15 ulike sykehjemmene i kommunen drives alle etter ABI prinsippet, og i alle virksomhetene er de ansatte profesjonsutdannet, sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Alle disse har i sine utdanninger, og gjennom sin arbeidserfaring, en felles verdiplattform som preger arbeidet de gjør, og opplevelsen av det arbeidet og den kvaliteten de gir i sin omsorg. En kan derfor forestille seg at resultatet av denne studien i de to spesifikke virksomhetene ikke er unik for dem, men at disse resultatene ville vært gyldige for andre virksomheter i den samme kommunen.

### **3.7 Kritisk refleksjon metode**

I denne studien vil det ikke brukes kombinasjon av metoder, noe en ellers med fordel kunne ha gjort. Det kan være en svakhet ved studien at det ikke er triangulert gjennom for eksempel en miksing av intervjuer og et standardisert spørreskjema. Hovedgrunnen til at det ikke blir gjort er at tidsperspektivet ikke tillater det, samtidig som problemstillingen tilsier at det i hovedsak er subjektive meninger og en forståelse for fenomenet ABI kombinert med omsorg og kvalitet i sykehjem som det ønskes forsket på. Dette er avgjørende for valget om å basere den empiriske delen av studien på rene intervjuer, uten kombinasjon med noen andre metoder, da det i en intervjusituasjon forutsettes at relevant informasjon innhentes i tilstrekkelig grad, noe denne avhandlingen mener å ha fått til.

Det er også vurdert om antall informanter er nok for å sikre den metningsgraden av informasjon som Guldvik (2002) taler om. Det kunne nok vært noen flere informanter, men det er likevel vurdert slik at åtte stykker er nok, og at de har gitt den grad av informasjon som var nødvendig for å kunne besvare problemstillingen tilfredsstillende. Det er også mye sammenfallende informasjon som fremkommer i intervjuene, noe som forsterker antakelsen om at antallet informanter er stort nok.

Det kan oppleves som en svakhet at det i avhandlingen er kun en informant på ledernivå. Grunnen til at det kun er én informant på ledernivå er avhengig av at krav om lengde på ansettelse i innevarende eller tilsvarende stilling ikke ble tilfredsstillende blant flere ledere enn én i de ulike virksomhetene. Det ble avgjort at det ikke skulle gjøres intervjuer på ledernivå i ytterligere en virksomhet, pga dette også ville medføre krav om intervjuer med pleiepersonale, slik at det ble flere informanter i også denne eventuelle tredje virksomheten. Det ble også konstatert at problemstillingen legger klart størst vekt på hvordan pleiepersonalet opplever at ABI har påvirket kvaliteten på omsorgen de gir, og derfor konkludert med at avhandlingen ikke blir svekket av det faktum at det er kun en informant på ledernivå

## 4. Presentasjon av resultater

I dette kapittelet er det foretatt en systematisering og kategorisering av innsamlede data for å få frem det mest essensielle relatert til aktuell problemstilling.

Når en undersøkelse er gjennomført, skal dataene som er innsamlet systematiseres og kategoriseres, det er viktig å få med det som er relevant. Det vil alltid foreligge store mengder data som ikke er brukbare eller relevante ifht problemstilling eller fenomenet man forsker på. Derfor er det essensielt å systematisere dataene på en god måte. Systematiseringen er helt nødvendig for å kunne formidle det som er funnet, ellers vil dataene bare være forståelige for forskeren selv (Jacobsen 2005). I kvantitativ metode kategoriseres det i forkant, i kvalitativ metode kategoriseres det etter man har samlet data. Forsker begynner med problemstillingen, fortsetter med innsamling av data som er avhengig av respondentene og avslutter med å analysere gjennom kategorisering og strukturering (ibid).

Dataene må deles opp i deler etter at de er samlet inn, slik at det med hjelp av delene kan skaffes et godt blikk over helheten, jf. med den hermeneutiske sirkel der en hele tiden beveger seg mellom deler og helhet i sin fortolkning. Å analysere kvalitative data handler om å beskrive, systematisere/kategorisere og sammenbinde (Jacobsen 2005). Det er når den tredje fasen nås at resultatene skal sammenbindes, som en kan finne de litt mer skjulte forholdene, hva er sagt/ikke sagt av informantene og hva betyr det? Jacobsen (2005) presenterer ulike måter å analysere kvalitative data, og sier at den måten analysen foregår på avhenger av hvordan dataene på beste måte kan deles opp, og så bidra til å analysere virkeligheten. Innholdsanalyse kan brukes der en først deler inn data i ulike tema eller kategorier for så å prøve å finne sammenhenger mellom de ulike kategoriene. Narrativ analyse kan også brukes, der er data en slags fortelling som består av ulike elementer. Helheten skal forstås gjennom at de ulike fortellingsselementene ses som en del av en historie.

Innholdsanalyse vil brukes som analysemetode i denne avhandlingen. Kategoriseringen tar sikte på å sortere dataene slik at det skal være oversiktlig å analysere dem etterpå. Det er åpenhet som er nøkkelordet i kvalitativ datainnsamling, og forskeren skaper ikke på forhånd bestemte kategorier. Disse lages etterpå, og skal være direkte relevante ifht de data og opplysninger som har kommet inn i datainnsamlingen (Jacobsen 2005). Kategoriene skal ikke bare være relevante ifht data, de skal også være begrepsmessig fornuftige og være forståelige

for utenforstående. Dette betyr altså at kategoriene skal være gyldig satt opp mot hva andre legger i et begrep, eller hva teori/empiri sier om det begrepet (Jacobsen 2005). Rødne (forelesning 18.11.10) presiserer at det må være en metodisk koherens i en avhandling. Kategoriene må ha en "rød tråd" og henge sammen, det skal ikke være tette skott der det er vanskelig å argumentere på tvers mellom kategoriene (ibid). Det er store sammenhenger mellom de kategoriene/temaene som det i denne avhandlingen kategoriseres etter. Dette gjør at det også argumenteres og drøftes noe på tvers av disse.

Antall informanter i avhandlingen er åtte, fire fra to ulike virksomheter. Utvalgskriteriene som tidligere er gjort rede for, inneholdt blant annet krav om at de ulike informantene måtte ha vært i samme eller tilsvarende stilling i minimum fire år. Opprinnelig ble fire hjelpepleiere/omsorgsarbeidere, fire sykepleiere og to avdelingsledere etterspurt i henholdsvis to virksomheter. Resultatet ble to hjelpepleiere/omsorgsarbeidere i hver virksomhet, henholdsvis to og én sykepleier og én avdelingsleder i den ene virksomheten. Det ble besluttet at det pga tidsrammen ikke var aktuelt å gå inn i en tredje virksomhet for å få en informant til på ledernivå, siden det da ville vært nødvendig å intervju flere i pleiepersonalet for å få samme antall informanter totalt sett som i øvrige virksomheter. I tillegg er avhandlingens problemstilling i hovedsak konsentrert rundt sykepleieres og helsefagarbeideres opplevelse av kvaliteten på de tjenester de gir i sin hverdag.

I hovedsak er det en klar tendens hos både sykepleierne og hjelpepleierne/omsorgsarbeiderne om at kvaliteten er forandret etter at ABI ble innført. Hjelpepleierne/omsorgsarbeiderne legger vekt på at de har fått det travlere, at de dokumenterer mer og at de opplever sykepleierne som enda mer fraværende nå enn tidligere. Sykepleierne på sin side forteller om mindre pasientkontakt, mer følelse av økonomisk ansvar og mindre tid til øvrige sykepleieroppgaver. Informanten på avdelingsledernivå forteller til dels også om mindre tid til pasientene, men kun de dager det er mye arbeid relatert til ABI, økonomi, statistikker. Ellers antyder denne informanten at systemet ikke på en god nok måte ivaretar alle ulike pasientgrupper, da spesielt pasientene med demenssykdommer. Det bekreftes også at spesielt sykepleierne har fått en større oppgavemengde etter ABI.

I de spørsmål der svarene lar seg kategorisere slik at de kan illustreres med en tabell, vil dette bli gjort. Dette gjelder kategoriene om henholdsvis hverdagen før/etterpå, implementeringsprosessen og valg ABI eller budsjett. I tillegg presenteres en tabell over

generelle tanker (positiv/negativ om ABI). Alle tabeller lages ut fra virksomhet, ikke profesjon. Dette fordi der er et sprik mellom de ulike virksomhetene i de ulike spørsmålene. Det er mer samsvar på tvers av virksomhetene når det kommer til hvordan profesjonene opplever ABI. Helsefagarbeiderne i begge virksomheter har for eksempel samme oppfatning om selve implementeringsprosessen. Sykepleiere på tvers av virksomheter har også lignende erfaringer og tanker om ABI og kravene de stilles overfor.

Øvrige kategorier og tilhørende svar fra de ulike informantene er i så stor grad subjektive, beskrivende og til dels følelseladete at de er vanskelige å kategorisere godt nok til å passe i en tabell.

Mye av presentasjonen er som lange utsagn og sitater fra informantene. Informasjon presenteres også av intervjuer i små sammendrag. Intervjuers oppfølgingsspørsmål vil vises understreket slik at det er lett å skille disse fra informantenes utsagn. Når et oppfølgingsspørsmål er stilt under en kategori kommer svaret rett etterpå, og avsnittet fortsetter siden med videre utsagn og sitater relatert til hovedspørsmål i aktuell kategori. I så stor grad som mulig vil informantenes utsagn gjengis slik de ble uttalt i intervjusituasjonen. Dette for å få en stor grad av åpenhet i resultatene, samtidig som forsker er opptatt av at informasjonen som kommer frem skal være like ærlig og genuin som den ble uttalt av informantene. Direkte sitater er i anførselstegn og kursiv tekst. Øvrige uttalelser fra informantene er i kursiv tekst, men ikke med anførselstegn.

Intervjuene ble alle innledet med at forsker og informant diskuterte ansettelseslengde, utdanning og ansvarsområde i avdelingen. Alle informanter er anonymiserte og opplysninger som kan identifisere virksomhet eller ansatt er fjernet fra presentasjon av resultatene. Det er heller ikke direkte gjengitt lengde på ansettelsesforhold eller alder på informantene da dette kan være med på å identifisere dem.

#### **4.1. Hovedspørsmål/tema**

Hvilke implikasjoner oppfatter pleiepersonale og avdelingsledere at ABI systemet har på følgende områder:

- Oppgaver/rutiner
- Hverdag før/etter ABI og opplevelse av mestring
- Implementering og kommunikasjon
- Ledelse og støttefunksjon
- Tanker om ABI-systemet vs budsjettfinansiering
- Endring i pleiernes rolle og møte med pasienten
- Prioritering og økonomi
- Kvalitet

I kategoriseringen av informasjonen i denne avhandlingen er valget tatt å kategorisere etter tema. Intervjuguiden (vedlegg 2 & 3) brukes som en veiledning, og et antall hovedtema er brukt i kategorisering av data. Det er lagt vekt på Jacobsen (2005) og det han skriver om å lage kategorier som er relevante for de data som er innsamlet og at det som Rødne (forelesning 18.11.10) presiserer må være sammenheng mellom de ulike kategoriene. Ut fra dette er det etter alle intervjuer er tatt, lagt tema/kategorier der resultatene samles fra alle informanter i form av sitater, lengre utsagn og forskers sammendrag av utsagn/generaliseringer. Det er mye samsvar mellom de ulike kategoriene og de ulike tematiske punktene som er lagt. Mange svar kunne stått flere plasser da de passer inn i ulike kategorier. De er kun skrevet på en plass til tross for at de kunne vært skrevet om igjen opp til flere ganger.

#### **4.1.1 ABI systemet og oppgaver/rutiner**

##### Hva er dine faste oppgaver knyttet til ABI?

Samtlige åtte informanter presiserer at hverdagen og opplevelsen av tid er forandret etter at ABI systemet ble innført. 100 % av informantene oppgir at hverdagen er forandret, men det er noe sprik i hvor mye de oppfatter denne forandringen i å påvirke dem i det daglige virke. Seks av åtte oppgir at det er stor forskjell. To oppgir at det er liten forskjell. Alle tre sykepleiere mener det er stor forskjell, det samme gjør tre av fire helsefagarbeidere. Informant på ledernivå mener det er relativt stor forskjell i oppgavemengde for ledere, men ikke i den grad at det påvirker det daglige arbeid.

Informanter på helsefagarbeidernivå sier at;



*Det er strengere nå enn før. Vi må vise at vi dokumenterer og viser behovet til pasientene. Jeg føler at jeg skjønner systemet, det handler jo om penger og at pengene skal følge den enkelte bruker og dens behov. Jeg dokumenterer i slutten av vekten, da har jeg oversikt over hele dagen. Da er alt ferdig.*

*”De er jo jysla på, at pleieplanen skal være oppdatert. Vi skal jo ta ansvar for de brukerne vi har og hvis det er noe spesielt med den brukeren må vi skrive det. Men vi snakker åpent med sykepleierne, vi skriver ikke bare. Personlig føler jeg ikke at det er så mye forandring, jeg har alltid skrevet mye. Men sykepleierne er mye mer borte nå enn før. Det er plagsomt.”*

*”Er en del mer på PC. Mye av behovet bringes også direkte til sykepleier muntlig. Men det er strengere nå.”*

Informanter på sykepleiernivå sier:

*”Mine oppgaver vedrørende ABI er jo de samme som alle sykepleiere har. Jeg registrerer IPLOS, ser over pleieplanene med jevne mellomrom, de må alltid henge sammen med vedtakene, og så er det jo endringsmeldingene. Jeg oppdaterer data hele tiden, melder fra ved endring. Jeg synes vi bruker altfor mye tid på dette. Det blir for mye. Det går ut over pasientkontakten, helt klart.”*

*”Vi springer nok litt fortere nå. Pleietyngden varierer jo også. Det er et stort ansvar, dette med ABI. Hvis vi ikke sender endringsmeldinger får vi jo faktisk ikke noen penger... det er viktig med dokumentasjon, men det har gått for langt. Det er jo masse styr med disse maskinene også, det er ofte vi ikke får logget inn, dataen er nede, osv.. det stjeler mye tid. Denne tiden kunne vi brukt sammen med pasientene. Det er også et stort ansvar å dokumentere, kanskje ikke alle skulle gjort det. Kanskje bare utdannede burde ha det ansvaret?”*

Informantene poengterer at de opplever at det er et stort ansvar å ha ABI. Dette gjelder spesielt sykepleierne, men til dels også helsefagarbeiderne, der tre av fire sier de føler et økt ansvar. De er klar over at hvis det ikke sendes endringsmeldinger, oppdateres i pleieplaner og IPLOS, vil det heller ikke komme noen penger. ”Bestiller ser det med en gang om det ikke er samsvar i pleieplanen med den endringsmelding som er sendt” sier en sykepleier. Det legger et ekstra press på alle avdelingenes ansatte, dette med å være ansvarlig for inntjeningen av

penger på denne måten. Sykepleierne opplever et press ifht det store ansvaret når det kommer til endringsmeldinger og oppfølgingen som det krever av pleieplaner og IPLOS.

#### Sitter du mye ved dataen og dokumenterer?

Syv av åtte informanter sier at de opplever de bruker mer tid ved datamaskinene nå enn før. Hjelpepleierne oppgir at de føler de må skrive mer i dag, enn de gjorde før og at de merker tydelig at arbeidspresset er større på sykepleierne. De må oftere gå fra avdelingen og har mange tilleggsoppgaver nå. Dokumentasjonen går ut over tiden sykepleierne opplever de får sammen med sine pasienter.

