

# MHVMAAS

## Masteroppgave, Master i Helsevitenskap

kull 2013-2015



---

Universitetet  
i Stavanger

**Institutt for Helsefag  
Master i Helsevitenskap**

### **Grunnlag og vurdering av kommunal hjemmesykepleieorganisering**

hvordan politikere og administrativ ledelse beskriver og vektlegger kvalitet og pasientsikkerhet

*- en sammenlignende case studie av to norske kommuner*

**Christophe Eward Kattouw**

Veileder: prof. dr. Siri Wiig (UIS)

**MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP**

**MASTEROPPGAVE**

**SPECIALISERING: Selvvalgt fordypning**

**SEMESTER: 4**

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT:** Christophe Eward Kattouw

**VEILEDER:** Siri Wiig

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel:**

**Grunnlag og vurdering av kommunal hjemmesykepleieorganisering**  
hvordan politikere og administrativ ledelse beskriver og vektlegger kvalitet og pasientsikkerhet  
- en sammenlignende case studie av to norske kommuner

**Engelsk tittel:**

**The rationale and assessment of municipal home care organization**  
how politicians and administrative management describe and emphasize quality and patient safety  
- a comparative case study of two Norwegian municipalities

**EMNEORD/STIKKORD:**

Hjemmesykepleie, kommunehelsetjeneste, organisering - politisk beslutningsgrunnlag -  
kvalitet - pasientsikkerhet

**ANTALL SIDER:** 137

STAVANGER.....1. juni 2016.....

**DATO/ÅR**

## Forord

Denne oppgaven bygger på min interesse for organisering av helsetjenester, da særlig hvordan valg av organisasjonsform kan ha betydning for både kvalitet, pasientsikkerhet og økonomi. Min første erfaring med en «smart» organiseringsform hadde jeg for ca. 20 år siden. Istedenfor det tradisjonelle sykehjemmet med flere etasjer og korridorer, flere beboere på et rom, felleskjøkken, og ansatte som «springer» rundt; utviklet man et «rekkehuskompleks» hvor hvert hus var ment til 6 beboere med demens. Disse fikk hvert sitt eget rom, kunne ta med seg sine egne ting og møbler, samtidig som de delte fellesstue og kjøkken med 5 andre beboere. Hver dag ble det laget hjemmelaget middag, en lukt som bidro til velvære, det «å føle seg hjemme». Med vilje ble den laget om ettermiddagen, rundt kl 16.00. Beboerne kunne dermed sove så lenge de hadde behov for. Samtidig ble «morgenpresset» minket for de ansatte. En dame som trengte det, sov til kl 15.00 hver dag, og var våken resten av ettermiddagen og kvelden. De som var i stand til det skrelte poteter eller brettet klær. En dame som hele sitt liv hadde jobbet på et vaskeri gjorde dette med stort engasjement. Etter overgangen fra det tradisjonelle sykehjemmet til denne formen, fant man ut at bruk av beroligende medisiner og inkontinensmateriale gikk signifikant ned. Generelt viste denne formen seg å gi bedre kvalitet med lavere kostnader. Dette konseptet begynte rundt 2000 i Nederland og har siden den gang blitt ytterligere forbedret. Budskapet var: organiser fra bunnen av med fokuset på behovet til de det gjelder, utifra brukerens situasjon og ståsted. I samsvar med dette utviklet man i Nederland nabolagspleiemodellen «Buurtzorg» i 2006. Med et selvstyrende hjemmesykepleieteam på maks. 12 ansatte betjente man maks. 60 pasienter. Dette var stikk i strid med den daværende organisatoriske trenden hvor man slo sammen organisasjoner, enheter og team. Forskning på «Buurtzorg» viste: veldig fornøyde ansatte, veldig fornøyde pasienter/brukere og opptil 50% billigere. Basert på disse resultatene finnes det nå kun små hjemmesykepleieteam i Nederland, også hos konkurrentene. Med støtte fra Regjeringen har dette ført til et paradigmeskifte i organisering av primærhelsetjenester i Nederland. Dette har ytterligere vekket min interesse for organisering av helsetjenester.

Disse årene som student har vært interessante, men det har i perioder også vært tungt. Særlig i rollen som pårørende for et kjært familiemedlem som ble alvorlig syk og døde. Dermed ble jeg også et år forsinket. Selv opplever jeg å ha lært mye og er veldig takknemlig for det. Det har vært en glede å tilbringe disse årene på Universitetet i Stavanger, hvor jeg la særlig merke til følgende: utrolig hyggelige ansatte som ønsker studentene vel, både lærere, renholdere, ansatte i kantinen, administrasjon og på biblioteket. Tusen takk for deres bidrag! Videre en veldig stor takk til mine

medstudenter, for gode samtaler og innspill. Videre skylder jeg en veldig stor takk til min kjære kone Cathrine, du vet hva jeg har å takke deg for! En utrolig stor takk til min veileder Siri Wiig. Hvor skal jeg begynne og hva skal jeg si? En flott bauta fra Jæren? Stødig og tilstedeværende! Du har vært en utrolig god veileder for meg. Dine tydelige innspill og tilbakemeldinger gjorde at jeg følte meg veldig trygg som student og at jeg har lært meg mye. Tusen tusen takk for det du har gjort for meg! I tillegg er jeg veldig takknemlig for at jeg som Masterstudent kunne bli en del av det inspirerende Programområdet « Kvalitet og sikkerhet i helsesystemer» på UIS. Til slutt en utrolig stor takk til politikerne og administrasjonslederne som sa ja til å delta i min forskning. Det er takket være deres deltakelse og åpenhet at denne oppgaven ble til. Tusen, tusen takk for det.

*Stavanger, 1. juni 2016*

Christophe Eward Kattouw (*cekattouw@gmail.com*)

*ps: i denne oppgaven skriver jeg ofte «pasient» siden det ordet brukes i loven når borgeren mottar hjemmesykepleie. Videre skriver jeg ofte hjemmesykepleier, hvor det ofte kunne ha stått helsefagarbeider eller assistent.*

## Innhold

<b>Forkortelser</b> .....	7
<b>Summary</b> .....	8
<b>Sammendrag</b> .....	9
<b>1. Innledning</b> .....	11
1.1 Bakgrunn og relevans for problemstilling.....	11
1.2 Formål og problemstilling.....	12
1.3 Avgrensning og begrepsavklaring.....	13
1.4 Oppbygging av oppgaven.....	15
<b>2. Kontekstkapittel: organisering av norsk hjemmesykepleie</b> .....	15
2.1 Organisering av hjemmesykepleie: kommunens og politisk ansvar.....	15
2.2 Historisk utvikling av (norsk) hjemmesykepleie.....	16
2.3 New Public Management: flate kommunestrukturer og «bestiller-utførermodellen».....	17
2.3.1 Flate organisasjonsstrukturer.....	18
2.3.2 Bestiller-utfører modellen i hjemmesykepleie.....	18
2.4 Nyeste mål og utviklinger i kommunehelsetjenester og hjemmesykepleie.....	19
<b>3. Tidligere forskning og teoretisk fundament</b> .....	20
3.1 Hjemmesykepleieorganisering – politiske beslutningsprosesser.....	20
3.2 Hjemmesykepleieorganisering – brukermedvirkning og involvering.....	21
3.3 Hjemmesykepleieorganisering - kvalitet og pasientsikkerhet.....	23
3.4 Hjemmesykepleieorganisering – hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi.....	26
3.5 Hjemmesykepleieorganisering – betydning (NPM)reformer og rapporteringskrav.....	27
3.6 Hjemmesykepleieorganisering – erfaringen fra gulvet.....	30
3.7 Folkehelsearbeid og helsefremming - Teori om samfunnsbasert integrert pleie og omsorg.....	32
3.8 Nabolagspleiemodell «Buurtzorg».....	34
3.8.1 Bakgrunn.....	35
3.8.2 Forskning på «nabolagspleiemodell» Buurtzorg.....	36
3.8.3 Gjennomførbarhetsvurdering «Buurtzorg» for Norge.....	37
3.9 Forsknings spørsmål.....	38
<b>4. Metode og analyse</b> .....	38
4.1 Litteratursøk.....	38
4.2 Forskningsstrategi.....	39
4.3 Forskningsdesign.....	39
4.4 Valg av case og kontekst.....	40
4.5 Datainnsamling.....	40
4.6 Dataanalyse.....	44
4.7 Metodisk refleksjon.....	47
4.7.1 Egen forforståelse.....	47
4.7.2 Design.....	48
4.7.3 Validitet, reliabilitet og overførbarhet.....	49
4.7.4 Forskningsetiske vurderinger.....	50
<b>5. Funn</b> .....	51
5.1 Funn kommune 1.....	53
5.1.1 Grunnlaget for dagens hjemmesykepleieorganisering.....	53
5.1.2 Vurdering av dagens hjemmesykepleieorganisering.....	59
5.1.3 Hvordan beskrives kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmesykepleie.....	64
5.1.4 Hvordan nabolagspleiemodellen «Buurtzorg» vurderes av politikere og administrasjonslederen.....	68
5.2 Funn kommune 2.....	69
5.2.1 Grunnlaget for dagens hjemmesykepleieorganisering.....	69
5.2.2 Vurdering av dagens hjemmesykepleieorganisering.....	75
5.2.3 Hvordan beskrives kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmesykepleie.....	81

5.2.4 Hvordan nabolagspleiemodellen «Buurtzorg» vurderes av politikere og administrasjonslederen.....	84
<b>6. Diskusjon</b> .....	85
Grunnlaget og vurderingen av hjemmesykepleieorganiseringen i begge kommuner.....	86
6.1 Hjemmesykepleieorganisering - Økonomi, innstillinger fra administrasjonen og forskning.....	87
6.1.1 Forskning har ingen til lite betydning.....	87
6.1.2 Innstillinger fra administrasjonen vektlegges.....	88
6.1.3 Flat kommunestruktur som organisatorisk trend; skulle gi bedre kvalitet og økonomi.....	89
6.1.4 Konsekvenser av (om)organiseringer for hjemmesykepleie, samt uopnådde mål.....	91
6.1.5 Sammenslåing av hjemmesykepleieteam: argumentasjonen tyder på paradoks.....	92
6.1.6 Bestiller-utførermodellen: fra lite betydning til viktig og omstridt.....	95
6.2 Kommunenes hjemmesykepleieorganisering: vektlegging av kvalitet og pasientsikkerhet.....	98
6.2.1 Kvalitet og pasientsikkerhet: viktigst med antall ansatte pasienten må forholde seg til.....	101
6.3 Folkehelsearbeid, helsefremming og nabolagspleiemodell «Buurtzorg».....	103
6.3.1 Samsvar mellom kommunenes hjemmesykepleieorganisering og «samfunnbasert integrert pleie og omsorg».....	104
6.3.2 Informantenes syn på nabolagspleiemodell «Buurtzorg».....	106
<b>7. Konklusjon</b> .....	107
7.1 Innledning/refleksjon.....	107
7.2 Beslutningstakernes begrunnelse og vurdering av hjemmesykepleiens organisering.....	109
7.2.1 Kvalitet og pasientsikkerhet.....	111
7.2.2 Nabolagspleiemodell «Buurtzorg».....	111
7.3 Implikasjoner for praksis.....	112
7.4 Videre forskning.....	113
<b>Referanser</b> .....	115
<b>Vedlegg 1: Kvittering Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS</b> .....	133
<b>Vedlegg 2: informasjonsskriv/samtykkeskjema til deltakerne</b> .....	135
<b>Vedlegg 3: intervjuguide politikere</b> .....	136

## **Forkortelser**

*KS* Kommunenes Sentralforbund

*NPM* New Public Management

*SIPO* teori om Samfunnsbasert Integrert Pleie og Omsorg (jf. Plochg, 2006; Plochg & Klazinga, 2002)

## Summary

Among all health services provided by Norwegian municipalities, home care is the largest, with an increasing number of clients. The way home care is organized can improve or worsen both the quality and patient safety. This includes for example the number of employees a patient must relate to, but equally important is whether the municipality combines a so-called “objective-driven” management both in terms of surveying and execution of care”. According to the Norwegian Government, the organization of home care should be founded on evidence-based research. Consequently there is a need for a better understanding and knowledge of how municipal decision makers justify and assess today’s organization of home care, as well as how they emphasize quality and patient safety. The research question in this thesis is: *How do the administrative and political management in two Norwegian municipalities justify and assess today’s organization of home care?*

This research is based on a comparative case study of two municipalities, which organize home care based on a purchaser-provider model. Through this way of organizing the patient’s care needs are defined (a “care decision”) by others (the “purchaser”) than those who provide the care. Data collection is based on focus group interviews with respectively 4 and 5 local politicians in each municipality and an individual interview with the respective administration manager, as well as municipal documents. The data from the two municipalities were analysed and compared using qualitative content analysis.

In both municipalities the proposals from the administration have a significant impact on how home care is organized, whereas evidence based research and “health promotion” has very little significance. The role of the local politicians seems marginalized as they are only involved in the decision phase. Furthermore, there seems to be a large distance between the decision makers' level and the patient level. The case study also reveals several differences between these two municipalities. In contrast to the smallest municipality, the purchaser-provider organization, reporting and “care decision” requirements, and in particular economy seem to play a significant part in the biggest municipality. Despite a fairly broad understanding of quality and patient safety among the decision makers, the smallest municipality seems to emphasize this to only some extent on daily basis, and the bigger municipality even less. A common feature in both municipalities is that merging of home care teams is expected to be beneficial. But this seems to be a paradox, as both the municipal documents, as well as the politicians and administration manager stress that the



most important is that the patient has the fewest possible employees to relate to.

In this study, the way the municipalities currently organize home care is considered complex and fragmented. Besides, it's doubtful if it meets the legal requirements for quality and justifiability. In accordance with recently issued White Papers, municipal decision-makers are recommended to: (1) focus on local health promotion based on the citizen's quality of life, (2) identify the local (health) needs, network and resources, (3) base home care, funding and municipal organizational structure on this. Especially as research indicates that this organizational approach will not only lead to better health in the community, but also to more satisfied patients / citizens and employees, as well as cost reductions.

### **Sammendrag**

Blant alle helsetjenestene som tilbys i kommune-Norge er hjemmesykepleie den største, med et økende antall tjenestemottakere. Hvordan hjemmesykepleie er organisert kan forbedre eller forverre kvalitet og pasientsikkerhet. Dette gjelder blant annet hvor mange ansatte en pasient må forholde seg til, men det kan også være av betydning om kommunen kombinerer en såkalt mål- og resultatstyring med både kartlegging og utøvelse av pleien. Ifølge Regjeringen bør hjemmesykepleiens organisering være forskningsbasert. Derfor ønskes det økt kunnskap om hvordan kommunenes beslutningstakere begrunner og vurderer dagens organisering av hjemmesykepleie, samt i hvilken grad kvalitet og pasientsikkerhet vektlegges. Denne oppgaven har studert problemstillingen: *Hvordan begrunner og vurderer administrativ og politisk ledelse, i to norske kommuner, dagens hjemmesykepleieorganisering?*

Studien er basert på en komparativ case studie av to kommuner, som organiserer hjemmesykepleie basert på en en bestiller-utførermodell. Ved en slik organisering defineres pasientens pleiebehov (i et vedtak) av andre (bestilleren) enn de som «utfører» selve pleien. I hver kommune ble data samlet fra et fokusgruppeintervju med henholdsvis 4 og 5 politikere, et individuelt intervju med administrasjonslederen og innsamling av kommunedokumenter. Datamaterialet ble analysert ved bruk av innholdsanalyse og sammenlignet mellom kommunene.

I begge kommunene har administrasjonens innstillinger en avgjørende betydning for hvordan hjemmesykepleie organiseres, mens forskningsbasert kunnskap og folkehelsearbeid har veldig lite betydning. Lokalpolitikernes rolle virker marginalisert ved at de først kommer på banen i vedtaksfasen, i tillegg virker avstanden mellom beslutningstakernes nivå og pasientnivået stor. Det vises også flere forskjeller kommunene i mellom. I den største kommunen virker bestiller-utførerorganisering, rapporterings- og vedtakskrav, og særlig økonomi å ha stor betydning, noe det ikke gjør i den minste kommunen. Til tross for en ganske bred forståelse av kvalitet og pasientsikkerhet blant beslutningstakerne, ser dette i praksis bare ut til å vektlegges i middels grad i den minste kommunen, mot lite i den største. Et fellestrekk hos begge kommunene er at det forventes fordeler ved sammenslåing av team/virksomheter som arbeider innen hjemmesykepleie. Men dette virker paradoksalt, da det i kommunedokumentene, samt blant politikerne og administrasjonslederen fremheves som viktigst at pasienten får færrest mulig ansatte å forholde seg til.

Hvordan kommunene nå organiserer hjemmesykepleie vurderes i denne studien som kompleks og fragmentert, i tillegg betviles om organiseringen oppfyller lovkravene for kvalitet og forsvarlighet. I samsvar med nyere Stortingsmeldinger anbefales kommunenes beslutningstakere å: (1) ha fokus på helsefremming i lokalsamfunnet med utgangspunkt i borgerens livskvalitet, (2) kartlegge lokalsamfunnets (helse)behov, nettverk og ressurser, (3) basere hjemmesykepleiens organisering, finansiering og kommunens organisasjonsstruktur på dette. Særlig da forskning tyder på at en slik tilnærming og organisering ikke bare kan føre til bedre helse i lokalsamfunnet, men også mer fornøyde pasienter/borgere og ansatte, samt økonomiske besparelser.

## 1. Innledning

### 1.1 Bakgrunn og relevans for problemstilling

Hva ligger til grunn for dagens organisering av hjemmesykepleie? Hvilke faktorer har man vektlagt mest i kommune-Norge, og hva har hatt mest betydning for organiseringen, praksisen og dermed innbyggerne? Er det økonomi, kvalitet, pasientsikkerhet, tidligere erfaringer, eller innstillinger fra kommuneadministrasjonen? Eller er hjemmesykepleiens organisering slik Regjeringen ønsker, basert på forskningsbasert kunnskap (*Meld. St. 16 (2010-2011)*, 2011)? Målet med denne studien er hovedsaklig å besvare disse spørsmålene.

Blant de ulike pleie- og omsorgstjenestene som ble tilbudt til totalt 270.000 personer i Norge i 2013, fikk et flertall hjemmesykepleie (*Meld. St. 26 (2014–2015)*, 2015); og målt i antall mottakere er hjemmesykepleie den tjenesten som har økt mest fra 2009 til 2013 (Mørk, Sundby, Otnes, & Wahlgren, 2014). Hvordan hjemmesykepleie organiseres kan være avgjørende for blant annet kvalitet (Institute of Medicine (U.S.), 2001; Leichsenring, Billings, & Nies, 2013; Rønning, 2004) og pasientsikkerhet (Masotti, McColl, & Green, 2010). Organiseringen bør være basert på lokalsamfunnets helsebehov, preferanser og sosiale verdier (*Meld. St. 26 (2014–2015)*, 2015; Monsen & de Blok, 2013a; Plochg, 2006; Plochg & Klazinga, 2002), med utgangspunkt i borgerens livskvalitet (Nies, 2014). Hjemmesykepleie bør sees på som en form for verdiskapning, samt et bidrag til fremming av befolkningens helse og velferd, ikke bare en utgiftpost (*Meld. St. 26 (2014–2015)*, 2015). Borgerens rettighetsbestemmelser skal da være overordnet styrende, ikke økonomi (Molven, 2012). Likevel tyder nyere forskning på flere utfordringer i dagens hjemmesykepleieorganisering, hvor særlig innføring av såkalte New Public Managementreformer (NPM), med mål- og kontraktstyring, ser ut til å negativt påvirke pasientens mulighet til brukermedvirkning (Glasdam, Henriksen, Kjaer, & Praestegaard, 2013; Vik & Eide, 2013). Dette ser også ut til å forverre pleiekvaliteten, og dermed den faglige forsvarligheten (Tønnessen, 2013; Tønnessen & Nortvedt, 2012), samt å begrense handlingsrommet til de som utfører pleien (Fjørtoft, 2012; Tønnessen & Nortvedt, 2012; Tønnessen, Nortvedt, & Førde, 2011). I en kommune med en slik NPM-styring fant man en opplevelse av mye stress og tidspress blant de ansatte, men også en «overkompleksitet» ved sammenslåing av hjemmesykepleieteam. Dette ble anerkjent av direkte ledere, men avvek fra oppfatningen blant kommunenes beslutningstakere, noe som ifølge forskere også kunne tyde på bagatellisering av situasjonen. Avviket ble blant annet forklart med en top-

downtilnærming / kommunikasjon og for lite kjennskap til det som skjer på gulvet. Hvis så er tilfelle kan dette være en barriere for en bærekraftig og godt fungerende hjemmesykepleie (Andersen & Westgaard, 2013, 2015). I Norge har kommunen et lovfestet ansvar for hjemmesykepleie (Hagen, 2011; *Helse- og omsorgstjenesteloven*, 2011), og kan rådmannen og folkevalgte politikere sees på som beslutningstakere for hvordan hjemmesykepleie organiseres (*Kommuneloven*, 1993). Forøvrig kan rådmannen delegere dette ansvaret nedover til en administrativ leder, men forblir ansvarlig overfor de politiske organene (Fiva, Hagen, & Sørensen, 2014). Hjemmesykepleiens organisasjonsform har betydning for handlingsrommet og mulighetene til de ansatte (Fjørtoft, 2012), og den ser ut til å variere i distriktene i Norge, avhengig av lokale omstendigheter (Johansen & Fagerström, 2010). Det som velges er opp til kommunene selv (Fjørtoft, 2012; Haug, Engelund, & Aarheim, 2004), og dermed avhengig av det beslutningstakere har blitt enige om (Haug et al., 2004). Muligens virker denne friheten mot sin hensikt fordi man ser blant flere kommuner at den valgte organiseringsformen ikke samsvarer med lovkravene for kvalitet og forsvarlighet (*Meld. St. 26 (2014–2015)*, 2015).

Tema for denne Masteroppgaven er organisering av hjemmesykepleie i norske kommuner og hvilken begrunnelse administrativ og politisk ledelse har for valg av organisasjonsform.

## **1.2 Formål og problemstilling**

Det overordnede formålet med denne Masteroppgaven er å få økt kunnskap om hvilket beslutningsgrunnlag og kunnskapsgrunnlag, samt hvilke prosesser som ligger til grunn for organisering av hjemmesykepleie i to norske kommuner. Videre er formålet mer spesifikt å utforske hvordan forskningsbasert kunnskap om organisering av norsk hjemmesykepleie blir håndtert på kommunepolitisk og administrativt nivå, samt å utforske hvordan kommunepolitikere og den administrative ledelsen forstår kvalitet og sikkerhet i hjemmesykepleie og hvilke antagelser de har om betydningen av organiseringen på kvalitet og sikkerhet i pleien.

### *Problemstilling*

Med bakgrunn i det som ble nevnt over vil følgende problemstilling belyses i denne oppgaven:

*Hvordan begrunner og vurderer administrativ og politisk ledelse i to norske kommuner dagens hjemmesykepleieorganisering?*

### 1.3 Avgrensning og begrepsavklaring

Denne oppgaven handler om kommunens organisering av hjemmesykepleie. Videre i oppgaven skal det belyses hvordan både ytre krav og forventninger, samt kvalitative og kvantitative kjennetegn ved den valgte organiseringen har betydning for både kvalitet og pasientsikkerhet. Det velges å allerede fremstille dette oppsummert i fig. X-1:



Fig. X-1: forenklet fremstilling av hvordan kommunens organisatoriske beslutninger (krav, kvalitativ, kvantitativ) kan ha betydning for kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmesykepleie

### Følgende begrepsavklaringer er gjeldende for denne oppgaven:

<i>Hjemmesykepleie</i>	Et pleie- og omsorgstilbud til hjemmeboende som trenger hjelp i kortere eller lengre tid, grunnet alderdom, livssituasjon, sykdom eller svekket helse (Fjørtoft, 2012) og som er et kommunalt ansvar ( <i>Helse- og omsorgstjenesteloven</i> , 2011, para. 3–2, 6.). Noen ganger blir begrepene <i>hjemmesykepleie</i> og <i>hjemmetjenester</i> brukt om hverandre. Men <i>hjemmetjenester</i> innebærer både hjemmesykepleie og hjemmehjelp i de fleste kommunene. <i>Hjemmehjelpens</i> kjerneoppgaver er ofte rengjøring, handling og vask av tøy (Vabø, 2007)).
<i>Hjemmesykepleieorganisering (eller hjemmesykepleiens organisering)</i>	Den organiseringsformen som er valgt på team- eller virksomhetsnivå for å oppnå et bestemt mål, som kan beskrives kvantitativt (antall ansatte/pasienter, m.m.) og kvalitativt (faglært, selvstyrende, hvor mye ansvar gis, m.m) som samtidig påvirkes av ytre krav og forventninger (NPM, målstyring, finansiering, rapporteringskrav m.m.) (viser til fig. X-1, s. 13)
<i>Kvalitet</i>	Tjenester av god <i>kvalitet</i> kan beskrives som virkningsfulle, trygge, sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, tilgjengelig og rettferdig fordelt (Institute of Medicine (U.S.), 2001; Sosial- og Helsedirektoratet, 2005).
<i>Pasientsikkerhet</i>	« <i>unngåelse, forebygging og forbedring av uheldige konsekvenser eller skader som følge av helsetjenesteprosesser</i> » (Vincent, 2010, p. 31)
<i>Uønskede hendelser</i>	Forhold/omstendigheter eller hendelser, som fremgår i løpet av levering av hjemmesykepleie tjenester og som har en negativ eller potensiell negativ innvirkning på pasientbehandlingen, «pasientutfallet», familie eller støtte, omsorg, og utnyttelsen av ressurser (Masotti, Green, Shortt, Hunter, & Szala-Meneok, 2007)
<i>(Pleie)kontinuitet</i>	Pleie og omsorg gitt på en kontinuerlig og jevn måte, som svar på et behov og uten at pasienten må anstrenge seg for å opprettholde denne kontinuiteten (Woodward, Abelson, Tedford, & Hutchison, 2004)
Både begrepet <i>administrasjonledelse</i> og <i>politisk ledelse</i> blir ytterligere forklart i avsnitt 2.1	

Denne oppgaven begrenser seg til hvordan beslutningstakere i to norske kommuner begrunner og vurderer dagens hjemmesykepleieorganisering, med fokus på forståelsen av dette på et overordnet nivå. Hvordan beslutningstakere vurderer betydningen av dette for praksisen (for de ansatte, kvalitet og pasientsikkerhet) i hver kommune vurderes som relevant og skal derfor også belyses. Men dette kan bare sees basert på i hvilken grad dokumentene og informantene formidler dette. Satsing på for eksempel hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi, samt betydningen av Samhandlingsreformen vurderes som relevant, men får allikevel begrenset plass i denne oppgaven.

## **1.4 Oppbygging av oppgaven**

Det vurderes som hensiktsmessig å først kort beskrive hjemmesykepleiens historie og kontekst. Dette gjøres i kapittel 2. Deretter belyses tidligere forskning og en teoretisk ramme i kapittel 3. I kapittel 4 beskrives og drøftes den metodiske tilnærmingen, for så å beskrive funn for begge kommuner i kapittel 5. Drøfting og sammenligning av funn gjøres i kapittel 6 og til slutt formidles oppgavens konklusjon i kapittel 7. I dette siste kapittelet redegjøres det også for implikasjonene for praksis, samt videre forskning.

## **2. Kontekstkapittel: organisering av norsk hjemmesykepleie**

I dette kapittelet beskrives utviklingen av norsk hjemmesykepleie og dens organisering. Blant annet belyses den historiske utviklingen og hvordan kommunene har blitt påvirket av New Public Management de siste 10-20 årene. Det avsluttes med de nyeste utviklingene i kommunenes helsetjenester, inkludert hjemmesykepleie.

### **2.1 Organisering av hjemmesykepleie: kommunens og politisk ansvar**

I Norge har 428 kommuner ansvar for primærhelsetjenester (Kjølørød, 2011; Kjøs, Botten, & Romøren, 2008; Mørland, Ringard, & Røttingen, 2010) med blant annet hjemmesykepleie som lovpålagt tjeneste (Hagen, 2011; *Helse- og omsorgstjenesteloven*, 2011). Videre er det folkevalgte kommunepolitikere som bestemmer hvordan kommunen skal levere og organisere sine (helse)tjenester (*Meld. St. nr. 33 (2007-2008)*, 2008, p. 200; Ølberg, 2014; Ringkjøb, Folkestad, Offerdal, & Aars, 2007). Disse velges for en periode på 4 år og velger selv formannskap på minimum 5 medlemmer, med mindre kommunen har innført en såkalt parlamentarisk styringsform (*Kommuneloven*, 1993). I kommunevalgperioden 2011-2015 var det bare Oslo, Bergen og Tromsø med denne styringsformen (Fiva et al., 2014). Kommunestyret kan selv opprette faste utvalg for kommunale formål eller for deler av den kommunale virksomhet (minst tre medlemmer). I hver kommune skal kommunestyret ansette en administrasjonssjef (*Kommuneloven*, 1993).

Administrasjonssjefen (eller rådmannen (Fiva et al., 2014)) er øverste leder for den samlede kommunale administrasjon og skal påse at de saker som legges fram for folkevalgte organer er forsvarlig utredet, og at vedtak blir iverksatt. Administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll. Kommunalt folkevalgte organer kan gi administrasjonssjefen myndighet til å treffe vedtak i enkeltsaker eller saker som ikke er av prinsipiell betydning

(*Kommuneloven*, 1993). Administrasjonssjefen kan delegere myndighet nedover men forblir ansvarlig overfor de politiske organene (Fiva et al., 2014). Forøvrig er norske lokalpolitikere de eneste i Europa som ser rådmannen som mektigere enn ordføreren (Christensen, Egeberg, Læg Reid, & Aars, 2014).

## **2.2 Historisk utvikling av (norsk) hjemmesykepleie**

I Norge har "hjelp for de syke" historisk sett hovedsakelig vært et familieansvar. Statens ansvar økte på 1700- og 1800-tallet ved for eksempel bygging av fattighus, og på slutten av 1800-tallet begynte frivillige organisasjoner å engasjere seg. Rundt 1910 hadde hjemmesykepleiearbeid ganske høy status, var lettere og ble mer verdsatt enn sykepleiearbeid på sykehuset. Offentlige styresmakter engasjerte seg svært lite i disse tjenestene. Ved den eksplosjonsartete veksten av medisinsk kunnskap ble sykehusarbeid likevel mer og mer interessant, også for sykepleiestudenter, noe som gikk på bekostning av engasjementet for hjemmesykepleie. I 1982 hadde alle norske kommuner opprettet hjemmesykepleie, men ofte med lite bemanning og et tilbud som stort sett ble gitt mellom kl 08.00 og kl 16.00, sannsynligvis i sammenheng med at fylkene hadde økonomisk ansvar for sykehjemmene: det var billigere for kommunene å ha pasientene på et sykehjem (Solheim, 2004). Fra og med 1986 fikk kommunene også ansvar for sykehjemmene og dermed ble fokuset mer rettet mot å pleie pasientene hjemme til en lavere kostnad enn på et sykehjem. Norsk hjemmesykepleie var på midten av 80-tallet og på begynnelsen av 90-tallet organisert i team som lot seg karakterisere av kollegialitet og fleksibel organisering. Fokuset (også fra hjemmesykepleie) begynte å rette seg mer mot at familien/pårørende måtte bidra og «hjelp til selvhjelp», men dette ga motstand, særlig kombinert med reformens innsparinger (fra 1986). En menneskelig bevegelse kalt «eldreopprøret» kom vinteren 1990. Dette førte til flere debattinnlegg i media og diskusjoner mellom borgere og politikere. Det ble bevilget mer penger («eldremilliarden») og sannsynligvis bidro debattene også til en markedstenkning, hvor pasientene måtte kunne stille krav og være kunde. I etterkant kan det diskuteres om situasjonen var så dårlig som den ble skildret der og da (Vabø, 2011).

Utviklingen gikk mot at hjemmesykepleie ble mer sett på som et gode, ikke basert på en relasjonell tjeneste og noe som man blir enig om i en behovsamtale. Bevegelsen presset myndighetene til ansvarslighetsordninger i eldreomsorgen med for eksempel øremerkede tilskudd til helsesektoren og systemer som skulle måle kvaliteten på helsetilbudet med ønsket om mer åpenhet. Disse kravene fra samfunnet falt sammen med utviklingen av New Public Managementreformer. Konsulentselskap



kom på banen med lovende "hvordan-forskrifter" med fokus på effektivitet, kostnader, kontroll, finansiell åpenhet, kontrakter, dannelse av quasi-markedmekanismer, fritt valg av leverandør og en ledelsestil som i næringslivet. I lov om sosiale tjenester fra 1991 (nå opphevet) blir begrepet «*brukerstyrt personlig assistanse*» nevnt, samt «*Det skal legges stor vekt på hva klienten mener*» og krav på et vedtak. Alt dette fikk kommunene ansvar for, i tillegg kom kravet om ansvarlighet og å være transparente (Vabø, 2011). Borgere skulle bli konsumenter i forhold til helsetjenester og kreve sin rett. De skulle ikke danne relasjoner basert på tillit som tidligere var vanlig, men være skeptiske og bestemme hvordan de ville ha det (Vabø, 2006).