En hjelpepleier sier det slik:

*”Jeg har vært med sykepleiere og skrevet endringsmeldinger. Jeg er den som kjenner pasienten best, sykepleierne vet ikke alltid hva de skal skrive i endringsmeldingene fordi de ikke har vært nok sammen med dem.”*

*”Vi må dokumentere mer, men jeg føler vi har så stort tidspress at det er vanskelig å få til. Der føler jeg det er en svikt.”*

Syv av åtte informanter oppgir at de skriver mer, og at de ofte tenker de burde skrive enda mer. De stiller seg spørsmål om de klarer å få frem behovene til pasientene sine, om bestillerkontoret oppfatter det reelle behov ut fra den dokumentasjonen de klarer å få gjort i løpet av arbeidsdagen. En informant forteller at det nok er slik at de er litt snille, de ansatte. *”Det ender titt som tett med at vi sitter igjen 10/15 minutter etter arbeidstid for å dokumentere det vi ikke har fått tid til i løpet av vekten. Vi skal jo ikke skrive overtid heller”*. De er helt klare på at det ikke er nok tid og rom for den dokumentasjonsmengden som ABI systemet krever og at det er et kontinuerlig press for å få det til. En informant på helsefagarbeidernivå forteller at hun ikke opplever hun skriver mer nå, hun sier hun alltid har dokumentert mye. Men hun medgir at hun opplever tvang til å dokumentere, at det er mer synlig at det må til, sammenlignet med hva det var tidligere.

#### Er sykepleierne mer eller mindre til stede i avdelingen nå enn tidligere?

Informantene opplever at sykepleierne er mer ute av avdelingen i perioder. Helsefagarbeiderne er samstemte i det utsagnet. Sykepleierne selv mener de bruker mye mer

tid på andre oppgaver enn direkte pasientkontakt og mener ABI tar mye tid. Informant på ledernivå bekrefter at sykepleierne har fått større arbeidsmengde.

Hjelpepleierne sier:

*”Endringsmeldinger tar tid, de har ikke faste kontordager. De er nødt til å være med i morgenstellet for at vi skal få det til å gå i hop. Så prøver vi å avlaste dem så godt vi kan. Men av og til blir det for mye for oss og for mye for dem. Så er det litt individuelt også, noen jobber mer smidig, andre tar det så alvorlig at vi prøver å skjerme dem, de føler ansvaret så enormt at de blir syke av det.”*

*”Ja, de har mer å gjøre. De har mer skrivearbeid.”*

En sykepleier forklarer:

*”Før skrev vi jo for hånd i kardeks, det ble ikke så mye skrevet da. Dette vi har nå er jo et fantastisk system ifht dokumentasjon, nå må alle skrive, ikke bare sykepleierne. Men jeg har mye mer ifht dokumentasjon i dag. Det tar mye mer tid, det er en kjempeutfordring å få det til. Det går på bekostning av de andre som er igjen. Jeg pleier å prøve å bruke rolige perioder om kveldene. Det er tidkrevende og jeg føler ikke jeg er helt inne i det ennå.”*

#### Legges det til rette for dokumentasjon?

Samtlige av informantene mener det kunne vært lagt mer eller mye mer til rette for dokumentasjon. I en av virksomhetene er det egne dokumentasjonsområder, informantene her mener det er lettere å gå fra og dokumentere. De som ikke har muligheten til å gå fra og skjerme seg for dokumentasjon opplever at det legges til rette mindre enn hva som trengs.

En sykepleierinformant sier:

*”Til rette og til rette du... de gangene vi går bort, blir det på bekostning av de som er igjen. Det blir merarbeid på dem. I tillegg har vi som sykepleiere opplæringsansvaret for nye sykepleiere og studenter, det er tidkrevende og dokumentasjonen skal gjøres i tillegg.”*

#### **4.1.2 Hverdagen før/etter ABI**

Presentasjon av resultater i denne kategorien innledes med en grafisk oversikt over hvordan informantene opplever at hverdagen har forandret seg etter at ABI ble innført. Svarene er

gjengitt etter tabellen med sitater og utsagn, men i tabellen er de komprimert til om informantene opplever hverdagen og innholdet i den som bedre eller dårligere.

Tabell 1

	Virksomhet 1		Virksomhet 2	
	Antall	i % av total	Antall	i % av total
<b>Negativ</b>	2	50 %	4	100 %
<b>Delvis positiv</b>	1	25 %	0	0 %
<b>Positiv</b>	1	25 %	0	0 %
<b>Total</b>	4	100 %	4	100 %

I virksomhet 1 er det én informant som opplever hverdagen etter ABI som utelukkende positiv. Øvrige informanter opplever det som negativt, eller delvis positivt.

Alle informanter i virksomhet 2 opplever at hverdagen har forandret seg i negativ retning.

#### Hvordan er din hverdag og din opplevelse av mestrings?

Svarene fra de syv pleieansatte informantene forteller om sterke følelser og opplevelser rundt ABI systemet og den hverdagen de opplever har kommet etter at ABI ble innført. Det fortelles om økt press psykisk, at det er vanskelig å se at de ikke klarer å gi det de mener er helt nødvendig omsorg.

Følgende utsagn kommer fra helsefagarbeidere:

*”Jeg går med en klump i magen stort sett hele tiden, jeg er ikke veldig flink til å legge ansvaret fra meg. Jeg hadde ikke taklet å jobbe fullt. Jeg har tenkt at hvis det blir verre enn dette så må jeg ned i stilling eller finne meg en annen jobb. Men det er rart med oss mennesker hvordan vi venner oss til, vi kan venne oss til det mest utrolige, men hvor langt skal en strekke seg? Vi er kvinner og vi er sånn.. hadde det vært et mannsdominert yrke hadde de sagt ifra. Vi er vant til å ha omsorg, å yte, å strekke oss.”*

*”Vi er nok tynt litt til grensen, de har gjort det. Men det går jo ut over beboerne, de får ikke det tilbudet de har krav på. Ikke tale om at de gjør.”*

*”Vi hadde ikke dette ansvaret før! Vi hadde journaler og det, men ikke økonomipresset. Vi klaget når ledelsen ikke leide inn, nei, det er mye mer press nå.”*

*Før kunne vi gjerne sette oss ned å drikke kaffe med dem. I helgen fikk jeg to til bords, de andre var ikke i form. Så gikk jeg forbi der de satt, og de spurte om jeg ikke kunne sitte litt ned med dem.. ja, jeg kommer tilbake snart, svarte jeg.. hun spurte om og om igjen, hver gang jeg gikk forbi.. Til slutt sa hun: jeg tror ikke på deg.. Og det var jo sant! Jeg hadde ikke tid til å sette meg med dem. Og det er trist. Kjempetrist. For det skaper uro og. Jeg føler en avmakt, dette mestrer jeg ikke slik jeg burde.*

Ordet tid, følelse av utilstrekkelighet går igjen hos seks av syv informanter på pleienivå. Også på ledernivå, men det er også minst vektlagt der. Avdelingslederinformanten sier det slik:

*Før hadde jeg ikke den samme oversikten over det totale bildet, de ulike behovene til pasientene, som jeg har i dag. Etter at ABI kom er det jo mer ansvar og også flere oppgaver er tildelt mellomlederne. Mer tid brukes på å følge opp dokumentasjon, vedtak, kontroll på lister og oversikt over pleieplanene. De dagene slike ting skal gjøres kan det gjerne gå ut over min pasientkontakt, men det er jo bare noen ganger i måneden det står på, og ikke et særlig stort problem.*

Føler du det er endring nå mot hvordan det var tidligere?

Her er det stor enighet hos alle informanter om at endringen er stor eller meget stor. Seks av åtte informanter oppgir at endringen er negativ, og til dels stor. Én informant mener endringen stort sett er positiv, men likevel merkbar. Informant på ledernivå hevder endringen med ABI omfatter både kultur, holdninger og personer i de ulike virksomhetene, og at det ikke bare er selve systemet det kommer an på.

Hjelpepleier:

*”Hverdagen før var også veldig travel, men vi var flere på jobb da. Vi hadde gode rutiner og vi hadde mer tid til beboerne, ikke mye, men mer tid enn nå. Vi tok vare på hverandre! De gamle trivdes, de trives nok nå også, men de merker jo at det ikke er som før. De har ikke det tilbudet om for eksempel aktiviteter lenger. Alt som skal gjøres skal vi gjøre, og det blir ofte ikke gjort. Det faller på dager når vi gjerne mangler folk. Da blir det ikke gjort.”*

Sykepleier:

*Ja, det er forskjell.. Jeg syns at vi før hadde bedre tid til dem som er her. Jeg har tenkt mye på det. Det er pengene som er i fokus nå, ikke pleien. Før var det pleie i fokus, det synes jeg er*

*trist, at det er et samfunn som er styrt av penger. De får jo det nødvendige, men det er de små ting som mangler. Samtidig ser jeg på en måte ikke noe annet system heller som kan være mer rettferdig, enn at pengene skal følge brukeren. Det er veldig rettferdig, men det føles ikke riktig likevel. Før tenkte vi ikke på penger, mer at vi skulle husholde med pengene slik husmødre gjør hjemme. Vi tenkte ikke på pengene, vi tenkte fornuftig! Mens nå er det pengene det handler om, vi får beskjed om at vi skal spare hele tiden. Det preger oss, og vi snakker om det. Vi har ikke tid til å skrive de avvik som vi absolutt burde ha skrevet, jeg sa det nettopp til en kollega, at vi må skrive så mye avvik vi bare klarer, når vi ikke gir det vi skal...*

### Kan du gi noen konkrete eksempler?

Samtlige informanter kunne gi konkrete eksempler på hva som blir bortprioritert når det ikke er tid til å rekke over alt. Følgende utsagn er representative for begge virksomhetene. Sykepleiere og helsefagarbeidere oppgir de samme tingene.

Sykepleier forteller:

*”Det er det vanlige.. Folk som ikke får dusjet. Gåttrening er også en typisk ting som blir tatt vekk fordi det ikke er livsnødvendig. De som bare ligger i sengen får ikke tilsyn som de burde hatt. Det er vanskelig å være sykepleier og skulle ta hensyn til hele mennesket når en må sjalte noe ut.. men det må vi... ”*

Hjelpepleier:

*”Jeg synes det er store forskjeller. Vi har skjemaer på hver beboer der det står hvor lang tid vi skal bruke på alt. Alt er tidfesta. Det er jo greit det, for hvis det er en forandring sendes det en endringsmelding og da får en sannsynligvis mer penger. Det er dette tidspresset. Plutselig må vi jo bruke mer tid på en person en dag, det er jo ikke slik at alle er like hver dag.. jeg personlig klarer ikke å forholde meg til dette systemet, jeg kobler det ut. Jeg går på jobb, og den som krever mye av meg den dagen får det av meg. Jeg klarer ikke å tenke tid, det funker ikke for meg, da kan jeg bare slutte. Jeg blir ikke enig i dette at vi skal måle pleie i penger.”*

### Tenker du på penger hele tiden? Klarer du ikke å tenke pleie?

Seks av syv informanter på pleienivå hadde til dels sterke utsagn som svar på dette oppfølgingsspørsmålet.

Sykepleierutsagn:

*”Jo, jeg føler nok at de fleste av oss er mest opptatt av pleie, men det kommer hele tiden ovenfra at det er pengene vi må tenke på. Så det blir jo en stadig påminnelse om det...*

*Der er nok alltid en følelse av at man kunne gjort mer, det har det nok alltid vært, og det må man nok leve med.”*

*”Jeg er ikke arbeidssky, men vi har nok brukt oss på en annen måte før. Vi rekker ikke dette ansikt til ansikt lenger. Det er de som er her for at de trenger oss. Veldig mange tenker nok slik jeg gjør, men vi blir jo slipte underveis, vi blir påvirket og begynner å tenke annerledes. Men vi har en mulighet, og det er å se fremover. Det nytter ikke å se bakover. Vi tar dagen i dag.”*

*”Vi måtte finne ut hvor lang tid vi bruker hos den enkelte.. men jeg tror de fleste tenker som meg at når du er inne hos noen så kan du ikke se på klokken, du kan ikke gå ut når du har brukt opp tiden. Det er så ulogisk. Det ser kanskje fint ut på papiret og for de som ikke jobber med det. At det bare er å skrive endringsmeldinger og tro det er bedre enn det har vært.”*

En annen hjelpepleier sier:

*Du kan jo ikke bare gå fra en beboer når du ser at arbeidsdagen din er over, fordi du skal dokumentere! Det er jo ikke sånn det skal være.*

En hjelpepleier forteller:

*”Ja, det er helt klart endringer. Det som vi krevde ekstra før fikk vi ikke på samme måten, nå ser vi det i praksis, for eksempel som når vi trenger fastvakt. Det er en positiv endring. Før måtte vi på en annen måte bruke av allerede tilgjengelige ressurser når noen trengte ekstra, det gikk ut over de andre. Det gjør det ikke nå.”*

Dette utsagnet kommer fra den ene av de syv pleieansatte som klarer å trekke frem noe vesentlig positivt ut fra ABI reformen. Informanten sier det merkes på hverdagen at økonomi er i fokus, men sier også at det kan kjennes positive endringer, slik som ekstrainnleie ved uro hos demente for eksempel.

En sykepleier konkretiserer sykepleiernes hverdag i dag mot år tilbake slik:

*”Det er mye mer sykepleieoppgaver nå. Det er mer prosedyrer, det ble ikke vektlagt sånn før... ble ikke fulgt opp på den samme måten. Aktivisering og sosial kontakt er blitt mye*

dårligere. Vi må se oss om den dagen, å ja, i dag er vi for få på jobb, vi må droppe det eller det... vi får det ikke til. Det å sette seg ned å snakke med dem, det føler jeg nesten ikke det er tid til. Jeg må si det som det er; som regel får jeg ikke fulgt opp mine så bra som jeg burde, jeg må be andre om hjelp. Vi gjør de mest primære tingene, det andre blir det ikke lagt vekt på. Egentlig ikke så mye plass for den gode samtale. Har jo andre oppgaver også, medisiner, varer, mat.. det tar tid fra direkte pasientkontakt.”

Hjelpepleiere sier det slik:

”Det har blitt betydelige forandringer. I senere tid er det jo også begrenset med bemanning. Vi går ofte underbemannet, det er uforsvarlig etter mitt syn. Dagene er travle. Det er uverdigg mot beboere og mot personale som brukes så maksimalt at de ikke har mer å gi når de kommer hjem. Vi var flere på jobb før. Det var mye større rom for å gjøre ting med dem. I dag sliter vi med å finne tid til det, det er trist, for det er ikke slik vi ønsker å ha det. Man kan jo ikke klandre ledelsen heller, de har jo ikke så mye de skulle ha sagt. Men det forplanter seg ned gjennom hele organisasjonen til oss, til beboerne, også til pårørende. Jeg var alene en vakt. Jeg måtte legge til rette for hvem som kunne bli liggende etter middagen, og hvilke som kunne stå opp. Jeg kunne se det på ansiktet hennes, hun skjønnte det. – skal jeg ikke stå opp?- Midt oppi det hele kom en pårørende. Jeg måtte bare forklare hvordan det var, og at jeg var alene. De fleste vil si noe, men legger bånd på seg. Det er tøft å stå i det, du kjenner sånt ubehag. Det er en belastning. Det er greit å se det fra utsiden, men det er ikke bare bare å stå ansikt til ansikt...”

”Det går mye i kroner og ører nå. Det blir sånn samlebånd, de er ikke før strøket med før neste mann kommer inn.”

Informantene har vært i sine avdelinger over en periode på flere år, slik var utvalgskriteriene til avhandlingen. Dette gjør at de har en unik mulighet til å fortelle hvordan de opplever at avdelingen og hverdagen til ansatte og beboere er nå kontra hvordan den var for 5-10 år siden. Hvordan det gradvis har forandret seg.