To kontrollsystem ble utviklet: KOSTRA og IPLOS, slik at kommunene kunne sammenlignes på blant annet sykefravær og ansattes utdannelse (KOSTRA) og et system som registrerte pasientens tilstand og behov (IPLOS) (Øgar & Hovland, 2004). Dette ble ekstra arbeid for kommunene, ikke minst for helsearbeidere, noe som gikk på bekostning av selve pleien (Vabø, 2012). Samtidig ble også bestiller-utfører modellen dannet, hvor spesialsykepleiere tok seg av bestillingen/vedtaket og hjemmetjenesten seg av utføringen av vedtaket (Vabø, 2011, 2012), basert på en ide av kontraktstyring (Vabø, 2007). Sakbehandlingskrav i forvaltningsloven vedrørende prosedyrene og fremgangsmåten i offentlig virksomhet skulle sikre riktige beslutninger (Befring, 2010).

### **2.3 New Public Management: flate kommunestrukturer og «bestiller-utførermodellen»**

New Public Management (NPM) kan sees på som et samlebegrep for reformene som har blitt innført i de fleste OECD-land siden 80-tallet, med fokus på både "kunder" som kan velge et produkt (markedstenkning) og på ledelsesstrukturer (kontroll) (Hood, 1991; Rønning, 2004). NPM kan bli sett på som «et ekteskap» mellom to motstridige paradigmer (valgfrihetsteori mot strenge kontroll- og regelprinsipper), særlig når denne reformen blir styrt ovenfra (Hood, 1991; Vabø, 2007). NPM kan betraktes som en reaksjon på profesjonshierarkiet og en offentlig sektor som er byråkratisk og lite fleksibel (Kassah, Nordahl-Pedersen, & Tønnessen, 2014; Solheim, 2004). Offentlig sektor ble i 1980 sett på å være ineffektiv, ikke-transparent, kostbar, og antatt å ikke levere de tjenestene innbyggerne ønsket, i tillegg til at tjenestene opplevdes som utilgjengelige (Van de Walle, 2010). NPM ble fremstilt som løsning for «ledersykdommer», samt at rammeverket skulle være (politisk) nøytralt (Hood, 1991). Ved NPM ligger fokuset blant annet på mål- og resultatstyring, tjenestedesentralisering, konkurranse samt å skille politisk beslutningstaking fra direkte ledelse av offentlige tjenester (Osborne & McLaughlin, 2002). Spissformulert skal markedet disiplinere

politikken, ikke omvendt, for så å kunne øke kostnadseffektiviteten (Christensen et al., 2014).

### **2.3.1 Flate organisasjonsstrukturer**

Med bakgrunn i New Public Management så man rundt 2000 en «motebølge» i norske kommuner hvor man ønsket å få en forenklet (flat) organisasjonsstruktur og mer selvstyrte / resultatstyrte enheter, også kalt resultatenheter. Dette sees begrunnet i økende krav fra innbyggere og strammere økonomi, og modellen kalles for «flat struktur», «to-nivå modell» eller «enhetsmodell». På det ene nivået ser man rådmannen, på det andre virksomhetene (resultatenheter). I 2002 var det 126 kommuner (nær 30%) som hadde eller holdt på med å innføre denne modellen (Opedal, Stigen, & Laudal, 2002). Kommunenes Sentralforbund (KS) sees på som en av de viktigste «leverandørene» av moderne organisasjonsløsninger i kommunesektoren (Vabo, 2002; Vabo & Stigen, 2002).

### **2.3.2 Bestiller-utfører modellen i hjemmesykepleie**

I Norge, som i andre land, har bestiller-utførermodellen blitt en viktig del av NPM-reformer og regnes ofte som selve grunnstrukturen for bedrifts- og markedsstyring. Men stikk i strid med de økonomiske teoriene bak modellen, skulle bestilleren i Norge også få en spesialisert saksbehandlingsrolle, blant annet for å sikre en rettferdig tjenestefordeling. Med tanke på strengere myndighetskrav virket bestiller-utførermodellen også derfor som en god løsning (Vabø, 2014). Tilsvarende ble modellen fremhevet i NOU 2005:3 (NOU 2005:3, 2005).

I primærhelsetjenester betyr bestiller-utførermodellen at hjemmesykepleien skal betraktes som en selvstendig resultatenheter (en bedrift) adskilt fra den som forvalter tjenesten. På vegne av pasienten bestilles offentlige tjenester av bestilleren: «den stedfortredende konsument» (Vabø, 2007). I praksis er bestilleren ofte en utdannet (hjemme)sykepleier. Bestillerenheten kalles ofte bestillerkontor, tildelingskontor eller forvaltningsenhet. Bestilleren forventes å identifisere behovene og definerer hva slags tjeneste (pris, kvalitet) brukeren kan forvente seg. Utføreren av tjenesten (for eksempel hjemmesykepleieren) skal konsentrere seg om å «produsere» de tjenester forvaltningen har bestilt. Kontraktene (vedtaket) blir styrende, ikke hjelpen av regler eller profesjonelle normer. Her må forvaltningen ha bestillerkompetanse: bestillingen må defineres og i etterkant kontrolleres. I for eksempel hjemmesykepleien skilles det mellom bestilleroppgaver på et individuelt nivå (enkelte vedtak og oppfølging av disse basert på en behovsvurdering) og et generelt nivå (ofte forbundet med ivaretagelse av forvaltningen ved konkurranseutsetting) (Vabø, 2007). Bestiller-

utførermodellen brukes også som et virkemiddel når man ønsker å konkurranseutsette hjemmesykepleie, hvor kommunene har ansvaret for bestiller-rollen (Haug et al., 2004). Beslutninger om konkurranseutsetting tas av lokale folkevalgte og selve konkurranseutsetting går ofte via anbud, hvor pasienten da kan velge mellom flere aktører (Gautun, Bogen, & Skevik Grødem, 2013; Helby Petersen, Hjelmar, Vrangbæk, & La Cour, 2011; Rønning, 2013).

#### **2.4 Nyeste mål og utviklinger i kommunehelsetjenester og hjemmesykepleie**

Det forventes at særlig kommunene dekker befolkningens økende helsetjenestebehovet ved å fokusere mer på en helhetlig og sammenhengende tjenesteplanlegging og -organisering hvor det gis helsetilbud av «god kvalitet», samt høy «pasientsikkerhet» (*Meld. St. 16 (2010-2011)*, 2011). Fokuset skal være på gode pasientforløp som er kjennetegnet ved at «*tjenestene tar utgangspunkt i brukerens mål for eget liv, oppsummert kunnskap om hvilke tiltak som har god effekt, og ved at tjenestene gis koordinert i en planlagt og mest mulig uavbrutt kjede*» (*Meld. St. 26 (2014–2015)*, 2015, p. 58). Det skal også tenkes mer forebygging hvor såkalte pasientsikkerhetskampanjer kan bidra til for eksempel «legemiddelsamstemmighet» før og etter sykehusinnleggelse og fallforebygging. Det ble innført en døgnatts («bot») på NOK 4000,- i 2012, som skal stimulere kommunene til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Videre forventes det mer vekt på mestring og brukerperspektiv. Ytterligere satsing på for eksempel Frisklivssentraler, hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi skal kunne bidra til at man kan bo lengre hjemme, forebygging av sykdom og bedre livskvalitet (Departementa, 2015, *Meld. St. 16 (2010-2011)*, 2011). Men dette må ikke føre til en fragmentering av tjenester (*Meld. St. 26 (2014–2015)*, 2015). Hverdagsrehabilitering har nå blitt innført som prosjekt i flere kommuner, inspirert av Fredericia kommune i Danmark, med en dreining fra et pleietilbud til et treningstilbud (*Meld. St. 16 (2010-2011)*, 2011). Med stor tverrfaglig innsats (fysioterapeut, ergoterapeut, hjemmesykepleier og hjemmetrenere) oppnår man at pasientene ofte kan klare seg helt selv igjen eller kan komme på et bedre funksjonsnivå (Ness et al., 2012). Her bør det fokuseres på det som er viktig for vedkommende og hva hun eller han ønsker å delta i, med andre ord hvilket liv vedkommende ønsker å leve, til tross for sykdom eller funksjonshemming (Bredland, Linge, & Vik, 2011). Regjeringen viser til viktigheten av brukermedvirkning, men sier samtidig at pasientene i alt for liten grad involveres i tjenesteutviklingen til tross for at lovverket er tydelig på dette. Derfor må praksisen styres slik at dette blir etterlevd. Videre må det fokuseres mer på ressursene som finnes i lokalsamfunnet med bruk av primærteam og oppfølgingsteam (*Meld. St. 26 (2014–2015)*, 2015).

### 3. Tidligere forskning og teoretisk fundament

I dette kapittelet beskrives tidligere forskning og det teoretiske fundamentet. Litteratursøket (tabell 4-1, avsnitt 4.1) resulterte ikke i funn av tidligere forskning som direkte omhandler eller eventuelt kan besvare min problemstilling. Basert på dette, det som kom frem i forrige avsnitt, og prioriteringene Regjeringen nylig formidlet (*Meld. St. 26 (2014–2015)*, 2015), vurderes det som hensiktsmessig å belyse et utvalg tidligere forskning som omhandler hjemmesykepleieorganisering relatert til: brukermedvirkning, kvalitet og pasientsikkerhet, folkehelsearbeid og helsefremming, samt hvordan dette påvirkes av kommunenes satsing på New Public Managementreformer (bestiller-utfører, målstyring m.m.). I dette kapittelet belyses også en teori om samfunnsbasert integrert pleie og omsorg (SIPO), på engelsk: «community-based integrated health care» (Plochg, 2006; Plochg & Klazinga, 2002). Da nabolagspleiemodellen «Buurtzorg» sees i samsvar med forutsetningene for SIPO (Nandram & Koster, 2014) beskrives den også, for så å avslutte kapittelet med tre forskningsspørsmål.

#### 3.1 Hjemmesykepleieorganisering – politiske beslutningsprosesser

Regjeringen ønsker at hjemmesykepleiens organisering er basert på forskningsbasert kunnskap (*Meld. St. 16 (2010-2011)*, 2011). Når det gjelder beslutningsgrunlaget for hjemmesykepleieorganiseringen, ser tidligere forskning mer ut til å omhandle generelle beslutningsprosesser. For eksempel ble det funnet ut at vi har et stykke igjen før både forskningsmiljøene og forvaltningen systematisk fremmer bruk av forskning på hvordan vi bør levere, organisere, finansiere og styre helsetjenestene (Røttingen & Fretheim, 2012). Forskning ser ikke ut til å være rådende når politikerne tar sine beslutninger (Culyer & Lomas, 2006; Velasco Garrido, Gerhardus, Røttingen, & Busse, 2010). Årsaken kan være at politiske beslutninger er basert på forskjellige informasjonskilder, som blant annet politiske vurderinger og tradisjoner (Østerud, 2007; Velasco Garrido et al., 2010). Generelt er det en økende tendens «at viktige beslutninger trekkes ut av kommunestyret og inn i organer som ikke er direkte folkevalgte», noe som kan kalles for fragmentering (*Meld. St. nr. 33 (2007-2008)*, 2008, p. 129). Kommunestyret vurderes som mer og mer fraværende i initiering- og utviklingsfasen, og iverksettingen av vedtak, og dermed har blitt et vedtaksorgan eller «stått tilbake som sandpåstrøarer» (Ringkjøb et al., 2007, p. 5). Videre ser økende detaljstyring fra statlig hold (lover og forskrifter m.m) ut til å ha store konsekvenser for beslutningsprosesser i kommunestyrene (Baldersheim & Smith, 2011; Ølberg, 2014). Politikerne ser ut til å være helt avhengige av kommuneadministrasjonens innstillinger. Dermed får

administrasjonen en makt og dominans i forhold til hvilke alternativer som utredes og fremlegges, samt hvordan dette utføres i praksis (Ølberg, 2012, 2013, 2014). I henhold til dette kan innføringen av en såkalt to-nivåmodell i kommunen føre til mer makt av rådmannen, og en passiv og marginalisert rolle av politikerne (Torsteinsen, 2006) som kan oppleve å ha blitt et vedtaksorgan, samt å ha fått for lite kontakt med det som skjer på gulvet (Ringkjøb et al., 2007). Ifølge Vabo (2002) er faren ved en slik organisering at lokalpolitikere blir «dumme» i betydningen uopplyste. Hvis kommunale omstillinger baserer seg på toppstyrte endringer, er sannsynligheten større for at disse mislykkes enn de som blant annet bruker involvering og medvirkningsstrategier (Befring, 2015). Til slutt kan forskning ikke bekrefte at resultatenhetsorganisering fører til bedre økonomistyring eller bedre effektivitet, men heller til økte administrasjonskostnader (Berge, 2012).

### **3.2 Hjemmesykepleieorganisering – brukermedvirkning og involvering**

Ifølge Regjeringen og lovverket (*Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999*) skal pasienten (så langt som mulig) bli involvert og kunne medvirke i selve helsehjelpen den mottar, samt hvordan hjemmesykepleien er organisert. Men dette skjer i alt for lite grad i dag (*Meld. St. 26 (2014–2015), 2015*). Brukermedvirkning kan beskrives i ulike grader mellom makt og kontroll (informasjon, konsultasjon, partnerskap, delegasjon, kontroll) hvor kontroll sees på som den høyeste graden av brukermedvirkning (Humerfelt, 2005). I en norsk studie fra 2005 ble bestiller-utførermodellen vurdert som ganske ny. Det ble blant annet funnet at modellen særlig ble brukt som økonomistyring og at dette veide tyngre enn pasientens faktiske mulighet til medvirkning. Modellen skulle fremme aktiv konsumentatferd men det opplevdes motsatt, nemlig mer passivitet. Det ble funnet at pasientene sjeldent leser vedtakene og at paragrafhenvisingene oppleves som fremmed. Videre føler pasienten seg ofte ikke kompetent eller i stand til å kreve sin rett. Ifølge ansatte stemmer vedtakene ofte ikke overens med virkeligheten da de ikke tar høyde for et pasientbehov som er avhengig av dagsformen. For å kunne ivareta disse behovene, bryter de ansatte ofte med det som står i vedtaket. Modellen vurderes som hemmende for fleksibiliteten når tildelingkontoret først skal iverksette endringer. Videre kan modellen sees på som en form for maktutøving, med særlig vekt på tildelingskontorets definisjonsmakt (Ursin, 2005).

I en norsk studie beskrives funn i kommuner med NPM-styring og en bestiller-utførerorganisering. Det vises blant annet til at hjemmesykepleiere utifra et holistisk menneskesyn, bryter det som står i vedtaket for å kunne ivareta pasientenes behov. Å utøve mer pleie enn det som står i vedtaket kan

kalles for «skjulte tjenester». Det ble også funnet serviceerklæringer som kommuniserer brukermedvirkning men som i praksis særlig brukes som en tjenesteavgrensning og dermed skal sikre en effektiv ressursutnyttelse (Kirchhoff, 2010).

En nyere dansk studie viser til en begrenset mulighet til brukermedvirkning i dagens hjemmesykepleieorganisering. De ansatte opplever begrenset handlingsrom ved bruk av tidsrammer og forhåndsbestemte standarder hvor fysiske behov virker viktigere enn psykososiale behov. Hjemmesykepleierens profesjonelle plikter virker underordnet i et system hvor pasientens behov deles opp i individuelle aktiviteter og tjenester, samt hvor mye tid som kan brukes på disse aktivitetene. Med en slik standardisering begrenses brukeren involvering i beslutninger og aktiviteter i sitt eget liv. Denne tilnærmingen er både styrende for pasienten og hjemmesykepleieren og begge kan «lide» under et slikt system. Utifra brukerens perspektiv handler involvering om å (kunne) leve hele livet, ikke om fragmenterte tjenester og hvordan systemet styrer oppdragene og tiden. Et «ikke å ha kontroll over egen kroppsvæsker» (urin, avføring) vurderes som en av de mest nedverdiggende situasjonene som kan påvirke brukerens involvering både strukturelt og praktisk. Tiden hjemmesykepleieren har og fordelingen av den, utfordres i slike situasjoner. Det konkluderes med at involvering av brukeren virker mer som en politisk illusjon enn en praktisk realitet (Glasdam et al., 2013).

En nyere norsk studie bekrefter at det er lite rom for brukermedvirkning i dagens organisering av hjemmesykepleie. Til tross for at den ønsker å involvere brukeren i egen omsorg samt å stimulere til selvstendighet, opplever brukere ofte det motsatte, blant annet fordi tjenesteleveringen går på hjemmesykepleiens premisser. Blant de profesjonelle som ble intervjuet vurderes tjenestetilbudet som passiviserende og vises det til begrep som «ventetid», «passive tjenester», «standardpakke». Den eldre brukeren kan flere ganger daglig måtte ende opp med å vente lenge (og passivt) før hjemmesykepleie kommer. I stedet for å (allerede kunne) gjøre ting selv. Når hjemmesykepleie er innom går det ofte meget fort og «springer» den ansatte rundt. Den eldre brukeren kan (på grunn av ensomhet) ha behov for en god samtale, men hvis dette ikke besvares på en tilfredsstillende måte kan det føre til mer ensomhet, mer passivitet og et større hjelpebehov. Den eldre brukeren trenger nok tid for å kunne gjøre ting selv. På hjemmesykepleiens arbeidsliste kan det på en standardisert måte stå «hjelp til sengelegging» istedenfor en individuell vurdering av det egentlige behovet. Ofte er det ikke tid til en slik vurdering. Men i praksis kan det være at noen bare trenger hjelp til å kle av

seg og kan legge seg selv, mens for en annen er det motsatt at den bare trenger hjelp til å legge seg. En slik standardisert tilnærming kan gjøre brukeren enda mer passiv, til tross for at man på politisk nivå ønsker å oppnå det motsatte (Vik & Eide, 2013).

### **3.3 Hjemmesykepleieorganisering - kvalitet og pasientsikkerhet**

Kommunen skal sørge for at det gis forsvarlig hjemmesykepleie, samt at det jobbes systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Her handler det om helhetlige og koordinerte tjenester med utgangspunkt i verdighet (*Helse- og omsorgstjenesteloven*, 2011). Men ifølge Regjeringen samsvarer den valgte organiseringsformen i mange kommuner ikke med lovkravene (*Meld. St. 26 (2014–2015)*, 2015). I dette avsnittet vises det til forskning på kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmesykepleie, inkludert organisatoriske aspekter som pleiekontinuitet.

Kvalitet kan vurderes utifra forskjellige ståsted: pasienten, helsearbeideren, beslutningstakere (kommunen) eller befolkningen generelt (Huycke & All, 2000). I stedet for begrepet «pasientsikkerhet» benytter pasienten og pårørende seg ofte av ord som «utfordringer» eller «bekymringer» (Ariella Lang et al., 2009; Stevenson, Lang, Macdonald, Archer, & Berlanda, 2012). Når det gjelder sikkerhet ser det ut til at vi vet for lite om (de norske) forholdene for pasientsikkerhet i hjemmesykepleie (Aase, 2015; Masotti et al., 2010).

Hjemmet kan være en uforutsigbar «pleieplass» for sårbare eldre pasienter fordi helsearbeidere er innom i korte perioder (besøk på omtrent 45 minutter), kun noen dager i uken. Dette krever et engasjement fra både pasienten og de som tar vare på ham. Pleieresultatene vurderes utifra kvaliteten på pleien som blir gitt av selve pasienten og de pårørende, i tillegg til pleien fra helsearbeidere (Madigan, 2007). Men for pårørende kan situasjonen være så belastende at de selv blir pasient, noe som kan gå utover pasientens sikkerhet (Macdonald et al., 2010). Derfor er det viktig å også ha fokus på hva pårørende trenger for å kunne ta godt vare på pasienten (Ariella Lang et al., 2009).

En tredjedel av uønskede hendelser i hjemmesykepleie kan unngås i hjemmesykepleie (Sears, Baker, Barnsley, & Shortt, 2013). En kartlegging av hemmende og fremmende faktorene sees på som nødvendig for å kunne redusere risiko (Stevenson et al., 2012). Om hjemmesykepleiere kan vurdere pasientens helsetilstand og risikofaktorer grundig kan dette muligens bidra til økt

pasientsikkerhet (Doran et al., 2009, 2013).

Kommunikasjon vurderes som en svært viktig faktor når det gjelder pasientsikkerhet (A. Lang, Edwards, & Fleiszer, 2007; Masotti et al., 2010) også relatert til forebygging av reinnleggelser på sykehuset av pasienter som (nettopp) har kommet hjem (Brooks, 2015).

I praksis ser det ut til at uønskede hendelser med medisiner har høyest forekomst i hjemmesykepleie (Masotti et al., 2010), noen ganger med store konsekvenser: alt fra reinnleggelse på sykehuset til dødsfall (McGraw, Drennan, & Humphrey, 2008). Videre kan det også føre til store samfunnskostnader (Marck et al., 2010). En av årsakene til uønskede hendelser med medisiner i hjemmesykepleie sies å være ufaglærte som gir medisiner, men også for mange ansatte å forholde seg til (Bradford, 2012).

Å måtte forholde seg til mange helsearbeidere kan også gjøre at pasienter føler seg usikker i forbindelse med blant annet sårstell, og på den måten oppleve manglende pleiekontinuitet (Macdonald, Lang, & MacDonald, 2011), også kalt «interpersonlig diskontinuitet» (Gjevjon, Eika, Romøren, & Landmark, 2014). Å måtte forholde seg til mange forskjellige ansatte kan sette pasientens menneskerettigheter i fare (EHRC, 2011) og blant annet gå ut over opplevelsen av å ha et privatliv og verdighet (Care Quality Commission, 2013, *Meld. St. 29 (2012–2013)*, 2013). God pleiekontinuitet derimot kan bidra til bedre funksjoneringsnivå hos pasienten (Russell & Bowles, 2015; Russell, Rosati, & Andreopoulos, 2012; Russell, Rosati, Peng, Barron, & Andreopoulos, 2013).

(Dis)kontinuitet sees på ulike måter i sammenheng med både kvalitet og pasientsikkerhet. Kontinuitet kan deles inn i tre nivå. *Informasjonskontinuitet* handler for eksempel om informasjon om pasienten. Ikke bare medisinsk, men også preferanser og hva som er viktig for pasienten m.m. *Personkontinuitet* handler om forholdet mellom helsearbeideren og pasienten hvor blant annet lojalitet og forutsigbarhet kan være viktige aspekter. Ved *ledelseskontinuitet*, ønsker man å sørge for at pasientens (hjelpe)behov ivaretas, blant annet med god samhandling, også med andre behandlere (Gjevjon, 2015; Reid, Haggerty, J, & McKendry, R, 2002). Disse tre faktorene bør sees i sammenheng (Gjevjon, 2015). Gjevjon og kollegaforskere påpeker viktigheten av pleiekontinuitet, likevel finnes det pasienter som ser ut til å verdsette variasjon og litt «avstand» (Gjevjon et al.,



2014). Likevel opplever andre å miste kontroll over privatlivet og hjemmet som et trygt sted hvis man får mange å forholde seg til (Woodward, Abelson, & Hutchison, 2001). For ledere kan det bli et ledelsesparadoks å på den ene siden måtte tilstrebe pleiekontinuitet på den ene siden, og samtidig ha fokus på budsjettene og andre organisatoriske forhold (Gjevjon, Romøren, Kjøs, & Hellesø, 2013). Det ser ut til at pasientene fokuserer mer på å motta helsearbeidere med god kunnskap og tillitsfulle forhold, mens helsearbeidere og ledelsen fokuserer mer på kontinuitet i den daglige driften, samt utføring og koordinering av pleien (Gjevjon et al., 2013; Woodward, Abelson, Tedford, & Hutchison, 2004).

I 9 såkalte kommuneenheter (kommuner/bydeler) ble det i perioden januar 2009 – mai 2010 forsket på personkontinuitet blant pasienter med spesifikke kriterier (ikke demente eller alvorlige syke). Ved å se i pasientjournalen og arbeidslistene ble en 4 ukers periode vurdert med tanke på antall besøk og rekkefølge på besøkene. I denne perioden ble det funnet at pasientene (N=79) fordelt på disse 9 kommuneenhetene i gjennomsnitt mottok 51 besøk fra 5 til 35 ulike personer (i gjennomsnitt 17). I gjennomsnitt så en pasient den samme ansatte 3 ganger i løpet av 4 uker (Gjevjon, 2015; Gjevjon et al., 2014).

Pasienter som vurderes å ha mest behov for personkontinuitet er de med kroniske sykdommer (fysisk og psykisk, samt demente), de som er terminale, skrøpelige eldre, de som får en kompleks behandling og de med utslitte pårørende. Generelt er dette begrunnet i blant annet behovet for et tillitsforhold til pleiere, å ikke åpne seg så lett i slike situasjoner (for eksempel hvis terminal), å ha for lite energi til å måtte forklare alt om igjen (Woodward et al., 2001).

Pasientsikkerhet kan også inkludere emosjonelle, sosiale og funksjonelle faktorer: emosjonelt ved at det kan være stressende for både pasienten og pårørende å måtte omgås (den nye) sykdomssituasjonen, men også å måtte motta hjemmesykepleie. Det sosiale kan innebære hvor og med hvem pasienten bor, hvem som kommer innom og hvor støttende pasientens nettverk er. Når fokuset særlig er på selve pleien på grunn av stor etterspørsel kan det gå på bekostning av preventivt arbeid (A. Lang et al., 2007). Videre kan de ansatte oppleve at det ikke nytter og si ifra til ledelsen om alvorlige hendelser (Bruno & Ahrens, 2005; Tucker, Edmondson, & Spear, 2002).

Det slås fast at «self-care» vurderes som en medvirkende faktor i over halvparten (52,6 %) av

uønskede hendelser og at dette er viktigere enn omsorgsbidraget til helsepersonell. Videre beskrives egenomsorg og informell omsorg som medvirkende faktorer ved to tredjedel av uønskede hendelser som førte til dødsfall. Det konkluderes at tiltak som opplæring av både pasienter og pårørende og kompetanseutvikling kan være fremmende. Likevel ser det ut til at bare en tredjedel av uønskede hendelser kan unngås noe som gjør at forbedringer av pasientsikkerheten i hjemmet forblir utfordrende (Sears et al., 2013).

Det er viktig å kartlegge pasientens tilstand før den skal utskrives til hjemmet. Ved utskrivelse kan sykehuspersonale gå glipp av pasientens funksjon (hvor mye pasienten selv kan utføre alle daglige aktiviteter), sosial isolering og mangel på familie eller venner, fattigdom og selve bosituasjonen (Greysen et al., 2014). Det vises også til at pasienten alt for ofte ikke involveres i diskusjonene rundt utskrivingen (Dyrstad, Testad, Aase, & Storm, 2015)

Kompetent og profesjonelt personal trengs i hjemmesykepleie: for å kunne observere pasientene og oppdage (begynnelsen på) en infeksjon, samt ha fokus på forebygging (Rhinehart, 2001) (Rhinehart, 2001) eller ved sårstell ('EWMA Document', 2014; London, 2007; Sturkey, Linker, Keith, & Comeau, 2005). God kommunikasjon mellom hjemmesykepleien og pasienten blir sett på som en forutsetning ved god sårbehandling ('EWMA Document', 2014). Pasienterfaringer blir ofte brukt som kvalitetsindikatorer på helsetjenestene som tilbys. Her kan fokuset ligge på om pasienten opplever at tjenestetilbudet stimulerer til å kunne være den en ønsker å være og kunne gjøre det som vurderes som viktig, uansett sykdom, skade eller lyte (Entwistle, Firnigl, Ryan, Francis, & Kinghorn, 2012). Pasienterfaringer og brukermedvirkning vurderes også som viktig i arbeidet med pasientsikkerhet (Vincent, 2010)

### **3.4 Hjemmesykepleieorganisering – hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi**

Regjeringen ønsker at det satses mer på bruk av velferdsteknologi og hverdagsrehabilitering (*Meld. St. 26 (2014–2015)*, 2015) ofte formidlet som innovasjoner. Men rehabilitering og hjelp-til-selvhjelp er ikke nye fenomener da det allerede for 20 år siden ble fokusert på gjenvinning av uavhengighet i sykepleieteorier. Med en organisering av egne rehabiliteringsteam kan den paradoksalt nok føre til en tjenestefragmentering og høyere organiseringskompleksitet (Fredriksen Moe & Gårseth-Nesbakk, 2015). Rehabilitering er noe som skjer hele døgnet og bør være hjemmesykepleiens fokus ved hvert besøk. Likevel kan tidspress hos ansatte føre til at dette ikke

skjer (Birkeland & Flovik, 2011). Bestiller-utførerorganisering ser egentlig ut til å gå i mot rehabiliteringsideologien (Fredriksen Moe & Gårseth-Nesbakk, 2015; Rønning, 2013).

Velferdsteknologi (eller omsorgsteknologi) kan på mange måter bidra til bedre tjenester og livskvalitet og kommer sikkert til å bety mye for morgendagens pasienter grunnet andre holdninger og krav enn dagens eldre. Det kan tenkes på kroppssensorer, smarthusteknologi, roboter og robotkosedyr, bærbare pc'er for personale, videotelefon m.m. Men det kan også utfordre personvernet, samt at -ofte sårbare- pasienter ikke kan overse konsekvensene av teknologien eller ikke har kapasitet til å bruke det. Velferdsteknologi må være et supplement, ikke en erstatning for personlig kontakt. Pasientens rettigheter, behov, ønsker og verdighet må være styrende for det eventuelle valget. Videre må velferdsteknologi være den beste løsningen for pasienten, ikke fordi det enklere eller billigere enn at hjemmesykepleie gir hjelpen (Birkeland & Flovik, 2011). I tillegg er faren at sykepleiere fokuserer mer på det teknologien forteller enn pasientens egne ord, som kan føre til en avstand og et reduksjonistisk syn på pasienten. Videre kan fokuset på mest mulig selvhjelp føre til at velferdsteknologi oppleves som et pressmiddel for pasienten ved at den skal motta minst mulig hjelp. At det oppleves som en plikt å måtte bo lengst mulig hjemme, ikke for egen del, men for å redusere samfunnskostnader (Nakrem & Spilker, 2014).

### **3.5 Hjemmesykepleieorganisering – betydning (NPM)reformer og rapporteringskrav**

I avsnitt 2.3 ble bakgrunnen til NPM-reformer belyst. Det ble ikke funnet forskning som tyder på at hjemmesykepleie og pleietilbudet for pasienten blir bedre hvis (kommune)organiseringen er basert på NPM-reformer, som mål- og kontraktstyring og bestiller-utførerorganisering. Derimot ble det funnet mer forskning som tyder på at NPM-reformer blant annet truer den faglige forsvarligheten (Tønnessen, 2013; Tønnessen et al., 2011). Avsnitt 3.2 tydet allerede på dette og senere i dette kapittelet vises det også til noen eksempler. I tabell 3-1 gjengis kritikk/innvendinger mot NPM-reformer i hjemmesykepleie og i kommune(helse)tjenester generelt.

**Tabell 3-1: Innvendinger mot NPM-reformer for (helse)tjenestene generelt og hjemmesykepleie**

Kilde	Innvending/kritikk
(Institute of Medicine (U.S.), 2001)	Produktivitetsmålstyring kan sørge for at hjemmesykepleiere har mindre fokus på pasientenes behov.
(Dubnick, 2005; Van de Walle, 2010)	NPM ødelegger offentlige tjenester og gir mer makt til topledere, i stedet for å tjene brukere av offentlige tjenester og ansatte som jobber «på gulvet». NPM øker ikke borgerens tillit. Selve fokuset på kontroll i NPM kan bli vurdert som mistillit
Christensen, 2003)	NPM gir dårligere politisk styring. I stedet for mer effektivisering kan det bli mer kompleksitet og byråkrati
(Rønning, 2013, p. 125)	Mistillit for eksempel i form av kontrakter: kun <i>«det som blir avtalt, blir gjort»</i>
(Rønning, 2004)	NPM ser bort fra tjenestens egenart; da kan man glemme at det i utgangspunkt dreier seg om mennesker med et hjelpebehov
(Waerness, 1984)	«Pleie» (caring) må ikke bli sett på som et produkt, noe som kan rasjonaliseres, men noe som har å gjøre med en relasjon mellom minst to mennesker, å ta vare på noen, å føle omsorg for noen
(Vabø, 2012).	Tiltak for å gjøre hjemmetjenester mer transparente og troverdige har gjort dem mindre «følsomme» for de spesielle behovene til den enkelte tjenestemottaker.
(Solheim, 2004).	Det er vanskelig å spesifisere «produkt» eller kontrollere kvaliteten og en kan stille spørsmål ved om det ikke særlig er friske og ressurssterke pasienter som best egner seg som «kunde», ikke veldig hjelpetrengende pasienter
(Vabø, 2011)	Det kan se ut til at aktivister (de som tar opp saker for de eldre) kommer med krav som virker mot sin hensikt fordi presset blir større for alle parter, og at det alt for lite blir tatt hensyn til kompleksiteten som ofte ligger i å gi god pleie til (den sårbare) pasienten
(Vabø, 2006, 2007, p. 54).	Bestiller-utførermodellen kan føre til mistillit, fordi pasientsituasjonen må bli kartlagt på detaljnivå. Tjenestene kan noen ganger være så komplekse og dermed <i>«vanskelige å resultatspesifisere, at det kan være billigere å, i stedet, basere seg på tillitsrelasjoner»</i>
(Gautun et al., 2013; Haug et al., 2004; Helby Petersen et al., 2011; Rønning, 2013)	Det stilles spørsmål ved om konkurranseutsetting gir så mange (økonomisk) positive endringer, men heller negative; for eksempel lavere lønn og et dårligere arbeidsmiljø for de ansatte. Videre spørres det om ikke kommunene heller selv kan sette i gang forbedringstiltak.
(Pollitt, 2002)	NPM kan gi høyere kostnader
(Christensen & Lægred, 2007; Rasmussen, 2010)	Fokuset bør være på verdiene som beholder og styrker trygghet i og tillit til offentlige tjenester samt medmenneskelighet og empati, ikke marked og kunde

Under siteres en pårørendeerfaring med NPM-styring (A. Holm & Rusten, 2013, pp. 64–65):

*«På forespørsel fra oss om hjemmetjenesten kunne ta ut søppelposer og kaste i*

*søppeldunken når de likevel var innom, fikk vi beskjed om at det kunne de ikke. Først måtte et vedtak til. Mora mi fikk etter noen uker et eget vedtak på at to små søppelposer skulle bæres ut to ganger i uke. I vedtaket fulgte det til og med med hvor mange minutter dette skulle ta»*

I nyere empirisk forskning kom det frem at NPM ikke fører til lavere kostnader eller bedre tjenester men heller større, og flere klager (Hood & Dixon, 2015). I Skottland har dårlige erfaringer med NPM ført til at helsevesenet fra og med 1997 har forlatt det interne markedet, bestiller-utførerorganisering, foretaksmodeller, diagnose relaterte grupper og ideer om konsumentenes valgfrihet. I tillegg er bruk av økonomiske incentiver stort sett fjernet i Skottland (Pedersen, 2013). Til tross for at bestiller-utførermodellen ser ut til å gi mer kostnader, og ikke mer effektivitet og kvalitet, ser modellen likevel ut til å ha fått et beskyttende «immunforsvar» mot kritikk med henvisning til rettsikkerheten (Vabø, 2014).

### ***Samhandlingsreformen***

Samhandlingsreformen kan ha ledet til et mer oppstykket pasientforløp, til tross for at meningen var et mer helhetlig pasientforløp (Grimsmo, 2013). Den ser ut til å ha gitt mer tidspress for hjemmesykepleiere som har fått et større ansvar og mindre tid per pasient (Sæterstrand, Holm, & Brinchmann, 2015). Videre har man funnet at kommunene prioriterer intermedieære sengeplaser og kompetanseheving, men nedprioriterer rehabilitering, forebygging og brukermedvirkning. Dette kan blant annet forstås utifra spenningsfeltet mellom økonomiske hensyn (for eksempel «dagbøter») og lovpålegg. I tillegg kan kommunenes organisasjonsstruktur være til hinder for økt samhandling (Lind Kassah, Tønnessen, & Tingvoll, 2014).

### ***Rapporteringskrav***

En nyere studie beskriver tiden som brukes på rapportering i kommunehelsetjenestene. Samlet sett (alle nivå) er 57% av rapportering pålagt av myndighetene, resten er egeninitiert av kommunen eller virksomhetsledelsen. Blant annet media og rettsliggjøringsprosesser i samfunnet ser ut til å være pådriver for økte dokumentasjons- og rapporteringskrav. I kommunen er rapporteringshensikten også ofte å kunne forsvare seg ved eventuelle klager. Følgende tidsbruk ble funnet i studien:

**Tabell 3-2: Rapporterings- og dokumentasjonsarbeid i pleie- og omsorgssektoren**

<i>Rolle</i>	<i>I gjennomsnitt per uke</i>
Institusjonslederne	16 timer og 15 minutter
Avdelingslederne	12 timer
Sykepleierne	6 timer og 15 minutter
Helsefagarbeiderne	3 timer og 23 minutter

Det konkluderes med at bare 56% av rapporteringen er brukerrettet. Videre vises det til en opplevelse av at bestiller-utførermodellen har ført til mer byråkrati, samt mer rapportering for hjemmesykepleie. Men også at det skrives mer enn leses. Det vurderes som nyttig å se på organiseringen og rutinene i arbeidet, samt en diskusjon rundt hvor detaljert rapporteringene bør være (Gjertsen, Solvoll, & Gjernes, 2012).

I København ser det ut til at gevinsten ved å få mindre tid til rapportering og mer tid til omsorg kan være større enn risikoen for overforbruk av tjenester. Videre prøver man å få bukt med myndighetenes rapporteringskrav (T. Holm & Gjerløw Aasland, 2015).

### **3.6 Hjemmesykepleieorganisering – erfaringen fra gulvet**

Helsepersonellovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienten og kvalitet i hjemmesykepleie, samt tillit til ansatte og hjemmesykepleieorganisasjonen. Hjemmesykepleie skal organiseres slik at hjemmesykepleiere er i stand til å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (*hlspl.*, 1999). For hjemmesykepleiere skal det blant annet sikres et «*arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger[...]*» (jf. *aml.*, 2005, paras 1–1). I dette avsnittet velges det å ytterligere beskrive hvordan hjemmesykepleiens organisering erfares utifra de ansattes perspektiv.

Organisatoriske faktorer sees på som en av hovedgrunnene for yrkesrelatert stress i hjemmesykepleie. Opplevelsen av ansvar og redusert arbeidskvalitet er viktige stressfaktorer (Kirchhof, 2011). Tid som brukes på å kjøre til og fra pasientene, samt å dokumentere blir undervurdert. Bedre planlegging og organisering av kjørerutene kan redusere kjøretid og gi mer tid til å dokumentere (S. G. Holm & Angelsen, 2014). Det vises til forskning om sammenslåing av

organisasjoner og at de fleste sammenslåingene mislykkes (rundt 80%) grunnet mangel på en tydelig visjon, dårlig kommunikasjon, dårlig ledelse og strategi, samt kulturelle forskjeller. En tydelig visjon vurderes som det viktigste for å kunne lykkes med eventuelle sammenslåinger (Nguyen & Kleiner, 2003).

Forskning blant 6 hjemmesykepleievirksomheter i en norsk kommune (Kjennetegnet av NPM-styring, og bestiller-utførermodell) med totalt 11 enheter viser at de ansatte opplever dagen som travel, hektisk og stressende, samt en kontinuerlig kamp mot tiden. Ofte oppleves arbeidslistene (med beskrivelse av hva som må gjøres hos hver enkelt pasient inkludert hvor mye tid som skal brukes på den) som urealistiske og gir ikke rom for uventede situasjoner. En utvikling med flere og kortere besøk sørger for mer kjøretid og dokumentasjonstid, men kompenseres ikke på arbeidslistene, den totale besøkstiden forblir lik. Pasienter som sendes hjem fra sykehuset oppleves som i dårligere form og dermed mer arbeidskrevende, videre oppleves det også at noen pasienter trenger lengre tid enn gitt i vedtaket. I tillegg oppleves det at arbeidsmengden øker med at vikarer ikke kan leies inn ved sykdom grunnet innsparinger, noe som også fører til forsinkelser. I tillegg opplever de ansatte en konflikt ved at man fra kommunenivå forventer at oppgavene utføres raskest mulig mens man som ansatt også ønsker å gi omsorgsfull pleie. Sammenlignet med situasjonen for 5-6 år siden uttrykte alle informanter å hvert år oppleve en negativ trend med en større arbeidsbelastning, kontraproduktive organisatoriske forandringer og lavere budsjetter. Videre oppleves det at mer tid brukes på ikke-direkte pasientrelaterte saker og at kravene til de ansatte detaljspesifiseres mer og mer. Sammenslåing av team og større team skulle føre til mer robuste enheter men fører ifølge informantene til uro i arbeidsmiljøet og «overkompleksitet». Det konkluderes blant annet med at innsparingstiltak og standardisering av arbeidsoppgaver påvirker arbeidsmiljøet negativt, blant annet ved en erodering av selve jobbinnholdet. Dette kan føre til høyere sykefravær og misnøye blant de ansatte (Andersen & Westgaard, 2013). I et oppfølgingsforskningsprosjekt i samme kommune ble i tillegg til de ansatte også avdelingsledere / virksomhetsledere, administrasjonsrepresentanter og kommunens økonomiansvarlig intervjuet. I resultatene kommer det frem at virksomhetsledere og pleierne stort sett deler en opplevelse av økt tidspress og et dårligere pleietilbud / kvalitet over tid, på bekostning av omsorgsfull pleie. Dette står i motsetning til hvordan kommuneneadministrasjonens beslutningstakere opplever dette. For eksempel bagatelliseres tidspresset blant kommunerepresentantene med ord som «negativ kultur». Forskere konkludere med at kommunikasjonen i kommunen særlig er «top-down» og det er et avvik

mellom opplevelser av arbeidsomstendighetene blant de som jobber på gulvet (inkludert virksomhetsledere) sammenlignet med beslutningstakere, muligens fordi toppledelsen ikke har godt (nok) kjennskap til det som virkelig skjer på gulvet. Forskere hevder at alt dette kan gi en barriere for bærekraftige og godt fungerende hjemmetjenester. De hevder i tillegg at oppfølging av økende rapporteringskrav i NPM-sammenheng kan gå utover formidling av de virkelige omstendighetene (Andersen & Westgaard, 2015).

Til slutt påpeker Vabø (2012) at arbeidspresset kan føre til at helsearbeidere ønsker å oppnå forståelse fra pasienten og pårørende ved å si «vi har det så travelt» og at pasientene må være glad for at de får hjelp da det er mange flere pasienter som må betjenes.

### **3.7 Folkehelsearbeid og helsefremming - Teori om samfunnsbasert integrert pleie og omsorg**

Å ta lokalsamfunnet som utgangspunkt ved helsefremming kan være hensiktsmessig da både helseproblemene men også nettverket, ressursene og mulighetene forventes å ligge der (Mæland, 2010). Det er viktig at det ikke fokuseres for mye på sykdom/diagnoser men på hva som bidrar til god helse og velvære (Antonovsky, 1993, 1996). Regjeringen ønsker mer fokus på folkehelsearbeid blant annet ved å kartlegge lokalsamfunnets behov. Det letes etter organiseringsformer (for eksempel primærteam) som kan bidra til dette (*Meld. St. 19 (2014–2015)*, 2015, *Meld. St. 26 (2014–2015)*, 2015). Kommunen er lovpålagt å gjøre folkehelsearbeid (*fhl.*, 2011) noe hjemmesykepleie skal bidra til (*Helse- og omsorgstjenesteloven*, 2011). Forskning tyder på at dette er svakt forankret i både tjenestene og i kommuneadministrasjonen. Det ser ut til at det mangler en overordnet strategi, samt for lite forståelse av folkehelseperspektivet (Lorentsen, Lind Kassah, & Kassah, 2014). Med bakgrunn i dette, samt Regjeringens ønske om en forskningsbasert hjemmesykepleieorganisering (*Meld. St. 16 (2010-2011)*, 2011), vurderes det som hensiktsmessig med følgende teori som overordnet ramme for denne oppgaven:

#### **Teori om samfunnsbasert integrert pleie og omsorg (SIPO)**

Samfunnsbasert integrert pleie og omsorg (SIPO) står for en kombinasjon av konseptene «community based care» og «integrated care». Ved SIPO blir helsebehovene, preferansene og sosiale verdier tatt som utgangspunkt. Dette bør føre til de beste helsetjenestene og lokalsamfunnets generelle helse. «Integrert pleie og omsorg» handler om metodene og organiseringsformene som fører til minst mulig fragmentering i de leverte helsetjenestene, ved å øke koordinering og



kontinuitet på pleien mellom forskjellige institusjoner. Kombinasjonen av disse to aspektene blir sett på som et svar på offentlige tiltak med fokus på: innsparinger og bedre kvalitet, men som likevel ikke lykkes, særlig fordi det mangler en integrert tilnærming. Helsetilbudet til pasientene har blitt mer avansert og komplisert og dermed mer fragmentert. Dette krever et godt samarbeid og god koordinering for å kunne oppnå høy pleiekvalitet, som man ifølge Plochg & Klazinga (2002) ser for lite av. Ifølge dem blir for mange kvalitetsprogrammer utført isolert fra andre, i en for lite ramme. Lokalsamfunnets helsebehov bør bli tatt som utgangspunkt, samt fokus på involvering og "empowerment" av lokale innbyggere. Dette bør også ha konsekvenser for måten helsetjenestene blir organisert på. SIPO gjenspeiler en strategisk visjon som omfatter forskjellige aspekter fra både økonomisk teori (behov og tilbud), managementteori (organisering) og folkehelse (blant annet helsebehov) (Plochg, 2006). Ved å fordele beslutningstaking på tre nivå kan dagens utfordringer tydeliggjøres: den primære pasientbehandlingsprosessen, den organisatoriske konteksten, og finansiering og politisk kontekst av helsesystemet. Her har alle aktører sine egne kulturer, disipliner, tradisjoner og perspektiver på hvordan helsetjenestene skal leveres. Disse forskjellene kan blant annet føre til motstridende interesser mellom beslutningstakere, mer byråkrati og begrenset bruk av tilgjengelig vitenskapelig kunnskap på alle tre nivå. For å kunne lykkes med SIPO er det viktig å ha en integrert tilnærming.

Dette betyr at beslutningstakere på alle nivå bør være lydhør for dynamikken i både lokalsamfunnet og den primære prosessen. Man bør unngå at ledelsesvitenskap dominerer andre rasjonaler. SIPO-konseptet bør altså dirigere beslutningstakingsprosessen mot de samme målene og forfatterne beskriver 6 forutsetninger som kan bidra til dette:

**Tabell 3-3: seks forutsetninger for samfunnsbasert integrert pleie og omsorg (SIPO)**

#1	En overordnet visjon om (folke)helse i et (lokal)samfunn og kartlegging av blant annet behovene i det samfunnet. At tjenestetilbudet er rettet opp mot disse behov.
#2	Retningslinjer må ikke bare være forskningsbasert, men også organisatorisk basert, altså integrert i helsetjenesteprosessen.
#3	Fokuset bør rettes fra forskjellige og fragmenterte kvalitetsprosjekter mot en helsesystemomstrukturering og utvikling av kvalitetssystemer på helsesystemnivå. Utgangspunktet for utviklingen her bør være mottakerens pleie- og omsorgsbehov, ikke eksisterende institusjoner eller profesjonelle grupper.
#4	Å unngå byråkrati (mest mulig). Faren er nemlig at kvalitetsparadigmer blir nye kontrollparadigmer. Selv om politiske prosesser er vanskelig å påvirke bør det være klart og tydelig for aktørene at nye kontrollmekanismer vil føre til mer overheadkostnader og ikke nødvendigvis høyere kvalitet. Tillit og ansvarlighet ser ut til å være den beste garantien mot slike byråkratiske utviklinger.
#5	De som jobber i den primære prosessen må også være i stand til å integrere et forskningsbasert helsetilbud, prosessstyring og samtidig stimulere pasientens empowerment.
#6	Finansiering bør følge helsesystemets (helse)mål og ikke bare være makroøkonomisk begrunnet. Alt for sjeldent er finansieringsforandringer i helsesystemer basert på helsemålsetninger som skal bli oppnådd på makronivå i helsesystemet. Siden man ønsker å basere behandlingen på forskningsbasert kunnskap, bør det også gjelde valg av finansieringen. Alt med som hovedmål å fremtvinge helsesystemets misjon (Plochg & Klazinga, 2002).

Det påpekes at borgerens livskvalitet bør tas som utgangspunkt (Lorentsen et al., 2014; Nies, 2014), og at synspunktene fra profesjonelle ser ut til å være alt for dominerende. I tillegg bør man være klar over at 75-80% av omsorgen er uformell (blant annet av pårørende). Fokuset bør være at borgeren i sitt sosiale nettverk og lokalsamfunn, kan være «medprodusent» av virkelig integrert omsorg (Nies, 2014).

### **3.8 Nabolagspleiemodell «Buurtzorg»**

I Nederland ble nabolagspleiemodellen «Buurtzorg» utviklet i 2006. Modellen vurderes i samsvar med alle forutsetningene for SIPO (Dalen, 2010; Nandram & Koster, 2014; Pool, Mast, & Keesom, 2011), nevnt i forrige avsnitt. Videre beskrives denne i forskning i EU-sammenheng som en validert organiseringsmodell for langtidspleie og omsorg (Billings & Leichsenring, 2014; Huibers, 2013). I tillegg vurderes modellen som et paradigmeskifte i organiseringsteorien (Laloux, 2014).

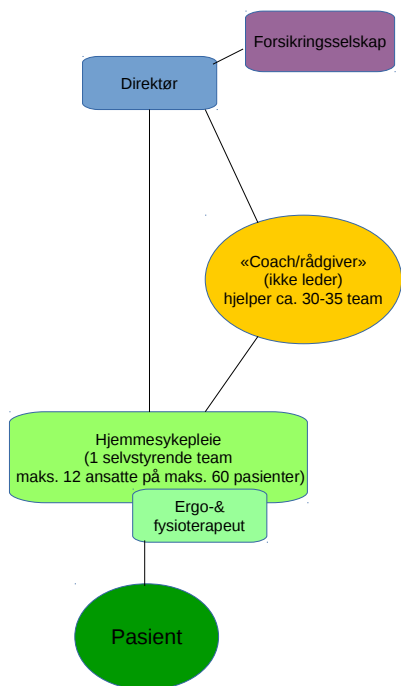


Fig. X-2: fremstilling organisering nabolagspleiemodell «Buurtzorg»

### 3.8.1 Bakgrunn

Hjemmesykepleier Jos de Blok hadde sett seg lei av konsekvensene av New Public Managemetreformer i Nederland og startet i 2006 «non-profit» organisasjonen «Buurtzorg» sammen med en kollega, dette kan oversettes med «nabolagspleie» (Monsen & de Blok, 2013a, 2013a; Nandram, 2015; Tholens, 2014). Høsten 2014 jobbet det 8500 sykepleiere i 800 uavhengige selvstyrende team (Blok, 2014). I motsetning til Norge, hvor helsesystemet er basert på skattebetaling, er det i Nederland basert på konkurrerende helseforsikringselskap (Häkkinen et al., 2013). Nederlendere betaler for helsehjelp og forsikring på ulike måter og det finnes flere «non-profit» hjemmesykepleierorganisasjoner, i tillegg til et økende antall «for-profit» helseorganisasjoner (Okma & Crivelli, 2013). Likevel sier Jos de Blok at modellen kan brukes universelt, tilpasset lokale omstendigheter og tradisjoner. Ifølge ham trenger sykepleiere ikke en leder, men kan lede seg selv, hvis man er motivert og opptatt av et større ideal; inspirert av Mathieu Weggeman, professor i organisasjonsvitenskap. Jos de Blok mener at ledere vet alt for lite om det som skjer på gulvet og kompensere for dette i form av kontroll. I stedet bør de tilrettelegge for at de ansatte kan gjøre jobben, fordi de ansatte heller gjør en god enn en dårlig jobb. Denne entusiasmen må stimuleres, ikke skape frustrasjon med byråkratiske tiltak, mistillit og rapporteringskrav. En god hjemmesykepleier er ifølge ham en som gjør seg selv mest mulig overflødig ved å styrke nettverket rundt pasienten. Hans utgangspunkt er optimal pleie og omsorg,

som ofte er billigere, fordi hjemmesykepleie, pasienten og pårørende får gleden av å samarbeide (Andreoli & De Vos, 2014). I denne modellen legges det mye vekt på rehabiliteringsfilosofien: «å kunne klare seg selv igjen» (Blok, Pool, & Keesom, 2010; Huibers, 2013; Pool et al., 2011), videre jobber teamene tett sammen med lokale fysio- og ergoterapeuter (Melis, 2009; Riezebos & Kouwenhoven, 2010). Organiseringen kan beskrives som ubyråkratisk og effektiv og har som utgangspunkt viktige prinsipper som tillit, autonomi, kreativitet, enkelhet og samarbeid med nabolaget, forankret i «samfunnsbasert pleie og omsorg» (Monsen & de Blok, 2013a).

### **3.8.2 Forskning på «nabolagspleiemodell» Buurtzorg**

I forskning på Buurtzorgmodellen i 2014 ble 5 integrerte nøkkelkomponenter (kategorier) identifisert: som overordnet 1.) organisasjonens generelle/hoved mål, deretter 2.) å virkelig forstå situasjonen; individets behov og muligheter (tilpasset pasienten), videre 3.) sykepleierens ferdigheter eller «håndverk», 4.) IKT-støtte, og til slutt 5.) selvstyrte team (med gründerfilosofi). I stedet for et endimensjonalt fokus på for eksempel kun «samfunnsbasert pleie og omsorg» eller kun pasienten, blir den integrerte tilnærmingen sett på som modellens styrke (Nandram, 2015; Nandram & Koster, 2014). Modellen har vist høy pasienttilfredshet og høy arbeidstilfredshet blant de ansatte (kåret som beste arbeidsgiver i Nederland i 2011, 2012, 2014 og 2015, andre plass i 2013), lavt sykefravær og høyere produktivitet med lavere kostnader sammenlignet med andre organisasjonsformer (Blok et al., 2010; Gray, Sarnak, & Burgers, 2015; Monsen & de Blok, 2013a, 2013b; Pool et al., 2011; Tholens, 2014; Veer, de, Brandt, Schellevis, & Francke, 2008). Det vises til besparelser opp til 50% (Huibers, 2013). Kvalitativ og kvantitativ forskning blant pasienter, pårørende, fastleger, sykepleiere og helsefagarbeidere har vist at for eksempel pasientene vurderer denne formen for hjemmesykepleie som signifikant bedre enn andre former: med en skåre på 9,1 av 10 (Monsen & de Blok, 2013b; Nandram, 2015; Veer, de et al., 2008). I forskningsintervjuene kom det frem at pasienter og pårørende har stor tillit til de ansatte, at de opplever å bli kjent med dem fordi det er et lite team hvor de vet hvem de kan forholde seg til, avtaler blir overholdt og at de ansatte kommer presis. Videre nevnes det at det blir brukt god tid til selve pleien, at den er fleksibel og tilpasset pasientens behov, at de ansatte blir opplevd som profesjonelle, engasjerte, god informasjonsformidling/kommunikasjon, godt samarbeid med fastlegene, og at pasientene sine ønsker blir imøtekommet (Veer, de et al., 2008).

Forskningen på Buurtzorgmodellen og andre organisasjonsformer i Nederland ble blant annet gjort

ved bruk av kvalitetsindikatorer for forsvarlig pleie og omsorg (Veer, de et al., 2008) (ferdigutviklet i 2007 og revidert i 2010). Disse fokuserer mest på resultater og handler for eksempel om når og hvordan pleien skjer (om det er i samsvar med pasientens ønsker), og om helsearbeidere overholder avtalene (Stuurgroep Kwaliteitskader VV&T, 2010). Forøvrig ble det i Norge også utviklet kvalitetsindikatorer, men det hevdes at indikatorsettet KOSTRA (beskrevet i avsnitt 2.2) ikke gir et helhetlig bilde, siden det ikke inneholder resultatindikatorer. Den fanger heller opp tjenesteproduksjonens omfang enn selve kvaliteten (Borge, Møller, Nyhus, & Vardheim, 2012).

Buurtzorgs organiseringsform har blant annet inspirert nederlandsk politi (Tholens, 2014), men også den Nederlandske Regjering, som nå stimulerer til mer fokus på organisering i andre helseinstitusjoner (*Kamerbrief over tussenevaluatie experiment regelarme instelling*, 2014). En ulempe med Buurtzorgmodellen sies å være at det kreves mye av de ansatte i et selvstyrende team, for eksempel å være tilgjengelig 24 timer i døgnet, pluss bemanningsutfordringer ved ferie og sykdom (Huibers, 2013; Veer, de et al., 2008).

### **3.8.3 Gjennomførbarhetsvurdering «Buurtzorg» for Norge**

Organiseringsmodellen har nå blitt kopiert i mange land rundt i verden, blant annet USA, Sverige, Belgia, Sveits, og Kina (Blok, 2015; Kreitzer, Monsen, Nandram, & de Blok, 2015). I Japan for eksempel finnes det nå 42 team (Noordhuis, 2016; Steenbergen & Wester, 2016) og modellen blir også i andre land, og av flere forskere omtalt som fremtidens løsning (Laloux, 2014; Leichsenring et al., 2013), og da ikke bare i hjemmesykepleie. Ifølge Lisbeth Norman, statssekretær i helsedepartementet kan Buurtzorg-modellen være ett av flere gode alternativer som kommunene allerede i dag står fritt til å utvikle. (Tholens, 2014). Det sies at denne organisasjonsformen skal utprøves som prosjekt i Norge/Oslo (Limkjær, 2015).

### **3.9 Forsknings spørsmål**

Med bakgrunn i problemstillingen ble flere aspekter rundt hjemmesykepleiens organisering belyst i dette kapitlet. Basert på både litteratursøket og det som kom frem i dette kapitlet kan en hevde at det finnes for lite kunnskap om politikernes og administrasjonslederens syn på organisering av hjemmesykepleie og hva dette betyr for dagens organisering.

*Med hjelp av en case-study tilnærming ønsker jeg derfor å belyse følgende tre forsknings spørsmål:*

- 1. Hvordan og hvorfor er hjemmesykepleie organisert som den er i to norske kommuner?*
- 2. Hvordan beskriver kommunepolitikere og administrasjonsledere god kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmesykepleie, og hva betyr dette for dagens organisering?*
- 3. Hvordan vurderer kommunepolitikere og administrasjonsledere nabolagspleiemodellen «Buurtzorg»?*

### **4. Metode og analyse**

I dette avsnittet redegjøres det for oppgavens metodiske tilnærming og det tilstrebes å beskrive detaljert og tydelig hva som har blitt gjort, hvilke valg og overveielser som har blitt tatt, hvordan forskjellige faktorer kan ha påvirket datainnsamlingen og -analysen. Alt dette med som hensikt at hver enkelt kan være i stand til å gjenta og etterprøve det som har blitt gjort.

#### **4.1 Litteratursøk**

I forbindelse med denne studien ble det gjort flere litteratursøk. For eksempel om organisering, kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmesykepleie. For å forsikre meg om å ha fått med den nyeste forskningen vedrørende problemstillingen ble følgende litteratursøk avslutningsvis utført i mai 2016:

**Tabell 4-1: søk i Oria.no**

Søkeord	Antall treff
Organisering AND hjemmesykepleie	34
Organiseringsform AND hjemmesykepleie	1
Organisering AND hjemmesykepleie AND politikk	7
Organisering AND hjemmesykepleie AND beslutningstakere	1
Organisering AND hjemmesykepleie AND begrunnelse	3
Organisering AND hjemmesykepleie AND grunnlag	18
Organisering AND hjemmesykepleie AND beslutningsgrunnlag	1
Organisering AND hjemmesykepleie AND kunnskapsgrunnlag	0
Organisering AND hjemmesykepleie AND kommune	20
Organisering AND hjemmesykepleie AND betydning	1
Organisering AND hjemmesykepleie AND evaluering	20
Organisering AND hjemmesykepleie AND vurdering	1
Organization AND home care AND decision makers NOT nursing home	40
Organizational form AND home care AND decision makers	6

De fleste artiklene vurderes som ikke relevante. Blant de som vurderes som relevante ble det ikke funnet forskning som belyser beslutningstakernes begrunnelser og/eller vurderinger av dagens hjemmesykepleieorganisering.

#### 4.2 Forskningsstrategi

Denne oppgaven har en case-studietilnærming som forskningsstrategi. En case-studie kan defineres som empirisk forskning som i dybden undersøker et samtidfenomen (casen) i sin kontekst i den virkelige verden, særlig når grensene mellom fenomen og kontekst ikke er entydige. Denne strategien egner seg best til forskningsspørsmål som begynner med «hvordan» eller «hvorfor» (Yin, 2014). Strategien velges med bakgrunn i problemstillingen og forskningsspørsmålene, siden fenomen- og kontekstgrensene vurderes som uklare. Det kan antas at det politikere og administrasjonsledere deler som synspunkter og det de bestemmer (fenomener) angående hjemmesykepleieorganisering (kontekst), varierer med tiden.

#### 4.3 Forskningsdesign

Forskningsdesignet er en komparativ "embedded multippel-case studie" med triangulering da flere kilder brukes. Med utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmålene ble to kommuner spurt om å delta. Dermed utgjør hver kommune en case i denne studien. Innen hver kommune

(casen) ble data samlet fra to analyseenheter: intervjuer med (1) kommunepolitikere og (2) administrasjonsledere. En annen analyseenhet i hver kommune (case) er (3) dokumentene om hjemmesykepleie, som ble samlet fra kommunes webside. Ved å bruke et slikt design er det viktig å ikke overse holistiske aspekter av casen (Yin, 2014). Det teoretiske fundamentet som ble valgt skal bidra til dette.

#### **4.4 Valg av case og kontekst**

Det ble valgt ut to norske kommuner som på mange måter vurderes som forskjellige. Det gjelder to kommuner hvor den ene (kommune 1) er cirka 5 ganger større enn den andre (kommune 2). I resultatkapittelet blir disse ytterligere beskrevet og vises det til likheter og ulikheter. Valget av to kommuner ble gjort for både å kunne sammenligne disse kommunene, samt å få et bredere data- og overførbarhetsgrunnlag.

#### **4.5 Datainnsamling**

Datainnsamling ble gjennomført ved en såkalt triangulering av metoder i begge kommunene: et individuelt intervju med administrasjonslederen, et fokusgruppeintervju med politikere og en dokumentanalyse av kommunedokumentene som ble funnet på kommunens webside. Med administrasjonslederen menes lederen med overordnet ansvar for organisering av hjemmesykepleie på administrasjonsnivå. Informantene i fokusgruppeintervjuene var politikere fra et «levekårsstyre» eller «levekårs/helseutvalg» i en kommune (i allfall periode 2011-2015). Dette betyr at politikere antas å ha minst 3,5 år erfaring i dette styret eller utvalget, siden de ble valgt inn ved kommunevalget i 2011. Ved et fokusgruppeintervju har man helst 4 til 6 deltakere (McLafferty, 2004). Som vist i tabell 4-2 ble det henholdsvis 5 og 4 deltakere i hvert fokusgruppeintervju. Oppsummert er datainnsamlingen basert på to fokusgruppeintervjuer og to individuelle semi-strukturerte intervjuer, samt 2 ganger dokumentanalyse. Da både politikerne og administrasjonslederen i kommune 1 i intervjuene snakket om en stor omorganisering i 2000 ble ett dokument som omhandlet denne omorganiseringen etterspurt (denne ble ikke funnet på kommunens webside).

#### *Inkluderingskriterier for informanter*

Alle valgte lokalpolitikere som er medlemmer i et såkalt «levekårsutvalg» (jf. *Kommuneloven*, 1993, paras 10–1) og som kan stemme for eller imot politiske innstillinger som omhandler



organisering av hjemmesykepleie eller har innflytelse på dette ble ansett som inkluderbare i studien. Administrasjonsledere måtte ha overordnet ansvar for hjemmesykepleie for å kunne bli inkludert.

#### *Ekskluderingskriterier for informanter*

Alle lokalpolitikere som ikke er medlemmer i et slikt utvalg, eller administrasjonsledere som ikke har overordnet ansvar for hjemmesykepleie ble ikke invitert til å delta.

I tabell 4-2 beskrives prosedyrene og tidsrommet ytterligere, samt hvordan dataen ble innsamlet. I tabell 4-3 vises til dokumentsøket og i tabell 4-4 til deltakernes kjennetegn.

**Tabell 4-2: rekrutteringsprosess politikere og administrasjonsledere**

<i>Måned</i>	<i>Hendelse</i>	<i>Kommune 1</i>	<i>Kommune 2</i>
Mars 2015	Forskningsprosjektet godkjent av NSD		
April 2015	Kontakt politiske sekretariat i begge kommuner: Sekretæren anbefaler å kontakte den politiske gruppelederen		
April 2015	Kontakt med gruppelederen i hvert levekårsutvalg (per mail; vedlagt ble informasjonsskrivet sendt, godkjent av NSD)	Gruppelederen sier at medlemmene kan kontaktes per mail og foreslår dato og tidspunkt (uken etterpå)	Gruppelederen sier å skulle kontakte medlemmene men ikke å kunne stille selv
April 2015		Sekretæren gir epostadressene til alle medlemmene Kontakt med alle politikere (N = 11) i levekårsutvalget per mail. Samtidig sendes informasjonsskrivet: 3 personer svarer at de ikke kan stille 4 personer sier seg villige 4 personer svarer ikke	
April 2015		Fokusgruppeintervju med 5 politikere; samtykker skriftlig. To fra samme politiske parti. Ingen deltatt på et fokusgruppeintervju før. Intervjuet varer 1 t 29 min 24 sek (en medstudent var til stede som observatør)	
April 2015		Administrasjonslederen kontaktes samme dag	
Mai 2015		Administrasjonslederen svarer og foreslår dato og tidspunkt	Gruppelederen svarer og foreslår dato og tidspunkt. Nevner 4 medlemmer (av totalt 9) som kan delta, alle fra forskjellige politisk parti. (partiet til gruppelederen representeres dermed ikke)

Mai 2015		Semi-strukturert individuelt intervju gjennomføres på administrasjonslederens kontor, varer 48 min 53 sek	Fokusgruppeintervjuet med 4 politikere; samtykker skriftlig. Ingen har deltatt på et fokusgruppeintervju før. Varer 1 t 21 min 38 sek. Utført uten observatør.
Mai 2015			Administrasjonslederen kontaktes samme dag per mail
Juni 2015			Semi-strukturert individuelt intervju gjennomføres på administrasjonslederens kontor, varer 48 min 41 sek
Juni – juli – august 2015	Intervjuene transkriberes		

**Tabell 4-3: Fremgangsmåten for dokumentinnsamlingen og innsamling ytterligere data**

August 2015	Søkte på kommunenes websider med søkeord «hjemme*» for å kunne finne (politiske) dokumenter som omtaler både hjemmesykepleie og hjemmetjenester, siden 2000	Det kunne virke som om det egentlig var flere politiske dokumenter, men da ikke tilgjengelig på nettet. Derfor ble sekretæren for den politiske administrasjonen kontaktet. Fikk som svar at de benytter seg av samme (kommunenes) webside. Derfor ble det valgt å forholde seg til det.  Søket ga 27 dokumenter (cirka 2700 sider). Disse gjaldt «handlings- og økonomiplaner», årsrapporter, kommuneplaner, møtereferater og generell informasjon fra kommunens webside	Med erfaringen fra kommune 1 sin webside, ble det valgt å bruke samme tilnærming i kommune 2. Nemlig å bare forholde seg til det som kommer frem på kommunenes webside. Søket ga 29 dokumenter (cirka 2000 sider). Disse gjaldt «handlings- og økonomiplaner», årsrapporter, kommuneplaner, møtereferater og generell informasjon fra kommunens webside
Januar 2016	Sender epost til administrasjonsledere for å få opplysninger om hvor mange ansatte («hoder») som jobbet på årsbasis per virksomhet i 2015 (fast, ekstravakter, vikarer fra vikarbyrå), samt om de ansatte jobber i virksomheten på tvers av teamene. I tillegg ble det spurt om hvor mange pasienter en virksomhet i gjennomsnitt forholdt seg til i 2015.		
Mars 2016		«purre-epost» til administrasjonslederen	«purre-epost» til administrasjonslederen Lederen sender tallene per epost (1 uke senere)
Mai 2016		Tallene gis under et møte og per epost. (etter noen telefonsamtaler og epostkontakt)	

**Tabell 4-4: deltakernes kjennetegn**

<p><i>Deltakernes kjennetegn</i></p>	<p><i>Administrasjonsleder</i> Fikk kode A1. Har jobbet mer enn 10 år på administrasjonsnivå i kommune 1. Ikke sykepleier men annen helsefaglig bakgrunn.</p> <p><i>Politikere</i> Fikk kodene B1, C1, D1, E1 og F1 i dataanalysen. En deltaker hadde medisinsk bakgrunn, to hadde sykepleierbakgrunn, hvorav en med lengre administrasjons- og ledererfaring. To deltakere hadde ikke helsefaglig bakgrunn. For 3 deltakere var det deres første periode i kommunenes levekårsutvalg. De andre to har vært med 2 eller flere perioder.</p>	<p><i>Administrasjonsleder</i> Fikk kode A2. Jobbet minst 7 år i hjemmesykepleie. Senere hatt lederstillinger i private helseselskap, før vedkommende begynte i kommune 2.</p> <p><i>Politikere</i> Fikk kodene B2, C2, D2, E2 i dataanalysen. To deltakere har helsefaglig bakgrunn med forskjellige roller (en av dem med hjemmesykepleie erfaring), de andre to ikke. En har økonomisk bakgrunn og erfaring som pårørende med hjemmesykepleie. En annen deltaker har opplevd hjemmesykepleie både som pasient og som pårørende i 11 år. En har ledererfaring. En har sittet i levekårsutvalg siden '80-tallet. For to var det deres første periode. For en var det andre perioden.</p>
--------------------------------------	---	---

Metodetriangulering (Yin, 2014) brukes siden det er snakk om data samlet gjennom dokumenter, fokusgruppeintervjuer og semi-strukturerte intervjuer.