Hjelpepleier:

”Vi som har vært ansatt i mange år, vi ser jo forandringene. Jeg trives i jobben, jeg trives så godt! Jeg gruer meg ikke til en dag, jeg synes dette med omsorg er bare positivt. Men, når det kommer til det punktet at vi er for lite folk, og at du ikke mestrer dine oppgaver, da sliter det.”



Sykepleierne presses av at de administrative oppgavene oppleves å ta tid fra pasientkontakten, fra det mellommenneskelige.

#### Klarer dere ikke å gi mellommenneskelig kontakt?

Dette spørsmålet ble stilt som oppfølgingsspørsmål til sykepleierne, og samtlige (tre) av dem bekreftet at dette er det område som oftest lider under tidspress.

*”Det blir feil å si at vi ikke prioriterer det, så godt vi kan så gjør vi jo det. Men det er dét det går ut over når vi har dårlig tid.”*

Det blir spurt om hva informantene legger i begrepet mestring, og hva de mener når de sier de ikke mestrer oppgavene sine. Svaret handler for en stor del om begrepet tid. Tiden strekker ikke til. Det må hele tiden tas valg om hva som kan prioriteres bort.

Samtlige av hjelpepleierne opplever at dagene er mer travle, også den informanten som ser på ABI som en positiv ting. De er mer effektivitetsfokuserte i dag enn de var før. *”Det var mer spenst før”* sier en hjelpepleier. Det var mer rom for sprell og impulsive aktiviteter.

En hjelpepleier utdyper:

*”Jeg tror folk hadde vært mer fornøyde hvis vi hadde vært noen flere hver dag, alltid. Mer stabilt. Nå er det topper hele tiden. Vi har ikke mulighet. Jeg tror folk hadde vært mer fornøyde med en mer stabil bemanning.”*

### **4.1.3 Implementering og kommunikasjon**

Proessen med å innføre ABI og informasjonen i forkant og underveis, er samlet i en kategori. Informantene er på tvers av virksomhetene enige i at prosessen har vært mangelfull når det kommer til informasjon, kommunikasjon med de ansatte og grad av medvirkning i hvordan systemet skal fungere i hverdagen.

Tabell 2

	Virksomhet 1		Virksomhet 2	
	Antall	i % av total	Antall	i % av total
<b>Dårlig/delvis dårlig</b>	3	75 %	4	100 %
<b>Tilfredsstillende</b>	1	25 %	0	0 %
<b>Total</b>	4	100 %	4	100 %

I virksomhet 1 er det tre informanter som opplever prosessen som dårlig eller delvis dårlig. Kun én informant opplever prosessen som tilfredsstillende. I virksomhet 2 er samtlige informanter enige i at prosessen ved innføring av ABI var dårlig, både når det kommer til informasjon, og hvordan selve implementeringen foregikk.

På ledernivå ble det i forbindelse med innføring av ABI holdt kurs og opplæring. Det var også oppfølgingsmøter underveis i prosessen. Det var tett oppfølging av konsulenter, oppgir informant på ledernivå. Mye handlet om at *systemet måtte få tid til å gå seg til*. Samme informant oppgir at de strevde i starten, og at det til dels streves ennå, særlig med å få en felles forståelse for behovene til den enkelte pasient, en felles forståelse som i hovedsak handler om sykehjemmene og bestillerkontorene. *”Hvis vi bare kunne blitt enige om hvordan tolke IPLOS og behovene til den enkelte beboer med bestillerne, ville alt vært så mye enklere. Jeg opplever at det kan være vanskelig å bli enig med saksbehandlerne. Det har vært konkrete hendelser der jeg som avdelingsleder har vært tvunget inn i samtaler med bestiller, der de ikke har blitt enige med sykepleier om det reelle behov. Da må jeg legge all min faglige tyngde som leder og spesialsykepleier i diskusjonen.”*

Sykepleierne fikk også opplæring av systemet på forhånd, men det var ikke alle som var på disse kursene. En sykepleierinformant mente det kun var ressurspersoner som fikk automatisk kurs. Både ledere og sykepleiere er enige om at det avhenger mye av den enkelte leder sitt kunnskapsnivå, og hvordan vedkommende makter å få ut informasjonen og kunnskapen i avdelingene. En aktiv virksomhetsleder oppgis å gjøre det enklere, men det oppfattes ikke at prosessen er avhengig av det. Det kan mer se ut som det er avdelingsleder som er en nøkkelfaktor her. To sykepleierinformanter sier at utskifting på ledelsesnivå (mellomledernivå) i senere tid har vært med på å påvirke prosessen med innføring og innarbeiding av ABI systemet i negativ retning. Det er nye mennesker å forholde seg til og ledere som skal lære en hel avdeling å kjenne.

En sykepleier husker mest begrepet å ta tiden på tjenestene fra prosessen med innføring av ABI. ”Vi fikk beskjed om at vi skulle se hvor lang tid vi brukte hos den enkelte. Måtte det. Så måtte vi bare forholde oss til det. Jeg tror faktisk ikke jeg forstod det, hvordan det fungerte.”

En sykepleier oppgir at hun ikke synes prosessen var noe fantastisk i det hele tatt. ”Det var dårlig informasjon, eller informasjonen nådde ikke ut på en god måte. Det var så mange som skulle lære hvordan skrive endringsmeldinger, hvordan det fungerte, at det ble for sjeldent man gjorde det,” sier hun. Hun kan heller ikke huske noe kurs om ABI. Forteller at det har vært noen internundervisninger:

*”Internundervisningene er fra 14-15. Da har du enten vært på jobb og løpt hele tiden, eller du skal på jobb og løpe... Internundervisning er fint det, men det er vanskelig å ta inn over seg sånne store og tunge ting og det er jo heller ikke alle som kan være tilstede. Det føles på en måte som om det var noe stort som kom seilende og som vi bare skulle innføre. Det var ikke noen god informasjon i forkant, jeg føler det plutselig bare var der, og vi måtte forholde oss til det.”*

Hjelpepleierne har alle det samme budskapet når det gjelder informasjon og innføring av ABI. De følte seg ikke delaktige, oppfattet det som at de ikke var målgruppen for informasjonen, og at de ble utelatt i hele prosessen. ”Vi var ikke med, vi ble bare informerte om at det kom. Vi fikk ikke være med noe særlig i prosessen, og det syns jeg er dumt.” Samme informant oppgir et ønske om å få være med, få være en del av prosessen som nå preger hverdagen i stor grad. ”Det var kun sykepleiere som fikk opplæring, vi andre fikk liksom ikke noen forståelse for systemet. Vi fikk ikke noen innføring, det var liksom ikke vårt bord.”

*”Plutselig en mandag morgen datt det inn over oss.. DA ble masse ABI snakk introdusert, så og så mye tid kan dere bruke der og der... det ble litt feil.. Det kom så brått, plutselig skulle vi gå etter klokka. Vi skulle telle minutter, skulle ikke være så lenge inne hos dem.”*

#### Hva mener du kunne vært gjort annerledes?

Dette spørsmålet ble stilt som oppfølgingsspørsmål i samtlige intervjuer på pleienivå. Helsefagarbeiderne mente alle at de burde blitt mer inkludert i prosessen. Sykepleierne savnet helhetstenkingen og kurs for alle, ikke bare ressurspersonene.

En hjelpepleier sier:

*”Alle har jo visst at det kommer. Det har alltid vært snakk om det, vi får det hit og. Men jeg tror kanskje at hvis det hadde blitt introdusert på en litt annen måte når det gjaldt.. det gikk for fort.. det ble for mye hysteri rundt.. det begynte feil...”*

Ga dere beskjed om hvordan dere opplevde det?

Dette var oppfølgingsspørsmål til helsefagarbeiderne som følte seg utelatt fra implementeringsprosessen. Dette var en opplevelse samtlig av dem hadde.

*”Nei, vi gjorde nok ikke det. Tenkte bare at dette ikke var vårt bord, ikke vår oppgave. Vi er gode nok når det ikke er nok sykepleiere men ellers skal vi liksom vite vår plass.. Det gjør jo at vi ikke får helheten...”*

*”Sant å si var vi ikke med i prosessen når ABI kom... det er sykepleierne som har hatt den tyngden og belastningen. Vi fikk nok en del informasjon, men føler av og til at vi ikke har fått nok. Men de prøver jo, de har det travelt de også. Det virker som de fleste synes det er stress, dette med ABI.”*

*”Det var ressurspersoner som skulle lære oss andre, systemet måtte jo gå seg til. Men jeg var nok skeptisk fra starten. Jeg synes ikke noe om det at vi i pleien skal ha økonomiansvar, vi har så mye annet vi skal gjøre. Jeg ønsker å være sammen med pasientene, det er for mye dokumentasjon.”*

#### **4.1.4 Ledelse og støttefunksjon**

Informantene opplever at nærledelsen og andre som har hatt et informasjonsansvar har gjort det de kunne for å lede i prosessen, lære opp ansatte i systemet og følge dem opp i praksis. Likevel kommer det til uttrykk at det hadde vært ønskelig med mer tilrettelegging for dokumentasjon, for å få forståelse for ABI som system og oppskrift, og for å lære hvordan mestre den hverdagen som er blitt en del annerledes.

*”Det er nok mye avhengig av hvordan lederne møter de ansatte på ulike sykehjem” sier en informant på hjelpepleiernivå. ”Vi har fått mye muntlig informasjon, vi hjelpepleiere var ikke på noen kurser. Det har vært lite skriftlig informasjon”.*

*”Jeg som hjelpepleier har nok skubbet hele ABI litt fra meg, det er liksom ikke meg det angår. Jeg kunne ønske vi kunne være mer med i hele systemet, hvis jeg kunne bestemt hadde vi hatt større innflytelse enn nå.”*

Sykepleiere:

*”Avdelingsleder måtte lenge minne oss på å skrive endringsmeldinger, vi husket jo ikke på det, det var ikke en vane. Men helt plutselig gikk det mer automatisk, og det hjelper å få inn nye, unge sykepleiere. De er mer vant til det. Men vi er mye mer obs nå...”*

*”Lederne har vært aktive. De har lært oss, svart på spørsmål. Men det er nok kanskje slik at jeg ikke har fått den tiden jeg trenger. Det kunne vært bedre tilrettelagt. Samtidig ønsker jeg jo egentlig ikke denne funksjonen, så jeg prioriterer den heller ikke. Egen kontortid hadde nok hjulpet. Da hadde vi vært mer uforstyrret, det er alltid så mange som skal ha tak i oss.”*

*”Ja, avdelingsleder har hjulpet til.. Hun vil jo også ha inn penger.”*

Sykepleierinformantene (samtlige) forteller at mange drar i dem samtidig og at de ikke får brukt den tiden på endringsmeldinger som de må, i en uforstyrret setting. De er ”allemannseie” og opplever ikke at de får fred til å fullføre det viktige dokumentasjonsarbeidet som de er forpliktet til å gjøre. De mener at ledere har forbedringspotensiale i tilrettelegging og oppfølging av hvordan det fungerer i praksis.

#### **4.1.5 Tanker om ABI og budsjettfinansiering**

Alle informanter har en klar formening om hva de ønsker. En av informantene er helt klar på at ABI er bra, og bedre enn det som var før. Fem informanter (tre helsefagarbeidere og to sykepleiere) ønsker ikke ABI, men budsjettfinansiering. En sykepleier sier at hun ønsker at ABI fungerte etter intensjonen, men at slik det er nå er det ikke ønskelig. En justering/tilpasning av systemet er også ønskelig av informant på ledernivå.

Tabell 3

	Virksomhet 1		Virksomhet 2	
	Antall	i % av total	Antall	i % av total
<b>Budsjettfinansiering</b>	2	50 %	3	75 %
<b>Tilpasset ABI</b>	1	25 %	1	25 %
<b>ABI</b>	1	25 %	0	0 %
<b>Total</b>	4	100 %	4	100 %

I virksomhet 1 ønsker én informant ABI, to ønsker budsjett, og den fjerde informanten ønsker ABI, tilpasset slik at det fungerer bedre enn informanten opplever at det gjør i dag. I virksomhet 2 er det en klar overvekt mot ABI, og før budsjettfinansiering. Kun én informant opplever ABI som bedre, men ønsker en tilpasning. Her er det ikke noen informanter som mener at ABI utelukkende er positivt. Trenden med at virksomhet 2 er mer negativ til ABI enn virksomhet 1 forsterkes.

Hjelpepleierinformant som er positiv til ABI sier:

*”Jeg ville hatt ABI. Du har muligheter når det er press. Men det skjer jo ikke automatisk, det må endringsmeldinger til, det er ikke bare å knipse med fingrene. Det stiller krav til oss, det skal det være, det er bra. Vi må gjøre hverandre gode, ha et åpent sinn.”*

Hjelpepleier:

*”Jeg ville hatt det som før, UTEN tvil. Vi leide inn når noen var syk, og fikk ekstra ved uro. Det får vi jo nå også... dette er ikke i ryggraden vår ennå. Vi er vant til å klare oss selv, vi strekker oss forferdelig langt, men kanskje vi ikke har vært så flinke til å bruke systemet.”*

Sykepleier:

*”Jeg ville hatt det som før, med en fast grunnbemanning. Jeg kan ikke forstå at vi skal vurdere folk ut fra økonomi. Jeg tror ikke det stemmer helt heller, pleietyngden endres jo fra dag til dag! Jeg er mer fornøyd med det gamle. Merker faktisk ikke noen fordeler med ABI. Ulempene er jo at det presser oss mye, vi har et økt ansvar. Føler at vi har for lite tid, og da må jeg være ærlig og si at jeg kan ikke mer, og da blir det ikke dokumentert kanskje den dagen eller neste. Og vi skal ikke gå overtid.”*

Det er gjennomgående en tone av ønske om rettferdig fordeling av ressursene, men at det var bedre før.

### Fastvakter?

Det ble i intervjuene stilt oppfølgingsspørsmål i forhold til om informantene kan peke på noe de opplever som positivt med ABI. De informanter som er klart negative til ABI (seks av åtte), mener samtidig at de kan se det brukes personalressurser etter behov, ved for eksempel uro. Samtidig sier de at dette også ble gjort før. Det var en selvfølge.

En hjelpepleier sier det slik:

*”Ja, men det hadde vi jo før også. Det gikk ikke på bekostning av andre, vi fikk etter behov ved terminalleie og utagering.. derfor merker jeg ikke fordelene. Det jeg merker er at det er mye snakk om kroner, det blir sånn rullebåndgreie. Det er mye snakk om kroner og sparing. Om fellestid, og alt som skal gjøres i den tiden.”*

Sykepleierutsagn:

*”På en måte er det fristende å si at det var bedre før, men på en annen side er ikke det heller et system som fungerer. Det blir litt sånn delt. Jeg skulle ønske at ABI fungerte sånn som intensjonen var tenkt. Og at det var en enklere måte å forholde seg til det på, for da hadde det vært helt greit. Men pleien må igjen komme i fokus, det må være den som er det viktigste.”*

*”Jeg ville ikke hatt ABI systemet. Det er mye mer krevende for oss. Vi er sykepleiere, ikke økonomer! Det er ikke rett. Jeg tenker ikke penger, jeg bruker den tiden jeg må, ferdig med det! Jeg gjør det altså, jeg prioriterer beboerne, jeg er her for dem. Men det går gjerne på bekostning av andre ting.”*

På ledernivå blir det uttalt at ABI ikke fanger opp behovene til alle ulike grupper. Det er også slik at inntektene kan variere mye fra måned til måned, og det skaper en ustabilitet med tanke på bemanning, behov for innleie. Man prøver å løse dette med rullering av fast personale slik at man kan låne av hverandre etter behov. Det gir mer fleksibilitet da ansatte ikke er redde for å gå ”mellom avdelinger”.