Alle intervjuene ble gjennomført med hjelp av en intervjuguide (se vedlegg 3) som også hadde blitt sendt til og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (NSD) (se vedlegg 1). Spørsmålene var like for både politikere og administrasjonslederen, bortsett fra at ordet «du» ble brukt ved alle spørsmål i intervjuguiden til administrasjonslederen og «dere» i intervjuguiden til politikere. Temaene i intervjuguiden omhandlet generelt organisering av hjemmesykepleie, og spesifikt grunnlaget for kommunenes hjemmesykepleieorganisering, kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmesykepleie, samt nabolagspleiemodellen «Buurtzorg». I begynnelsen av alle 4 intervjuene ble definisjonen på hjemmesykepleie (som brukt i denne oppgaven) lest opp av moderatoren. Dette ble gjort for å sikre at alle er innforstått med hva som menes med begrepet. Informantenes deltakelse var frivillig og alle samtykket skriftlig før intervjuene startet. Datamaterialet ble oppbevart i henhold til NSDs godkjenning og slettet ved prosjektets slutt.

Ved fokusgruppeintervjuet anbefales det å ha med en minst en person som kan observere deltakere og notere hvordan de uttrykker seg non-verbalt, samt å ta opp intervjuene på lydband (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006; Malterud, 2012; McLafferty, 2004). Med tanke på taushetsplikten og forskningskunnskap ble det valgt en medstudent som bare kunne stille som observatør ved fokusgruppeintervjuet i kommune 1. Medstudenten noterte hvem som snakket og beskrev tonen som «god». Deltakerne i kommune 1 viste det seg å kunne være uenige på innhold, lo flere ganger og avsluttet intervjuet med at det var «*veldig spennende*» å være med på noe slikt. I kommune 2

virket politikerne også engasjerte. Mot slutten kunne det non-verbalt likevel virke som om de syntes det ble litt for mye av det samme, selv om intervjuet ble gjennomført innen avtalt tidsramme. De to individuelle intervjuene opplevdes begge positivt og ble gjennomført innen avtalt tidsramme.

#### **4.6 Dataanalyse**

Overordnet og i henhold til Yin (2014) ble det sammenlignet innen casene (kommunene) og mellom casene. Først ble det utført en enkel case analyse («within case analysis») av datamaterialet i den enkelte kommunecasen. Deretter ble det gjort en analyse på tvers («across case analysis») hvor casene ble sammenlignet utifra felles trekk, mønstre og forskjeller.

Data fra både intervjuene og dokumentene ble systematisk analysert og analyseprosessen beskrives i tabell 4-5. I denne forskningen er det snakk om en temasentrert tilnærming fordi man ønsker å få informasjon fra alle deltakerne om de samme temaene (Thagaard, 2013). Malterud (2012) påpeker at den teoretiske referanserammen som regel spiller en mindre rolle ved eksplorerende formål av fokusgruppetudier. I min forskning valgte jeg en induktiv tilnærming av dataen. En slik tilnærming foreslås når det ikke finnes nok forkunnskap om fenomenet (Elo & Kyngäs, 2008). Siden teori om «samfunnsbasert integrert pleie og omsorg» (Plochg & Klazinga, 2002) brukes som teoretisk bakgrunn og for å drøfte dataen, brukes denne først i drøftingsdelen. Dataanalysen ble utført med utgangspunktene beskrevet av Graneheim & Lundman (2004). Disse beskrives senere i dette avsnittet. I tillegg brukte jeg Thagaard (2013), Yin (2014), Kvale & Brinkmann (2009) og Malterud (2003, 2012) for å få bredere forståelse av dataanalyse.

I mitt prosjekt valgte jeg å transkribere intervjuene ordrett. Hvis noe var uklart ble det lyttet flere ganger på lydbåndet, inntil jeg var sikker på å ha forstått det rett. Hvis det fortsatt var tvil ble det valgt å skrive «[uforståelig del]» og ikke det jeg trodde ble sagt. De fleste deltakerne snakket på dialekt, likevel ble det valgt å skrive alt på bokmål. Når for eksempel en eller flere ler ble dette også notert for å kunne gi et inntrykk av stemningen. Alle deltakerne fikk en kode (se tabell 4-4). I resultatkapittelet ble det også valgt å skrive sitatene ordrett. Dette ble gjort for å vise hvordan informanten uttrykte seg og tilsynelatende nølte, «tenkte», eller omformulerte seg.

Siden dataanalysen er basert på en temasentrert tilnærming, lå fokuset ikke på deltakerne selv, men på innholdet, altså det deltakerne sa. Thagaard (2013) beskriver hvordan data kan klassifiseres. I

mitt prosjekt valgte jeg å transkribere selv og fikk dermed allerede et inntrykk av meningsinnholdet. Etter å ha transkribert ble det hørt på opptakene til hver kommune uten å lese intervjueteksten. Målet var å la data snakke for seg selv og å ikke fokusere på detaljer. Dette ble gjort med tanke på at en systematisering i denne fasen skal unngås (Malterud, 2003). I tabell 4-5 beskrives detaljert hvordan dataanalysen foregikk:

**Tabell 4-5: stegene i dataanalysen (Induktiv). Disse stegene gjaldt for både kommune 1 og 2.**

Steg	Hver kommune
#1	Lyddopptaket ble ordrett transkribert
#2	Lyddopptakene vedrørende gruppe- og individuelle intervju ble hørt på etter hverandre, uten å ta notater (intervjueteksten ble ikke lest). Etterpå ble det tatt notater av det som kom frem
#3	Lyddopptaket til gruppeintervjuet ble hørt på og imens ble stikkord notert i intervjueteksten Lyddopptaket til det individuelle intervjuet ble hørt på og imens ble stikkord notert i intervjueteksten
#4	Intervjueteksten (ny utskrift) ble lest og det ble lett etter meningsbærende enheter
#5	Analyseprosessen på transkriptene og dokumentene (fra 2015) ble utført ifølge Graneheim og Lundman (2004)
#6	Med hjelp av Libreoffice Calc (tilsvarende Microsoft Excel) ble kodene, subkategoriene samt kategoriene gruppert slik at man ved hjelp av å «sortere» cellene kunne få frem kodene per (sub)kategori på en systematisk måte for hvert intervju
#7	Etter å ha skrevet resultatkapittelet «som utkast» ble alle intervjuene lest på nytt for å «dobbeltsjekke» at resultatene stemmer overens med det som deltakerne formidlet

I teksten ble det altså lett etter meningsbærende enheter. Meningsinnholdene ble kodet, deretter kategorisert utifra tekstdelen som omhandler det samme temaet. I mitt prosjekt valgte jeg å benytte meg av Graneheim & Lundman (2004) sitt ordbruk siden den vurderes som nyansert og tydelig beskrevet. De sier at å (sub)kategorisere de meningsbærende enhetene (kodene) er kjernen i selve dataanalysen. Ifølge dem og Elo & Kyngäs (2008) må man velge hva man skal fokusere på, avhengig av problemstillingen og forskningsspørsmålene. Det gjelder da å enten få frem det manifeste (det teksten sier: bl.a. koder, (sub)kategorier) eller det latente (det teksten handler om: tema). Ifølge dem er det også mulig å få frem både det manifeste og det latente. Med bakgrunn i problemstillingen vurderte jeg det som rett å bare fokusere på det manifeste i dataanalysen, samt i beskrivelsen av resultatene, altså det teksten sier. Dette da jeg særlig er ute etter konkrete begrunnelser og vurderinger. I diskusjonskapittelet derimot, gis det mer rom for det latente. Et eksempel på analyseprosessen vises i tabell 4-6.

**Tabell 4-6: eksempel på kodering og (sub)kategorisering av et transkribert fokusgruppeintervju**

Råtekst	Kondenserte meningsbærende enhet	Kode	Subkategori	Kategori
<i>Politikere kommune 1</i>				
D1: «og når det gjelder ...ehh, stadig vekk omorganiseringer. Ehh.. altså så lenge jeg var i etaten. Vi var under kont-i-nu-er-lig [snakket ekstra langsomt] omorganisering, deler av ....ehhh ehhh helse og sosiale tjenester. Hva gjør det? Jo det gjør at du bruker tid og ressurser på organisering. Folk er redde for hvor skal de bli i systemet etterpå. På bekostning av å utvikle og gi tjenester...»	Konti-nu-er-lig omorganisering. Har vært sånn lenge	Kontinuerlig omorganisering	Beskrivelse / analyse hjemmesykepleies utvikling	Hjemmesyke pleie
	Konsekvensen er at man bruker ressurser på omorganiseringen	Omorganisering krever ressurser	Konsekvenser omorganisering	(Om)organise ringsnivå
	Ansatte blir redde	Redde ansatte	Omorganiseringsk onsekvenser ansatte	(Om)organise ringsnivå
	På bekostning av å kunne utvikle gode tjenester	Omorganisering går på bekostning av utvikling gode tjenester	Omorganiseringsk onsekvenser tjenester	(Om)organise ringsnivå
<i>Politikere kommune 2</i>				
E2: så det...det vokste ut altså	Vokste ut av lokalene	Vokst ut av lokalene	Beskrivelse / analyse hjemmesykepleies utvikling	Hjemmesyke pleie
B2: mm mm				
E2: ut av lokalene holdt jeg på å si [ler litt]				
B2: ja, ja				
[en annen i gruppen sier også «ja»]				
B2: «mm mm...og det...når de da deler dem i to, så mener jo jeg også at det blir en bedre service til våre innbyggere, fordi at det da er de er to team. Og det ene teamet jobber den veien og det andre teamet jobber den veien...og da får en jo mindre ansatte å forholde seg til også»	En bedre service til våre innbyggere med å dele i to team	Bedre service med to team	Grunnlaget dagens hjemmesykepleie organisering	Hjemmesyke pleie
	Det ene teamet jobber den veien, den andre den veien	Jobber to forskjellige veier	Beskrivelse / analyse hjemmesykepleie utviklingen	Hjemmesyke pleie
	Mindre ansatte å forholde seg til	Mindre ansatte å forholde seg til	Grunnlaget dagens hjemmesykepleie organisering	Hjemmesyke pleie

Dokumentanalyse er ofte retrospektiv, siden den består av material som i utgangspunktet ikke er

ment som forskningsdata (Malterud, 2003; Thagaard, 2013). Dette tok jeg i betraktning ved å lese dokumentene som jeg fant på kommunenes websider. De fleste var skrevet av administrasjonen, noen ganger et enkelt referat fra et politisk møte. Utifra ordlyden kunne det ofte virke som om innholdet lignet på Stortingsmeldinger og offentlige rapporter. Ellers virket mange dokumenter, om ikke de fleste, å beskrive fremtidige planønsker og hvordan det bør være. Blant dokumentene ble det funnet lite som kunne svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene: begrunnelser og vurdering av dagens hjemmesykepleieorganisering, samt kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmesykepleie. Av det som ble vurdert som relevant ble analysen utført på samme måten som med dataen fra intervjuene, altså ifølge Graneheim & Lundman (2004). Med tanke på at det gjelder en case-studie (fokus på et sanntidsfenomen, jf. Yin, 2014) ble dataanalysen bare utført på dokumentene fra 2015. Likevel ble også relevant informasjon fra tidligere dokumenter beskrevet i resultatkapittelet. I det kapittelet ble bare vist til årstallet, ikke om det gjaldt en «handlings- og økonomiplan», en årsrapport m.m., dette for å sikre kommunens anonymitet. I forbindelse med konfidensialiteten ble det heller ikke vist deltakerkodene ved sitatene.

#### **4.7 Metodisk refleksjon**

Det sies at resultatene av dataanalysen skal være etterprøvbare av andre, samt gi samme utfallet uavhengig av hvem som forsker/analyserer. Likevel kan det stilles spørsmål ved hvorvidt dette er 100 % realiserbart (Graneheim & Lundman, 2004; Malterud, 2012). Uansett kreves det en tydelig beskrivelse av kontekst, kultur, informanter og analyseprosess slik at andre kan vurdere resultatenes overføringsverdi til egen kontekst. Det er flere faktorer som kan ha betydning for forskningens troverdighet og validitet. Ved intervjuene kan forskerens personlige egenskaper, kjønn, alder, sosial bakgrunn og ytre kjennetegn ha betydning, både positivt og negativt (Thagaard, 2013). I henhold til dette har jeg prøvd å samle data på en nøytral måte, samt å vurdere funn med et kritisk forskerblikk, vel vitende at min forforståelse er en påvirkende faktor. Den kritiske leser må kunne få muligheten til å vurdere hvordan forskerens ståsted kan ha påvirket resultattolkningen (Thagaard, 2013). I dette avsnittet prøver jeg å beskrive min forforståelse, samt å reflektere over aspekter som validitet og reliabilitet.

##### **4.7.1 Egen forforståelse**

Allerede i forordet i denne oppgaven gir jeg uttrykk for min forforståelse av organisering av hjemmesykepleie. I tillegg jobbet jeg noen måneder i «Buurtzorg» før jeg flyttet til Norge i 2010.

For pasientene opplevde jeg bare fordeler, som ansatt noen «fleksibilitetsutfordringer». Med utgangspunkt i mine (helsefremmende) plikter som sykepleier ('Yrkesetiske retningslinjer - NSF', 2011) kan jeg ikke annet enn å vise interesse for modellens organiseringsform. Dette fordi det forventes av meg som sykepleier – i form av helhetlig pleie - å best mulig ivareta pasientens fysiske, psykiske og åndelige behov. For meg er dette utgangspunktet overordnet det faktum at det opprinnelig er en modell fra en nederlandsk organisasjon med navnet «Buurtzorg» hvor jeg selv har jobbet. Som utdannelse har jeg både en bachelor i bioingeniørfag og sykepleie, og har jobbet i helsevesenet i minst 20 år. Lengst har jeg jobbet i hjemmesykepleie, men også mange års erfaring fra psykiatri, terminal pleie og som skiftleder på et stort sykehjem. Alt dette har preget meg som person og gitt meg en god del forkunnskap og meninger. Dette kan som sagt vurderes som en fordel, men også en ulempe. Det kan være et rimelig spørsmål om og hvordan min forforståelse har preget min forskning og om det kan føre til forutinntatte meninger med betydning for forskningsprosessen. Derfor forsøker jeg i dette metodekapittelet å redegjøre for hvordan jeg har prøvd å unngå dette. Blant annet ved å tydeliggjøre forskningsprosessen i forrige avsnitt. Videre ved å vise at jeg er klar over min forforståelse. Metodisk sett ved å fokusere på det politikerne og administrasjonsledere skulle si, og valgte en induktiv tilnærming for å la data snakke for seg selv uten å på forhånd anta hva informantene skulle svare. At min veileder fulgte nøye med opplevde jeg også som en styrke. Videre skal jeg i neste avsnitt reflektere ytterligere over valg av metode.

#### **4.7.2 Design**

Et forskningsdesign må gi mulighet for fleksibilitet og endringer (Thagaard, 2013). Med utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmålene ble det valgte designet vurdert som best egnet. Likevel kunne datagrunnlaget ha blitt enda rikere ved å ikke bare intervju administrasjonsledere og kommunepolitikere, men også mellomledere, personalet på gulvet og eventuelt pasienter som mottar hjemmesykepleie. Men dette ble vurdert som for omfattende for et Masterprosjekt. Det jeg også vurderte var ett fokusgruppeintervju med både politikere og administrasjonslederen fra samme kommune til stede. Siden administrasjonen og politikere har sin egen rolle ble det likevel vurdert som mest fornuftig å ha et individuelt intervju med administrasjonslederen. På den måten ble det også mulig å kunne sammenligne deres felles og ulike oppfatninger. Ifølge Yin (2014) kan dokumentanalyse også være en god kilde ved en case-studie. Det kunne ha vært hensiktsmessig å finne politiske møtereferater angående for eksempel sammenslåing av team i kommune 1. Hvilke argumenter som ble brukt der og da. Men dessverre



ble ikke disse funnet, til tross for telefonisk kontakt med flere «nøkkelpersoner» i administrasjonen i kommune 1. Dermed ble det vurdert som rett å forholde seg på samme måten til kommune 2 sin webside. Videre kan det være en svakhet at denne studien særlig belyser «ytre krav og forventninger» og «kvantitative kjennetegn» ved organiseringen (jf. Fig X-1, s.13). Med bakgrunn i valgt metode og datakilder, ble det vanskelig å få frem «kvalitative kjennetegn» ved organiseringen. Til tross for dette kan en likevel hevde at funn i denne studien kan gi svar på både problemstillingen og forskningsspørsmålene, dette blant annet ved bruk av tidligere forskning i drøftingen.

#### **4.7.3 Validitet, reliabilitet og overførbarhet**

Begrepet *validitet* kan knyttes opp mot forskningens gyldighet: i hvilken grad tolkningene er gyldige; om resultatene representerer virkeligheten. Validiteten kan styrkes ved å være transparent i analysen, og gjennom beskrivelsen av hvordan man har kommet frem til forskningskonklusjonen(e), samt når tolkningene både ligner og ikke ligner de i andre studier (Thagaard, 2013). Jeg prøvde så tydelig som mulig og med henvisning til et eksempel (se tabell 4-6) å beskrive hvordan selve analysen har foregått. Jeg har også prøvd å formidle motstridende utsagn og «uenigheter» mellom deltakerne akkurat som de var. Videre har jeg gitt flere eksempler og sitater på det deltakerne sa. Ifølge Malterud (2003) skal sitatene særlig illustrere hovedpoenget i teksten som formidler forskerens sammenfatning. Men ifølge henne blir produktet ikke mer autentisk av å referere sitater og skal største parten av resultatpresentasjonen bestå av oppsummerende tekst. Derfor valgte jeg mest mulig «vanlig» tekst og av og til et sitat. Diskusjonskapittelet mener jeg å ha styrket ved å diskutere resultatene i lys av annen bekreftende og avkrefte forskning og ved å gi rom for forbehold.

Begrepet *reliabilitet* kan knyttes opp mot forskningens pålitelighet: i hvilken grad en forskningsmetode og beskrivelsen av den er tillitsvekkende. Blant annet handler det om kvaliteten på innsamlet data og kvaliteten på analysen av den. Det vurderes som urealistisk med en *ekstern reliabilitet* ved at man ved bruk av de samme metodene skal forvente at en annen forsker vil komme frem til samme resultat. Når det gjelder *intern reliabilitet* (tydelig og transparent beskrivelse av metoden, teoretisk ståsted m.m) (Thagaard, 2013) mener jeg å ha vært tydelig i metodebeskrivelsen og datainnsamlingen. Videre mener jeg å ha beskrevet resultatene på en måte som mest mulig samsvarer med informantenes uttrykte innhold og mening. Jeg ønsket at det for leseren kunne være

mulig å tolke resultatene med egne valgte teorier og bakgrunn i egen forforståelse.

Å intervjuere politikere var noe nytt for meg og jeg hadde ingen klare forventninger.

Intervjuspørsmålene var utformet med hjelp av min veileder og jeg fikk god respons fra NSD og transkriberingen viste at jeg stilte åpne spørsmål (jf. Intervjuguiden). Jeg ville la deltakerne snakke, ikke legge ordene i munnen på dem eller å styre samtalen i en bestemt retning. En ulempe kan blant annet være at flere utdypende detalj-spørsmål uteble. En fordel kan være at deltakerne var politikere og administrasjonsledere. En kan forvente at de har tydelige meninger som de tør å formidle.

Faktorene som deltakerne ble bedt å uttale seg om, ble med vilje fremstilt i et sirkeldiagram (fig X-4, s.53), for å unngå at deltakerne kunne bli påvirket av en eventuell rekkefølge eller nummerering. I tillegg ble det ved to spørsmål (8 og 10) delt ut en tekst som deltakerne selv skulle lese og svare på.

*Overførbarhet* handler ikke om mønstrebeskrivelser i dataene men i hvilken grad datatolkningen kan ha betydning for andre situasjoner (Thagaard, 2013). Her er det opp til forskeren å argumentere for relevansen i andre sammenhenger (Kvale & Brinkmann, 2009) ved å teoretisk generalisere basert på logisk resonnement, også for å kunne bidra til å generere ny forskning. Videre bør leseren kunne kjenne seg igjen i tolkningene, og helst bør flest mulig kunne si seg enig i forståelsen. Forskingen bør dermed være meningsfylt for de fleste (Thagaard, 2013). Basert på forskningsartiklene, henvist til i kapittel 3, ser det ut til at mange norske kommuner opplever tilsvarende (organisatoriske) utfordringer og at mange velger tilsvarende løsninger. Blant Norges 428 kommuner ble to valgt ut til denne forskningen. Disse viser på forskjellige måter tegn på likheter og ulikheter. Dette kan øke sjansen for at tolkningene er overførbare for flere andre norske kommuner. Sjansen øker dermed for at en vilkårlig norsk kommune ligner mer på kommune 1 eller kommune 2, eller en blanding av disse. Likevel bør det antas at det alltid finnes en eller flere norske kommuner som ligner mindre på både kommune 1 og 2. For eksempel en kommune som benytter seg av konkurranseutsetting av hjemmesykepleie, en kommune som er enda større eller mindre, eller at kommunen benytter seg av en parlamentarisk styremodell.

#### **4.7.4 Forskningsetiske vurderinger**

Ved beskrivelsen av resultat-, diskusjons- og konklusjonskapittelet har jeg ment å handle på en «ikke-skade»-måte. Jeg har stor respekt for deltakerne og er veldig takknemlig for at de sa seg villige til å delta. Jeg må kunne forsvare mine tolkninger men ville ta hensyn til deltakerne gjennom

mine henvisninger. Det betyr ikke nødvendigvis at alle må være enige i det jeg skriver, men respekten for dem, både i ord og handling, må det ikke kunne tviles på.

## **5. Funn**

I dette kapitlet beskrives resultatene av dataanalysen fra både intervjutranskriptene og dokumentene. Først beskrives kommunenes kjennetegn anonymisert. Deretter beskrives resultatene tydelig adskilt per kommune og kilde, med utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmålene. For eksempel beskrives det i hver kapitteldel hvordan kommunens hjemmesykepleieorganisering begrunnes og vurderes. Da det ser ut til å finnes lite forskning om hvordan kommunepolitikere og administrasjonsledere begrunner og vurderer hjemmesykepleiens organisering, velges det en grundig og utfyllende resultatbeskrivelse.

### **Beskrivelse av kommunene**

Det gjelder to kommuner i et norsk fylke. Disse er på forskjellige måter både like og ulike. Det velges å klargjøre dette i tabell 5-1, tabell 5-2 og fig. X-3. I metodekapitlet ble det allerede forklart hvordan tallene i tabell 5-2 ble samlet. For kommune 1 kunne det ikke gis presise tall på antall ringevikarer/esktravakter. Det er dermed mye usikkerhet rundt akkurat disse tallene. Per virksomhet kan det ha vært færre men også flere. Usikkerhet rundt tallene gjelder også de faste ansatte, hvor det ikke har blitt tatt høyde for utskifting i året 2015, her kan en anta at det i noen team har vært flere i kommune 1. Basert på tabell 5-2 gjengis gjennomsnittallene for begge kommuner i både drøftingskapitlet og fig. X-3.

**Tabell 5-1: kommunenes generelle kjennetegn**

<i>Kjennetegn</i>	<i>Kommune 1</i>	<i>Kommune 2</i>
Styringsform	Formannskapsmodell	Formannskapsmodell
Antall virksomheter /soner med hjemmesykepleieteam	6; de fleste sonene har to team	2; Bydel I har ett team, bydel II har to team
Hjemmesykepleiens plass i virksomheten	Hjemmesykepleie er samorganisert med miljøtjenesten og bofellesskap i hver virksomhet - Per virksomhet et eller to team - Avdelingsleder rapporterer til virksomhetslederen, som igjen rapporterer til administrasjonslederen	Hjemmesykepleie er samorganisert med et sykehjem - Hvert team har en eller to avdelingsledere som rapporterer til virksomhetslederen, som igjen rapporterer til administrasjonslederen
«Flat struktur» / «to-nivåorganisering» og Bestiller-utførermodell	ja	ja
Sykepleieklinikk ja/nei	ja	ja
Hjemmerehabilitering	ja (egne tverrfaglige team)	ja (eget tverrfaglig team)
Nattpatrolje på tvers av alle bydeler	ja	ja
Administrasjonslederens rolle	Rapporterer til direktøren. Direktøren rapporterer til rådmannen. Administrasjonsleder er ikke direkte samtalepartner for levekårsutvalget	Rapporterer til rådmannen. Er direkte samtalepartner for levekårsutvalget.

**Tabell 5-2: Organisering kommunenes hjemmesykepleie (kvantitative kjennetegn)**

Organisering hjemmesykepleie: tall på antall pasienter og ansatte per hjemmesykepleievirksomhet (periode 1.1 - 31.12.2015)								
	<i>Geografisk område / Bydel #</i>	<i>Antall avdelinger per virksomhet</i>	<i>Ansatte jobber på tvers av teamene?</i>	<i>Antall pasienter (gjennomsnitt)</i>	<i>Totalt antall ansatte per virksomhet</i>	<i>Antall faste ansatte</i>	<i>Antall ringevikarer / ekstravakter</i>	<i>Antall ansatte vikarbyrå</i>
<b>Kommune 1</b>	Bydel 1	2	ja	409	ca. 108-128	94	ca. 9-29	3
	Bydel 2	1	X	519	ca. 102-113	92	ca. 7-18	2
	Bydel 3	2	ja	460	ca. 87-99	81	ca. 4-16	0
	Bydel 4	2	ja	514	ca. 104-107	63	ca. 2-5	27
	Bydel 5	2	ja	815	ca. 130-137	111	ca. 10-17	7
	Bydel 6	1	X	404	ca. 99-105	75	ca. 3-9	20
<i>Gjennomsnitt per bydel/virksomhet</i>				520	110			
<b>Kommune 2</b>	Bydel 1	1	X	109	61	41	20	0
	Bydel 2	2	ja	212	93	69	20	4
	<i>Gjennomsnitt per bydel/virksomhet</i>				160	77		

X = ikke aktuelt, fikk opplyst bare en avdeling / team; Ansatte gjelder både faglærte sykepleiere og helsefagarbeidere, samt ufaglærte pleieassistenter – noen ansatte jobbet bare noen få vakter (for eksempel om sommeren)

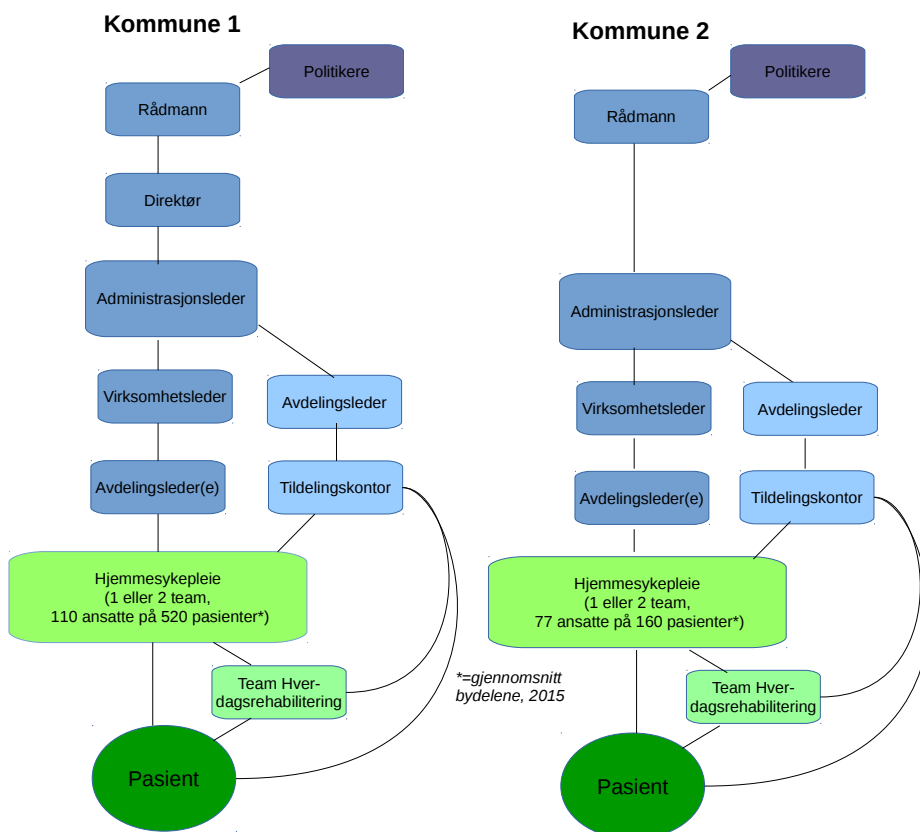


Fig.X-3: fremstilling hjemmesykepleiens organisasjonsstruktur (forenklet; basert på informasjon fra kommunenes webside)

## 5.1 Funn kommune 1

### 5.1.1 Grunnlaget for dagens hjemmesykepleieorganisering

Både politikere og administrasjonslederen ble spurt hva som lå til grunn for dagens hjemmesykepleieorganisering og fikk utdelt et skjema hvor 6 faktorer ble nevnt (fig X-4).



Fig X-4: Grunnlaget for dagens organisering av hjemmesykepleie: hvilke(n) faktor(er) ble særlig vektlagt... (intervjuguide, spørsmål 3)

Ved å kombinere dataen funnet i dokumentene, samt intervjuene, skildres kommunens

hjemmesykepleieutvikling og beskrives dagens organisering og hva den vurderes begrunnet i.

Ifølge politikere startet hjemmesykepleie med en navngitt kvinne og ble bygget ut på 80-tallet og opplevde en rask utvikling. Det var en såkalt distriktorganisering hvor antallet distrikter varierte utifra kommunens organisering. På den tiden var det også et psykiatrisk sykepleietilbud hjemme hos pasientene. Både politikere og administrasjonslederen viser til en stor omorganisering i kommunen i 2001 hvor en bestiller-utfører-modell ble innført. Ifølge administrasjonslederen organiserte kommunen seg helt på nytt med bakgrunn i en organisatorisk trend på 2000-tallet. Det var snakk om en modernisering og fremtvingende prosess. Administrasjonslederen sier å være usikker på om dagens hjemmesykepleieorganisering er begrunnet i økonomi eller kvalitet. Politikerne sier enstemmig at det er begrunnet i økonomi, og understreker at hver (om)organisering er ment å spare penger. I intervjuene nevner hverken politikere eller administrasjonslederen begrepene «folkehelsearbeid» eller «helsefremming». Dette gjøres i nyere kommunedokumenter, men det er ikke noe som tyder på at dette ligger til grunn for hjemmesykepleiens organisering.