Leder sier:

*”Jeg opplever at det ifht demenspasienter er en utfordring å få ressursene til å strekke til. Det er vanskelig å få nok personalressurser til enhver tid relatert til demens. Systemet i dag fungerer bra i seg selv, det er mer samarbeid mellom avdeling og bestiller som skaper de*

*store utfordringene. Man blir ikke enige om behov. Men ABI fanger opp tyngden hos de tunge brukerne, men jeg føler det fokuseres mer på det somatiske enn på det psykiske.”*

#### **4.1.6 Endring i pleiers rolle og møte med pasienten**

Alle åtte informanter opplever at det er en dreining i rollen som helsearbeider mot mer økonomisk/materielt fokusert hverdag. Tre av dem, både sykepleiere/hjelpepleiere, påpeker også at det er personavhengig hvordan man takler dette.

*”Det er ikke systemet som er viktig her, det er hvordan vi møter vedkommende i deres hjem. Det handler om bevisstgjøring, det må komme inn i ryggmargen hos oss.”*

*”De merker jo at det er annerledes, at vi springer mye. Jeg husker før, når noen lå på det siste. Vi fordelte oss slik at pasienten ikke skulle være alene. Vi gjør det ikke likt nå. Men det spørs hva pleierne gjør ut av det, det er jo ikke alle som bryr seg, de mener heller at det er så travelt at man ikke skal sitte i ro hos en person, at man heller skal ut i avdelingen og hjelpe til. Vi diskuterer ofte dette, det er mange i helsevesenet som ikke burde jobbet her, som ikke passer, som ikke tenker helheten. Noen pasienter kan gjøre en del selv, og jeg lar dem få lov til det, uansett om det tar lang tid eller ikke. Andre gjør det ikke slik, med begrunnelsen at det tar for lang tid... at vi må inn til de andre...”*

*”Jeg merker at de beboerne som ikke får så mye kontakt, maser mer. Hvis vi hadde vært i forkant, hadde de mast mye mindre. Men problemet er at vi nå ikke klarer å være i forkant, og da blir det sånn. Du går inn og sier at ”jeg er her”, men samtidig så er du ikke der for du er allerede på neste jobb.. det å være i nuet er noe som ikke er lett i en stressende hverdag i hvert fall.”*

En hjelpepleierinformant forteller:

*”Enkelte dager får jeg ikke til det jeg ønsker. En dag har jeg kanskje bare vært hos en eller to av mine, de andre har jeg ikke sett.. Da må jeg tenke at de to har fått noe bra og at dette er realiteten nå. Dette er slik vi har det. Enkelte dager går du bare forbi de i gangen, de som virkelig hadde hatt behov for at du stoppet opp og snakket. Da hadde de ikke blitt urolige. Men du gjør det ikke, du går bare forbi og smiler. Det er til å grine av, det er ikke noen god*



*følelse. Men igjen er det dager der det føles som en gave å komme på jobb, det glir lettere. De gamle er rolige, de ser kjente ansikter rundt seg. Nå har vi vært nødt til å forandre det helt grunnleggende for å få det til å gå i hop. Dette ble mye klaging.. men det er realiteten. Der er jo dager der jeg ikke ser mine. Der er ei som ikke står opp, som ligger mye. Jeg kan gå hjem en dag og komme på at jeg ikke har vært inne hos den beboeren hele dagen. Jeg vet at andre har gitt mat, men jeg har ikke vært der. Men jeg liker ikke å snakke om dette. Jeg føler jeg baksnakker.”*

Alle åtte informanter sier at selve pleien er slik den alltid har vært. Den tar like mye tid i dag som den gjorde for 10, 20 og 30 år siden. Det er måten en tenker på i helsevesenet som har forandret seg. De opplever at det er et stadig fokus på økonomi som ikke bare krever av personalet at de skal være gode pleiere, men også effektive og tidssparende pleiere.

En sykepleier forklarer dette slik:

*”Det har liksom aldri vært noen som har satt seg ned med oss og diskutert hvordan vi virkelig kan bidra til å spare penger. Hvordan kan vi spare penger på vårt nivå? Kan vi hjelpe med å spare bleier? Skal vi være restriktive med å kaste ting? Hva kan vi gjøre for å bidra? Vi har ikke blitt tatt med på laget her, og ville det hatt noe å si? Det har vært oppe dette med hvor ofte å skifte bleier, hva kan vi spare på det. Men vi har ikke fått satt det i perspektiv, som for eksempel at dersom vi sparer sånn eller sånn er det rom for ekstra inneleie hver torsdag... Skjønner du? Men skal vi la være å ta de på do? Bare la de sitte, og ta bleien om morgenen, når vi kommer på kveldsvakt og når de legger seg om kvelden? Fordi du ikke skal skifte så ofte. ”Ja, nå må du bare tissa i bleia, det går helt fint det”.. Det er jo ikke riktig det heller. Men du hadde jo spart både tid og penger på det....”*

#### **4.1.7 Prioritering og økonomi**

Alle informanter har fått spørsmålet om prioriteringer i sine intervjuer. Alle bekrefter også at til syvende og sist er det pasienten som må stå i fokus, og at hvis de blir nødt til å prioritere må de prioritere pasienten.

Hvordan får dere det til?

*”Nei, vi klarer det jo ikke helt \*ler\*... vi er ikke flinke nok, absolutt ikke”, sier en sykepleier.*

Hun forteller videre:

*”Det er langt igjen. Jeg synes jo helt ærlig at det er ganske tungvint, altså gamle mennesker forandrer seg! Det går frem og tilbake, de er veldig dårlige, så blir de bedre. Hvis en stadig vekk skal sende endringsmeldinger ved endret behov annenhver uke.. det blir ustabilt. Det er vanskelig dette med pleiegrupper, å måtte lete med lys å lykte for å få pasienten opp en pleiegruppe, fordi vi ikke klarer oss. Et eksempel er jo diabetespasienten som har et veldig ustabilt blodsukker og trenger tilsyn døgnet rundt. Men han skal bare ha måling 5 minutt x 3 per døgn, og er derfor i pleiegruppe 1. Men han er jo døgnpasient av en grunn, og trenger tilsyn hele døgnet. Det hjelper jo ikke akkurat på pengene...”*

*”Hvis jeg må prioritere, er jeg tilstede for de eldre, der er behov som de har som går kontinuerlig over hele dagen. Toalett, mating og alt de har behov for. Det tar tid før vi blir ferdige med det hver morgen”, sier en hjelpepleier.*

En felles oppfatning hos de syv informantene på pleienivå er at de ikke føler de strekker til, og at valget ofte må tas mellom direkte pasientkontakt og andre oppgaver. De oppgir at de prioriterer pasientene, men innrømmer at det går på bekostning av andre oppgaver, som for eksempel dokumentasjon.

#### **4.1.8 Kvalitet**

Av de åtte informantene som er intervjuet, mener alle i større eller mindre grad at kvaliteten er forandret etter at ABI ble innført. Det er ikke nødvendigvis slik at alle mener den har blitt vesentlig dårligere, men den er påvirket. På godt og vondt. Problemstillingen har vært stilt med tanke på å prøve å finne ut akkurat dette, er det noen forskjell nå mot hvordan det var tidligere? Hvordan har denne forandringen i så tilfelle artet seg? Hvordan påvirker dette beboerne, de ansatte og pleien de gir?

Samtlige informanter ble bedt om å definere hva de mener er god kvalitet i sitt arbeid. Hva de legger i begrepet kvalitet og hva det innebærer for dem. Dette presenteres først, og så vil en sammenfatning av hva alle informantene mener er de største forskjellene på kvaliteten i dag kontra før ABI ble innført, presenteres.

*”God kvalitet for meg er at de som bor her får alt det de trenger, på alle nivå.”*

(hjelpepleier).

*”Jeg tenker på at beboerne får god pleie og omsorg. God sykepleie. At vi er deres talsmenn, at vi bringer deres behov videre. Jeg prøver å få det til hele tiden. Jeg prøver å være deres talsmann for de kan gjerne ikke uttrykke det selv.”* (sykepleier).

*”Kvalitet for meg betyr at du gjør mer enn det som er forventet. Du tenker helhet. Man må huske på at det er psykiske, fysiske og sosiale behov. Må huske å stimulere.”* (sykepleier).

*”Kvalitet handler om innholdet i de tjenestene vi gir til våre pasienter. Kan jeg stå for at det er godt nok”.* (avdelingsleder)

#### Hva er godt nok?

*”Det er godt nok når jeg kan forsvare faglig hva jeg gjør. Vi kan av og til ønske at vi kunne gjøre mye mer, men det er ikke anledning til det. Men det må kunne forsvares faglig, og da er det godt nok. Jeg opplever at kvalitetsforskriften etterleves, at vi jobber i tråd med gjeldende regelverk, og jeg mener vi gir tjenester av god kvalitet, det er ikke bare godt nok. Det er bra.”* (avdelingsleder).

*”Kvalitet betyr at hver eneste pasient skal føle at de blir tatt vare på som et helt menneske. De får være med å bestemme i sin egen hverdag, på alle områder. Mat, pynting, aktiviteter. At vi ikke bare gjør. Har du et godt forhold til dine pasienter, steller du med dem som med dine egne. Gir dem tid, følelsen av å bli sett. Det handler ikke om tid. Hvordan bruker du tiden, det er det som betyr noe. Det betyr ikke at en som steller i en time gjør en bedre jobb enn en som steller i 10 minutt.”* (hjelpepleier).

*”Kvalitet er å kunne ha tid nok til å være hos en beboer slik at du føler at du gir vedkommende en god start på dagen og at du kan gi oppfølging i løpet av dagen. Kanskje gå en tur. Der er jo en dag inn iblant at vi er full bemanning, med bare kjente (folk på jobb). Da glemmer vi hele systemet og bruker tid, men det er ikke så ofte.”* (hjelpepleier).

*”Den enkelte beboer blir ivaretatt ifht hans behov.”* (sykepleier).

*”Kvalitet er at du har tid til brukerne og at brukeren får lov å være med å gjøre det han kan, om det så er bare å vaske ansiktet. At pasienten får oppfylt alt, også det åndelige, i løpet av en dag. Da får en kvalitet.”* (hjelpepleier).

#### 4.1.9 Kvalitet før og etter ABI

Blant pleierne var det kun én pleier som mente at ABI har vært en hjelp i å forbedre pleien kvalitetsmessig. På ledernivå var der også en oppfatning om at det ikke direkte var ABI systemet som påvirket kvaliteten, men at det hadde vel så mye med holdninger, arbeidsmiljø og kultur å gjøre, samtidig som den informanten mener systemet ikke harmonerer like bra med alle pasientgrupper. Øvrige seks informanter mener ABI har bidratt til å gjøre kvaliteten dårligere slik det er i dag. Fokuset er dreid for mye mot økonomi og bort fra det fokus de mener er det viktigste, pasienten.

Informant på avdelingsledernivå sier det slik:

*”ABI har nok bevisstgjort oss, vi ser mer ”hva det er vi gjør”. Det er ikke bare en ”grøt” av tjenester og omsorg. Det er personavhengig, og kommer av kultur og holdninger hos de ansatte, hvordan dette fungerer.”*

Hjelpepleier om ABI i dag:

*”Ja, det er forskjell. Særlig fordi vi kan ha mer fastvakt nå. Kvaliteten er faktisk bedre nå enn før, men vi har også omorganisert oss internt nå, og det er helt klart mye bedre enn slik det var. Kvaliteten har ikke bare med ABI-systemet å gjøre, det kommer vel så mye av hvordan man organiserer seg, og hvilke personer som er tilstede. Det er ikke systemet som er viktig her, det er hvordan vi møter den enkelte beboer i deres hjem.”*

Andre hjelpepleierinformanter sier det slik:

*”I bunn og grunn er kvaliteten rimelig god, men det er disse sviktene når det blir for travelt. Vi når ikke frem, vi strekker ikke til. Da blir det svikt. Stort sett klarer vi det, men vi jobber hardt for å gjøre det!”*

*”Kvaliteten for de gamle har blitt dårligere. Det har vært masse vikarer, det har vi jo måttet ha og det er ikke noe nytt. Men det sier seg selv at kvaliteten på pleien ikke blir den samme når du må springe etter klokken, det er for lite folk og du bare kan gjøre det aller nødvendige. Det blir bare ikke sånn som det skal bli da.”*

Sykepleierutsagn:

*Det har blitt mer stress. Jeg synes ikke jeg får gitt pasientene det de trenger. Før var det nok lettere å gi mer enn bare mat og stell. Man tenkte og gjorde på en annen måte. Nå er det så*

*mye annet som stjeler tiden. Men det har nok litt med kultur å gjøre, og holdninger. Ikke å få tid til å gjøre de tingene en vil, fratar meg som sykepleier noe av helheten. Det er mer teknisk i dag.”*

*”Samme kvalitet som før? Nei, jeg syns den er blitt dårligere, og det er fordi vi har det for travelt. Mange har forsvunnet, bunnen i kvaliteten er borte. De som er her, får ikke det de skal ha. Noen får det nok, hver dag. Andre får det nok aldri.”*

Som avslutning legges det frem en tabell som illustrerer hvordan informantene opplever endringen fra budsjett til ABI, og hvordan dette eventuelt påvirker opplevelsen i positiv eller negativ retning.

Tabell 4

	Virksomhet 1		Virksomhet 2	
	Antall	i % av total	Antall	i % av total
<b>Stor endring</b>	2	50 %	4	100 %
<b>Liten endring</b>	2	50 %	0	0 %
<b>Total</b>	4	100 %	4	100 %

To informanter i virksomhet 1 opplever endringen som liten, og som mindre negativ. Øvrige to informanter opplever at endringen er stor og gjennomgripende, og også som negativ. Alle informanter i virksomhet 2 opplever at endringen er stor og gjennomgripende, og negativ.

## 5. Drøfting

I dette kapittelet vil det bli foretatt en drøfting med bakgrunn i de data som er samlet inn, opp i mot teori som er presentert tidligere i avhandlingen.

### Problemstilling:

*”Opplevs kvaliteten på omsorgen pleiepersonale gir til eldre i sykehjemsavdelinger i Stavanger kommune endret etter innføring av ABI-systemet?”*

En casestudiedesign skal være beskrivende eller forklarende og belyse det aktuelle fenomen grundig. Det hjelper forskeren i å sortere resultatene og analysere dem, sier George & Bennett (2005). Resultatene i denne avhandlingen er ikke helt entydige. Det er subjektive meninger som er kommet frem i de ulike intervju situasjonene, og med det også like mange meninger som det har vært gjennomført intervjuer. Alle informanter har sin utdanning, sin erfaring og sine personlige meninger om kvalitet og ABI systemet. Det er et tydelig mønster i svarene, og det er at kvaliteten på en eller annen måte har blitt påvirket av ABI systemet. Avhandlingen ønsker å finne svar på spørsmålet om kvalitet i tjenestene etter ABI. Som Jacobsen (2005) skriver kan dette føre til ny kunnskap, eller det kan føre til en utvikling av allerede eksisterende kunnskap. Denne avhandlingen kan vise til data som forteller om hvordan ABI har fungert i de to virksomhetene der dataene er innsamlet. De ansatte forteller om sine opplevelser av kvaliteten på tjenesten, og hvordan ABI har forandret den. På så måte viser avhandlingen til ny kunnskap relatert til hvordan informantene opplever kombinasjonen omsorg og økonomi i sykehjemsavdeling.

Det er fremvist i tabell 1 hvordan informantene opplever hverdagen i sine virksomheter etter at ABI ble innført. Der er klar overvekt av en negativ opplevelse i begge virksomheter, dog er det flere positive eller delvis positive (to) i virksomhet 1, mens det er 100 % negative informanter i virksomhet 2. Seks av syv informanter på pleienivå (samtlige tre sykepleiere og tre av fire helsefagarbeidere) kommenterer ansvarsbyrden som følger med ABI. De må dokumentere mer og føler et stort ansvar vedrørende dette. De er klar over at pengene uteblir hvis dokumentasjonen er mangelfull. Samtidig som de bekrefter at de ser viktigheten i dokumentasjon stiller de også spørsmål ved at pleiepersonale er økonomisk ansvarliggjort på denne måten. Som en sykepleier uttrykker det når hun sier at hun er sykepleier, ikke økonom.

Undersøkelsen viser at spesielt sykepleierne opplever et større ansvar nå, det er de som må effektivere endringsmeldinger, samtidig som de skal opprettholde kvaliteten på sine øvrige oppgaver i avdelingen. Dette bekreftes også av informant på ledernivå som forteller om en økt arbeidsmengde for sykepleierne spesielt.

Halvparten (fire) av informantene forteller om en psykisk press og dårlige følelser om egen arbeidshverdag som til dels også går ut over privatlivet. En av dem sier at hvis det blir verre må hun bytte jobb eller gå ned i stilling. En annen forteller at hun er så sliten at hun nesten har gitt opp. Dette er alvorlige signaler, som bør tas til etterretning. Konsekvensene i fremtiden kan bli kostbare relatert til høyere sykefravær enn det allerede er, samt enda vanskeligere å rekruttere og beholde kvalifisert personale. Samtlige informanter på pleienivå (syv) nevner begrepet mestring, og hvordan de mange ganger opplever at de ikke mestrer oppgavene sine og den hverdagen som har blitt. Der er en følelse av utilstrekkelighet og maktløshet som de opplever som trist og vanskelig. Mestringsfølelse gir motivasjon og motivasjon gir engasjement. Engasjerte og motiverte ansatte har muligens høyere terskel for å stå i endringsprosesser som må komme.

Endringene i virksomhetene når ABI kom, opplevdes som store, omfattende og ikke-inkluderende av hovedparten (seks av åtte) av de informantene som denne studien bygger på. Helsefagarbeiderne jobber ut fra etiske retningslinjer som sier at de skal vise respekt for hvert menneskes iboende verdighet, gi tjenester av god faglig kvalitet og samtidig vise pårørende respekt og omsorg. Alle (fire) informanter på helsefagarbeidernivå forteller om en hverdag der dette ikke alltid er mulig å oppfylle. Dog legger én av de fire mer vekt på personlighet til de ansatte, enn systemet som sådant, når travelheten i hverdagen diskuteres. En informant forteller om pårørende som ser og vil si noe, men som likevel ikke gjør det. Om hvordan det føles å stå ansikt til ansikt med pårørende i en situasjon som oppleves vanskelig og belastende, men som informanten selv opplever han/hun ikke kan påvirke i stor grad. I Stavanger kommune var sykefraværet i første kvartal i 2011 8.2 %. Det er en foreløpig oppgang fra i fjor, da det lå på 7.5 %. Målet er å minske fraværet ned til 6 %, sier Eigil Harstad, helse,- miljø og sikkerhetssjef i Stavanger kommune ([www.absentia.no](http://www.absentia.no) URL). Rekruttering og å beholde den arbeidskraften som er i Stavanger kommune, og som kommunen kompetansehever, er et vedtatt satsingsområde (Omsorg 2025 [www.stavanger.kommune.no](http://www.stavanger.kommune.no) URL ). Ivaretagelse av ansatte i alle ledd er viktig for å nå disse målene. Dette kan sees på som en inkrementell justering som med små grep kan gjøres

underveis i en endringsprosess. Hvis det oppfattes at informasjonen ikke når frem, eller ikke blir forstått av mottakerne, er det viktig å øke fokuset på det området. To av informantene på helsefagarbeidernivå forteller om en så travel hverdag at de så vidt orker å stå i den, og at de må hente seg inn med jevne mellomrom.

Hvordan skal en arbeidsgiver forholde seg til at en del av de ansatte føler presset så stort at de selv føler de ikke klarer å fungere optimalt i pleien av de eldre? Undersøkelsen i de to virksomhetene viser at 50 % (fire) av informantene, både helsefagarbeidere og sykepleiere uavhengig av virksomhet, forteller at de føler presset er hardt, to av dem i så stor grad at det påvirker dem både på arbeid og privat. De mener det er psykisk belastende stadig å oppleve mangel på mestringsfølelse i sitt arbeid, og se at pasienter ikke mottar den omsorg de har krav på. Forskerens teori (Blaikie 2010) forteller om hypoteser som kan testes og utsagn som kan prøves empirisk og gi en viss validitet. Utsagnene til informantene i studien gir påstanden om at helsesektoren er preget av stressede ansatte og en opplevelse av psykisk belastning og dårlig mestringsfølelse av den grunn, en viss validitet. Det kan synes som det ikke bare er en løs myte, men en påstand med et visst hold i. Avhandlingens informanter deler tanker og innsikter fra sin hverdag som helsepersonell, en hverdag preget ikke bare av omsorg, men også av økonomi. Hvordan dette påvirker dem, og hva de mener påvirker deres opplevelse kan sammenlignes med det Kalleberg (2009) diskuterer i sin definisjon av teori og hverdagserfaringer. Det er også en bekreftelse på artikkelen på sykepleierforbundets hjemmeside ([www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no) 21.10.08 URL) som omhandler markedsstyringen av sykehus, og hvordan det påvirker humankapitalen, utviklingen og risikoen for overbelastning. Spørsmålet om dette kan overføres til hverdagen i sykehjem som er finansiert med ABI, bekreftes av undersøkelsen som er gjennomført.

Seks av åtte informanter opplever at hverdagen i avdelingene har forandret seg i negativ retning, med mer press på dem som helsearbeidere. Likeså trekkes det fort en parallell til det Mats Alveson skrev i 1983 om "sjukt arbeidsliv", om det mentale press mennesker kan få i sitt arbeid, og hvordan det skader hele samfunnet. I intervjuene oppleves det at informantene som taler om press og belastning etterlyser større forståelse for dette fra sin arbeidsgiver. De mener det er et for stort fokus på økonomi og et altfor lite mellommenneskelig fokus, både når det kommer til den direkte pleien, men også i forhold til ansatte og deres hverdag.

Hvis ansatte i en virksomhet stiller seg svært kritiske til en reform som ABI, kan det på sikt risikere å underminere organisasjonens identitet og omdømme. Prosessen der ABI ble innført



oppfattes av syv av de åtte informantene som dårlig eller delvis dårlig når det kommer til inkludering, informasjon og kommunikasjon med de ansatte i de ulike virksomhetene. Samtlige (fire) helsefagarbeidere forteller at de ikke riktig skjønnte systemet da det kom. Det er også spesielt på helsefagarbeidernivå en oppfatning av at de ble latt utenfor og ikke inkludert. Dette kan ha vært med å påvirke deres overveiende negative oppfatning av ABI som styringssystem. Kvåle & Wæraas (2006) mener at identitet i en organisasjon ikke er noe håndfast, det handler mer om ideer og forestillinger som gir mening. De ansatte som er intervjuet i denne avhandlingen sitter alle med sine opplevelser og meninger om ABI systemet som styringsverktøy, og hvordan dette påvirker deres og beboernes hverdag. Den felles forståelse de har av sin virkelighet, det som gir dem mening, er det som skaper identiteten i den enkelte organisasjon, ifg Kvåle & Wæraas (2006). Alle informanter forteller om hvordan ABI preger hverdagen og hvordan de tenker om det. Dette er med på å skape identiteten i de ulike virksomhetene. Nye ansatte blir innlemmet i en allerede eksisterende kultur, der de ansatte er knyttet sammen i en felles forståelse av hva som gir dem mening i det daglige arbeid. Særlig i virksomhet 2 er det en entydig negativ oppfatning (fire av fire) av det økonomiske fokus ABI gir. Også i virksomhet 1 er det en overvekt av negativ eller delvis positiv oppfatning (tre av fire) av ABI. Dette forteller om en kultur og en organisasjonsidentitet som ikke støtter gjeldende finansieringssystem i så stor grad som hadde vært ønskelig. Det forteller også om hvordan nyansatte kan risikere på bli opplært til en negativ oppfatning av nevnte system.

Det er ikke vanskelig å forestille seg at etter hvert som en kommune vokser, befolkningen blir større og kravet om flere tjenester øker, så vil også behovet for en organisasjon som utvikler seg i takt med disse kravene øke. Stavanger kommune er en av Norges største kommuner og den utvikler seg i takt med at kravene fra omverden blir større og mer komplekse. En kan forestille seg den konseptuelle foretaksmodell (Bush mfl 2007) hvor endring i omgivelser eller et internt delsystem forutsetter endring i andre delsystem for å kunne bevare sin likevekt og på lengre sikt sin overlevelsessevne. Normalsituasjonen for en organisasjon vil således være en dynamisk tilstand. Dette kan relateres til teori O, der hovedbudskapet er at det skal tas hensyn til humankapitalen i organisasjonen, læring, motivasjon og engasjement. Syv av åtte informanter i undersøkelsen etterlyser mer av denne måten å tenke på, og opplever at individene, både de ansatte og pasientene er tilsidesatte i en økonomisk tankegang som styrer mer og mer av hverdagen. Virkeligheten i teori O er sosialt skapt, og organisasjoner kan lære. Man er opptatt av kulturen og identiteten til organisasjonen og endringene følger denne

logikken. Informantene opplever ikke at dette tas hensyn til på sine arbeidsplasser, og etterlyser både mer påvirkningskraft og en større forståelse for deres opplevelse av sin hverdag.

Det kan for eksempel være et ønske om økt effektivitet og mindre ressursbruk som utløser ønsket om en endring i en organisasjon, dette er også kompatibelt med tankene i NPM som tidligere forklart. ABI modellen og innføringen av den kan ikke sies å være et produkt av teori O. Snarere har den store likhetstrekk med teori E som vektlegger struktur, strategi og systemer og profitt. Endringen måtte nok komme, men informantene som er intervjuet (seks av åtte) sitter med en opplevelse av at de hadde ønsket å være med på laget på en annen måte enn det som ble gjort. På et overordnet strategisk plan kan det være utfordrende, men ikke umulig, å inkludere alle ledd. Ute i virksomhetene kan en implementeringsprosess gjøres på en måte som både inkluderer og stimulerer til eierskap og samhold. Informant på ledernivå sier systemet ikke fungerer optimalt i dag, men mener det har med kultur og holdninger i organisasjonen hvordan det har blitt mottatt.

Én informant i virksomhet 1 er utelukkende positiv når ABI omtales. Øvrige tre informanter i samme virksomhet er enten negative eller delvis negative. Alle (4) informanter i virksomhet 2 er klart negative til ABI. Kan det være en betydning i hvordan organisasjonens kultur og holdningene hos de ansatte er når en oppskrift som ABI blir innført? Dataene i undersøkelsen tyder på at innføringsprosessen har farget synet på ABI i en negativ retning. Men de sier ikke noe om hvordan kulturen var i forkant av implementering av ABI som oppskrift. Måten innføringen skjedde på, med et sterkt fokus på økonomi har derimot skapt følelsen av at ABI er en oppskrift som ikke passer sammen med omsorg og pleie, slik informantene tolker det. Samtlige 8 informanter forteller at hverdagen er mer økonomisk preget i dag enn den var tidligere.

Kunne Stavanger kommune ved gjennomføringen av implementeringen påvirket oppfatningen hos de ansatte i positiv retning? Med henvisning til humankapitalen i atferdssystemet i den konseptuelle foretaksmodell vil det være mulig fordi atferdssystemet påvirker alle andre delsystemer, og fordi dette systemet består av menneskene i organisasjonen og således til dels kan sies å være følelsesstyrt. Oppgavene i hverdagen har blitt flere, både på pleiernes nivå, men også på ledernivå. Samtlige (syv) informanter på pleienivå forteller at de bruker mye tid ved datamaskinen og at dette tar tid de ellers ville brukt sammen med pasientene sine.

Informant på ledernivå bekrefter at dokumentasjon i dag tar mer tid for pleierne. Alle (syv) pleiere omtaler beboerne/pasientene som "sine". Dette vitner om et eierforhold til arbeidet sitt og en sterk ansvarsfølelse for de oppgaver de har. Kritikerne til NPM sier at det ikke i stor nok grad tas hensyn til at systemer som er politisk-demokratiske bør styres etter et normativt styringsgrunnlag. Når en storkommune blir pålagt fra politiske vedtak å innføre et nytt finansieringssystem som ABI vil det automatisk oppstå utfordringer. Det er her vi kan se konflikten mellom fagprofesjoner og det økonomiske styringsgrunnlag som mer og mer påvirker hverdagen til de enkeltmenneskene som skal yte omsorg av høyeste kvalitet, noe de også i sine utdanninger lærer å få inn i ryggmargen. Der er ikke økonomi det styrende, og når en ser disse, på mange måter ytterpunkter møtes, kan det oppstå konflikt. I Stavanger kommune drives alle sykehjemmene som separate virksomheter, og de respektive sykehjemmene er i sin tur delt opp i egne resultatenheter som har ansvar for egne driftsmidler. Samtlige informanter i undersøkelsen bekrefter at det *er* vanskelig å kombinere de to begrepene pleie og økonomi.

I teori O legger man stor vekt på menneskene i organisasjonen. Hvis de får mulighet til å medvirke og påvirke sin hverdag, vil dette skape motivasjon og engasjement for jobben de utfører. Informantene i denne studien bekrefter dette i stor grad, da samtlige (åtte) uttrykker ønske om å få være delaktige i prosessen da ABI ble innført. Inkluderte og engasjerte medarbeidere skaper motivasjon og samhold. Den identitet som organisasjonen har kan ifg Karlsen (forelesning 12.3.10) sees på fra to ulike perspektiver, det naturlige eller det strategiske. Det naturlige har vokst frem over tid og handler om hvordan organisasjonens indre liv fungerer. Det strategiske er noe som ledelsen bevisst kan skape og forme. En ser også at modellen til Hatch og Schultz (2002) forteller om samspillet mellom organisasjoners identitet, omdømme og kultur. De ansatte i virksomhetene som informantene jobber i, har sin kultur, sin identitet og sitt omdømme. ABI har påvirket hverdagen til alle involverte på en eller annen måte. Det vil også påvirke oppfatningen de ansatte har av sin arbeidsplass lokalt, og av Stavanger kommune som arbeidsgiver sentralt. Hva omverden tenker og føler om virksomhetene og kommunen vil også påvirkes og bli påvirket av ansatte og deres holdninger. Det er et fint samspill, der de ulike delene er tett knyttet til hverandre. Ved å innføre en så omfattende oppskrift som ABI i en organisasjon, er der mulighet for å skape en sterk identitet, men man kan sannsynligvis også risikere å gjøre eksisterende identitet svakere, dersom de ansatte ikke tror på det som blir innført. Kvåle og Wæraas (2006) sier som tidligere vist at identitet i organisasjon påvirkes og blir påvirket av menneskene som jobber i den, og at det er

disse menneskene, og påvirkningen utenfra, som skaper identiteten. Informanten på ledernivå mener det avhenger av personlighet til de ansatte, kultur og holdninger hvordan en endring blir mottatt og hvordan den vil fungere. Denne informanten forsterker det som modellen til Hatch og Shultz (2002) illustrerer, nemlig at kulturen i en organisasjon henger sammen med den identitet som er skapt innad og utad, og at omdømmet påvirkes og blir påvirket av hvordan organisasjonen fungerer som helhetlig system.