### ***Grunnlaget dagens hjemmesykepleieorganisering ifølge kommunedokumentene***

I dette avsnittet velges det å oppsummere det som kom frem i dokumentene fra perioden 2000 – 2015. I dokumentene beskrives en stor omorganisering i 2000, hvor man gikk inn for en ny hovedstruktur basert på rådmannens forslag. Det skulle bli en såkalt 2 nivåstruktur: rådmanns- og virksomhetsnivå. I tillegg skulle man organisere etter funksjon og innføre en bestiller-utførerorganisering. Man ville ha tjenester som skulle bli mer brukervennlige, effektive og serviceorienterte. Brukerne skulle komme i sentrum. Og man skulle få en bedre økonomistyring. Rådmannens forslag sies å være basert på tidligere del-utredninger, høringsuttalelser fra kommunalstyrene m.m. «Forskning» nevnes ikke. I løpet av perioden 2003 – 2015 nevnes jevnlig økonomiske begrep som «kostnadseffektivitet», «innsparing», «reduerte økonomiske rammer», og «vesentlige budsjettreduksjoner». Ved innføring av nye tiltak eller en (om)omorganisering vises enten bare eller ofte særlig til faktoren «økonomi» som begrunnelse. Det gjelder blant annet en sammenslåing av virksomheter, innføring og senere tilpasning av aktivitetsbasert finansiering (ABF), innføring av hjemmehabilitering og hverdagsmestring, folkehelsearbeid, samt en sykepleieklinikk. Men også velferdsteknologi fremheves, samt å ville satse mer på hjemmesykepleie som mulig form for innsparing. Likevel virker det som om de oppnådde besparelsene ikke oppfyller forventningene hvorpå man foreslår nye tiltak som for eksempel en

redusering i tjenestene. I 2015 fremheves et nytt tiltak som handler om en såkalt rammefinansiering.

I senere dokumenter ser man på organiseringsnivå en utvikling fra 14 virksomheter i 2003 til 6 i 2012. I 2003 går man fra 14 til 8 og det sies at dette er basert på en «*skjønsmessig grunnlagsvurdering*». Større enheter forventes å være bedre rustet til finansielle svingninger på årsbasis. Videre forventes en innsparing med færre administrative stillinger og lavere bygningsrelaterte kostnader. I 2010 går man fra 8 til 7 virksomheter. To virksomheter slås sammen i bydel 4 for å få en mer robust virksomhet. Også rekrutteringsutfordringer nevnes her som begrunnelse. I 2012 går man fra 7 til 6 virksomheter. To virksomheter ble da slått sammen for å få «*en mer robust virksomhet og sikre mangfoldet i tjenestetilbudet*». Ytterligere begrunnelser ble ikke funnet i dokumentene. I 2014 vurderes det organisatoriske endringer for å effektivisere driften.

I 2000 uttrykte politikerne noen skepsis i forhold til bestiller-utførerorganiseringen med tanke på dobbeltarbeid, mer byråkrati og oppsplitting av sårbare fagmiljø og krevde en skrittvis innføring av den for å vinne erfaring underveis. I senere dokumenter vises ikke til en revurdering basert på en evaluering på disse punktene. Man kan se en utvikling hvor man satser mer på tildelingskontorets rolle. Saksbehandlere får flere oppgaver og deres budsjett sies å være styrende for tjenesteforvaltningen. Blant annet på grunn av Samhandlingsreformen ser man på tildelingskontoret en økt arbeidsbelastning av nye utskrivningsklare pasienter.

På pasientnivå vises det i perioden 2003-2015 til flere brukerundersøkelser. I 2005 skrives det at brukere opplevde en forverring fra 2003 til 2004 etter innføringen av bestiller-utførermodellen:

- mindre fornøyde med egen innflytelse på mottatte tjeneste
- hjemmesykepleie har mindre tid til å lytte til ønsker og behov. Ifølge administrasjonen vil høyere effektivitetskrav «*naturlig nok*» føre til mindre tid til å være og å utføre oppdraget hjemme hos brukeren.
- Negativ utvikling med å kunne ta opp ting man er misfornøyd med. Administrasjonen: pasienten har nå to parter å forholde seg til som kan gi usikkerhet og som også krever tilpasningstid.
- En forverring både i forhold til å gjøre gode avtaler, samt at disse holdes. Punktligheten har blitt dårligere. Administrasjonen: en mer effektiv tidsplanlegging gir mindre rom for forsinkelser og uforutsette hendelser. «*Mindre ledige ressurser til å håndtere kriser gir en*

*strammere prioritering, noe som til tider kan gå utover enkelte andre brukere»*

Både i 2008 og 2010 vises det til nye brukerundersøkelser og administrasjonen sier å ikke være fornøyd med svarprosentene (34 og 32%). Forbedringspotensialet sies å ligge på (1) informasjon, (2) tilgjengelighet, (3) pålitelighet og (4) brukermedvirkning. Administrasjonen sier i 2008 at hjemmesykepleie skårer desidert dårligst på antall ansatte en bruker må forholde seg til og forklarer dette blant annet med turnus, sykefravær og ferieavvikling. I 2009 skrives som klart mål å redusere antall ansatte en pasient må forholde seg til, som gjentas i 2010 og 2014. Det vises til tiltak som såkalte arbeidslag rundt pasienten (2010) men også at det ikke lar seg gjøre med faste ansatte for hver bruker som i hjemmehjelpen (2009), blant annet grunnet rekrutteringsproblemer. Videre påpekes det at brukerens forventninger må være realistiske (2010) og derfor utarbeides det serviceerklæringer (2010, 2015). I disse kan man se en utvikling mot flere ansvarsforventninger overfor brukerne fra kommunen sin side (2015). For eksempel ved forventninger som å låse opp døren selv, til tross for å ha nøkkelboks, samt å gjøre aktivitetene man kan utføre selv.

I dokumentene fra perioden 2003 – 2015 kommer det ikke frem at disse brukerundersøkelsene har påvirket eller hatt betydning for hjemmesykepleieorganiseringen. Heller ikke folkehelsearbeid, og begrep som forskning, pasientsikkerhet eller kvalitet fremheves i forbindelsen med hjemmesykepleiens organisering. De faktiske opplysningene som kom frem i disse dokumentene bekreftes stort sett i intervjuene av både politikere og administrasjonslederen.

### ***Politikernes syn på hjemmesykepleiens organiseringsgrunnlag***

Politikere snakker om en kontinuerlig omorganisering styrt av ressursituasjonen / økonomien. Ved dagens hjemmesykepleieorganisering er ifølge dem økonomi mest vektlagt. «Økonomi» vurderes som veldig dominerende, og den faktoren styrer/påvirker alle de andre 5 faktorene (se fig. X-4, s.53). Ifølge informantene svinger pendelen dessverre frem og tilbake når det gjelder (om)organiseringen. Man gikk for eksempel fra en «tre-nivåmodell» til en «to-nivåmodell» som en av omorganiseringsprosjektene men i praksis vurderes dette ikke som et kutt men «*en annen boksologi*». Det oppleves stadig endringer og at det omstilles hele tiden. Disse omorganiseringer krever ifølge informantene også ressurser og det stilles spørsmål om tidligere omorganiseringer har gitt noe innsparing. Derfor vurderes forskning som nødvendig. Videre sies det at man også kan miste oversikten hvis man har for få administratorer. Konsekvensene av omorganiseringer kan ifølge informantene bli at de ansatte blir «*schizofrene*» og redde og derfor må fagfolkene også gis



fred. Etter deres vurdering tar det tid å omstille seg. Samhandlingsreformen sies å ha ført til at hjemmesykepleie ble en presset etat og til en underbudsjettering på grunn av flere utskrivningsklare og sykere pasienter som sendes hjem fra sykehuset. Det vises også til en opplevelse av en høyere og av og til urimelig kravmentalitet blant brukere og pårørende som en ubehagelig ny verden som også fører til mer dokumentasjon:

*har du ikke dokumentert, just forget it [...men...] å måtte dokumentere mer gjør driften også dyrere*

Om pasientsikkerhet sies det at dette aspektet også blir mer og mer styrende og at det stilles strengere krav men at dette også er tidskrevende. Hvis pasientsikkerheten ikke er i orden kan det føre til en tilsynssak og kvalitetssystemet kan bli etterlyst av fylkeslegen. Hjemmesykepleie kan bli utrygg og redd av mulige klager som kan føre til alt for mye og noen gang unødvendig (over)rapportering sier politikere:

*Og de bruker mye tid på det. De synes at de gjør et samvittighets fullt, fantastisk flott gjort. Men jeg skulle ønske at de ikke følte seg så utrygge at de måtte gjøre det for å å si det sånn.*

### ***Politikernes vurdering av den politiske prosessen og beslutningsgrunnlaget***

Politikerne fremhever blant annet at levekårsstyret skiller seg ut sammenlignet med andre styrever, fordi det har blitt til et styre med mye kompetanse og kunnskap om helse- og fagsystemet, noe som «på 80-tallet ikke var lov». Det sies også at det er fordeler og ulemper med tidligere fagkunnskap («man kan bli for ivrig»), men da pendelen svinger frem og tilbake, kan det være en fordel med erfaring om noe som ikke fungerte tidligere. Det fremheves at det likevel ikke er noen kvalifikasjonskrav til et slikt styre. Man kan være politisk uenig, men informantene opplever at fokuset er på sakene og at man ofte får enstemmige vedtak. Om sin egen rolle sier de at de må følge med i timen, må ta endelige beslutninger i enkeltsaker og ta en gjennomførbarhetsvurdering. Det vurderes som viktig med en god dialog med grasroten, de det gjelder, både brukere, pårørende og ansatte på gulvet, for å kunne ta gode beslutninger. En politiker har derfor vært med en dag i hjemmesykepleie for å få mer innsikt. Informasjon fra gulvet trengs for å kunne ta gode beslutninger, samt et godt samarbeid med fagorganisasjonene. De vurderer sitt eget styret som

bevisst i hvilken retning det vil gå og at det kan sende tydelige signaler. Informantene sier også at de ønsker å få mer ut av ressursene. Den selve politiske perioden (2011-2015) kalles av noen for spennende og lærerik, og at man blant annet har lært at det er viktig å lese mellom linjene når man får et saksdokument, fordi alt «*virker så fint og flott*». Det endres relativt ofte på disse dokumentene. Som forventning til administrasjonen tas det som selvfølge at kvalitetsaspektet tas med i innstillingen og at pasientsikkerheten ivaretas, men det oppleves at administrasjonen har alt for lite faktakunnskap og at brukerundersøkelser med en svarprosent på rundt 30% ikke er holdbare: «*slike rapporter bør kastes*». Administrasjonen vurderes av og til som ulydig og som at den av og til har et veldig sterkt styringsbehov i sin retning. Det oppleves noen ganger lite endringsbehov i saksfremstillingen:

*så føler man av og til at de er veldig, hva skal jeg si, dette skal de på en måte...de vil bare ikke det som vi vil for å si det sånn*

Likevel opplever informantene at administrasjonen har god politiske kjennskap, at de føler seg fram, og vet hva styret vil og ved tvil tar administrasjonen kontakt med styrets leder. Når det gjelder forskning sier politikere at de ønsker mer forskningsbasert kunnskap, såkalte harde facts. Videre at forskning trengs og at de derfor også ville delta i dette forskningsprosjektet. Fordi:

*det finnes mange gode tanker, men vi vet alt for lite om det virker*

### ***Administrasjonslederens syn på hjemmesykepleiens organiseringsgrunnlag***

Administrasjonslederen er usikker på om dagens organisering er drevet av kvalitet eller økonomi:

*...så organiserte jo kommunen seg helt på nytt med to beslutningsnivåer og med...med en bestiller-utførermodell [...] var liksom en del av den store omorganiseringen...hmm...om det var...hmm...økonomisk drivet eller.....drivet av kvalitet, det er jeg litt usikker på. Det var nok...det var på en måte en sånn organisatorisk trend på 2000-tallet at det...det var det som skulle gjøres [...] jeg tenker at det er...var en sånn...innstilling fra administrasjonen...var kanskje også det viktigste, men...men administrasjonen har selvfølgelig et verdigrunnlag, og et forskningsgrunnlag og et kunnskapsgrunnlag som gjorde at dette ble...innstillingen at det var sånn en skulle organisere det*

Ifølge administrasjonslederen har bestiller-utførermodellen en viktig rolle og beskriver den flere ganger som en fornuftig og ryddig løsning for mange problemstillinger og snakker om en ubetinget fordel, samt hvor viktig den er for å ivareta pasientens rettsikkerhet. Ifølge administrasjonslederen var det problematisk uten det skille og at det ikke var gode skriftlige vedtak, samt at utførere brukte mye tid inne på kontoret. (I neste avsnitt behandles vurderingen av bestiller-utførermodellen ytterligere). Administrasjonslederen sier at det er vanskelig å forklare grunnlaget for dagens hjemmesykepleieorganisering men at en geografisk oppdeling trengs. Vedkommende snakker om en fremtvingende prosess hvor fokuset per i dag ligger mer på å trene pasientene. I samsvar med dokumentene nevner administrasjonslederen at satsing på velferdsteknologi kan gi nye muligheter og utfordringer, og at det her må tenkes nytt.

### **5.1.2 Vurdering av dagens hjemmesykepleieorganisering**

Deltakerne ble spurt om fordeler og ulemper med dagens hjemmesykepleieorganisering og hva som kan forbedres. Men først belyses data fra dokumentanalysen.

#### ***Vurdering av dagens hjemmesykepleieorganisering basert på dokumentanalysen***

I dokumentene fra 2015 ligger fokuset tilsynelatende mest på kommunehelsetjenester generelt, bestiller-utførermodellen og (om)organiseringen, samt overordnet innsparing. En del av dette ble allerede belyst i avsnitt 5.1.1. Når det gjelder hjemmesykepleie uttrykkes et behov for en profilendring hvor det blir mer fokus på hjemmerehabilitering. Men hvordan dagens organisering vurderes blir ikke tydeliggjort. Det som kommer frem er at man ønsker å benytte seg mer av hjemmesykepleie istedenfor institusjonsopphold. Når det gjelder kommunale helsetjenester generelt uttrykkes et ønske om satsing på folkehelsearbeid, «forebygging for mindre behandling», helsefremming, å styrke egenmestring, eventuelt avslutte tjenester, bruk av velferdsteknologi og et helsehus med blant annet en sykepleieklinikk. Om bestiller-utførermodellen sies det at en endring av finansieringsmodellen trengs fordi den per i dag er for kompleks, at den tar for mye ressurser, samt gir frustrasjon blant de ansatte. En administrasjonsforenkling trengs med et balansepunkt mellom nok brukerinformasjon og «midlerkontroll». Som eksempel snakkes det om en tillitsbasert praktisering i sykehjemmene hvor de ansatte får vurdere pleietyngden. Dette må ikke detaljoverprøves. Tildelingskontoret må her kunne sammenligne med gjennomsnittet. Om slike omorganiseringer sies det at det kan gi usikkerhet blant de ansatte og uro i virksomhetene. Ifølge

dokumentene erfarer tildelingskontoret en økt arbeidsbelastning og kan derfor ikke gi fra seg (økonomiske) ressurser. Når det gjelder forskning vurderes kommunen som en passiv leverandør av forskning og må det utvikles en forskningsstrategi for å kunne løse nye oppgaver på en god måte. Antall ansatte en pasient må forholde seg til belyses ikke i dokumentene fra 2015.

### ***Politikernes vurdering av dagens hjemmesykepleieorganisering***

Ifølge dataanalysen snakker politikerne få ganger om bestiller-utførermodellen (9 meningsbærende enheter tilhørte hovedkategorien «bestiller-utførermodell»). Av en politiker kalles modellen for en ulempe, samt en kjempe byråkratisering, og at det kan være bedre uten et tildelingskontor. Videre kan det være bedre med kontakt uten mellomleddene, hvorpå vedkommende sier:

*Du skal først bestille, og så venter du på at noen andre skal utføre det. Hvorfor kan ikke en og samme person, gjør den jobben?*

Ifølge politikeren vurderer sykepleieforbundet bestiller-utførermodellen også som «bare tull» og trengs det en omorganisering av hele systemet og nevner et «dårlig» praksiseksempel av bestiller-utførermodellen. Ellers ble bestiller-utførermodellen ikke nevnt av politikere og dermed heller ikke en støtte for eller ytterligere kritikk av denne modellen.

Politikerne beskriver flere aspekter som både nevnes av administrasjonslederen og som kom frem i dokumentene. Hverdagsrehabilitering ses for eksempel på som det beste kommunen har, at besøk kan avsluttes, men det sies at det egentlig ikke er noe nytt, ikke en ny tankegang. En politiker sier at hun lærte om ADL (activity daily life) allerede i 1968. Det sies også at hjemmesykepleie er en av de viktigste tjenestene kommunen har, men at for mange ting tas over og at pasienten dermed kan bli hjelpeløs:

*det er alt for mye pleie, pleie, pleie [...] de overtar medisiner...de overtar pasienten...de ønsker å hjelpe for mye...de er ikke rehabiliteringsopplærte*

Informanten hevder at det må settes krav her. Men får som svar at en ikke bare kan si at sykepleiere må lære seg å jobbe annerledes, fordi dagens system tvinger de ansatte til å skynde seg. Om man ønsker at hjemmesykepleie skal jobbe annerledes, må det også gis tid og ressurser til å kunne jobbe

annerledes, samt at det tas tid å snu tankegangen, som vurderes som en lang vei å gå. Derfor må man se på ressursorganiseringen.

Det sies at kommunen tilbyr ganske gode tjenester, at det forsøkes på mye, men at det er alt for lite forskning som ligger til grunn. Ifølge noen politikere oppleves økonomistyring ikke bare som dominerende men også som hemmende for gode tanker, ideer og visjoner. Men en god kommuneøkonomi forventes ikke som realistisk, og hvis man får rettet opp en underbudsjettering så varer den ikke et helt år. På den andre siden sies det at det trengs et styringssystem ved en gratistjeneste som hjemmesykepleie er:

*og hva skjer med en gratistjeneste? Det er at den får et overforbruk, like it or not, på en måte, den får det. Og...og når da de som yter tjenesten ikke får noe økonomisk incitament til å...om de har 100 brukere, eller en bruker eller to brukere ikke noe økonomisk incitament for det, så må det være et system som styrer det, tror jeg.*

Når det gjelder dagens hjemmesykepleieorganisering nevner politikerne blant annet at pleie døgnet rundt fører til mange (deltids)ansatte og at det med et større team er mange som:

*skal se og vaske samme rumpen [samt at] vi har et stort problem med klager på at vi har 30, 40 stykker på en pasient i løpet av et år*

Det sies at man stadig har bedt administrasjonen om færre ansatte per pasient men at det er vanskelig å gjennomføre. Blant annet nevnes feriemånedene som problematiske og at mange halve stillinger gir mange forskjellige ansatte: «vi prøver å få det til...men det er ikke enkelt».

Det politikerne svarer på «hvordan vurderes dagens hjemmesykepleieorganisering?» ser ut til å gi motstridende svar. Blant annet nevnes det kort reisetid, mer tid til brukere, samt færre ansatte å forholde seg til, men samtidig sies det at det blir mindre tid per pasient og at mye tid ble brukt på kjøring etter sammenslåing av to team. Basert på det politikerne sier, virker det som om de i første omgang sammenligner dagens organisering med hvordan det hadde vært hvis alle team hadde blitt slått sammen til ett distrikt. Dette bekreftes tilsynelatende med utsagn om at dagens organisering er bedre enn en helorganisering av kommunen, til tross for at dette ikke ble nevnt i

forskningsspørsmålene. Det sies at det er flere ulemper enn fordeler med dagens organisering, at det er vanskelig å jobbe annerledes (hjemmerehabilitering) og dermed egentlig lettere og fortsette med det samme arbeidsmønsteret. Det hevdes også at det er noe som skurrer i kommunens modell etter å ha vist til et eksempel på 3 hjemmesykepleiere som på samme tidspunkt hadde oppdrag hos 3 forskjellige brukere i samme gate. Videre hevdes det at dagens organisering har gitt økt byråkrati da sykepleiere får for mange ledd og mellomledere å forholde seg til. Det nevnes for mye byråkrati, for mye papirarbeid, for mange oppdrag, manglende ressurser og strenge rutiner. Videre fremheves det at de må være raske, at det er mye stress, at de må springe frem og tilbake. Men det sies også at en avbyråkratisert hjemmesykepleie aldri kommer til å finnes fordi man ikke vil og fordi det er for mange dokumentasjonskrav.

Når det gjelder hjemmesykepleiens situasjon vurderes det som en presset etat de siste årene som både er underbudsjettet og som får sykere pasienter. Politikerne snakker også om et tidspresst yrke og at pleierne er innom mange pasienter: «*de har en lang pasientliste*». Det sies at hjemmesykepleie sliter med en del uten at dette presiseres og at hjemmesykepleie sliter med tiden: «*de har ikke tid til samtaler*». Det hevdes at det finnes mange pasienter som er alene / ensomme og at det er mye uro og utrygghet ute. Men det hevdes også at ensomhet ikke er primært hjemmesykepleies oppgave og at en samtale med sykepleier kan sees på som ressursmisbruk. Dette besvares med at en samtale kan være en god investering. Det kalles for umenneskelig med rett inn og rett ut igjen. Men at noen pasienter også har for høye, urimelige forventninger og at en grensesetting trengs. I denne sammenheng nevnes det et eksempel på en pårørende med «*stor kravmentalitet*». Det sies også at en del klager må tåles og at noen mennesker aldri blir fornøyd, selv om de får hjemmesykepleie innom hele tiden. Livskvalitet vurderes som viktig, men at man kan forvente dårligere livskvalitet ved livets slutt. Politikerne nevner forøvrig ikke velferdsteknologi.

### ***Administrasjonslederens vurdering av dagens hjemmesykepleieorganisering***

Ifølge dataanalysen legger administrasjonslederen stor vekt på bestiller-utførermodellen i vurderingen av dagens hjemmesykepleieorganisering (92 meningsbærende enheter tilhørte hovedkategorien «bestiller-utførermodell»). Den modellen kalles for fornuftig, fordi det er mange vedtakskrav og at et slikt skille kan gi en profesjonalisering av begge funksjoner. For eksempel en profesjonalisering av både forvaltning og kartlegging, og såkalte metoder. Begge kan bli gode på

funksjonene og konsentrere seg om disse. Utførere kan da slippe forvaltningsdelen og rette seg mot metodeprofesjonalisering og dermed bespare tid. Informanten sier at en forvaltningsprofesjonalisering også trengs med tanke på alle juridiske krav som stilles til detaljering i vedtaket med tanke på krav om likebehandling, rettferdighet og rettsikkerhet. Kommunen får noen ganger (etter klager) tilbakemeldinger fra fylkesmannen på at vedtakene ikke er spesifikke nok. Men ifølge informanten ligger det også noen utfordringer i norsk lovverk som noen bør se på. Selve forvaltningsprosessen vurderes til ikke å være en eksakt vitenskap, som betyr at fagkonsulentene må være gode på å utøve skjønn. Som forutsetning for en godt fungerende bestiller-utførermodell nevnes gode kommunikasjonskanaler, at «udekkende» og overdekkende behov fanges opp, hvilke kan være dagsformavhengige. En utfordring for tildelingskontoret kan være sikring av tilstrekkelig brukerkunnskap. Som ulempe med bestiller-utførermodellen kan det noen ganger være at avstanden blir for stor, at det kan hende at tildelingskontoret har viktig brukerinformasjon som hjemmesykepleie ikke har kjennskap til men også bør vite eller omvendt. Pasienter vurderes ofte i ulike situasjoner, noen får for lite tjenester, andre for mange, og den nåværende aktivitetsbaserte finansieringen er ifølge administrasjonslederen ikke nødvendigvis fornuftig.

Den geografiske oppdelingen vurderes som en fordel og lurt; man kan miste kontroll og oversikt hvis enhetene er for store. Men allikevel er det ifølge informanten for mange soner i dag (6). Det kunne ha vært bedre og mer bærekraftig med 4 som samsvarer med antall tildelingskontor, noe som kan muliggjøres med dagens digitale hjelpemidler.

*Og så kan man ha flere team i en sone [som også] kan gi flere ansatte å ta hvis man ønsker små team [...] Det kan være en faglig fordel og gi et spissere fokus [med færre soner]*

At bofellesskap er en del av hjemmebaserte tjenestevirksomheter gir et for stort spenn og derfor vurderer man å ta dem ut, også fordi det gjelder en annen arbeidsmåte. Da kan det primære fokuset bli på hjemmesykepleie og miljøterapeutisk arbeid. Personalkabalen oppleves som en stor utfordring og sykepleiere ses på som en veldig viktig ressurs. Derfor er det ønskelig å ha flest av dem i full stilling, innenfor budsjetttrammene, som også sies å være en kommunestrategi. Men mange ønsker ikke en full stilling for eksempel på grunn av små barn.

Informanten nevner det som kritisk viktig og noe av det viktigste for brukerne med færre ansatte rundt brukeren, blant annet fordi det gir bedre brukerkunnskap, at det blir lettere å fange opp en forverring og snakker i denne sammenheng om større pasienttrygghet. Informanten sier å ikke kunne slutte å jobbe med dette, men opplever det som vanskelig å «*knekke den koden*» for hvordan å kunne få det til. Noen får det til, andre får det ikke til sies det om såkalte demenslag men at informanten ikke vet hvorfor. For ifølge vedkommende er det innen dagens bestiller-utførerorganisering ingen organisatorisk hinder for små team med et visst antall brukere i et visst geografisk område, men at det kan være ressursmessige utfordringer: en sykepleiermangel, mye utskifting av ansatte, turnus, innleie av vikarer m.m.. Ifølge administrasjonslederen er det viktig å slippe 20, 30 personer, og viser også til pasientsikkerhetskampanjer men at det er vanskelig å si hvor mange en pasient maksimalt bør forholde seg til. Det er også avhengig av type hjelp og hvordan selve pasienten er «*skrudd sammen*», men tror at det hadde vært problematisk for de fleste å måtte forholde seg til mer enn 10 ansatte.

Ved hjemmerehabilitering er målet å få mer selvhjulpne pasienter, å kunne klare seg selv. Både hjemmerehabilitering, bruk av sykepleieklinikken og velferdsteknologi beskriver administrasjonslederen som en «*snuing*» av tankegangen, og beskriver det siste også som rasjonaliseringsmulighet. Angående sin egen rolle vurderer informanten det som viktig å også ha fokus på tankesnuingen fremover.

### **5.1.3 Hvordan beskrives kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmesykepleie**

Det velges her å få frem hva politikerne og administrasjonlederen legger i kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmesykepleie. Men først fokuseres det på det som kommer frem i dokumentene.

#### ***Det dokumentene sier om kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmesykepleie***

I perioden 2000 – 2014 blir kvalitet og pasientsikkerhet relatert til hjemmesykepleiens organisering ikke eksplisitt nevnt. I 2011 snakkes det om en gjennomgang av hjemmebaserte tjenestene med sikte på å vurdere kvalitet og ressursbruk. I 2012 sies det at disse to aspektene må sikres. Videre kommer det frem at fokuset bør ligge på at flest mulig kan bo hjemme og at forebygging er viktig. Til slutt formidles det i 2012 at det oppleves større kvalitetsforventninger blant innbyggere. I avsnitt 5.1.1 ble det allerede vist til brukerundersøkelser i hjemmesykepleie som ble utført i 2004, 2008 og



2010. Implisitt kan kvalitet i disse dokumentene forstås som egen innflytelse på tjenestene man mottar, tid til å lytte til ønsker og behov, å kunne ta opp ting man er misfornøyd med, og at avtaler overholdes. Administrasjonen snakker i denne sammenheng om at en forbedring trengs på (1) informasjon, (2) tilgjengelighet, (3) pålitelighet og (4) brukervedvirkning. Videre nevner dokumentene at man skårer desidert dårligst på antall ansatte en bruker må forholde seg til. Som tiltak nevnes arbeidslag, at brukere må ha realistiske forventninger og at serviceerklæringer derfor utarbeides.

Når det gjelder dokumentene fra 2015 nevnes begrepet «tjenestesvikt» relatert til overgangen hjemmet-sykehuset-hjemmet. Det sies i den sammenheng at et felles målbilde og språk er viktig, samt at kommunen vil prioritere helhetlige, koordinerte og trygge pasient- og brukerforløp i planperioden 2014-2029. Som organiseringsønske nevnes det generelt: brukerinvolvering i tjenesteutvikling, samt bedre tjenester (med tidlig innsats, forebygging, rehabilitering og sosiale nettverk). Videre sies det mer generelt at god tjenestekvalitet krever forskningsbasert jobbing. Det snakkes også om å levere kunnskapbaserte tjenester. I tillegg sies det at det må tilrettelegges for egenmestring, at innbyggere kan klare seg mest selv og et skifte fra hjelpetjenester til selvhjelp. Ved hjemmehabilitering sies det at god samhandling er viktig. Generelt sies det også at helhetlige og koordinerte tjenester er viktig ved samhandling.

### ***Politikernes syn på kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmesykepleie***

Ifølge politikere kjennetegnes kvalitativ god hjemmesykepleie som:

*å gi den mengden tjeneste som situasjoner tilsier og at brukere som får dem opplever at de får gode tjenester*

Det snakkes om å tilfredsstille pasientene, å oppleve gode tjenester, at de har det greit mens en kvalitativ god hjemmesykepleie også sees på som situasjonsavhengig. Når det sies at både pasientene og pårørende må være fornøyde, fremheves det også at noen blir aldri fornøyde og at den «vonde» situasjonen noen brukere er i, også kan påvirke dette.

Om pasientsikkerhet i hjemmesykepleie ble det først og fremst sagt: et system kommunen jobber etter, slik at uheldige hendelser overfor brukere i størst mulig grad forebygges.

*...men selvfølgelig så kan du aldri 100% gardere det, fordi at brukere er forskjellige, pleierne er forskjellige og det er menneske til menneske som forholder seg hele veien*

I denne sammenheng sies det at helsetjenester er noe annet en tekniske tjenester hvor for eksempel bygging av en vei kan stoppes med som eneste konsekvens at arbeidet forsinkes, mens det er vanskelig å stoppe å gi lovpålagte tjenester til personer som faktisk trenger det utifra situasjonen sin. Når det gjelder pasientsikkerhet i hjemmesykepleie nevnes også følelsen av trygghet blant både brukere og pårørende, å bli godt ivaretatt. Den tryggheten må sikres med at man har rutiner på at det er tilfelle. Det avsluttes med å si at det stilles strenge krav til pasientsikkerhet og at dette også er tidskrevende (det nevnes rapportering, skrive avvik).

### ***Administrasjonslederens syn på kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmesykepleie***

Ifølge administrasjonslederen kjennetegner kvalitativ god hjemmesykepleie seg blant annet med rett hjelp til rett person på rett tid og rett sted. Kontinuitet og forutsigbarhet nevnes, samt færrest mulig å forholde seg til, som ifølge vedkommende krever mindre team på hver enkelt bruker som også kan gi bedre kontinuitet. Videre snakker informanten om et helsefaglig nivå som må være på plass, faglig forsvarlighet, og at det må være godt over forsvarlighetsgrensene:

*...kontinuitet og forutsigbarhet er viktig. Og så vet vi at det er en utfordring, sant, vi vet at noen brukere har alt for mange hjelpere å forholde seg til. Vi sliter med å få til en...en organisering som gjør at det ikke er...altså at det er primærteam rundt brukeren, sant, de slipper å forholde seg til 20, 30 personer, sant. Men det tenker jo jeg at det...god hjemmesykepleie betyr at...vi klarer å få til...hmm...sånn litt...litt sånn mindre grupper rundt hver enkelt bruker så at de slipper å forholde seg til så veldig mange forskjellige, da får du også en mye bedre kontinuitet*

I intervjuet nevner informanten også en ressursmobilisering hos brukeren, at pasienten ikke må skrus fast i hjelpefellen. I den sammenheng nevnes blant annet «hjelp til selvhjelp», trening, en «aktiv hendene på ryggentjenestene», samt å ha god kontakt med pårørende / nettverk. Til slutt snakkes det om gode strukturer for samhandling med blant annet fastlege, fysioterapeuter, tildelingskontoret.

Når det gjelder pasientsikkerhet må det ifølge administrasjonslederen identifiseres de områdene med størst sviktfare og hvor konsekvensene av svikten kan bli alvorligst må identifiseres:

*...altså hvis du gir feil medisiner, eller gir medisinene til en...til en pasient til en annen pasient, det kan få veldig, veldig alvorlige konsekvenser [...] hvis du...ikke klarer å fange opp...hmm...symptomer på at en bruker som kanskje ikke ser noen andre enn hjemmesykepleie i løpet av en uke er i ferd med å bli alvorlig syk, altså at det du ikke fanger opp, at her er det...har det vært et drypp eller her er vedkommende i ferd med å få en...en infeksjon det tenker jeg er noen sånne kritiske områder og jeg...da tenker jeg at det...det som er viktig da er at vi har gode prosedyrer, skriftlige prosedyrer, for...sånne...områder so...hvor det er fare for at...noe kan skje*

Eksempler både nevnt i sitatet over og senere i intervjuet omhandler blant annet medisiner, fare for fall og infeksjoner, men også observasjonskunnskap blant de ansatte (å kunne se en sykdomsforverring), å ha forebyggende innsikt, samt kartlegging og kompetanse. Ifølge informanten forventes det noe annet av en sykepleier enn en omsorgsarbeider. De bør være seg bevisst hvilket ansvar de har og hva de må kunne observere å se etter, samt kjenne grensene. Et medisinhandteringskurs kan være en del av dette. Som det allerede kom frem i sitatet vurderes også gode, skriftlige prosedyrer som viktig og at det trengs prosedyreopplæring og «*prosedyrerepetisjon*», noe som sees på som et lederansvar. Ifølge informanten kan man forbedre seg med hjelp av avvik, og er et aktivt avviksarbeid viktig. Et av tiltakene administrasjonslederen nevner, kan være en kartlegging av farer hos en ny bruker, for eksempel en medisingjennomgang. Senere i intervjuet nevner informanten også antall ansatte en bruker må forholde seg til:

*...med færre hjelpere rundt den enkelte brukeren. Jeg tror det egentlig er...kritisk viktig at vi får til...for det...det gir en...det gir en større trygghet for pasientene også altså, det også er et ledd i en pasientsikkerhetskampanje egentlig at det er færre som forholder seg til brukeren. For da vil de kjenne brukeren bedre og vil fortære fange det opp...med en forverring av tilstanden for eksempel.*

#### **5.1.4 Hvordan nabolagspleiemodellen «Buurtzorg» vurderes av politikere og administrasjonslederen**

Det kom frem at både politikerne og administrasjonslederen allerede var kjent med begrepet «Buurtzorg», og at dette gjelder en nederlandsk organiseringsmodell. Videre kom det frem at noen av politikerne allerede ønsker å gå inn for den organiseringsformen. Først skal politikernes vurdering av Buurtzorgmodell formidles, deretter administrasjonslederens.