Motstand til en endring som skal komme, eller en endring som er gjennomført, kan hvis en refererer til Piderit (2000) minskes, eller unngås i stor grad, hvis en anerkjenner ambivalensen hos de ansatte. Hvis en gir rom for flere følelser på en gang, samtidig som det er anerkjent og tillatt å føle sinne, sorg eller fortvilelse, vil en ha forutsetning for å lære, og for å kunne komme motstanden i møte. Informantene som opplever at ABI preger hverdagen i negativ retning (seks av åtte), eller delvis negativ retning (én), har også negative utsagn om hvordan systemet fungerer i samhandling med den omsorg som de skal gi. Seks av åtte informanter nevner tid og følelse av utilstrekkelighet i det daglige arbeid, men forholder seg samtidig lojal til sitt arbeid og sin arbeidsgiver. De viser det Piderit (2000) hevder er vanlig i motstandsprosesser; flere følelser på en gang. Jacobsen (2008) sier at endringsprosesser ikke bare skal sees på oversettelsesprosesser. De inneholder også politiske og emosjonelle komponenter. Han mener at de aller fleste endringsprosesser vil preges av en eller annen type motstand, dette kan for eksempel være følelsesmessig motstand. Som tidligere gjengitt omtaler han denne motstanden i ulike faser, der de to første stadiene med henholdsvis apati/likegyldighet og passiv motstand kommer til syne i dataene innsamlet fra informantene i denne avhandlingen. 50 % (fire) forteller om avmakt, sorg, tristhet i større eller mindre grad, og maktløshet mot en utvikling de ikke rår over. Likevel forholder de seg lojale til systemet og utøver ikke noen form for aktiv motstand.

Ifg. Trice & Beyer (1996) må ledelsen i en endringsprosess være klar over hvor stor endringen er, og hvordan de skal iverksette ulike tiltak ifht om endringen er strategisk eller inkrementell. Der vil alltid være en risiko for å støte på motstand og likegyldighet fra noen eller flere ansatte, men risikoen kan gjøres mindre hvis man er klar over i hvilken grad endringen kan påvirke, og samtidig unngår å tenke på motstand som noe utelukkende negativt. Ford & D'Amelio sier akkurat dette. Det engasjement og den vilje som oppstår i forbindelse med skepsis og motstand mot endring bør tas i vare, og tas til etterretning, mener de. Denne kan gi grobunn for evaluering og tilpasning underveis. En politisk endring som

innføringen av ABI i Stavanger kommune tross alt er, vil ha begrenset med tilpasningsmuligheter, da modellen er vedtatt. Det som kan påvirkes underveis er hvordan informasjonen blir gitt og hvordan kommunikasjonen med de ansatte foregår. Undersøkelsen viser at syv av åtte informanter opplevde innføringsprosessen som mangelfull, og helsefagarbeiderne (fire) sier de ikke helt hadde forstått modellen når den kom, fordi de ikke var blitt inkludert i opplæringen på samme måte som ledere og sykepleiere. Karlsen & Øverland (2010) poengterer i den dialektiske endringsmodellen, at mye handler om tilpasningen og endringen i seg selv og at man underveis evaluerer og gjør mindre forbedrings- og tilpasningstiltak. Det er ikke alltid endringer har den ønskede effekt, og noen ganger må forbedringer gjøres underveis. De ansatte på spesielt helsefagarbeidernivå i denne avhandlingen vitner om en følelse av ikke å ha vært deltakende i prosessen, om å være utelatt og lite inkludert. De forteller at de ikke opplever at det er gjort noen justeringer underveis i prosessen, men de har heller ikke gitt klar beskjed om hvordan de opplever informasjonen.

Politikerne i Stavanger gjorde på et tidspunkt en intensjonal analyse av situasjonen og fant den til å være ikke tilfredsstillende ifht. de mål man hadde om resultater og ytelse av de tjenester man har inngått med sine omgivelser. ABI reformen er politisk vedtatt og behandlet i Kommunalstyret for levekår i Stavanger kommune (Rådgiver A. K. Salthe, Stavanger kommune). Et vedtak fattet av politikere kan defineres som et vedtak fattet av det Ingebrigtsen & Ottesen (1993) omtaler som en uavhengig omverden. Dette handler om en omverden som ikke direkte påvirkes av en beslutning, men som i aller høyeste grad selv påvirker organisasjoner med sine vedtak. Som for eksempel vedtaket om å innføre ABI. På ledernivå ble det gjennomført opplæring av ABI før innføring, det ble også gitt oppfølging underveis, ifg informantene. Sykepleierne fikk til dels også opplæring, men denne nådde ikke ut til alle. Hjelpepleiere og omsorgsarbeidere fikk ikke noen annen opplæring eller informasjon enn den deres nærmeste leder ga, eller det de fikk av sykepleierne i avdelingen. Ved å inkludere alle ansatte i opplæring og ikke minst informasjon, ville en kunne spart virksomhetene for både mangelfull forståelse for ABI som system og verktøy, men også kunne man oppnådd en mindre skepsis og møtt mindre negativ omtale internt i virksomhetene. Likevel klandrer ikke informantene sine nære ledere eller sykepleiere for den opplæringen som er gitt.

I en omsorgspreget hverdag som er konteksten i denne avhandlingen kan omsorgsgrunnlaget til pleierne stå i grell kontrast til økonomenes ønske om mindre ressursbruk og høyere gevinst.

Er det skarpe motsetninger, eller kan de kombineres på en måte som er produktiv og tilfredsstillende for alle parter? Busch mfl (2007) presenterer fire ulike skritt i en endringsprosess som hvis de følges, skal sikre en god implementeringsprosess. Erkjennelsen av situasjonen, eksponeringsfasen, handler om at man bør få til et forpliktende samspill mellom de ulike interessentene. Deretter kommer klargjøringsfasen der ledelsessystemet skal styrkes og man skal sikre at implementeringsprosessen beveger seg nedover i organisasjonens lag. Så følger omdanningsfasen der man skal gjennomføre en transformasjon og der konkrete tiltak skal iverksettes. Det er her man direkte berører atferdssystemet, altså organisasjonens humankapital og kulturen til organisasjonen. Til sist følger stabiliseringsfasen der det bør være en viss balanse mellom innovasjon, kontinuitet og omdanning gjennom prosessen og etter endt gjennomføring. Informantene som er skeptiske til ABI er også svært skeptiske til prosessen med å innføre systemet. I lys av Busch mfl (2007) sin fremstilling av en god implementeringsprosess kan man se noen mangler i implementeringsprosessen. Informantene (seks av åtte) opplevde ikke å delta i et forpliktende samspill, annet enn at de følte seg tvunget til å tilpasse seg. De opplevde heller ikke at omdanningsfasen ble gjort slik at virksomhetenes i hovedsak omsorgspregede kultur ble tatt hensyn til. Heller ikke er det uttalt oppfatning hos de samme informantene at stabiliseringsfasen har klart å stabilisere og balansere det nye som har kommet sammen med hverdagen som har vært tidligere.

Omsorgssektoren er stor og kompleks. Den preges av offentlige virksomheter og av private aktører som overtar en del av markedet. Man konkurrerer om knappe ressurser, både penger og humankapital. Den som er flinkest til å tilpasse seg indre og ytre krav og forventninger vil også vokse på det. De som ikke møter omgivelsenes krav om kvalitet på tjenestene vil heller ikke overleve i et presset marked. Dette er også sammenlignbart med den konseptuelle foretaksmodell til Busch mfl (2007), jf. s.14, der er alle delsystemer avhengige ikke bare av hverandre, men også av omverden. Den uavhengige omverden (politikere) vedtok at ABI skulle innføres i sykehjem i Stavanger kommune. Det var opptil virksomhetene å ivareta ansatte og pasienter implementeringsprosessen. Informantene forteller om en prosess der virksomhetene ikke fullt ut har klart å imøtekomme dette, og derav vært med på å skape en prosess med noen negative fortegn. Endringsevnen og endringskompetansen i en organisasjon blir bedre hvis alle delsystemer fungerer seg imellom, samtidig som kontraktsforhandlingene med omverden er gode og motivasjonen hos de ansatte er høy. Endringskraften i alle delsystemer må mobiliseres, samtidig som endringspresset utenfra ikke må overstige organisasjonens evne til å tilpasse seg. ABI systemet er omfattende, og utfordrer

helsepersonells tradisjonelle tenkemåte, dette er noe samtlige informanter bekrefter er vanskelig å forholde seg til. Og i lys av teori om organisasjoners evne til å endre seg, tar det tid å tilpasse seg en oppskrift som ikke umiddelbart appellerer til atferdssystemet og den kultur som de ansatte identifiserer seg med.

Tabell 2 viser hvordan informantene opplever implementeringsprosessen. Samtlige informanter forteller om en prosess som opplevdes rask, ovenfra og ned samt lite og/eller mangelfull informasjon. Det blir flere ganger nevnt, spesielt på hjelpepleiernivå, at det med fordel kunne vært brukt mer tid på å informere i forkant, for å skape en opplevelse av medvirkning og forståelse hos denne gruppen. Alle (fire) hjelpepleiere oppgir at de ikke følte seg delaktige i prosessen, og det er uttrykt ønske om å få være mer med i prosessen. Det kan synes som om innføringen av ABI systemet ikke har lyktes i å samle alle ansatte om oppskriften. Noe av skylden kan muligens plasseres på selve implementeringsprosessen der en med fordel kunne inkludert alle ansatte, i alle ledd, for å øke sannsynligheten for et felles eierskap til systemet, og på måten det kan brukes for å heve kvaliteten, ikke som brorparten av informantene (seks) oppfatter det, til å få dårligere kvalitet. En ser her at det kan trekkes linjer til immunitetsreaksjoner i virusteorien (Røvik 2007). Hvis en organisasjonsoppskrift utløser en negativ følelse i organisasjonen kan en immunitetsreaksjon utløses og gjøre det vanskelig for oppskriften å få fotfeste. Motstanden kan komme av at ansatte ikke er delaktige og involverte, og derfor trenger ikke oppskriften inn i alle lag av organisasjonen. I virusteorien hevder Røvik (2007) at en kan se likheter med hvordan virus smitter, inkubasjonstiden deres, immunitet, mutasjoner, inaktivering og reaktivering når en ser på hvordan oppskrifter sprer seg og smitter mellom ulike organisasjoner.

ABI er som tidligere nevnt en politisk vedtatt oppskrift. Stavanger kommune skulle på et tidspunkt innføre denne oppskriften, og på best mulig måte legge til rette for at den skulle tas i bruk og fungere optimalt. Den passive motstanden som informantene vitner om, vil kunne ha konsekvenser for virksomhetenes immunitetsreaksjoner på oppskriften. Den likegyldighet og apati som spesielt to av informantene forteller om, vil kunne ha som følge at oppskriften ikke nyttes og brukes optimalt, fordi deler av arbeidsstokken ikke tror på den, og ikke føler eierskap til den. Dette kan sammenlignes med det Røvik (2007) sier når han hevder at organisasjoner som ikke evner å få alle med på laget og på den måte sprer oppskriften i alle ledd, vil kunne oppleve en slik immunitetsreaksjon.

Det symbolske perspektiv på endring forsterker også funnene om opplevd dårligere kvalitet, samt et dårlig eierskap til selve oppskriften ABI. Det presiseres her at symboler er viktige, og at organisasjonen er sosialt konstruert og avspeiler den sosiale virkelighet man lever i. Røvik (2007) skriver i sin virusteori som tidligere redegjort for, at organisasjonsoppskrifter ofte tas i bruk i en optimistisk ånd der en ser for seg en rask og enkel innstalleringsprosess, men at det ofte viser seg at dette ikke er realiteten.

Hvis informantene hadde opplevd informasjonen om ABI og implementeringsprosessen som tydeligere, kunne kanskje oppskriften ha blitt mottatt med mer optimisme og mindre skepsis og motstand. Det kan være slik at endringsagenten selv er med på å skape større motstand enn det i utgangspunktet var, gjennom sin væremåte, og gjennom hvordan for eksempel informasjonen om prosessen formidles. Ford & D'Amelio (2008) hevder at dette handler om at endringsagenten ofte ser prosessen uten fra og tilskriver motstand til endringens mottaker, og på den måten fraskriver seg ansvar for selve motstanden. Hele seks av åtte informanter i avhandlingen vitner om en følelse av avmakt og passiv motstand mot ABI, det er en endring som de ikke ønsker, og som de mener medfører dårligere kvalitet. Det kan muligens være slik at en annen tilnærming i prosessens start ville ha gitt mindre motstand og skepsis ute i virksomhetene, og blant de ansatte. Det er rimelig å anta at nye ansatte i virksomhetene vil høre mye negativt om ABI.

Det fremgår i intervjuene med de mest skeptiske informantene at de ikke kan fordra ABI og måten de må tenke på for å tilpasse seg systemet. De føler det er svært lite kompatibelt med den måten de er opplært i sine respektive utdanninger, og føler sterk motstand ved prinsippet om å måle helse i kroner og øre. Dette er følelser og meningsytringer man bør ta på aller høyeste alvor, fordi hvis ABI skal fungere optimalt, bør også alle ansatte være involverte i prosessen og trekke i samme retning. Stavanger kommune hadde ifg teorien til Nadler & Tushman (1990) store muligheter for å få til en suksessfull endringsprosess i lys av at strategiske, proaktive endringer har stor sannsynlighet for å lykkes. Informantenes opplevelse er at prosessen ikke er riktig så vellykket som man kunne tenke seg at de kunne ha vært. Dette forsterkes også av Ford & D'Amelio som sier at når ansatte eller andre involverte i en endringsprosess føler seg urettferdig behandlet og ført bak lyset, vil også motstand lettere oppstå.



Nadler og Tushman (1990) vektlegger små, inkrementelle justeringer underveis i organisasjoner. Store strategiske endringer trenger ikke nødvendigvis å være suksessoppskrifter, de kan i hvert fall med fordel kombineres med noen små justeringer underveis. Videre sier også Røvik (2007) at prosessen med å innføre en ny oppskrift i en organisasjon absolutt ikke skal sees på som rask og uproblematisk, men at disse prosessene ofte er langtrukne og svært omfattende. Transformasjonssystemet kan danne en barriere og oppskriften kan være vanskelig å få til å feste seg i organisasjonens alle ulike lag. Hvis den ikke tas imot og blir satt i verk i praksis, vil det heller ikke bli en vel gjennomført implementeringsprosess. Samtidig må en huske på at atferdssystemet i stor grad vil kunne påvirke en oppskrift og dens vellykkethet i en organisasjon. I denne avhandlingen kommer det frem at en stor del av informantene (syv av åtte) er mer eller mindre skeptiske til ABI og måten økonomi styrer en hverdag de mener bør preges av pleie og omsorg. En kan ane en prosess som har blitt gjennomført med en optimistisk start, slik som Røvik (2007) hevder at mange oppskrifter blir gjort. Han minner dog om at man skal være klar over at utfallet er alt annet enn klart på forhånd, og at man bør ta sine forholdsregler.

Hvis informantene kunne valgt, ville de hatt ABI eller ville de hatt ”tradisjonell budsjettstyring”? Tabell 3 viser hvordan svarene fordeler seg, de er ikke så entydige som det i utgangspunktet kan antas. Det er både for og imot, det er også en tanke hos flere at selve ideen om penger som følger bruker er rettferdig, men de oppfatter at den ikke fungerer optimalt, og ser ut å gi en del negative konsekvenser for pasienter og ansatte, i den form den eksisterer i dag. Fem av informantene, både sykepleiere og hjelpepleiere, ønsker å fjerne ABI og den tenkemåte det systemet fører med seg. De ønsker tradisjonell budsjettstyring, med den trygghet og forutsigbarhet det gir. To informanter ønsker å beholde ABI, men mener det bør justeres og tilpasses. Én informant mener ABI fungerer bra som det er i dag. Rollen som helsepersonell har forandret seg, sier informantene som har jobbet lengst, noen i flere tiår. Det er mer teknisk, det er mer effektivitetspress og det er mindre pasient i fokus. Karlsen & Øverland (2010) hevder at noen typer endringer følger mønsteret om livssyklus, det er forutbestemt, det følger det samme mønsteret hele tiden. En informant sier hun er så sliten at hun nesten ikke holder ut, en annen sier at de har visst at denne forandringen til slutt ville komme og sender da tankene til livssyklusteorien for endring. Den teleologiske modellen sier at endringer er planlagte og strukturerte, og gir en enkel og oversiktlig måte å se endring på. Stavanger kommune har planlagt endringen om finansieringssystem etter at det ble politisk vedtatt at den skulle gjennomføres.