##### ***Politikernes vurdering av nabolagspleiemodellen «Buurtzorg»***

Fra intervjuets begynnelse snakket iallfall en politiker om Buurtzorgmodellen som en nødvendig organisering som trengs, selv om Buurtzorg ikke ble nevnt i de første spørsmålene. For dataanalysen betyr dette at politikernes synspunkter rundt denne modellen kom frem i nesten hele intervjuet, ikke bare da det spesifikt ble spurt om det. Resultatene viser at ingen av politikerne vurderer Buurtzorgmodellen som negativ eller uønsket. To politikere sier at de allerede har foreslått en innføring av et prøveprosjekt rundt denne modellen, men ikke fikk flertall for dette. De andre tre informantene sier å ikke være imot denne modellen, men nevner som forutsetning at hverdagsrehabilitering først må være på plass for å se hvilke resultater det gir. Den som ønsker en innføring av Buurtzorgmodellen sier at modellen er veldig populær i Nederland, veldig velorganisert, at den gir mindre byråkrati, mer pasienttid til en lavere kostnad og dermed kan være en «vinn-vinnsituasjon». Derfor bes medpolitikerne å se litt nærmere på denne modellen. Videre sies det at pasienten bare trenger å forholde seg til 4 eller 5 ansatte, og har totalt maks. 12 ansatte på 60 pasienter. Politikernes generelle vurdering uttrykkes med at det er en interessant arbeidsorganisering, at den er som før, at modellen muligens er lur og kan ha mye godt for seg. Videre kommer det frem at det er en annen måte å tenke på, å være enig med statssekretær Lisbeth Norman, og at Buurtzorg's mål passer rett inni rehabiliteringsprosjektet. Når det gjelder om Buurtzorgmodellen lar seg gjennomføre, sies det både at det er realiserbart, at det ikke kan gis garanti men at det vurderes som best å innføre det litt om litt som et prøveprosjekt, samt at man ikke har noe å tape, men bare kan vinne på dette. Det sies også at hverdagsrehabilitering kan bli en del av Buurtzorgmodellen og at virkningen vil ta tid. Det kommer også usikkerhet frem i forhold til modellen, for eksempel tvil om om det kan gi noen innsparing, hva sammenligningsgrunnlaget er, om det vil minske papirarbeidet med tanke på for eksempel statens rapporteringskrav, samt at man ikke kontinuerlig kan holde på med omstillinger:

*Vi har ikke noe i mot å se på nye modeller. Men det må ikke kontinuerlig holder på å omstille i denne tjenesten. Og jeg skal ikke si noe tendensiøst, men en økonomisk besparelse på 50 %, den vil jeg se...*

### **Administrasjonslederens vurdering av nabolagspleiemodellen «Buurtzorg»**

Administrasjonslederen sier å ikke ha nok kunnskap om Buurtzorgmodellen men har forstått det slik at skillet mellom bestiller og utfører forsvinner her. Videre at sykepleiere i denne modellen fatter vedtak og dermed gjør forvaltningsarbeid, det vurderes ikke som lurt og derfor er vedkommende skeptisk. Buurtzorg har ifølge informanten tilsynelatende knekket en kode med å få færre ansatte på pasienten og nevner flere ganger at organiseringen i småteam er interessant. Ifølge administrasjonslederen ligner det på demenslag / arbeidslag som noen virksomheter i kommunen jobber med. Buurtzorgmodellen vurderes som interessant forutsatt at det fortsatt finnes en bestiller-utførermodell, samt at man finner en balanse mellom vedtakskravene og frihet innenfor rammene.

## **5.2 Funn kommune 2**

### **5.2.1 Grunnlaget for dagens hjemmesykepleieorganisering**

Politikerne og administrasjonslederen i kommune 2 ble også vist 6 faktorer på et ark (fig. X-4, s. 53) med spørsmål om hva som ligger til grunn for dagens hjemmesykepleieorganisering. Ved å kombinere deltakernes opplysninger med funnene i kommunedokumentene forsøkes å skildre utviklingen.

Ifølge politikerne har det ikke vært så mange utviklinger de siste årene. De sier at det var 3 team tilsammen på 80-tallet som betjente hele kommunen, men at så har to bydeler vært adskilt ganske lenge med hver sitt hjemmesykepleieteam. Bydel I har et eget team og bydel II hadde ett team som så ble delt i to rundt 2011, fordi

*det var noe de så var nødvendig, i forhold sikkert til antall ansatte, at det var mange ansatte. Og for å få en bedre struktur på ting, så valgte de å dele seg i to.*

Det sies også at dette ikke var en politisk sak, men ble bestemt av administrasjonen.

Administrasjonslederen bekrefter dette og ble fortalt at teamet ble delt i to på grunn av for mange ansatte. Selve avgjørelsen ble ikke funnet i noen dokumenter. Men det ble likevel funnet i

dokumentene, noe som bekreftes av deltakerne, at man i 2014 bestemte seg for å samlokalisere alle team i ett bygg når de trafikale problemene en gang er løst. I intervjuene nevner hverken politikere eller administrasjonslederen begrepene «folkehelsearbeid» eller «helsefremming». Heller ikke dokumentene tyder på at dette ligger til grunn for dagens organisering av hjemmesykepleie. Implisitt kan det virke som om administrasjonslederen ønsker å vektlegge dette fremover.

### ***Grunnlaget dagens hjemmesykepleieorganisering ifølge kommunedokumentene***

I dette avsnittet velges det å oppsummere det som kom frem i dokumentene fra perioden 2000 – 2015. I en setning fra et dokument datert 2010 vises det til en «ny organiseringsmodell» for kommunen i 2004. Dokumenter fra denne datoen ble ikke funnet, men det er mye som tyder på at kommune 2 også har en to-nivåstruktur, siden man iallfall f.o.m. 2010 snakker om et rådmannsnivå og resultatenheter. I en avisartikkel (funnet via google) datert noen dager før kommunestyrets beslutning, står det at de ansatte sto samlet mot en innføring av en to-nivåmodell i kommune 2. Blant annet med henvisning til å ikke se nytten, samt dårlige erfaringer fra andre kommuner som har gått tilbake fra den modellen. Videre vises det oppsummert i dokumentene til for få ansatte i hjemmesykepleie i 2011 på grunn av økt etterspørsel og at derfor flere må ansettes, en innføring av hjemmehabilitering i 2012 som i 2014 sies å ha gitt gode resultater og hvor det tas utgangspunkt i «*hva som er viktig for deg*», «pensjonisttreff» en gang i uken fra og med 2013, enighet i 2014 om en sentralisering av hjemmesykepleie til en virksomhet, forebyggende hjemmebesøk til alle 80-åringer (2014), treningsgrupper i regi av Frisklivssentralen (2014), økt satsing på forebyggende arbeid (2014), et prøveprosjekt med en sykepleiepleieklinikk (2015), satsing på velferdsteknologi (2015), et ønske om en samlokalisering av flere tjenester i ett helsehus (2015) samt mer fokus på folkehelsearbeid (2015).

Men hvorfor ett team ble delt i to (nå totalt 3 team) ser ikke ut til å bli begrunnet i dokumentene. Men det argumenteres for en fremtidig samlokalisering alle team i ett bygg. I 2014 begrunnes dette med at hjemmetjenesten i bydel II har for lengst vokst ut av sine lokaler, og hjemmetjenestene i bydel I vil gjøre det om relativt kort tid. Flere alternative modeller ble drøftet av en arbeidsgruppe bestående av tillitsvalgte, verneombud, ledere fra begge hjemmetjenester med fokus på fordeler og ulemper. De ansatte ble også involvert. Politikerne viser i et dokument i samme året å gå inn for en sammenslåing så fort det er praktisk mulig. Arbeidsgruppen nevner som fordeler:

*arbeidsflyt og samhandling blir enklere, samkjørte og like tjenester / praksis, bedre ressursutnyttelse av både personell, kompetanse og utstyr, muligheten for fagutvikling øker, og noe stordrift fordeler*

Den største ulempen ved en eventuell sammenslåing skal være trafikkbildet (mye kø) som kan vare i noen år fremover. I et eget avsnitt kalt «konsekvenser for brukere ved sammenslåing» skrives det at negative konsekvenser er vanskelige å se. Det forventes «som i dag» å gruppere ansatte i mindre grupper «slik at det blir et begrenset antall personer en må forholde seg til»

I dokumentene kommer det frem at det finnes en bestiller-utførermodell, mens det ikke gis uttrykk for en såkalt inntektbasert finansiering (ABF). Det ble ikke funnet brukerundersøkelser blant dokumentene.

Faktoren «økonomi» nevnes ikke spesifikt angående hjemmesykepleie men mer kommunebredt. Blant annet nevnes utfordringen å gi hjelp til flere innbyggere med samme ressursinnsats og bevaring av kvalitet og tilfredshet. I 2011 og 2012 skrives det også om et behov for radikale endringer for å kunne møte fremtidige økonomiske utfordringer, samt høyere forventninger og mangel på arbeidskraft. Det vises her også til «Fredericiamodellen» og «NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg». I tillegg vises det til mer satsing på forebyggende arbeid (bl.a. smittsomme sykdommer og psykiske lidelser), satsing på frivillige og en faglig omstilling hvor

*Brukernes egne mål og premisser for god livskvalitet danner rammene for metodedreiningen. Resultatet kan bli tjenestemottakere som i større grad klarer seg selv.*

Videre kommer det frem at en levekårsundersøkelse basert på data fra SSB ble brukt for å få oversikt over kommunens folkehelse, og det sies (2014) at resultatene skal legges til grunn i kommunal planlegging. Dette blir et av de viktigste styringsredskapene for kommunen i tiden fremover, og skal gjentas hvert 4. år.

Flere aspekter av det som kom frem i dokumentene bekreftes av deltakerne, for eksempel innføring av forebyggende hjemmebesøk ved de som er eldre en 80 år, en sykepleieklinikk, samt innføring av hjemmerekabilitering.

### ***Politikernes syn på hjemmesykepleiens organiseringsgrunnlag***

Når det gjelder kommunens organisering sier en av politikerne at en organisering er noe levende, noe som ikke kan være statisk («*da kommer man helt på trynet*»), at det alltid kommer noen vinklinger, at man finner andre gjøremåter.

*«Det er en maks levetid på en organisering» [og] «det er ikke pang, der er vi med organiseringen»*

Det sies at man prøver hele tiden. Når det gjelder utviklingen av kommunens hjemmesykepleie sies at det var mer gårdsbruk før, hvor 3 generasjonen bodde sammen, men at samfunnet så begynte å endre seg. Hvis ingen var hjemme for å ta vare på vedkommende, ble det vanlig med sykehjemsplass. Men det vurderes som *genialt* at det igjen blir vanlig å bo hjemme som eldre innbygger. Og at det blir mer effektivt hvis de bor sentralt. Folk kan bo lengre hjemme og trives bedre, noe som også sies å være økonomisk interessant for kommunen. Politikerne ser en utvikling hvor det har blitt flere stillinger innenfor hjemmesykepleie og at fokuset ligger mer på hjemmerehabilitering:

*«det var et veivalg»[...]«etter å ha vært i Fredericia»[...]«basert på positive erfaringer fra andre»*

Videre ligger fokuset på bruk av velferdsteknologi og en økning av avanserte arbeidsoppgaver. Slike oppgaver kan også hjelpe i konkurransen med sykehuset, sies det da det blir kjekkere å jobbe i hjemmesykepleie. At ett team ble til to i bydel II for noen år siden, var ikke politisk bestemt, men dette begrunner politikerne i at det ble for mange ansatte, de hadde vokst ut av lokalene

*man klarer ikke å holde kontroll da, med 21, 22 mann*

*...og det...når de da deler dem i to, så mener jo jeg også at det blir en bedre service til våre innbyggere, fordi at det da er det to team. Og det ene teamet jobber den veien og det andre teamet jobber den veien...og da får en jo mindre ansatte å forholde seg til også*

Når det gjelder grunnlaget for dagens organisering og de 6 faktorene (fig. X-4, s .53) som



politikerne ble vist, nevner de forskjellige aspekter. For eksempel å utnytte kjørerutene, fordeling av bilparken, samt en bedre ressursutnyttelse. Det vises også til kommunens trafikksituasjon (mye kø), som gjør at det fortsatt er team i begge bydelene, ellers vurderes det for risikabelt med lang transporttid. Videre nevnes «tidligere erfaringer», mens noen sier ikke å ha kjennskap til tidligere erfaringer. En informant nevner de nederste tre faktorene («økonomi», «innstillinger fra administrasjonen» og «kvalitet») og sier senere i intervjuet at «*alt er økonomi*». Flere sier at det var en innstilling fra administrasjonen, som også jobber utifra Stortingsmeldinger og for eksempel Demensplanen. Politikerne sier å ha mye tillit til administrasjonslederen. Det sies også «*selyfølgelig pasientsikkerhet*», men at dette ikke var avgjørende: «*vi har ikke hatt pasientsikkerhetsproblemer*». Når det gjelder forskning sies det at man har hverken hørt eller lest at det var forskning som lå til grunn. Det stilles spørsmål ved hva som ligger i begrepet «forskning» og at besøket i Fredericia også kan være en form for forskning. Det sies at kommunen ikke har vært innblandet i forskning, bare har tatt imot forskning.

### ***Politikernes vurdering av den politiske prosessen og beslutningsgrunnlaget***

Det kommer blant annet frem at politikerne synes at eldreomsorg er viktig, at man ønsker å bidra, også med erfaring, samt å se på helheten. Videre at man ønsker å følge med på trender i samfunnet (også i utlandet), samt å være lyttende og lærende til nye metoder. Det understrekes at de er der for brukerne. En informant sier å bare kjenne hjemmesykepleie på papir mens en annen - som også har jobbet i hjemmesykepleie - sier at hjemmesykepleie ligger hjertet nærmest. Ifølge vedkommende må folk kunne bo hjemme og dø hjemme om ønskelig. De som er i deres første kommuneperiode sier å oppleve det som spennende, kjekt og utfordrende, og ganske lærerikt. Å være på rett plass som politiker, samt lære mye om kommunen. Den politikeren som har sittet lengst i leveårsstyret sier at hun savner gammel politikk, og ikke ønsker å fortsette lenger, å være lei av å få saker til orientering. Videre at det mangler inngående kunnskap, og at utviklinger i både kommunen og Norge går for tregt sammenlignet med andre land. Det oppstår en diskusjon hvor det sies å oppleve en politisk endring hvor «*vi har delegert ansvaret fra oss*» og påpeker at det før var vanlig med 30, 40 saker:

*mens det nå er 6, 7 saker, hvorav halvparten til orientering [...] vi har aldri diskusjoner som før; de føres nå blant ansatte*

Videre sies det at man ikke kjenner på kroppen det som virkelig skjer der ute. En medpolitiker ser seg litt enig i disse beskrivelsene, mens andre synes at det er helt greit å ha en slik ansvarsfordeling, å ta saker til orientering og at man uansett er avhengig av administrasjonens innstillinger. I forhold til administrasjonen sies det at man er ganske lydhør for det de vurderer som hensiktsmessig, at man stoler på dem, er ganske grei med dem og gir dem mye tillit. Det forventes at de jobber utifra meldingene, tar hensyn til alle 6 faktorene som for eksempel kvalitet og pasientsikkerhet (fig. X-4, s.53). Videre forventes det at de forvalter tjenestene innenfor en gitt ramme, uten budsjettoverskridelser, samt tar seg av detaljene. Noen sier at administrasjonen har makten, mens andre sier seg litt uenig her, at de har innflytelse, å ha rett til å gå videre, samt å ha ansvaret som styret og også har sendt saker tilbake på grunn ikke tilfredsstillende utredning. Det påpekes at man indirekte har påvirkningsmuligheter og at man ofte får gode svar. Ifølge en informant overser man ikke alltid konsekvensene av en setning, og at det blir litt feil. Noen ganger hører man fra feltet at noe ikke fungerer i praksis. Det besvares med at det alltid er minst en annen side av saken. Også kvaliteten på spørreundersøkelsene blant innbyggere stilles det spørsmål ved. Om sitt eget styre sies det at det iblant er forskjeller, men at man ikke opplever store konflikter og er ganske enige. Det sies at det er viktig å være åpen og innrømme når noe ikke fungerer. At det kanskje er vanskelig men at man må tørre å snu, å gå tilbake til noe man har gjort før. Til slutt sier politikerne at de vurderer administrasjonslederen (A2) som veldig flink.

### ***Administrasjonslederens syn på hjemmesykepleiens organiseringsgrunnlag***

Mye av det som ble formidlet i dokumentene og som politikerne nevnte, bekreftes av administrasjonslederen, nemlig at det ikke har vært noen store omstillinger i hjemmesykepleien. Informanten peker blant annet på en utredning av en samlokalisering av hjemmetjenestene, men at kjøproblematikken har stoppet dette. Administrasjonslederen sier å være ganske ny i både stillingen og kommunen, og derfor stilte mange «*hvorfor-spørsmål*» i begynnelsen.

*Jeg har ikke hørt argumentet med at det er forskningen som tilsier at de skal være så små der ute, da er det heller med kvalitet og pasientsikkerhet som har stått høyt*

Videre ble det vektlagt at brukere skulle ha «*færrest mulig å forholde seg til*», selv om «*vi skårer allikevel dårlig på akkurat det*». Og at det var praktisk å dele teamet i bydel II i to, med hver sin avdelingsleder, fordi det spesielt etter 2012 ble for mange vedtak og dermed for mange ansatte,

cirka 80 totalt:

*og nå vet jo jeg at grunnen til at de ikke har gått...slått seg i sammen [bydel II] og [bydel I] er jo blant annet pasientsikkerheten. At det med tilgjengeligheten, at de har satt det veldig høyt...hmm...og...og økonomi har i hvertfall kommet lavere ned for det at en...en har på måte ikke gått på tvers av dette kvalitet og pasientsikkerhet, med tanke på at det hadde vært billigere å så hatt en felles...hjemmesykepleie. Hmm...og jeg tror tidligere erfaringer, ja, det har alltid vært sånn. Det har vel det... Så det har nok ikke så mye med forskning å gjøre tror jeg...det har jeg aldri hørt...hmm...innstillinger fra administrasjonen det er...det er nok mer på at det alltid har vært sånn, det...for det har ikke vært noen sånne store omstillinger...nå i det senere tid, det har det ikke.*

Administrasjonslederen gjentar senere i intervjuet å ikke har hørt at det har vært noen forskning, men at det kanskje er noe gammelt som lå bak. Videre opplyser informanten at de to teamene i bydel II nå holder på med å flytte ut av sykehjemmet og at hjemmetjenestene driftsmessig er adskilt fra sykehjemmet. Også utviklingen med hjemmerehabilitering belyses.

### **5.2.2 Vurdering av dagens hjemmesykepleieorganisering**

På samme måte som kommune 1, ble også deltakerne i kommune 2 spurt om fordeler og ulemper med dagens hjemmesykepleieorganisering og hva som kan forbedres. Bemanningssituasjonen ble også diskutert, samt hvor mange ansatte en pasient må forholde seg til. Funnene beskrevet i dette avsnittet er basert på en dataanalyse av begge intervjuene, samt alle relevante kommunedokumenter fra 2015.

#### ***Vurdering av dagens hjemmesykepleieorganisering basert på dokumentanalysen***

I dokumentene fra 2015 ble det ikke funnet noe om hvordan dagens hjemmesykepleieorganisering vurderes og hva som kan forbedres. Det som kom frem omhandlet særlig organiseringen generelt, hjemmerehabilitering, kommunale tjenester, pasientnivået, og velferdsteknologi. Det nevnes at kommunen trenger nye organiseringsformer, blant annet i lys av Samhandlingsreformen. En sykepleieklinikk kalles for innovativ og at mange utfordringer kan løses med hjelp av den. Å ha flere tjenester under samme tak kan skape mer liv og sees på som en fordel for brukere, i tillegg til å bidra til fagutvikling samt samhandling og helhetstenkning. Det snakkes om å etablere et stort

helsehus for fremtiden. Allerede i avsnitt 5.2.1 kom det frem hvordan kommunen vurderer hjemmerehabilitering og velferdsteknologi. Blant annet at man tar utgangspunkt i «*hva som er viktig for deg*» og at velferdsteknologi kan bidra til hverdagsmestring. Det kom også frem at kommunen fremover ønsker å satse mer på forebyggende arbeid og folkehelsearbeid. I dokumentene nevnes ikke begrepene «bestiller-utførermodellen» og «tildelingskontoret»

### ***Politikernes vurdering av dagens hjemmesykepleieorganisering***

Flere aspekter som kom frem i dokumentene og som ble formidlet av administrasjonslederen belyses også av politikerne. De beskriver i tillegg fordeler med velferdsteknologi, men det snakkes ikke om «bestiller-utførermodellen», og «tildelingskontoret» nevnes kun en gang i en bisetning.

En politiker sier om kommunen at den er skikkelig god å bo i, og at den har gode tjenester, selv om det kan jobbes mer effektivt i hjemmesykepleien, fordi kommunen har større helseutgifter sammenlignet med andre kommuner ifølge KOSTRA. Det sies at samfunnet og politikken er i bevegelse. Blant annet at det er en bosettingsendring ved at eldre kjøper seg mer sentrale leiligheter, noe som også kan gjøre jobben effektiv for hjemmesykepleien. Ifølge politikerne har hjemmerehabilitering gitt gode resultater og fungert bra på mange måter: antall langtidsplasser har gått ned og man ser en utflating i antall vedtak i hjemmesykepleie. Informantene snakker om å snu tankegangen «*hva kan vi hjelpe deg med?*», hvor fokuset er på såkalte restevner, å kunne klare seg selv. I tillegg vurderes utvikling av sykepleieklinikken som positiv, så lenge det ikke går ut over andre tjenester. Man ser det som positivt at brukeren møter den samme ansatte på sykepleieklinikken (nevner færre å forholde seg til, bedre sårstell) og at brukeren må komme seg ut, i stedet for å være hjemme, at det ligger masse selvhjelp der. Om velferdsteknologi sies det at den skal videreutvikles og at hjemmesykepleie «*endelig*» kan gå rundt med en datamaskin, som gjør det lettere å lese journalen, vedtaket, samt å skrive rapport i bilen. Som eksempler på teknologi nevnes blant annet lagring på at man faktisk har vært hos brukeren (det kalles for lurt med de som er dement) og bruk av GPS, hvorpå en informant sier at det tar nødvendig lang tid før slik teknologi innføres. Ifølge politikerne gir velferdsteknologi mange fordeler: at det blir lettere å bytte pasienter, bedre sikkerhet, trygghet (at det hjelper å kunne snakke med noe ved alarmering, «*istedenfor å bare ligge og vente*»), at lederen kan følge med på skjermen hvor de ansatte er og gripe inn ved problemer, samt at det blir lettere å gi kvalitet uten at dette utdypes videre.

Som fordel med dagens hjemmesykepleieorganisering nevnes det at den er tidsbesparende og at man kjenner lokalmiljøet i hvert team. En politiker sier å være fornøyd med hvordan det er nå og at det er bra at hjemmerehabilitering ligger utenfor hjemmesykepleie fordi man kan se seg blind på det man gjør. Som ulempe med dagens organisering sies det at det kan bli ulik kvalitet med flere små team (*«et vedtak kan tolkes på tre forskjellige måter»*), et for lite miljø, at det kan bli mangel på faglig utvikling i et lite team og at det derfor kan være en fordel med en samlokalisering av hjemmetjenestene i ett bygg, og at det uansett kunne ha vært en fordel med en virksomhetsleder for alle team. En politiker svarer med å se fordeler ved små team, som at brukeren får færre å forholde seg til. Senere i intervjuet diskuteres dette aspektet videre. Det sies at det er viktig å ha færre å forholde seg til men at det er en utfordring i hjemmesykepleie med for mye forskjellige folk. Det gjentas at det nå er for mange forskjellige og at det dermed ikke blir kontinuitet. En informant henviser til en pasient som fortalte at hun opplevde det som *«helt grusomt og nedverdiggende»* at det hele tiden var forskjellige ansatte som skulle stelle såret bak. En politiker sier flere ganger at det alltid har vært et mål at brukeren skulle få faste ansatte som kommer innom, samt *«hovedkontaktpersoner»* og lurer på om man nå klarer det. To medpolitikere svarer at de ikke kjenner til det, og en informant sier basert på egen arbeidserfaring i hjemmesykepleie at det også bør gjøres noe med de ansattes innstilling, fordi noen ønsker å gå til flest mulig, da det ellers blir kjedelig eller psykisk tungt. Informanten som stilte spørsmålet, sier at hun som pårørende erfarte at det var like mange ansatte som dager i uken. En annen politiker nevner sin egen erfaring som pårørende: *«det var heisa med nye folk hele tiden»*. En informant stiller spørsmålet om hvor mange ansatte som jobber i teamene, som besvares med *«vet ikke»*, *«mange»*, *«veldig mange ansatte, kjempe mange ansatte, alt for mange ansatte»* uten at konkrete tall nevnes. Det kommenteres at man ikke kan få flere ansatte innom enn antall ansatte som er i teamet. Det diskuteres også hva som burde være et maksimalt antall ansatte å forholde seg til for en pasient. Noen sier 4 per måned, andre sier en til dagen eller uken, en annen sier 3 i uken. Det påpekes at dette også er personavhengig, situasjonsbetinget, pleieinnholdavhengig, men at det bør være minst mulig, for *«tenk at man er veldig syk»*. Det sies at det er nesten umulig og det vises til vakter og turnus. Diskusjonen avsluttes med å nevne at en løsning for mange pasienter kanskje kunne ligge i å bruke Brukerstyrt Personlig Assistanse (BPA). Om hjemmesykepleiens situasjon sier politikerne at det er mange gode ansatte, men at de har et beinhardt kjø, ikke tid til å bruke skjønn. Videre at de må kjøre fra hus til hus og at det går vel fort, *«de skulle vært her, de skulle vært der»* og at alt er økonomi. *«Men hvor mye er kvalitetssikret?»* spør en informant og sier at hun har etterspurt dette

før og sier at hun tviler på om viktige observasjoner (om hvordan pasienten har vært) når hjemmesykepleie er innom, alltid rapporteres og derfor ønsker faste rutiner på det. To politikere utdyper noen av sine egne (pårørende)erfaringer med hjemmesykepleie og beskrive disse med

*jeg møtte dem aldri [...] det gikk så fort at en forverring ikke ble observert*

Det sies at man i hjemmesykepleie trenger høyere lønn etter tre års utdanning, bedre status, samt mer utfordrende arbeidsoppgaver. Videre må hjemmesykepleie gjøres mer attraktiv, det trengs mer action i kommunen for å kunne tiltrekke ansatte som ellers hadde valgt sykehuset. Når det gjelder lønn sier en informant at det er en motivasjon i en liten periode og at sykepleiere tjener tålig nå. Det sies at man har ønsket større stillinger og at administrasjonen tar seg av dette. Om små stillinger i kommunen sies det at det blir vanskelig å kutte disse, fordi det skjærer seg med arbeid hver 3. helg og

*du er helt nødt å tenke fleksibilitet på en helt annen måte skal vi overleve fremover i denne helsetjenesten*

Det sies at ikke alle ønsker å jobbe 100% og besvares med at vedkommende muligens ville det hvis jobben hadde vært tilrettelagt.

### ***Administrasjonslederens vurdering av dagens hjemmesykepleieorganisering***

Som introduksjon i begynnelsen av intervjuet forteller administrasjonslederen å ha mange år bak seg *i det private* og har lært masse der. Ifølge vedkommende kan det private og det offentlige lære mye av hverandre. Det informanten blant annet har fått med seg fra det private er at mennesket selv vet best hva det vil, kan ta de rette valgene selv, og at det derfor ikke nytter å utvikle og tilby tjenester som ingen har behov for. I lys av dette sier informanten at for eksempel dagens serviceerklæring ikke treffer og ikke kommer overens med det «*gode pasientforløpet*». Derfor bør disse revurderes og skal man gå i gang med en «behovssjekk» blant kommunens innbyggere. Ifølge administrasjonslederen bør innbyggere tas med i fremtidig planleggingsarbeid og at det er «*ikke lenger hva vi tror*». Det må tenkes nytt og langsiktig:

*mennesker, innbyggere bør være i sentrum [og kommunen bør] gi dem de rette redskapene*

*fra de er barn til de er...voksne eldre. Det er...blir jo vår oppgave.*

Informanten snakker om å gjøre innbyggere kompetente til å ivareta egen helse, men at fokuset ikke bare bør være på det fysiske, at det psykososiale også bør dekkes, selv om det siste kan være utfordrende, særlig uten pårørende. Videre sier administrasjonslederen at det har skjedd en stor endring, men at den største endringen kommer, i form av en stor reform, med tanke på en endring i pasientrollen. Folk ønsker å ta mer ansvar for egen helse, ikke å bli båret på ryggen lenger. At dette betyr nesten to skritt tilbake for helsepersonalet, vekk fra kompensierende tiltak, vekk fra å kunne alt, å vite best, igjen med hendene på ryggen, i tillegg finne frem ressursene og behovene. «*Hva har du egentlig behov for?*».

Administrasjonslederen nevner utviklinger som hjemmerehabilitering, «*det gode pasientforløpet*» og generelt at ting har blitt snudd på hodet. At hvor man før tenkte at *gir man lillefingen, så tas hele hånden*, tenker man nå motsatt. Informanten sier at det trengs en ramme, og at ikke alt kan innfris, men at det er oppegående folk der ute, ansvarsbevisste innbyggere med et ønske om selvstendighet, og som bare ønsker hjelp ved behov. Ifølge informanten vokser det nå frem en ny generasjon som ikke har behov for standardtilbud, og som ønsker å bo hjemme lengst mulig. Den nye generasjon ønsker ikke å bli sittende i den hjelperollen, heller ikke generasjonene fremover, sier informanten. Ifølge vedkommende har «kvalitet» alltid stått høyt i kommunen, og er det mange flinke, kompetente folk men er det lenge siden man har tenkt at innbyggeren vet best selv, noe som kan være en utfordring. Det velges å vise til et lengre sitat:

*Vi...vi tror jo at disse innbyggerne våre så er så ansvarsbevisste, og de vil være så selvstendige...at det de kun ber om hjelp til det de faktisk har behov for. Så når vi...når de da sier de har behov for...å måke snø...så er det det de har behov for. Og da nytter det ikke at vi har våre serviceerklæringer at vi ikke skal måke snø som hjemmesykepleie. Men hvis den brukeren da kan klare alt det andre selv, bare få måkt den...foran døren sin. Så tenker jeg... ok, da er det vi skal hjelpe han med. Da er det ikke alle de andre tjenestene som en ikke har behov for. Eller den som da har operert hoften sitt og kommer hjem og er så utrygge og helst vil på sykehjem. Og du spør da hva...hva er det...hva har du behov for? Vi tror jo at det er både mat og det er medisiner og det er stelle og det er pleie...og da har de bare behov for å vite at det der kommer noen å hjelpe dem opp fra gulvet den gangen de*

*faller eneste de har behov for. Og...og hvis vi ikke har spurt det spørsmålet da, så hadde vi gjort alle de andre tiltakene...sånn som vi alltid har gjort dem i senere årer. Så det er å snu det litt på hodet. Hva er...hva er det de har behov for? Hva er viktig for dem? Og hvis det er viktig for dem at det de har pårørende rundt seg så nytter det ikke at det vi...opp...eller er på besøk hos dem 24 timer i døgnet. For det er ikke det de har behov for. De vil ha sine nære rundt seg, ikke oss. Mm mm...det er...det er iallfall noe som jeg har begynt å tenke på når jeg kom tilbake igjen og så...så det med litt andre øyne. ja, det skjer noe nå, det gjør det, ja*

Informanten sier at det er mange fordeler med dagens hjemmesykepleieorganisering og nevner blant annet kvalitet, brukernærhet, mindre forhold, at man slipper transporttid, men at det samtidig også er flere sårbare punkt med dagens organisering, særlig når det gjelder teamet i bydel I («liten og sårbar»). Blant annet ved sykdom, smitte, kompliserte tilfeller, at alle kjenner alle, ved ferier og helger og at det er vanskelig å utnytte ressursene best mulig. Derfor kunne det ha vært mer robust med større team, flere enn 40 ansatte, at man da ha flere å spille på. Ifølge administrasjonslederen trengs det ikke mer enn én hjemmetjeneste, og er det bedre med en samlokalisering med én virksomhetsleder, men at køutfordringer stoppet dette. Likevel ser informanten at det i tillegg til å jobbe felles om natten, også er fullt mulig med felles kvelder. Informanten sier at det også finnes argumenter mot sammenslåing til for store team:

*til tross for det så ser vi at vi skårer allikevel dårlig på akkurat det [antall ansatte en bruker må forholde seg til]...på...på brukerundersøkelser, så jeg tror det at hvis en da hadde hatt fått ennå...ennå større team, så hadde gjerne faren for at ennå flere blir involvert i en...bruker...blitt ennå større. Så det er...det er argumentet for på måte ikke slå sammen til for store team også*

Det blir heller ikke en sammenslåingsfordel hvis det blir mye kjøring. Informanten sier forøvrig at det er mange ansatte og helgevakter og at det er en utfordring med deltidsstillinger / små stillinger. Å jobbe døgnturnus kan være krevende, men det vurderes som positivt av de ansatte. Vedkommende sier at det jobbes videre med «langturnuser» og at det kanskje kan bli lettere å få til dette med den nye Arbeidsmiljøloven. Sammenlignet med det private ser administrasjonslederen mye kompetanse i kommunen, mye flinke folk, og en stor endringsvilje, at man ser nytten av å



endre seg: å tenke nytt, tenke effektivt, å tenke kostnader og økonomi. Informanten sier til nå bare å ha positive erfaringer med kommunen. I vurderingen av dagens hjemmesykepleieorganisering nevnte informanten ikke begrepene «tildelingskontoret», «bestiller-utførermodellen» eller «velferdsteknologi».