Det er i resultatdelen lagt frem informasjon fra seks av åtte informanter at de ikke opplever at det er samsvar mellom kravet om å dokumentere og den tid de faktisk har til rådighet til å gjøre det. Informant på ledernivå bekrefter også at sykepleierne har en kraftig økt dokumentasjonsplikt etter ABI, og bekrefter dermed opplevelsen til sykepleierne om mer oppgaver. Hvis dette blir tatt til etterretning, er det et annet eksempel på hvordan små, inkrementelle grep underveis kan gjøre arbeidet med implementeringen lettere. Det kan synes som en del av den negative oppfatningen av ABI henger sammen ikke bare med det press det medfører for de ansatte, men også hvordan det ble innført, samt at det ikke er samsvar mellom krav og realitet i forbindelse med systemet. Særlig dokumentasjon nevnes av informantene som et krav de ikke opplever at hverdagen tilrettelegger for i så stor grad som er nødvendig.

Har Stavanger kommune som organisasjon adoptert alle eller bare deler av de ulike kriteriene som blir presentert i New Public Management (NPM)? Alle kriterier synes å være tilstede bortsett fra prinsippet om belønning til de ansatte. Dette oppleves lite vektlagt i den store sammenheng. Det er en kjensgjerning at det i privat sektor brukes begreper som bonuser og annen godtgjøring for å stimulere til individuell prestasjon, dette er ikke like vanlig i kommunal sektor og i sykehjemsavdelinger. Den enkelte mellomleder har liten eller ingen mulighet for de store utskjeielser i den forbindelse, og bruken av individuell belønning er derfor lite utbredt. Dette er også en oppfatning som samtlige informanter bekrefter. Det er liten plass for den enkelte ansatt i hverdagen. Betyr dette at Stavanger kommune har gjort det ”enkelt” for seg, ved ikke å bruke tid eller ressurser på belønningssystem og incentiver på pleienivået, eller kan en heller slå fast at de har valgt den vanskelige veien? Informant på ledernivå mener det er like mye opp til personene i virksomheten, kultur og holdninger som vil systemet som sådant, hvordan ABI fungerer. Dette tilsier også at det kan være muligheter for å motivere og engasjere ansatte på den måte som NPM fremhever.

Når en ser på omsorgstjenester i sykehjem ser man at ABI i teorien kan oppleves som et vel fungerende system, dette er også noe informantene bekrefter. Når modellen omsettes i praksis er det imidlertid slik at man blir klar over at den medfører utfordringer, både ifht stabilitet i arbeidsstokken, krav til saksbehandling hos de pleieansatte (sykepleierne), et kraftig økt dokumentasjonskrav for alle ansatte og ikke minst kostnader for å administrere og drifte modellen. ABI systemet ble bestemt innført i sykehjemmene i Stavanger kommune fra 1.1.2006. Det hadde da fungert som finansieringssystem i hjemmebaserte tjenester i to år (Saksframlegg 047659/04 10.11.04). Systemet ble til slutt tatt i bruk fra 1.1.2008. Prosessen

med å innføre ABI systemet ble behandlet fortløpende i Kommunalstyret for levekår. En informant sier at ABI som system oppleves som rettferdig, det skal vanskelig gjøres å finne et mer rettferdig system. Men slik det fungerer i praksis, og det som er blitt de opplevde følgene av det, oppleves ikke som rettferdig. Undersøkelsen viser at sykepleieren stadig utfordres i sin måte å forstå, handle og reflektere. Når hun/han hver dag blir tvunget til å tenke og handle på måter som ikke før har vært aktuelt, hvordan påvirker det yrkesrollen og forståelsen av seg selv som omsorgsperson i det hverdagslige? Seks av syv informanter på pleienivå forteller at de opplever hverdagen som travel og at de ofte eller rimelig ofte går over grensen for hva de selv mener er god nok kvalitet. En sykepleier forteller om dager der hun går hjem uten å huske om pasientene hennes har vært på toalettet, og der hun er nødt til å stole på at øvrige pleiere ser det hun ikke klarer å se, fordi hun har det for travelt. Samtidig forteller hun også om den følelsen av utilstrekkelighet som dette gir henne. Teoretisk sykepleierkunnskap handler blant annet om å ivareta alle behovene til pasienten, ikke bare de fysiske, men også de psykiske, åndelige og sosiale behovene. Det er tydelige og helt konkrete svar i intervjuene der informantene mener at disse behovene ikke ivaretas i tilfredsstillende grad, og at dette oppleves som svært problematisk og stressende for pleiere på alle nivåer. Alle tre sykepleierne oppgir at det er mer prosedyrer og en mer teknisk hverdag som sykepleier i dag, enn det var for 5-10 år siden. De sier også at dette tar tid fra dem, tid som de heller ville brukt sammen med pasientene, til den gode samtale. Sykepleierne forteller om en hverdag som blir styrt av tekniske oppgaver, dokumentasjonsplikt og andre sykepleieoppgaver, som det tidligere ikke var like stor vekt på. Dette legger en ekstra press til byrden de opplever de har med å lære opp nye medarbeidere, ta imot studenter og følge dem opp, samt å være tilstede for pasientene hvert minutt. Summen av oppgavene blir for store, opplever sykepleierne, og de føler ikke at de får tilstrekkelig tid til overs for å gi pasientene det de har behov for.

Samtlige informanter sier at hvis de er nødt å prioritere mellom pasient og system, er valget enkelt og helt selvsagt. Det vil alltid være pasienten som er det viktigste. Det som fremgår med tydelighet av deres svar er at dette valget ikke oppleves like tydelig fra ledelsen sin side, fordi det hele tiden poengteres at pengene må i fokus, det må spares der det spares kan. Med dette budskapet fra ledelsen blir hele verdigrunnlaget til sykepleieren og helsefagarbeideren utfordret. *"Det er skummelt når det blir viktigere å rapportere det riktige enn å gjøre det riktige"* (Sitat professor Tian Sørhaug i Aftenposten 26.2.11 URL). Et flertall (seks av åtte) av informantene sier det samme på forskjellige måter, de mener det er stikk i strid med det faglige og etiske grunnlag de skal og må utføre sitt arbeid på. De opplever at den til stadighet

tilbakekommende meldingen fra ”høyere hold” sier at det skal spares penger, uten at det skal gå ut over kvaliteten. Dette mener de seks informantene ikke er mulig å få til.

En sykepleier er moralsk og etisk bundet til å handle riktig og dette blir det også lagt stor vekt på i utdanningen av alt helsepersonell. Det å oppleve at denne etiske dimensjonen faktisk må vike til fordel for økonomiske prinsipper, oppleves av informantene som svært vanskelig å håndtere, og flere forteller om vonde følelser i den forbindelse. De skal kombinere sitt verdigrunnlag med en økonomisk tankemåte som de ikke helt forstår, og heller ikke helt ser logikken i. Kjell Arne Røvik forteller i Aftenposten 26.2.2011 at målstyringspolitikken styrer også kommunal sektor, og dette bekreftes av sykepleierne i denne undersøkelsen. De opplever fokuset på økonomi, mindre ressursbruk og grønne tall så sterkt at det til stadighet utfordrer deres etiske kunnskap, og de verdier som de bygger sin rolle som sykepleiere på. Når en relaterer sykepleieren sitt etiske verdigrunnlag til målstyringspolitikken i ABI modellen, vil en se at det fort kan oppstå konflikter her. En sykepleier er utdannet til å gi den absolutt beste pleien til sine pasienter, hun/han skal gi pasienten alt det vedkommende trenger der og da. Når samme sykepleier stilles overfor krav om å tenke økonomi når hun/han utøver sykepleie, vil det bli et dilemma ifht hvordan det skal prioriteres. Informantene i avhandlingen uttrykker uro over kvaliteten på tjenestene de utøver hver dag for gamle i sykehjemsavdelinger i en av Norges største kommuner. Samtidig stadfester samtlige (åtte) informanter at hvis de må velge bort noe, så prioriteres pasientene i første rekke. Men de vedgår at det kan gå på bekostning av andre ting, som for eksempel dokumentasjon. Denne bekymringen bør også tas på alvor.

Når pleierne leter etter mening i sitt arbeid og føler de springer mer enn de går, møter de også utfordringer når det kommer til deres rolle som helsepersonell i sykehjem. Mange demensavdelinger har 30-sone. Dette betyr at man går sakte, man sitter gjerne ned sammen med beboerne og man bruker lav og harmonisk innestemme i fellesarealer. En informant forteller om beboeren som ikke turte å stole på at hun faktisk kom til å sette seg ned, som hun lovet. En annen forteller om hvor vanskelig det er å være tilstede i nuet når en har det travelt på jobb og hvor lett beboerne merker at en ikke er tilstede. Tidsperspektivet går igjen og igjen hos informantene (syv av åtte), og det kan synes som om de mener mye ville vært lettere og mange frustrasjoner ville vært unngått, hvis de hadde hatt mer tid til rådighet. Når Karlsen & Øverland (2010) redegjør for tidsbegrepet, redegjør de også for hvordan vi på mange måter skaper vår fremtid ved det vi gjør i dag, og det vi gjorde i går. Hva type fremtid er det som blir skapt i omsorgssituasjonen mellom pleier og pasient i lys av ABI systemet? En sykepleier

forteller om skepsis og uro innenfor en fremtid hun tror vil preges mer og mer av økonomiske hensyn, og mindre av pleie og omsorg.

Informantene i undersøkelsen mener at kvalitet handler om i hvor stor grad pasienten får det de har krav på, og det lille ekstra. Opplevelse av kvalitet er subjektiv, og er derfor vanskelig å måle direkte. Konkrete eksempler på hvordan informantenes oppfatning om kvalitet blir utfordret blir gitt av alle informanter på pleienivå, også informanten som i utgangspunktet er positiv til ABI. Eksempelvis hvordan de pga tidspress ikke klarer å følge pasientene sine opp godt nok. Det går på verdigheten løs, hos beboere, men også hos de ansatte. Det vises til at oppgaver prioriteres bort, fordi de ikke er livsnødvendige. En sykepleier forteller om pasienter som ikke får dusje så ofte som de har krav på, eller ikke får den gåtreeningen som de burde. En hjelpepleier forteller om skjemaer over pasientene som viser hvor mye tid de skal bruke hos den enkelte pasient. Hun sier samtidig at dette fokuset på tid og penger i kontakt med mennesker ikke harmonerer. En annen hjelpepleier mener at det er helt klart at kvaliteten blir dårligere når de er underbemannet, bruker mange vikarer og må springe fra oppgave til oppgave. Tabell 4 viser hvordan hovedparten av informantenes opplevelse av ABI tegner seg, om de mener den er stor eller liten, positiv eller negativ.

Innledningsvis i avhandlingen ble det stilt spørsmål ved om den demente pasient og vedkommendes behov for forutsigbarhet, trygghet og ”kjente pleiere” ble ivaretatt i ABI systemet. Det ble også stilt spørsmål ved om den somatisk syke, men psykisk friske pasient sine behov for samtaler og sosial stimuli blir ivaretatt i ABI. Det ble uttrykket et ønske om at undersøkelsen kunne finne svar på disse spørsmålene. Disse spørsmålene er lette å knytte direkte til begrepet kvalitet. Samtlige informanter kommer ofte tilbake til begrepet tid og travelhet. De vitner om dager som blir spist opp av plikter, og at det ikke er godt nok ivaretatt i systemet at ulike pasientgrupper trenger og krever ulik fremgangsmåte i hvordan møte dem i deres hverdag. Informant på avdelingsledernivå mener at ABI og demens p.t ikke fungerer optimalt sammen. Sykepleierne hevder at det er mer uro nå enn før på grunn av at de ikke har den tiden til rådighet som egentlig trengs for å trygge og roe den demente pasient.

Det er også klare utsagn når det kommer til sosial kontakt med beboerne generelt. Der er for liten tid til det, i forhold til hva pleierne dels mener de bør gi, men også ifht hva beboerne har krav på. Dette er også det området som oftest prioriteres bort når livsviktige funksjoner må ivaretas. Sammenlignet med det etiske verdigrunnlaget til sykepleieren som forteller om

ivaretagelse av også den åndelige og sosiale biten av mennesket, ser vi her en mangel. Den kritiske leir til NPM hevder også at NPM ikke tar hensyn til den annerledeshet og kompleksitet som finnes i offentlig sektor (Røvik 2007). Det kan synes som om dette er en realitet i de virksomheter informantene arbeider i, slik de selv oppfatter det. Omsorg og økonomi lar seg ikke kombinere på en god nok måte, ifølge informantene, og sier at dette går ut over kvaliteten på tjenestene.

## 6. Kritisk refleksjon

Avhandlingen har sakte men sikkert tatt form, alt ettersom prosessen har gått fremover. Valg av problemstilling var tidlig klar, men hvorvidt den skulle handle om demens eller somatikk var et spørsmål som ikke like enkelt lot seg besvare. Det endte til slutt med at problemstillingen skulle omfatte både demensavdelinger og langtidsavdelinger, så kalt somatiske sykehjemsavdelinger. Hovedgrunnen for dette var at størrelsen på utvalget hvor informantene skulle trekkes fra, ikke ble stort nok hvis problemstillingen begrenset seg til demenspasienter. Det var nemlig et krav at de informantene som var aktuelle for å delta i studien, måtte ha jobbet i sine stillinger i fire år eller mer. Hvis ikke ville avhandlingen mistet en viktig troverdighetskilde, da det var helt ønskelig fra forsker sin side at informantene måtte ha sett avdelingen de jobber i, både før ABI og etterpå.

Antall informanter kunne nok vært flere. Det ble bestemt å gå inn i to virksomheter, og der intervjuet fire-fem stykker. Det viste seg å være vanskelig å få to informanter på ledernivå, og studien har derfor kun uttalelser fra én informant på ledernivå. Dette kan oppleves som en svakhet, men samtidig er det i problemstillingen lagt vekt på hvordan pleiepersonale oppfatter hverdagen etter ABI. Det er lagt mindre vekt på lederes tanker, det ville kunnet bli en helt annen vinkling på et mer strategisk nivå. Alle åtte informanter er trukket under et, når det har vært drøfting rundt tema som for eksempel kvalitet, ABI som oppskrift og hverdagen før/etter. Det er tydeliggjort hvem som sier hva, i form av at det er presisert hva lederinformant sier. Og at dette da skilles litt ut fra pleieansatte. Dette kan muligens oppleves som noe ufullstendig, da det er klart størst vekt på hva de pleieansatte mener. Alle har sine ulike og unike erfaringer, og det var et ønske om å få frem de store linjene i oppfatningen av ABI. Dette har avhandlingen klart, etter forskers mening. Det ville vært en styrke for avhandlingen og gått inn i flere sammenlignbare virksomheter for å se om tendensen hadde vært like klart negativ mot ABI der også. Dette har av tidshensyn ikke vært mulig å gjennomføre.

## Konklusjon

Har kvaliteten på omsorgen som blir gitt i sykehjem forandret seg etter at Stavanger kommune innførte ABI-systemet som finansieringssystem? Et av målene med denne avhandlingen var å få et svar på dette, gjennom intervjuer med informanter ansatt ved to forskjellige sykehjem.

Resultatene er preget av mange følelsesladete utsagn av ansatte som opplever en hverdag som preges av mer enn pleie og omsorg. De forteller om vonde følelser og avmakt, men også av gode stunder og varme samtaler. Det er store motsetninger.

Kvaliteten på tjenestene sykepleieren, hjelpepleieren og omsorgsarbeideren gir de gamle i sykehjem i Stavanger kommune har endret seg etter at ABI ble innført. Det store flertallet av informantene mener det har blitt dårligere kvalitet, men det er ikke like mange som ville valgt bort ABI hvis de kunne. Systemet synes å appellere til tross for all negativ oppmerksomhet. Resultatene forteller derimot om en opplevelse hos de ansatte om at implementeringsprosessen kunne vært gjennomført på en annen måte, og det kan se ut som dette har gjort at motstanden og følelsen av maktløshet har blitt større enn nødvendig. Flesteparten av informantene vitner om en prosess som gikk for fort og som ikke overhodet ga nok informasjon i alle ledd. Både informasjonen underveis i prosessen, delaktigheten de ansatte hadde muligheten til, hvordan ABI passer sammen med helsepersonales verdigrunnlag og hvordan det tilrettelegges for ABI i hverdagen, ser ut til å være hovedgrunnene til at der er en negativ opplevelse til ABI hos de fleste av informantene.

En skal huske på det indre forsvarsverket i en organisasjon som kan knyttes til selve ideen, hvordan den passer inn med den praksis som allerede er i virksomheten, om ideen overrensstemmer med gjeldende verdier og normer samt om den samsvarer med individers og grupperes interesser (Røvik 2007). Hvis disse kriteriene ikke i viss grad er oppfylt vil det kunne resultere i motstand. Denne avhandlingen har vist noen tendenser der en kan se at ikke alle disse kriteriene er oppfylt i særlig stor grad.

*”Det er to grøfter man må unngå; å være ukritisk moteløve og å dra rullgardinen helt ned”* (Professor Kjell Arne Røvik i Aftenposten 26.2.2011 URL). Nye oppskrifter kommer hele tiden til å nå organisasjoner. Det viktige er å vite hva som er en oppskrift som holder mål, og



som vil ha en forutsetning for å kunne implementeres i organisasjonen. Røvik (2007) hevder at virusteorien er en bedre og mer beskrivende måte å se på organisasjonsoppskrifter. Metaforen virus forteller at mye kan skje med en oppskrift når den når organisasjonen, og at motemetaforen er en for enkel måte å se denne prosessen på. Et virus kan mutere, spre seg, forsvinne og komme tilbake eller bli rammet av en immunitetsreaksjon. Er ABI en moteoppskrift som har blitt tatt inn i Stavanger kommunes sykehjem uten å ned i alle lag i virksomhetene eller har det skjedd en immunitetsreaksjon pga måten implementeringsprosessen ble gjennomført? Er Stavanger kommune en "ukritisk moteløve" som har tatt inn en oppskrift som har vist seg å gi mer uforutsigbarhet for de ansatte slik de selve opplever det? Dataene i denne avhandlingen tyder i hvert fall på at det de ansatte verdsetter mest er god tid til pasientene og forutsigbarhet i hverdagen der de kan gi tjenester av god kvalitet. Det mener de at de hadde før ABI kom, ikke etterpå.

Endrings- og tilpasningsprosesser vil uten tvil prege hverdagen for ansatte i helsesektoren i årene som kommer. Endringsevnen og endringskompetansen bør økes, og dette er et satsingsområde som trenger fokus, i et fremtidsbilde der endring er normen. Omverden stiller stadig krav om bedre tjenester og økt kvalitet. Skal en organisasjon klare å yte maksimalt, er det et faktum at alle ansatte må være med å bidra. Motstand mot endringer krever store ressurser, og gjør noe med motivasjonen og engasjementet hos de involverte, det forteller noen av resultatene i denne avhandlingen. Informantene ønsker å være med i prosessene, de ønsker å bli involvert, de ønsker å forstå det som blir innført. For de vil være lojale til sitt arbeid og til sin arbeidsgiver. De vil ha arbeidsro, og tid til å gi tjenester av høy kvalitet. Tid til å bruke på det de mener er det viktigste, "sine beboere".

## Litteraturliste

Almås, H. (2001). *Klinisk sykepleie Bind 1*. Gyldendal Akademisk.

Alvesson, M. (1983). *Organisationsteori och teknokratisk medvetande*. Stockholm. Natur och Kultur.

Andersen, F.S. (2001). *Den meningskappede organisasjon. Et fortolkende perspektiv på organisasjon, kultur og endring*. Universitetsforlaget AS.

Andersen, S. S. (2006). *Aktiv informantintervjuing*. Norsk statsvitenskapelig tidsskrift, Vol. 22, 278-298.

Bang, H. (2004). *Organisasjonskultur*. Tano AS.

Beer, M. and Nohria, N. (red). (2000). *Breaking the Code of Change*. Boston: Harvard School Press.

Blaikie, N. (2010). *Designing social research. The Logic of Anticipation*. Second edition. Polity Press.

Busch, T., Johnsen, E., Valstad, S.J. Vanebo, J.O. (2007). *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*. Oslo Universitetsforlaget.

Briggs, C.L. "Introduction" fra Briggs C.L (1986). *Learning how to ask*. Cambridge University Press.

Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode. En kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.

Danemark, et al.: *Generalisering, vitenskaplige slutledninger og modeller for forklarande samhällsvetenskap*", fra Danemark et al (1997), *Att förklara samhället*. Lund: studentlitteratur.

Ford, J.D., Ford, L.W. and D'Amelio, A. (2008). *Resistance to Change: The Rest of the Story*. Academy of Management. Review, vol 33, No. 2: 362-377.

Fossåskaret, E., Fuglestad, O. L. & Aase, T, H. (red). (1997). *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo.Universitetsforlaget.

George, A.L. and Bennett, A. (2005). *Case studies and theory development in the Social Sciences*. John F. Cambridge, Massachusetts. MIT Press.

Gilje, N. og Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Oslo Universitetsforlaget.

Guldvik, I. (2002). *Troverdighet på prøve. Om gruppeintervju som metode for å produsere valide data om politiske diskurser*. Tidsskrift for samfunnsforskning, Nr 1.

Hatch, M. and Schultz, M. (2002). *The Dynamics of Organizational Identity in Human Relation*, 55 (8):989-1018.

Hovlund, I.M, (2011). *Helsepersonells rolle i møte med økonomiske styringsmodeller*. Masteroppgave Universitetet Stavanger.

Ingebrigtsen, S og Ottesen, O. (1993). *Markedsføringsplanlegging og ledelse*. Samfunnslitteratur. E-bog.

Jacobsen, D. I (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode. 2 utgave*. HøyskoleForlaget.

Jacobsen, D. I (2008). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Kalleberg, R (2009). *Dokumentasjon, analyse og svar- dialogen med leserne*. Fra Kalleberg, R., Malnes, R. og Engelstad, F. (2009), *Samfunnsvitenskapens oppgaver, arbeidsmåter og grunnlagsproblemer*, Oslo: Gyldendal Akademisk.

Karlsen, J. E. Forelesning HMS ledelse 12.3.10. Universitetet i Stavanger.

Karlsen, J. E & Øverland, E. F (2010). *Carpe Futurum. Kunsten å forberede seg på fremtiden.* Cappelen Akademisk Forlag.

Kvåle, G. og Wæraas, A. (2006). *Organisasjon og identitet.* Oslo. Det norske samlaget.

Langhelle, O. Forelesning kvalitative metoder 4.10.10. Universitetet i Stavanger.

Nadler, D.A and Tushman, M.L. (1990). *Beyond the charismatic leader: Leadership and organizational change.* California Management Review, 32, 2, 77-97.

Piderit, S.K (2000). *Rethinking Resistance and Recognizing Ambivalence: A Multidimensional View of attitudes Toward an Organizational Change.* Academy of Management Review, Vol 25, No. 4, 783-794.

Repstad, P. (1998). *Forskerroller og forskersamarbeid: noen metodeerfaringer i Den lokale velferdsblanding: når offentlige og frivillige skal samarbeide.* 240-252. Oslo Universitetsforlaget.

Rødne, T. Forelesning kvalitative metoder 18.11.10. Universitetet i Stavanger.

Røvik, K.A. (1998). *Moderne organisasjoner.* Bergen: Fagbokforlaget.

Røvik, Kjell Arne (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon.* Oslo Universitetsforlaget.

Saksframlegg i Kommunalstyret for levekår 047659/04 10.11.04

Saksfremlegg i Kommunalstyret for levekår 10058/08 18.02.08

Salthe, A.K. Rådgiver i Stavanger kommune.

Skog, O-L. (2009). *Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming*. Gyldendal Norsk forlag AS.

Sykepleien nr. 6 (2011). Tema: Eldre på sykehus. *Trenger mer- får mindre*. 5. mai 2011.

Trice, H.M. and Beyer, J.M. (1996). *Changing organizational culture*. I Shafritz, J.M og Ott. J.S. (red): *Classics of organizational theory*, New York. Harcourt Brace College Publishers.

Yin, R.K. (2009). *Case study research: design and methods*. Los Angeles: Sage.

## Internettreferanser

Absentia:

<http://www.absentia.no/article.aspx?articleID=327>

Aftenposten:

<http://www.aftenposten.no/okonomi/innland/article4042395.ece>

Fagforbundet:

<http://www.fagforbundet.no/forsida/blimedlem/brosjyrerogmateriell/?pageId=2551&catalogId=8>

Folkehelseinstituttet:

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5648&MainArea\\_5661=5648:0:15,2917:1:0:0::0:0&MainLeft\\_5648=5544:72828::1:5647:13::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0::0:0&MainLeft_5648=5544:72828::1:5647:13::0:0)

Helsedirektoratet:

<http://www.helsedirektoratet.no/iplos/>

Høgskolen Oslo:

<http://www.hio.no/Enheter/Senter-for-profesjonsstudier-SPS/Forskning/Forskningsgruppene-paa-SPS/Profesjon-profesjonsutoevelse-og-styring>

Lovdata:

[www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

Regjeringen:

[\(https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/tema/kvalitet-og-1%C3%A6ringskultur/enkeltsvar/8455/](https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/tema/kvalitet-og-1%C3%A6ringskultur/enkeltsvar/8455/)

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-/6/3.html?id=200951>

Statistisk sentralbyrå:

[www.ssb.no/befolkning](http://www.ssb.no/befolkning)

[www.ssb.no/kommuner](http://www.ssb.no/kommuner)

Stavanger kommune:

<http://www.stavanger.kommune.no/PageFiles/6806/Omsorg%202025.pdf>

[www.regionstatistikk.stavangerkommune.no/befolkning](http://www.regionstatistikk.stavangerkommune.no/befolkning)

Store norske leksikon:

[http://www.snl.no/Immanuel\\_Kant](http://www.snl.no/Immanuel_Kant)

Sykpleierforbundet:

<https://www.sykepleierforbundet.no/vis-artikkel/290727/Kompendier-og-informasjon-fra-GF--Studiedagene-Bergen-2008>

Økonominettverk:

<http://www.okonominettverket.no/Artikkel/869.html>

## **Vedlegg:**

Vedlegg 1: Henvendelse virksomhetsledere

Vedlegg 2: Intervjuguide avdelingsledere

Vedlegg 3: Intervjuguide sykepleier/hjelpepleier

# Vedlegg

Stavanger 2. mars 2011

## Henvendelse vedrørende masteroppgave i endringsledelse ved UiS

Mitt navn er Linda Krüger, jeg er for tiden student ved masterprogrammet i endringsledelse ved universitetet i Stavanger. Jeg skal nå skrive min masteroppgave. Tema jeg har valgt er rettet mot demens/somatikk og kvalitet og ABI-systemet i Stavanger kommune.

Jeg ønsker å finne ut om erfarent pleiepersonell og deres ledere opplever forandringer i kvaliteten på omsorgstjenestene i sykehjemsavdelinger etter att ABI ble innført som finansieringssystem. Er det noen opplevd forandring? Hvordan har den artet seg? I tillegg ønsker jeg å se nærmere på hvordan prosessen i forkant av implementeringen av finansieringssystemet var, og om de ansatte føler eierskap til systemet som sådant. På hvilken måte har dette påvirket måten de ser på ABI systemet som verktøy?

I denne forbindelse ønsker jeg å intervju 5 ansatte i deres virksomhet. Avdelingsleder, 2 sykepleiere og 2 hjelpepleiere. Kravet disse må oppfylle er å ha vært i nåværende eller lignende stilling i Stavanger kommune i minimum 4 år, slik at de har opplevd sykehjemsavdelinger både før og etter ABI.

Jeg vil utføre intervjuer i 2 ulike virksomheter i Stavanger kommune. Alle opplysninger vil bli konfidensielt behandlet.

Skriftlig svar på om dere er interessert i å la meg gjennomføre denne undersøkelsen i deres virksomhet kan sendes meg via e-mail: [linda.kruger@lyse.net](mailto:linda.kruger@lyse.net)

Med vennlig hilsen

Linda Susanne Krüger

Vedlegg 1



## Intervjuguide avdelingsledere

Forteller om undersøkelsen og avhandlingen. Vedkommende forteller hvor lenge han/hun har arbeidet i avdelingen og hva type utdanning han/hun har.

1. Hva er dine faste oppgaver vedr ABI systemet?
2. Hvordan var hverdagen din før ABI systemet ble innført? Merker du noen endringer? I tilfelle ja, hvilke endringer?
3. Når det ble bestemt at ABI skulle innføres, hvordan foregikk informasjonen på ledernivå? Hvordan foregikk implementeringen? Hva var din rolle i det hele?
4. Hvor godt behersker dine ansatte ABI systemet? Er det forståelse for hvordan det er oppbygd og hva det krever?
5. Hva gjør du for at de ansatte skal beherske ABI systemet?
6. Hvis du utfra din hverdag som avdelingssykepleier kunne velge, hvordan ville hverdagen i avdelingen være organisert (relatert til ABI)?
7. Ønsker du ABI-finansiering eller tradisjonell budsjettfinansiering?
8. Hva legger du i begrepet kvalitet?
9. Mener du at kvaliteten på tjenestene dere gir de eldre har endret seg etter ABI, og i tilfelle hvordan?

## Intervjuguide sykepleier/hjelpepleier

Begynner med å fortelle om undersøkelsen og avhandlingen.

Vedkommende forteller kort om seg selv, hvor lenge hun/han har jobbet ved avdelingen og hva type utdanning hun/han har.

1. Har du mange faste oppgaver relatert til ABI systemet, som for eksempel å skrive i pleieplan, skrive endringsmeldinger, informere/undervise om ABI?
2. Hvordan var hverdagen i avdelingen før ABI ble innført? Er det noen endring? Hvis ja, hvordan vil du beskrive den endringen?
3. Når det ble bestemt at ABI skulle innføres, hvordan ble du og dine kollegaer informert? Hvordan foregikk opplæringen? Ble implementeringen lagt stor vekt på?
4. Hvor godt behersker din leder ABI systemet etter din mening? Kunne leder gjort noe annerledes for at du skal beherske ABI systemet?
5. Ønsker du ABI finansiering eller tradisjonell budsjettfinansiering? Begrunn hvorfor.
6. Hva legger du i begrepet kvalitet?
7. Mener du at kvaliteten på de tjenestene du gir de eldre har endret seg etter ABI ble innført?
8. Hvis ja på spørsmål 8, begrunn hvordan endringen i kvalitet har artet seg.