### **5.2.3 Hvordan beskrives kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmesykepleie**

Det velges her å få frem hva politikerne og administrasjonslederen i kommune 2 legger i kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmesykepleie. Men først fokuseres det på det som kommer frem i dokumentene med til slutt fokus på året 2015.

#### ***Det dokumentene sier om kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmesykepleie***

Fra tidligere dokumenter tolkes det oppsummert slik at brukere kan bo lengst mulig hjemme og oppleve trygghet og velvære, samt ivaretagelse av forsvarlig helsehjelp. Bemanningssituasjonen - særlig faste ansatte - sees i sammenheng med forsvarlig drift, og stort arbeidspress kan blant annet føre til mangel på faglig oppdatering. En for lav grunnbemanning kan blant annet gi lavere kvalitet, mindre tid til brukere, hvis behov kan variere fra dag til dag. I tillegg kommer dårligere oppfølging av personer med demens, samt «slitasje» av pårørende hvis de ansatte kommer for sent. Innleieing av vikarer og ufaglærte kan føre til dårligere observasjonen og høyere press for det faste personalet. I 2014 snakkes det om å delta i et læringsnettverk for å sikre gode pasientforløp. Når det gjelder en samlokalisering ser man som fordeler: enklere arbeidsflyt og samhandling, samkjørte og like tjenester / praksis, bedre ressursutnyttelse av blant annet kompetanse og muligheter for økt faglig utvikling. Man har vanskelig for å se negative konsekvenser for brukere, men nevner kjøproblemer som utfordringer. Man forventer å fortsatt gruppere ansatte i mindre grupper slik at brukere ikke trenger å måtte forholde seg til for mange ansatte. En samlokalisering sees ikke på som å stå i veien for responstiden på alarmen, fordi de ansatte stort sett er ute i feltet og det ofte er den som er nærmest som rykker ut. Hjemmerehabilitering må kunne bidra til økt livskvalitet og at man kan bo lengre hjemme. Selv om begrepet «pasientsikkerhet» ikke nevnes, kan det tolkes implisitt fra teksten. Et dokument fra 2012 beskriver forebyggende besøk av 80-åring og viser til at mange har opplevd fall i hjemmet. Som forebyggende tiltak nevnes blant annet: gi informasjon om hvordan fall kan forebygges, enkle øvelser (balanse, utholdenhet, styrke) og info om enkle boligtiltak (teppekanter, dørterskler, trapper). I dokumentene fra 2015 ble ikke «kvalitet» og pasientsikkerhet» i hjemmesykepleie nevnt eksplisitt.

### ***Politikernes syn på kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmesykepleie***

Ifølge politikere i kommune 2 kjennetegnes kvalitativ god hjemmesykepleie ved blant annet å ha gode observasjonsevner, «*et godt blikkfang*», i tillegg til de «*standardoppgavene*» som skal utføres. Å observere utviklingen, om det går bedre eller dårligere, er viktig da dette kan variere veldig blant eldre. Det legges merke til at det samtidig blir henvist til egne dårlige erfaringer på dette område. Basert på dataanalysen ser det ut til at politikere også ser på kvalitet i hjemmesykepleie som: *å utføre pleie på samme måten*, at pleierne setter foten ned hvis det går dårligere med en bruker og for eksempel kontakter legen. Videre nevnes en kvalitetssikring av besøkene, at noen har vært der og at det som har blitt observert noteres; kvalifiserte fagfolk, færre ansatte å forholde seg til, mer faste ansatte som er mer brukerkjent. Ifølge en politiker trengs det i denne sammenheng også flere fleksible turnuser.

Når politikere spørres om hva de legger i pasientsikkerhet, svarer en informant først med å si at det blir litt av det samme (kvalitet og pasientsikkerhet) og viser til gode observasjonsevner.

Dataanalysen viser til at brukere ifølge informantene kan være sikker på å bli observert, å oppdage at noen har blitt syk, omsorgsteknologi, bruk av GPS ved demente som har lett for å gå ut døren og gå seg vill. Omsorgsteknologi kan gi trygghet til både pasienten og pårørende. Betydningen av turnusen påpekes også. Det vises til lange vakter gjennom sammenligninger som at man ikke hadde flydd med en som har jobbet for lenge, dette for å beskrive faren ved en trøtt sykepleier. Dette besvares med at legene også jobber sånn, men får som spørsmål igjen om det dermed er riktig.

### ***Administrasjonslederens syn på kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmesykepleie***

På spørsmålet om hva som kjennetegner kvalitativ god hjemmesykepleie svarte informanten blant annet:

*Da tenker jeg...hmm...rett tjeneste, da tenker jeg på riktig nivå...hmm...vi skal ikke gi hverken for lite eller for mye tjenester. hmm...og jeg tenker også vi skal gi tjeneste til rett tid. Og det skal bli gitt til riktig person, rett kompetanse...hmm...det skal være tryg...trygge tjenester. Og tilgjengeligheten skal være til stedet. Ja, det tenker jeg må være det viktigste.*

Rett etter sier informanten at det er veldig vidt formulert, men å tenke på «Omsorgstrappen» når det sies rett tjenestenivå. I dataanalysen ser det ut til at vedkommende også tenker på å ha færrest mulig

å forholde seg til som bruker, at ansatte ikke er redde for å spørre hva brukeren har behov for, det gode pasientforløpet, hjemmerehabilitering, og vurderingen om dette er nødvendig etter et korttidsopphold eller sykehusbesøk eller at det holder med «vanlig hjemmesykepleie», sykepleieklinikk / helsehus («for de som kan»), brukerundersøkelser og brukerdiallog, samt at man «legger liv i årene» med tilrettelegging av hjemmesykepleie.

Når det gjelder pasientsikkerhet sier administrasjonslederen blant annet:

*det med trygghet, sikkerhet....det er viktig...jeg tenker det å etablere gode standard, gode rutiner, gode avvikssystemer som tidlig fanger opp...avvik...hmm...hele tiden tørre å spørre er dette godt nok? Hmm...og der igjen...ikke være redd for å så...se hva vi ikke gjør godt nok. Sett...sett avvikene i...i system. For jeg tenker et og et avvik for seg selv gir jo ingen...ingenting...hmm...men det å faktisk sette det i system...og s...systematisk følge det opp...hmm...vi har jo kvalitetsteam på alle våre virksomheter...hmm...og de behandler jo avvik.*

Rett etterpå snakker informanten om å varme opp pasientsikkerhetskampanjer i regi av fylkesmannen, og «vi blir aldri god nok», dette utdypes informanten med å si:

*hva kan vi gjøre for å unngå dette til neste gang, tenke...forebygging, mm mm. Vi har ikke...vi har ikke råd til å...å gå på...å miste liv, vi har ikke råd å gjøre feil. Hva kan vi da unngå...eller gjøre for å unngå å gjøre de feilene*

Informanten viser til mange forskjellige kampanjer og konkretiserer dette blant annet med fallforebygging, brannforebygging (også i samarbeid med brannvesenet), medikamenter (samarbeid med en farmakolog for en gjennomgang). Tidligere sa informanten at lang transporttid kan gi uheldige utfall, og at man ikke må være redd for selvkritikk.

## 5.2.4 Hvordan nabolagspleiemodellen «Buurtzorg» vurderes av politikere og administrasjonslederen

Administrasjonslederen sier å nylig ha blitt informert om Buurtzorgmodellen via en facebookmelding av en hovedtillitsvalgt. Blant politikerne er det bare en som hadde hørt om modellen.

### *Politikernes vurdering av nabolagspleiemodellen «Buurtzorg»*

I dataanalysen kommer det frem både interesse og skepsis mot Buurtzorgmodellen. I vurderingen nevnes blant annet veldig bra, en flott modell, verdt å se på, at det ligner på erfaringer fra utlandet, men også at man ønsker mer papir på det. Det stilles et spørsmål «*er det langt fra modellen vår?*», hvorpå en svarer med «*ja, vi har ikke 12 i ett team*». Det sies også at de jobber på en helt annen måte og at det er «*samme folk som går*», noe som vurderes som positivt. En informant tviler på om det kan bli aktuelt i kommune 2, en annen informant sier å ville ha mer papir på det. Det tenkes på å ha 4 team under samme tak med forskjellige nabolag som en videreutvikling av de nåværende 3 team. Det foreslås også 5 enheter istedenfor 2 og at man da kan bytte enhet etter et halvt eller helt år. Det reageres på dette forslaget med at man ikke må tenke ansatte men bruker i forhold til bytting da man har lett for å tenke ansatte. Det uttrykkes også usikkerhet i forhold til modellen. Da nevnes blant annet at hjemmesykepleie ikke kan klare hjemmehabilitering alene, at de må ha drahjelp. At det blir litt få ansatte, et lite fagmiljø. At det kan bli utfordrende i forhold til kompetanse og konkurranse med sykehuset, da 12 ansatte er lite. At det også kan bli for tett med så få ansatte rundt en bruker. En informant spør «*Hvor mye skal en ansatt gi av seg selv?*» som besvares med at dette heller ikke var et problem i en bolig med en beboer hvor man gikk fra 18 ansatte til 6. Derpå sies det at det er godt hvis balansen er der og et godt tegn hvis de ansatte sier å være fornøyde. Det påpekes også at Nederland er mye tettere bebodd og at det dermed vanskeligere lar seg sammenligne med Norge. Det stilles spørsmål ved mulige besparelser med denne modellen:

*hvordan å spare 50% på å reise til bydelene med denne spredte befolkningen? [...] enten må de gå ned i lønn da, mindre faglærte, eller så må de jobbe annerledes*

Det nevnes også faren for at de ansatte skal «*hives*» ut. Medpolitikere prøver å nyansere diskusjonen og viser til at kommunen allerede hadde gode tall på å jobbe annerledes, og at en besparelse på 30, 25 eller 10% også er en besparelse. Det avsluttes med å si at en ikke må se bort i

fra at det kan bli aktuelt i kommune 2, «*jeg er ganske åpen for å tenke nytt*». Dette besvares med at de ansatte ikke er åpne for å tenke nytt, heller ikke fagforbundet.

### ***Administrasjonslederens vurdering av nabolagspleiemodellen «Buurtzorg»***

Informanten sier å ikke vite mye om modellen, at det er nytt for vedkommende, men at det virker utrolig spennende. Informanten vurderer det slik at ikke bare innbyggere gjøres selvstendig men også de ansatte. Det sies at det er sånn med ledelsen: å gi de ansatte kompetanse, trygghet og støtte. Om det lar seg gjennomføre i kommune 2 svarer informanten med «*hvorfor ikke?*» og at det er mulig med Buurtzorg med de rette rammene, de rette redskapene, da det ikke er ledere som utfører jobben, men de ansatte. Med tanke på at Buurtzorg ikke har ledere, sier informanten at det også er mulig med en slik modell i kommunen uten ledere.

Relatert til Buurtzorgspørsmålet beskriver administrasjonslederen sitt syn på lederrollen i hjemmesykepleie. Vedkommende sier at hjemmesykepleie er spesiell, fordi ledere har lite kontakt med de ansatte, som stort sett er hjemme hos brukeren. Informanten sier å ha stor tro på frihet under ansvar, og også ha gitt beskjed til ledere om at de ansatte må få de rette redskapene, at de må gjøres robuste. At fagfolkene må kunne være ledere av eget fag innenfor rammene. En leder må ifølge vedkommende legge til rette for disse rammene. Vedkommende avslutter med å si at Buurtzorgmodellen virker «*nesten litt som vi gjør det i dag*», fordi teamene er veldig selvstendige. Men ikke vet nok om modellen og den nederlandske arbeidsmiljøloven.

## **6. Diskusjon**

I dette kapittelet velges det å diskutere både grunnlaget og beslutningstakernes vurdering av kommunenes hjemmesykepleieorganisering. Videre fokuseres det på hva hjemmesykepleiens organisering ser ut til å bety for kvalitet og pasientsikkerhet, men må det tas hensyn til at funn særlig ser ut til å svare på aspektene «*ytre krav og forventninger*» og «*kvantitative kjennetegn*» (jf. Fig. X-1, s. 13). Det må også tas i betraktning at det tilsynelatende finnes veldig lite tilsvarende forskning (tabell 4-1, avsnitt 4.1) som gjort i denne studien, noe som kan gjøre det vanskelig å sammenligne med andre studier. Som beskrevet i metodekapittelet ble data både analysert som enkel case (kommune) og på tvers av casene for å se (u)likheter innad i datakildene og mellom kommunene. Resultatene diskuteres utifra hovedpunkter opp mot seg selv, opp mot tidligere forskning og i siste avsnitt opp mot teorien for «*samfunnsbasert integrert pleie og omsorg*» (SIPO)

(Plochg, 2006; Plochg & Klazinga, 2002). Ved drøftingen legges det mer vekt på det datakildene ser ut til å begrunne, oppleve, forklare, og observere angående organiseringen, enn uttrykk for (fremtidige) ønsker eller planer.

### **Grunnlaget og vurderingen av hjemmesykepleieorganiseringen i begge kommuner**

Både i innledningen og senere kapitler ble det klargjort at hjemmesykepleiens organisering kan være avgjørende for blant annet kvalitet (Institute of Medicine (U.S.), 2001; Leichsenring et al., 2013) og pasientsikkerhet (Masotti et al., 2010), og at Regjeringen forventer at kommunenes hjemmesykepleieorganisering er basert på forskning og oppdatert kunnskap (*Meld. St. 16 (2010-2011)*, 2011). Videre at organiseringen bør være basert på lokalsamfunnets helsebehov, preferanser og sosiale verdier (*Meld. St. 26 (2014–2015)*, 2015; Monsen & de Blok, 2013a; Plochg, 2006; Plochg & Klazinga, 2002), med utgangspunkt i borgerens livskvalitet (Nies, 2014). Dette selv om begrepet kan tolkes flertydig (Taillefer, Dupuis, Roberge, & Le May, 2002). I tillegg bør hjemmesykepleie sees på som en form for verdiskapning, samt et bidrag til fremming av befolkningens helse og velferd, ikke bare er en utgiftpost (*Meld. St. 26 (2014–2015)*, 2015). Borgerens rettighetsbestemmelser skal da være overordnet styrende, ikke økonomi (Molven, 2012).

I fig. X-3 (s.53) vises at pasientene i begge kommunene må forholde seg til både hjemmesykepleie, samt et tildelingskontor. I noen tilfeller også til et hverdagsrehabiliteringsteam og sykepleieklinikken (vises ikke i figuren). Videre gjengis det for begge kommunene antall ansatte og pasienter per virksomhet/team. Både hjemmesykepleieteamene, hverdagsrehabiliterings-teamene, og tildelingskontoret kommuniserer med hverandre og med pasienten. Vedtaket som tildelingskontoret skriver for pasienten er styrende for hjemmesykepleie- og for hverdagsrehabiliteringsteamet. I denne studien ble politikere og administrasjonslederen i begge kommuner spurt (fig. X-4, s. 53) om hva som lå til grunn for denne organiseringen.

Kombinert med en analyse av kommunedokumentene prøvde jeg i hver kommune å få svar på dette, samt å finne (u)likheter og mønstre. Ifølge analysen vurderes «økonomi» og «innstillinger fra administrasjonen» som grunnlag for alle kildene i kommune 1, noe som også kom frem i resultatkapittelet. Ifølge analysen av kommune 2, virker «økonomi» ikke å ligge til grunn for organiseringen. Resultatene av dataanalysen gjengis i tabell 6-1 og redegjøres for ytterligere i dette kapittelet.

**Tabell 6-1: grunnlaget for kommunenes hjemmesykepleieorganisering ifølge kilder**

(basert på funn/dataanalyse)

<b>Faktor</b>	<b>Kommune 1</b>			<b>Kommune 2</b>		
	<i>Dokumenter</i>	<i>Adm.leder</i>	<i>Politikere</i>	<i>Dokumenter</i>	<i>Adm.leder</i>	<i>Politikere</i>
Økonomi	ja	ja	ja	Ikke gjengitt	nei	muligens
Innstillinger fra administrasjonen	ja	ja	ja	Ikke gjengitt	muligens	ja
Tidligere erfaringer	nei	nei	nei	Ikke gjengitt	ja	ja
Pasientsikkerhet	nei	nei	nei	muligens	muligens	muligens
Kvalitet	nei	muligens	nei	ja	ja	ja
Forskning	nei	nei	nei	nei	nei	nei

Basert på denne sammenligningen, samt en vurdering av alle funn (i begge kommuner) satt opp mot hverandre og tidligere forskning, oppsummeres det i tabell 6-2 hvilke betydning forskjellige aspekter ser ut til å ha hatt for kommunenes hjemmesykepleieorganisering:

**Tabell 6-2: Betydning av forskjellige aspekter for kommunenes hjemmesykepleieorganisering**

<b>Aspekt</b>	<b>Kommune 1</b>	<b>Kommune 2</b>
Innstillinger fra administrasjonen	Avgjørende betydning	Avgjørende betydning
New Public Management	Stor betydning	Lite betydning
Bestiller-utførermodellen	Stor betydning	Lite betydning
(Myndighetenes) rapporterings- og vedtakskrav	Stor betydning	Lite betydning
Økonomi	Stor betydning	Lite betydning
Forskning	Ingen - lite betydning	Ingen - lite betydning
Pasientsikkerhet	Lite betydning	Middels betydning
Kvalitet	Lite betydning	Middels betydning
Antall ansatte en pasient må forholde seg til	Lite betydning	Lite - middels betydning
Folkehelsearbeid / helsefremming	Ingen - lite betydning	Ingen - lite betydning

Det velges å redegjøre for tabellens innhold ved å beskrive dette over flere avsnitt.

## **6.1 Hjemmesykepleieorganisering - Økonomi, innstillinger fra administrasjonen og forskning**

### **6.1.1 Forskning har ingen til lite betydning**

Når det gjelder organisering av hjemmesykepleie ble det ikke funnet tidligere forskning på hvordan

faktoren «forskning» vektlegges av kommunenes beslutningstakere. Likevel vises det generelt til at vi har et stykke igjen før «forskning» styrer organisering av helsetjenester (Røttingen & Fretheim, 2012). Selv om Regjeringen forventer at hjemmesykepleiens organisering er basert på forskning og oppdatert kunnskap (*Meld. St. 16 (2010-2011)*, 2011) viser verken politikere, administrasjonslederen eller dokumentene i kommune 1 og 2 til denne faktoren. Muligens kan dette forklares med at «forskning» ikke vurderes som overordnet styrende når politikere tar sine beslutninger (Culyer & Lomas, 2006; Velasco Garrido et al., 2010), samt at det også tas hensyn til politiske vurderinger og tradisjoner (Østerud, 2007; Velasco Garrido et al., 2010). Det kan videre være at kommunene er mer følsomme for såkalte «organiseringstrender» og «oppskrifter» formidlet av både Kommunenes Sentralforbund (KS) (Opedal et al., 2002; Vabo, 2002; Vabo & Stigen, 2002) og ressurssterke konsultentselskap (Christensen, Egeberg, Lægred, Roness, & Røvik, 2015). Når det gjelder «to-nivåmodellen» og bestiller-utførerorganisering belyses dette ytterligere i neste avsnitt.

### **6.1.2 Innstillinger fra administrasjonen vektlegges**

Generelt ser man en økende tendens til «*at viktige beslutninger trekkes ut av kommunestyret og inn i organer som ikke er direkte folkevalgte*», noe som kalles for fragmentering (*Meld. St. nr. 33 (2007-2008)*, 2008, p. 129). Kommunestyret vurderes som mer og mer fraværende i initiering- og utviklingsfasen, samt ved iverksettingen av vedtak og dermed har blitt et vedtaksorgan eller «stått tilbake som sandpåstrøarer» (Ringkjøb et al., 2007, p. 5). Videre ser økende detaljstyring fra statlig hold (lover og forskrifter m.m) ut til å ha store konsekvenser for beslutningsprosesser i kommunestyrene (Baldersheim & Smith, 2011; Ølberg, 2014).

Det som kommer frem i tidligere forskning ser ut til å bekreftes i min studie. Nemlig at faktoren «innstillinger fra administrasjonen» (fig. X-4, s 53) ser ut til å ha avgjørende betydning for hjemmesykepleiens organisering, selv om politikerne i kommune 1 hevder å gi «tydelige signaler». I begge kommunene uttaler politikerne å være avhengig av slike innstillinger. Men dette gir en blandet erfaring. Administrasjonen oppleves noen ganger som dominerende og ikke alltid ville det politikerne vil, samt at den har for lite faktakunnskap (kommune 1). At ett team ble delt i to i kommune 2 kan sees på som en viktig organisatorisk beslutning. Likevel sier politikerne at de ikke ble involvert i denne beslutningen, men at administrasjonen valgte å gjøre det slik. I begge kommuner tviles det på kvaliteten av brukerundersøkelsene. Videre antas det at alle faktorene (fig X-4, s.53) som for eksempel «kvalitet» og «pasientsikkerhet» tas med i administrasjonens planer for



hjemmesykepleieorganisering, men at man likevel må lese mellom linjene fordi «alt virker så fint og flott». I tillegg vet man alt for lite om det virker og at forslagene noen ganger viser seg å ikke virke. Videre oppleves det blant politikerne at den «gode gamle politikken» har forsvunnet. Å særlig «bare» få saker til orientering oppleves som både positivt og negativt. Det sies at man har delegert ansvaret fra seg, men at man likevel har en indirekte påvirkningsmulighet. Ølberg (2012, 2013, 2014) bekrefter politikernes avhengighet av administrasjonens innstillinger. Han påpeker også administrasjonens makt og dominans i forhold til hvilke alternativer utredes og fremlegges, samt hva den deretter utfører i praksis. Politikernes opplevelse av å ha blitt et vedtaksorgan, samt å ha fått for lite kontakt med det som skjer på gulvet, vises til av Ringjeb et al. (2007). Til slutt vises det til at innføringen av en to-nivåmodell i kommunen kan føre til mer makt hos rådmannen, og en passiv og marginalisert rolle hos politikerne (Torsteinsen, 2006). Ifølge Vabo (2002) er faren ved en slik organisering at lokalpolitikere blir "dumme" i betydningen uopplyste.

Utifra politikernes ståsted i begge kommuner tyder funn på at «innstillinger fra administrasjonen» på overordnet nivå har avgjørende betydning. Administrasjonslederen i begge kommuner bekrefter at «innstillinger fra administrasjonen» har hatt betydning for hjemmesykepleiens organiseringsgrunnlag. Ifølge administrasjonslederen i kommune 1 har den til og med hatt stor betydning, men har slike innstillinger også et verdi-, forsknings- og kunnskapsgrunnlag. Når det gjelder hjemmesykepleieorganiseringen kan dette virke motstridende når både administrasjonslederen og politikerne i kommune 1 hevder at det ikke lå forskning til grunn for hjemmesykepleieorganiseringen, samt at kommunens administrasjon sies å ha for lite faktakunnskap. Likevel kan en si at jeg må være forsiktig med å hevde noe av «politisk» karakter som for sikkert, samt at det for trengs mer data (inkludert kommunedokumenter).

### **6.1.3 Flat kommunestruktur som organisatorisk trend; skulle gi bedre kvalitet og økonomi**

Begge kommuner har innført en såkalt «flat kommunestruktur» og en bestiller-utførerorganisering. Kommune 1 gjorde dette i rundt 2000. Kommune 2 i 2004, til tross for protester fra de ansatte, som viste til dårlige erfaringer fra andre kommuner som hadde avviklet strukturen igjen. Opedal et al. (2002) kaller en slik to-nivåorganisering for en «motebølge» som allerede var innført i 126 kommuner i 2003 som del av såkalte New Public Managementreformer med blant annet mål- og resultatstyring som instrument. En slik innføring kalles også for «moteslaveri» og kan være den som der og da vurderes som moderne eller lett tilgjengelig. Kommunenes Sentralforbund (KS) sees

her på som en viktig «leverandør» av slike organisasjonsløsninger (Vabo, 2002; Vabo & Stigen, 2002), Administrasjonslederen i kommune 1 ser ut til å bekrefte bruken av ordet «mote» når vedkommende snakker om en «organisatorisk trend på 2000-tallet». vedkommende sier å være usikker på om det var «økonomi» eller «kvalitet» som ble vektlagt. Denne usikkerheten kan forstås i argumentasjonen som ble brukt i dokumentet fra 2000, hvor «økonomi» virker mindre vektlagt. Det skulle særlig bli bedre «kvalitet» for innbyggere ved bedre styring ved hjelp av den nye strukturen og bestiller-utførerorganisering. Dette kan virke i motsetning til hvordan politikere i kommune 1 nå oppfatter denne omorganiseringen. De sier nemlig at det ved hver omorganisering handler om «økonomi» også ved omorganiseringen i 2000. Ifølge dem styrer denne faktoren de andre 5 (fig. X-4, s.53). Dette kan sees bekreftet i senere kommunedokumenter hvor økonomiske begrep nevnes jevnlig i forbindelse med (om)organiseringer. Dette gjelder blant annet innføring av hjemmehabilitering og velferdsteknologi. Men også ved fokuset på folkehelsearbeid og sammenslåing av hjemmesykepleieteam vises det til økonomiske fordeler. Politikerne i kommune 1 oppfatter faktoren «økonomi» som alt for dominerende og hemmende for gode visjoner og gode ideer. En forklaring for at denne faktoren har vunnet økt innpass kan ifølge Christensen et al. (2015) være at det har blitt mer akseptert å bruke økonomiske mål for hvor godt offentlig sektor virker. Videre har det blitt mer vanlig i offentlig sektor å anta at man kan styre kommunen som en privat bedrift, til tross for at det finnes argumenter for at dette ikke er tilfelle. For eksempel skiller kommunen seg fra private firma ved at kommunen har en folkevalgt ledelse og kan sees på som multifunksjonelle. Ikke bare skal hensyn ivaretas som kontroll og kostnadseffektivitet, men også hensyn som for eksempel innsyn i beslutningsprosessene, likebehandling, lydhørhet for pasientene, medbestemmelse fra ansatte og tjenestekvalitet (Christensen et al., 2015). Likevel tyder funnene i kommune 1 på at særlig «kostnadseffektivitet» tas hensyn til i hjemmesykepleiens organisering. Dette virker i motsetning til kommune 2 hvor verken dokumentene eller administrasjonslederen viser til en vektlegging av «økonomi» for hjemmesykepleieorganiseringen, men mer til «pasientsikkerhet» (kø / responstid) og «kvalitet». Dette bekreftes også av politikere i kommune 2, selv om faktoren «økonomi» nevnes en gang. Informantene i kommune 2 vektlegger ikke en bestiller-utførerorganisering og snakker heller ikke om en stor omorganisering, noe som likevel vises til i et dokument fra 2010. Til tross for en innføring av en to-nivå modell og bestiller-utførerorganisering i kommune 2, tyder funn ikke på at dette har påvirket hjemmesykepleiens organisering noe særlig. Dette kan ha å gjøre med hvor omfattende man lokalt tolker og innfører slike konsepter (Christensen et al., 2015). Men for å kunne hevde dette med mer sikkerhet for

kommune 2, burde man ha hatt mer data rundt den omorganiseringen, også fra de ansatte og pasientene. Forøvrig konkluderes det i tidligere forskning at resultatenhetsorganisering ikke fører til bedre økonomistyring eller bedre effektivitet, men heller til økte administrasjonskostnader (Berge, 2012).

#### **6.1.4 Konsekvenser av (om)organiseringer for hjemmesykepleie, samt uoppnådde mål**

Tidligere forskning tyder på store konsekvenser av en kommune- og hjemmesykepleieorganisering basert på New Public Managementreformer. Det kan blant annet sørge for mindre fokus og følsomhet for pasientene sine behov (Institute of Medicine (U.S.), 2001; Rønning, 2004; Vabø, 2012), mer kompleksitet og byråkrati (Christensen, 2003; Vabø, 2007) og føre til større kostnader (Hood & Dixon, 2015; Pollitt, 2002) og flere klager (Hood & Dixon, 2015), samt dårligere brukermedvirkning (Glasdam et al., 2013; Ursin, 2005; Vik & Eide, 2013). Funnene tyder på at kommunenes omorganisering med innføring av en to-nivåstruktur, samt bestiller-utførermodellen har hatt store konsekvenser for hjemmesykepleieorganiseringen i kommune 1, men ikke noe særlig i kommune 2, hvor informantene ikke nevner dette. Da rådmannen i kommune 1 fremmet forslaget i 2000, om å innføre to-nivåstrukturen (inkludert kontrakt- & målstyring), kombinert med en bestiller-utførermodell, ble det ikke vist til mulige negative konsekvenser. Men i et vedlagt referat sier politikere å være redde for mer byråkrati og en oppsplitting av fagmiljøet. Denne redselen ser altså ut til å bli bekreftet i flere forskningsartikler, mer utfyllende beskrevet i avsnitt 3.5. Basert på funnene kan det virke som om denne kunnskapen ikke har påvirket beslutningene i begge kommuner. Likevel ser dokumentene fra kommune 1 (frem til 2015) ut til å bekrefte at man ikke har lykkes med de økonomiske målene, som ble nevnt i 2000 og senere dato, samt at systemet har blitt for byråkratisk og frustrerende for de ansatte. Videre viser brukerundersøkelser i kommune 1 til mindre fornøyde pasienter etter innføringen av bestiller-utførermodellen. Til tross for dette, samt at lovede innsparinger uteble, innførte man nye tiltak som heller ikke ga de økonomiske resultatene. Dette førte igjen til nye tiltak i kommune 1, som blant annet innebar at noen brukere kunne miste tjenester eller at brukernes forventninger måtte dempes. Nå håper man i kommune 1 å nå målene, med fortsettelsen av bestiller-utførermodellen, men med en tilpasset finansieringsmodell som sies å være mer basert på tillit, muligens inspirert av omorganiseringer i Danmark (T. Holm & Gjerløw Aasland, 2015). Politikerne i kommune 1 ser ut til å samstemt bekrefte at omorganiseringene ikke har gitt ønsket resultat. De tviler på nytten av den store omorganiseringen i 2000 og lurer på om den egentlig har kostet mer enn den har spart. De sier også at det som ble fremstilt som en annen

struktur egentlig ikke var mye mer enn en forandring på papir, da i praksis ikke noen mellomledd ble fjernet, noe som organisasjonsstrukturen i fig. X-3 (s.53) også kan tyde på. I tillegg påpekes det at det omstilles alt for mye, slik at de ansatte kan bli «schizofrene», og at dagens organisering har flere ulemper enn fordeler for pasientene. Tidligere forskning bekrefter at ansatte i hjemmesykepleie opplever mange utfordringer med organisatoriske omstillinger og forandringer i NPM-styrte kommuner (Andersen & Westgaard, 2013, 2015; Kirchhof, 2011). At det likevel fortsettes med en slik organisering kan muligens forklares med at både politikere og ledelsen også må forholde seg til befolkningens krav om mer åpenhet, ansvarlighet og en rettferdig ressursfordeling (Vabø, 2012), i tillegg til myndighetenes rapporteringskrav, og press fra media (Gjertsen et al., 2012). Videre kan bestiller-utførerorganiseringen ha fått et beskyttende «immunforsvar» mot kritikk med henvisning til rettsikkerheten (Vabø, 2014).

#### **6.1.5 Sammenslåing av hjemmesykepleieteam: argumentasjonen tyder på paradoks**

Tidligere forskning viser til store konsekvenser av sammenslåing av hjemmesykepleieteam som kan gjøre de ansatte utrygge og urolige, gi en overkompleksitet (Andersen & Westgaard, 2013, 2015) samt gi høyere fravær og lavere produktivitet i flere år fremover (Nguyen & Kleiner, 2003). I tillegg må pasienter ved større hjemmesykepleieteam forholde seg til mange ansatte som kan føre til dårligere kvalitet og pasientsikkerhet (Care Quality Commission, 2013; EHRC, 2011; Institute of Medicine (U.S.), 2001), noe som igjen kan føre til høyere kostnader (Marck et al., 2010). Hvis derimot pasientene får færre ansatte å forholde seg til, kan dette gi et bedre pleietilbud og et redusert pleiebehov (Green et al., 2008; Hussey et al., 2014; Kreitzer et al., 2015; Leichsenring et al., 2013; Monsen & de Blok, 2013b; Romano, Segal, & Pollack, 2015), og i tillegg lavere kostnader (Britnell & Berg, 2012; Hussey et al., 2014), samt mer fornøyde ansatte (Nandram, 2015; Nandram & Koster, 2014). I tabell 6-3 gjengis det hvordan man i begge kommuner vurderer å slå sammen team. I samme tabell vises det også til aspekter som både kom frem i forrige avsnitt og som skal belyses i senere avsnitt.

**Tabell 6-3: vurdering hjemmesykepleieorganiseringsaspekter (basert på dataanalysen)**

Aspekt	Kommune 1			Kommune 2		
	Dokumentene (2015)	Administrasjon slexer	Politikere	Dokumentene (2015)	Administrasjonslexer	Politikere
Økonomi / Finansiering	- lavere inntekter – forenkling / ramme-finansiering trengs	- for komplisert – trenger ramme-vedtak	- kontroll trengs men for dominerende og hemmende	- på sikt behov innsparing grunnet større behov.	- økonomi mindre betydning	- «Alt er økonomi» - større helseutgifter per innbygger enn andre kommuner
Bestiller-utfører modellen	- mer satsing – nå for komplisert og byråkratisk – ønsker forenkling og mer tillit.	- ubetinget fordel ift alle juridiske krav - utfordringer med nok brukerkunnskap	- nøytral / vil avskaffe den - for mye byråkratise-ring/mellomledd	Nevnes ikke	Nevnes ikke	Nevnes bare i en bisetning
Vurdering dagens organisering	Tidligere dokumenter: - for mange ansatte å forholde seg til	- pasientene har alt for mange ansatte å forholde seg til	- for mange ansatte å forholde seg til	Tidligere dokumenter: - pasientene må ikke få for mange ansatte å forholde seg til	- for mange ansatte å forholde seg til	- alt for mange ansatte å forholde seg til
	- mer satsing på hjemmesykepleie – ønsker mer forskningbasert jobbing	- mye utskifting ansatte	- for mye økonomistyrte - for mye tidspress og stress, og ikke tid til pasientene/samtaler	Ikke noe spesifikt om hjemmesykepleie	- fordeler og sårbarheter i dag - både brukernærhet, lokalkjennskap og mindre forhold	- bra i dag - god kjennskap til lokalmiljøet men ikke tid til å bruke skjønn; - et beinhardt kjøp og mangler gode og faste observasjonsrutiner
Sammenligning team / virksomheter	Tidligere dokumenter: sammenslåinger gjør hjemmesykepleie mer robust og gir besparelser	Geografisk oppdeling trengs men ønsker nå 4 virksomheter; kan da ha små team; blir mer bærekraftig, og gir tydeligere fokus og faglig fordel	- dagens inndeling er bra - ansatte kan bli «schizofrene», av hver omorganisering, trenger fred	Nevnes ikke I 2014: - sammenslåing så fort som mulig - kan gi bedre ressursutnyttelse m.m, - gir ikke ulemper for pasientene	- synergi med sammenslåing men kan også gi for mange ansatte å forholde seg til (=«argument imot») - OBS på responstid	- bra med samlokalisering – men bedre service med flere team (færre å forholde seg til)

Funnene i både kommune 1 og 2 kan tyde på flere paradoks i hvordan sammenslåing av team begrunnes og vurderes. I for eksempel kommune 1 vises det flere ganger til en sammenslåing av hjemmesykepleieteam/virksomheter. Fra 14 til 8 i 2003, og til slutt 6 i 2012. (viser til tabell 5-2 for

organiseringens «kvantitative» kjennetegn i begge kommuner). Dokumentene i kommune 1 viser ikke til «forskning» eller mulige ulemper for disse sammenslåinger, men at dette var basert på en «skjønnsmessig grunnlagsvurdering», samt at det skulle bli mer robust, noe som også vises i tabell 6-3. Hva som legges i dette, begrunnes ikke ytterligere, men det vises også til innsparingsmuligheter. I kommune 2 derimot vises i argumenteringen for sammenslåing til flere overveielser, for eksempel for lite bemanning, men heller ikke her vises det til «forskning» (fig X-4, s.53) og de argumentene som brukes for sammenslåing synes å ikke samsvare med tidligere forskning. Videre vises det ikke til hvordan man ved en sammenslåing av alle tre team skal sikre at pasientene ikke får for mange ansatte å forholde seg til. Ifølge både politikerne og administrasjonslederen i kommune 2 ble teamet i bydel II delt i to med bakgrunn i faktoren «kvalitet» (fig X-4, s.53). Det skulle på denne måten bli en bedre service til pasientene og færre ansatte å forholde seg til. Dermed kan det virke paradoksalt at man nå likevel i kommune 2 har bestemt seg for å slå sammen alle tre team så fort det lar seg gjøre. Administrasjonslederen ser ut til å bekrefte dette paradokset ved å si at en sammenslåing kan gi synergifordeler og gjøre organiseringen mer robust, men samtidig nevner som største motargument at pasientene kan få for mange ansatte å forholde seg til. I denne sammenheng sier vedkommende at kommune 2 allerede skårer dårlig på dette i brukerundersøkelsene, noe som bekreftes av politikere med henvisning til konkrete eksempler og egne erfaringer, både som pasient og pårørende. I kommune 1 synes et tilsvarende «sammenslåingsparadoks» ved at både administrasjonslederen og politikerne sier at pasientene allerede i dag har for mange ansatte å forholde seg til, samt å se dette i sammenheng med teamstørrelsen. Både dokumentene og informantene tyder på at dette oppfattes som kritisk viktig men nesten umulig å løse. I denne sammenheng kan det virke paradoksalt at administrasjonslederen i kommune 1 både sier at man kan miste kontroll og oversikt ved for store enheter, men likevel argumenterer for en sammenslåing til 4 virksomheten med begrunnelser som «bærekraftig» og «faglig fordel». Paradokset kan vurderes ytterligere forsterket for begge kommuner når man ser hva den foreslåtte sammenslåingen tallmessig kan bety i praksis (tabell 6-4).

**Tabell 6-4: kvantitative tall for planlagt hjemmesykepleieorganisering**

<b>Gjennomsnitt per virksomhet, basert på forslagene:</b> (formidlet av administrasjonslederen i kommune 1 og informantene i kommune 2)			
	<i>Antall soner / virksomheter</i>	<i>Antall pasienter</i>	<i>Total antall ansatte per virksomhet (ca.)</i>
<b>Kommune 1</b>	4 soner	780*	165*
<b>Kommune 2</b>	1 sone	321*	154*

*\*tallene er basert på opplysninger gjengitt i tabell 5-2, kapittel 5. I regnestykket antas det at man kan legge til både antall pasienter og antall ansatte (i kommune 1 ble totalen fra 6 bydeler delt på 4)*

Tidligere forskning bekrefter at det er kritisk viktig med færre ansatte (Institute of Medicine (U.S.), 2001) og at dette lar seg løse med små team til lavere kostnader (Nandram & Koster, 2014; Tholens, 2014). Det mulige paradokset kan kanskje forklares med det som ble vist til tidligere, at man ved politiske beslutninger også vektlegger faktorer som verdier og tradisjoner, ikke bare forskning (Velasco Garrido et al., 2010). Avslutningsvis kan en hevde at det for begge kommuner finnes flere uklarheter og spørsmål vedrørende sammenslåing av team. Da for eksempel bydel 4 i kommune 1 ble slått sammen i 2010 ble dette ikke bare begrunnet med «robust», men også med «rekrutteringsutfordringer» i et av teamene i denne bydelen. Ser man på tallene i tabell 5-2 (s.52) kan det vurderes som påfallende at man i denne bydelen i 2015 hadde bruk for 27 vikarer fra et vikarbyrå. Det kunne ha vært interessant å vite mer om hvordan bemanningssituasjonen i denne bydelen/virksomheten var før, og hvordan sammenslåingen eventuelt har påvirket dette. Særlig nå som en bydel i samme kommune ikke har hatt bruk for vikarbyråansatte, og to bydeler henholdsvis 2 og 3 vikarbyråansatte. Fordelingen i kommune 2 kan også vurderes som interessant da det relativt sett jobbet mange «ringevikarer». Med tanke på at intervju spørsmålene var ganske generelle kan en hevde at det egentlig bør forskes nærmere på dette og at for eksempel bydel 4/virksomheten kunne ha vært en interessant case. Da kan man også ha mer fokus på teamets «kvalitative kjennetegn» (jf. Fig. X-1, s. 13) som for eksempel innebærer den faglige kompetansen blant faste ansatte og ringevikarene.

### **6.1.6 Bestiller-utførermodellen: fra lite betydning til viktig og omstridt**

I de forrige avsnittene ble det allerede vist til tidligere forskning som problematiserer NPM-reformer hvor det satses på en bestiller-utførerorganisering. Den vurderes for eksempel som en trussel for brukermedvirkning (Glasdam et al., 2013; Vik & Eide, 2013) og den faglige

forsvarligheten (Tønnessen, 2013; Tønnessen & Nortvedt, 2012; Tønnessen et al., 2011). Ifølge Molven (2012) gis det enten forsvarlig hjemmesykepleie eller uforsvarlig hjemmesykepleie, og skal innbyggerens helserettigheter være styrende ikke budsjett, selv om man i kommunene kan hevde at økonomien ikke strekker til. Hvis det foreligger klare avvik fra «det gode» - minstestandarden - har det blitt uforsvarlig, men blandes noen ganger det juridiske begrepet «forsvarlighet» med ord som «best practice». Selve beslutninger som å tildele eller ikke tildele helserettigheter, inkludert hjemmesykepleie, kan sees på som enkeltvedtak, og prosedyrereglene i forvaltningsloven gjelder når helsetilbudet varer lenger enn to uker (jf. *Pasient- og brukerrettighetsloven*, 1999, paras 2–7). Men en slik fremgangsmåte kan bli tungvint (Molven, 2012) og selve enkeltvedtaket kan føre til en oppsplitting av helhetlige tjenester og dermed gå ut over den faglige forsvarligheten. I tidligere avsnitt ble det allerede problematisert at vedtaket ofte lages av andre enn de som utfører selve pleien (Tønnessen & Nortvedt, 2012). Det påpekes i tillegg at det ofte ikke samsvarer med pasientenes virkelige behov, samt at det ikke avsettes nok tid og ressurser til pasientene, særlig de mest sårbare (Tønnessen et al., 2011; Vabø, 2011). Videre har man funnet at pasientene sjeldent leser vedtakene og at paragrafhenvisingene ofte oppleves som fremmed (Ursin, 2005).

I tabell 6-3 ble det vist til likheter og ulikheter i hvordan man innad kommunen 1 vurderer denne modellen, sammenlignet med kommune 2. For det første nevnes bestiller-utførermodellen ikke av informantene i kommune 2 og ser den heller ikke ut til å få støtte av politikerne i kommune 1. I motsetning til dette fremhever og viktiggjør både administrasjonslederen og dokumentene i kommune 1 denne modellen. For det andre tyder funnene i kommune 1 på at ikke bare bestiller-utførerorganiseringen, men også enkeltvedtakene brukes og fremheves som økonomiske styringsinstrument og form for «midlerkontroll». En tilsynelatende økonomisk styringsbruk, i motsetning til den lovmessige intensjonen, ble nylig også funnet ved bruk av individuell plan (Paulsen Breimo, 2015). Til tross for økonomiske styringsbehov og -mål konkluderes det i kommune 1 sine dokumenter med at man likevel ikke har lyktes med lovede besparelser og i en brukerundersøkelse fra 2005 sies det at pasientene har fått et dårligere pleietilbud etter innføringen av bestiller-utførerorganisering. Pasientene erfarer dårligere brukervedvirkning, pålitelighet, informasjon og tilgjengelighet, noe som igjen konkluderes i 2008 og 2010 (basert på brukerundersøkelser). Relatert til dagens situasjon stiller politikere «forsvarlighetsspørsmål» i motsetning til dokumentene i 2005 hvor disse forverrede pasientopplevelser forsvares med de økonomiske motivene bestiller-utførerorganiseringen bygger på. Videre fremhever både



dokumentene og administrasjonslederen viktigheten av et skille mellom forvalteren (bestiller) og den som utfører, og viser til juridiske krav og klagesaker kommunen har fått. Men også at det bør sees på de juridiske kravene kommunen står ovenfor. Politikerne i kommune 1 nevner også klagesaker og rapporteringskrav men påpeker derimot en økt byråkratisering med denne modellen, noe som også bekreftes i kommunedokumentene og i tidligere forskning (Gjertsen et al., 2012). I henhold til dette, argumenterer både administrasjonslederen og dokumentene i kommune 1 for en tilpasset form, med mer satsing på tildelingskontoret, men da med bruk av rammevedtak kombinert med en annen finansiering. Blant politikerne i kommune 1 hevdes det at det trengs kontroll for å unngå overforbruk men også at det trengs en avvikling av denne modellen grunnet økt byråkrati, samt at det ikke virker etter hensikten. Forskning viser til at dette var et av hovedargumentene hvorfor for eksempel Sarpsborg kommune valgte å avvikle denne modellen i 2009 (Negaard, 2011; Rognlien, 2012). Om man likeledes kommer til å avvikle denne modellen i kommunene i min studie kan tviles på, særlig når det gjelder kommune 1. I begge kommuner tilskriver politikere administrasjonen mye makt, men fremheves ikke bestiller-utførermodellen i kommune 2. Derimot fremheves denne organiseringen i dokumentene og av administrasjonslederen i kommune 1. Med bakgrunn i det Vabø (2014) nevner, tyder deres argumentasjon på at bestiller-utførermodellen har fått et beskyttende «immunforsvar» mot kritikk, med henvisning til pasientens rettsikkerhet.

Forøvrig ble det ikke funnet forskning som støtter tanken om at det skulle bli overforbruk av hjemmesykepleie om det ikke skulle være økonomiske incentiver og kontroll for hjemmesykepleiere. Derimot finnes det forskning i Nederland som viser til et lavere forbruk av hjemmesykepleie hvis hjemmesykepleiere, med mindre byråkrati og økonomistyring, får frihet til å utøve faglig skjønn, samt god tid til å bidra til selvstendighet og selvhjelp (Britnell & Berg, 2012; Veer, de et al., 2008). Funnene kan tyde på at administrasjonslederen i kommune 2 støtter denne tilnærmingen ved å si at hjemmesykepleiere må få være ledere av eget fag.

Oppsummert kan det se ut til at det juridiske (å unngå klagesaker) og det økonomiske vektlegges mest av administrasjonen i kommune 1 og dermed bestiller-utførermodellen fortsatt sees på som et viktig instrument, til tross for at både egne evalueringer og politikere problematiserer modellen. I kommune 1 prøver man nå å løse dette med tilpasning i form av rammevedtak men kan man likevel spørre seg i hvilken grad kommunenes bruk og formålstolkning av enkeltvedtak samsvarer med krav om helhetlig, omsorgsfull og verdig hjemmesykepleie, særlig nå som Regjeringen konkluderer

med at den organiseringsformen man har valgt i flere kommuner ikke samsvarer med lovkravene for kvalitet og forsvarlighet (*Meld. St. 26 (2014–2015)*, 2015). Dermed kan det som Molven (2012) påpeker, at det egentlig trengs en nytenkning og nyorientering i kommunene i forhold til pasientens rettigheter. For kommune 2 virker alt dette mindre viktig, men for å kunne si dette med mer sikkerhet trengs det mer data om for eksempel utførerens og pasientenes erfaringer. Da kunne det også være relevant å sammenligne kommunene på antall klagesaker man har fått. Videre kunne man da undersøke om, eller i hvilken grad, en mål- og økonomistyring med bruk av enkeltvedtak fører til mer klagesaker, noe som Hood & Dixon (2015) på generelt grunnlag fant i nyere forskning.

## **6.2 Kommunenes hjemmesykepleieorganisering: vektlegging av kvalitet og pasientsikkerhet**

Tidligere internasjonal forskning viser til at det kan være en veldig varierende forståelse på forskjellige nivå i helsetjenester i tolkningen av begrepet «kvalitet». For eksempel mellom beslutningstakere og ansatte på gulvet (Wiig et al., 2014). I tabell 6-5 gis en sammenligning av hvordan kommunenes beslutningstakere i min studie beskriver dette i hjemmesykepleie. Denne tabellen er en fremstilling av kodene fra dataanalysen. Dette gjelder kodene under subkategoriene «beskrivelse/analyse pasientsikkerhet i hjemmesykepleie» og «beskrivelse/analyse kvalitet i hjemmesykepleie». I resultatkapittelet ble disse forklart i den konteksten informantene og dokumentene formidlet dem.

**Tabell 6-5: beskrivelse av begrepene kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmesykepleie**

<i>Kommune 1</i>			<i>Kommune 2</i>		
<i>Dokumentene (2015)</i>	<i>Administrasjonslederen</i>	<i>Politikere</i>	<i>Dokumentene (2015)</i>	<i>Administrasjonslederen</i>	<i>Politikere</i>
- ofte tjenestevikt overgangene hjem-sykehus-hjem  Tidligere dok: - færrest mulig å forholde seg til - god informasjon - tilgjengelighet - pålitelig - brukermedvirkning -forventningene må dempes	- gode observasjoner - gode (skriftlige) prosedyrer og kunnskap - kritisk viktig med færrest mulig å forholde seg til - rett hjelp, av rett person, rett tid, rett sted - kontinuitet (også ved store stillinger) og forutsigbarhet - kritisk viktig med færrest mulig å forholde seg til (maks 10), kan gi bedre oppfølging - god brukerkjennskap - se mer etter brukerressurser / ressursmobilisering - godt over forsvarlighetsgrensen - pasientsikkerhet - god kontakt med pårørende/nettverk	- trygghet - rutinesystem - ikke overta for mye -kvalitetstenkning - færrest mulig å forholde seg til - at pasientene og pårørende opplever gode tjenester - bedre tid til pasientene - livskvalitet - forventningen må senkes, ikke alle kan være fornøyde	Nevnes ikke  Tidligere dok.: - responstid - færrest mulig å forholde seg til - gode pasientforløp - gode observasjoner - nok grunnbemanning - nok tid til pasientene og pårørende -trygghet - velvære - kunne bo hjemme lengst mulig - nok tid til pasientene - ta hensyn til pårørende - færrest mulig å forholde seg til	- forebygging - ikke være redd for selvkritikk - pasientsikkerhetskampanjer - færrest mulig å forholde seg til - gode pasientforløp - responstid - kompetente innbyggere (selvhjelp) - godt rutinesystem - hva er viktig for pasienten, har den behov for?, basere hjelp på det -behovssjekk hos innbyggere, ta dem med i planleggingsarbeidet, de vet best - mest brukerrettet tid - rehabilitering - tenke nytt og langsiktig - ikke bare fokus på det fysiske, også det psykososiale - tilgjengelighet - brukernærhet - rett tjeneste - robuste ansatte, som er leder av faget	- gode observasjoner - responstid - god brukerkjennskap - færrest mulig å forholde seg til (krever også holdningsendring ansatte) - uthvilte sykepleiere - lik praksis - gode observasjoner - gode kvalitets- og sikringsrutiner - å være der for brukeren, ikke omvendt - kvalifiserte fagfolk - mer faste ansatte - brukerkjennskap - å motta for mange ansatte kan være grusomt og nedverdiggende - Brukerstyrt personlig assistanse som løsning

Ved en samlet vurdering av tolkningene, uansett kilde, ser disse stort sett til å bli støttet av tidligere forskning. Dette gjelder for eksempel kvalifiserte fagfolk (Bradford, 2012) med god kunnskap (Henriksen, Joseph, & Zayas-Cabán, 2009), fokus på livskvalitet (Nies, 2014), fokus på forebygging (Mack, Rudd, Mickalide, & Ballesteros, 2013), samt pårørende (Ariella Lang et al., 2009; Macdonald et al., 2010). Men også brukermedvirkning (Vincent, 2010; Willumsen, 2005), selv-hjelp (Sears et al., 2013), overgangen hjemmet-sykehus-hjemmet (Storm, Siemsen, Laugaland, Dyrstad, & Aase, 2014) og en kartlegging av innbyggere sine behov (Plochg & Klazinga, 2002). Et nærmere blikk på funnene og tabell 6-5 viser likevel til flere likheter og ulikheter, for eksempel at man i kommune 1 snakker om å dempe innbyggerens kvalitetsforventninger, noe som virker i motsetning til synet til administrasjonslederen i kommune 2. Vedkommende snakker om å stole på

at innbyggere bare ønsker hjelp til det de virkelig har behov for, og retter også fokuset på det psykososiale. Videre fremmer vedkommende en kartlegging av innbyggerens behov og å tilpasse hjemmesykepleietilbudet basert på dette. Samlet sett kan det se ut til at man i begge kommuner har kunnskap om hvordan pasientsikkerhet og kvalitet i hjemmesykepleie bør tolkes, selv om informantene ikke eksplisitt viser til begrep som for eksempel brukermedvirkning (*Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Humerfelt, 2005*) og helsefremming (*Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Plochg & Klazinga, 2002*). Men ser man på betydningen av disse aspektene i praksis for kommunenes hjemmesykepleieorganisering, så kan det virke som et annet bilde viser seg frem. Særlig i kommune 1 sine dokumenter ble det ikke funnet begrunnelser for hjemmesykepleieorganiseringen med bakgrunn i kvalitet og pasientsikkerhet. Derimot kan man i kommune 2 i tidligere dokumenter se en fremming av disse aspektene i forhold til hjemmesykepleieorganisering men blir det uklart i hvilken grad disse aspektene påvirker dagens organisering, for eksempel nå som man har bestemt seg for å slå sammen alle team til én virksomhet i kommune 2. I forhold til denne sammenslåingen virker særlig såkalte synergifordeler, samt forventete økonomiske besparelsen til å være av betydning. Det er iallefall administrasjonslederen i kommune 2 som viser til slike motiver, men påpeker samtidig at kvaliteten/pasientsikkerheten kan bli dårligere ved at pasientene får enda flere ansatte å forholde seg til. Ser man i tillegg på hvordan politikere vurderer dagens organisering med ord som både «god» men også «uverdig» og «ikke tid til gode observasjoner», da kan man spørre seg i hvilken grad aspektene «kvalitet» og «pasientsikkerhet» har betydning for dagens praksis i kommune 2. Det kan se ut til at disse aspektene i praksis har hatt middels betydning i kommune 2, og lite betydning i kommune 1.

Når det gjelder dagens praksis, beskriver politikere den i begge kommuner med blant annet «ikke tid til samtaler og gode observasjoner», samt «mye stress», mens dette ikke nevnes av begge administrasjonsledere. Politikernes beskrivelser samsvarer med tidligere forskning hvor mye stress og svært høy belastning av de ansatte beskrives i en kommune med en sterk vektlagt NPM-organisering (Andersen & Westgaard, 2013, 2015). I samme forskning vises det til et stort avvik mellom hvordan de ansatte og direkte ledere forstår dagens situasjon, sammenlignet med hvordan administrasjonens toppledelse og beslutningstakere forstår og av og til bagatelliserer denne. Dette forklares blant annet med en top-downtilnærming/kommunikasjon og for lite kjennskap om det som skjer på gulvet (Andersen & Westgaard, 2015). Nå som disse situasjonsbeskrivelser bare nevnes av

politikerne i min studie, men ikke av administrasjonsledere, kunne det ha vært relevant å ha hatt mer data fra informantene samt de ansatte og avdelingsledere for å kunne vurdere i hvilken grad et slikt avvik også er tilfelle her og hvordan kommunenes organisasjonsstruktur (fig. X-3, s.53) forbedrer eller begrenser dette. Da kunne det samtidig vært hensiktsmessig å forske mer på en eventuell nødvendig holdningsendring blant de ansatte, som informantene i begge kommuner viser til. For eksempel i kommune 1 kommer det frem at de ansatte tenker for mye pleie, men at dette også kan ha å gjøre med for lite tid i dagens organisering. Tidligere forskning viser til at det trengs en holdningsendring blant hjemmesykepleieansatte, nemlig at det fokuseres for mye på sykdom, istedenfor helsefremming (Janssen, Van Regenmortel, & Abma, 2014). Samtidig vises det i forhold til dagens hjemmesykepleieorganisering til for lite tid og rom til brukermedvirkning (Glasdam et al., 2013), samt å kunne bruke skjønn, når enkeltvedtak og standardisering styrer tiden og pleiens innhold (Kirchhoff, 2010; Tønnessen, 2013; Ursin, 2005) og dermed stimulerer til et sykdoms- og pleiefokus, som igjen kan føre til mer passivitet av pasientene (Vik & Eide, 2013). En ytterligere forskning i begge kommuner kunne muligens gitt svar på om politikernes vurderinger samsvarer med opplevelsen av de ansatte og pasientene, samt med det Molven (2012) og Tønnessen (2013) legger i en forsvarlig hjemmesykepleie(organisering).

### **6.2.1 Kvalitet og pasientsikkerhet: viktigst med antall ansatte pasienten må forholde seg til**

Regjeringen påpeker at pasientene i hjemmesykepleie må forholde seg til «*et stort antall ansatte som de ikke kjenner men kommer tett på livet og den enkeltes private sfære*» (Meld. St. 29 (2012–2013), 2013, p. 95). Dette kan gå utover trygghetsfølelsen og pasientsikkerheten (Bradford, 2012; Ariella Lang et al., 2009). Funnene tyder på at både informantene og dokumentene ser ut til å være samstemte om viktigheten av hvor mange ansatte en pasient må forholde seg. For eksempel administrasjonslederen i kommune 1 fremhever dette som «kritisk viktig» med færrest mulig og ser dette i sammenheng med både pasientsikkerhet og kvalitet. De aspektene som informantene nevner i forbindelse med dette, bekreftes i tidligere forskning. For eksempel når det gjelder kontinuitet (Gjevjon, 2015), verdighet (Care Quality Commission, 2013; EHRC, 2011) og gode observasjoner (Gjevjon, 2015). Men det finnes også pasienter som synes det er greit med flere ansatte, ofte i motsetning til de pårørende (Gjevjon, 2014). Likevel har særlig pasienter i en sårbar situasjon, som for eksempel demens eller alvorlig sykdom behov for god pleiekontinuitet (Woodward et al., 2001). Ser man derimot på funnene så kan det virke som om dette aspektet viktiggjøres mer i ord enn at man lykkes med dette i praksis. Funnene kan tyde på at dette egentlig har lite til middels betydning i

praksis for dagens organisering i kommune 2, og lite betydning i kommune 1. I tabell 6-6 vises gjennomsnitttallene ved kommunenes organisering, basert på tabell 5-2 i kapittel 5

**Tabell 6-6: kvantitative tall på hjemmesykepleieorganiseringen i begge kommuner**

<b>Organisering hjemmesykepleie: tall på antall pasienter og ansatte per hjemmesykepleievirksomhet* (periode 1.1 - 31.12.2015)</b>			
	<i>Geografisk område / Bydel #</i>	<i>Antall pasienter (gjennomsnitt)</i>	<i>Total antall ansatte per virksomhet (ca.)</i>
<b>Kommune 1</b>	Bydel 1	409	118
	Bydel 2	519	107
	Bydel 3	460	93
	Bydel 4	514	106
	Bydel 5	815	134
	Bydel 6	404	102
	<i>Gjennomsnitt</i>	<i>520</i>	<i>110</i>
<b>Kommune 2</b>	Bydel 1	109	61
	Bydel 2	212	93
	<i>Gjennomsnitt</i>	<i>160</i>	<i>77</i>
<i>*viser til tabell 5-2 og kapittel 5 for ytterligere forklaring</i>			

Siden alle kilder påpeker viktigheten, valgte jeg å spørre administrasjonsledere per mail om total antall ansatte per virksomhet i 2015. Dette fordi pasientene i praksis forholder seg til slike tall, ikke antall årsverk. Blant politikerne i kommune 1 ble det uttrykket et behov for såkalte «harde facts» for å kunne ta de rette beslutningene. Det opplevdes som påfallende at man i kommune 1 tilsynelatende slet med å få tallene frem og samtidig ikke kunne gi sikre tall. Dette var i motsetning til kommune 2, hvor administrasjonslederen ga tallene innen ganske kort tid. I kommune 2 sa politikerne at de ikke vet hvor mange som er innom på et år, men at det ikke kan være flere enn antall ansatte man har i et team. Tallene i tabell 6-6 kan muligens gi et inntrykk av dette men må også tolkes med forbehold. Forskning blant såkalte ikke-sårbare pasienter (ikke dement, ikke alvorlig syk) viste at de kunne få opp til 35 forskjellige ansatte i en 4-ukers periode (Gjevjon et al., 2014). Som politikere i kommune 2 påpekte kan syke pasienter, som får besøk flere ganger til dagen, av to personale hver gang, få mange forskjellige innom. Tallene i tabell 6-6 tyder på at det teoretisk er mulig at for eksempel noen pasienter i bydel 1 (i kommune 1) får 118 forskjellige ansatte innom på et år, men

det er også mulig at noen bare får innom 5 på årsbasis. I tillegg møter noen pasienter også ansatte fra hverdagsrehabilitering, nattpatrulje, sykepleiestudenter m.m. Nå som arbeidslistene i begge kommuner lages for hver enkel ansatt (med en egen «ansatt- eller datakode») og med hjelp av et dataprogram, kunne det kanskje være noe, at de som utvikler programvarene, også utvikler en løsning som kan gi de faktiske tallforholdene per pasient, for eksempel per uke, per måned og særlig på årsbasis. Altså hvor mange forskjellige ansatte hver enkelt pasient får innom. Siden informantene sier at pasientene allerede har alt for mange ansatte å forholde seg til, og at man i praksis ofte ikke klarer å løse dette med små team, kan det stilles spørsmål ved hva dette betyr for de mest sårbare pasientene i dag. Men også hvordan dette blir fremover, nå som man i begge kommuner ønsker å slå sammen team, da det ifølge administrasjonsledere blir «flere ansatte å ta». Med akkurat det argumentet kan det se ut til at man har mer fokus på kontinuitet i den daglige driften enn pasienten sine kontinuitetsbehov (Abelson, Gold, Woodward, O'Connor, & Hutchison, 2004; Gjevjon et al., 2013) noe som på virksomhetsnivå kan kalles for et ledelsesparadoks (Gjevjon et al., 2013).

### **6.3 Folkehelsearbeid, helsefremming og nabolagspleiemodell «Buurtzorg»**

Tidligere i denne oppgaven ble det vist til at folkehelsearbeid vektlegges i Samhandlingsreformen med fokus på forebygging og fremming av folkets helse (*St.meld. nr. 47 (2008-2009)*, 2009) hvor for eksempel opptrening og hverdagshabilitering sees på som gode tiltak (*Meld. St. 19 (2014–2015)*, 2015). Det ble også belyst at kommunene er lovpålagt å kartlegge (lokal)befolknings helsebehov samt å fremme dens helse (*fhl.*, 2011). Det forventes en helhetlig tilnærming (*Innovasjon i omsorg (NOU 2011:11)*, 2011), for eksempel i forhold til pasienter med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), samt at hjemmesykepleieorganiseringen er basert på forskningsbasert kunnskap (*Meld. St. 16 (2010-2011)*, 2011). I tillegg kan det være hensiktsmessig å ta lokalsamfunnet som utgangspunkt for helsefremming da både helseproblemer men også nettverket, ressursene og mulighetene forventes å ligge der (Mæland, 2010), noe Regjeringen forventer at tas som utgangspunkt ved organiseringen (*Meld. St. 26 (2014–2015)*, 2015). Til slutt kom det frem at nabolagspleiemodellen «Buurtzorg» benytter seg av en slik tilnærming med gode resultater, noe som ble forklart i avsnitt 3.8 (kapittel 3). Videre at modellen vurderes i samsvar med forutsetningene for samfunnsbasert integrert pleie og omsorg (SIPO) (Nandram & Koster, 2014).

I dette avsnittet vurderes særlig kommunenes hjemmesykepleieorganisering opp mot

forutsetningene for SIPO (se avsnitt 3.7, kapittel 3) og drøftes til slutt informantenes syn på nabolagspleiemodell «Buurtzorg».

### 6.3.1 Samsvar mellom kommunenes hjemmesykepleieorganisering og «samfunnbasert integrert pleie og omsorg»

Det som kommer frem i tabell 6-7 er basert på funnene og tidligere resultatdrøfting. Med delfortutsetningene som utgangspunkt ble vektlagt det både dokumentene og informantene uttrykte.

**Tabell 6-7: Samsvar mellom kommunenes hjemmesykepleieorganisering og «samfunnbasert integrert pleie og omsorg» (SIPO, se avsnitt 3.7, kapittel 3)**

Funn (fra 2015) satt opp mot forutsetningene for SIPO		(ingen samsvar, ikke tydelig, samsvar, eller planlagt)	
	Delforutsetninger	Kommune 1	Kommune 2
Forutsetning #1	Overordnet visjon om (folke)helsen basert på lokalsamfunnets behov	planlagt	planlagt
	Kartlegging i lokalsamfunnet av behovene, helsemålene, forståelse av helse, og verdier	Ingen samsvar	planlagt
	Hjemmesykepleie/tjenestetilbudet er rettet opp mot disse behov	Ingen samsvar	planlagt
Forutsetning #2	Forskningsbaserte retningslinjer / praksis	Ikke tydelig	Ikke tydelig
	Organisatorisk baserte retningslinjer / praksis	Ingen samsvar	Ingen samsvar
	Begge integrert i helsetjenesteprosessen.	Ingen samsvar	Ingen samsvar
Forutsetning #3	Fokuset rettet fra forskjellige og fragmenterte kvalitetsprosjekter mot en helsesystemomstrukturering og utvikling av kvalitetssystemer på helsesystemnivå.	Ingen samsvar	Ingen samsvar
	Utgangspunktet for utviklingen er mottakeren av pleie og omsorg sin behov (ikke eksisterende institusjoner eller profesjonelle grupper).	Ingen samsvar	Ingen samsvar
Forutsetning #4	Å unngå byråkrati (mest mulig)	Ingen samsvar	Ingen samsvar
	Kvalitetsparadigmer blir ikke nye kontrollparadigmer (= mer overhead/høyere kostnader)	Ingen samsvar	Ikke tydelig
	Tillit og ansvarlighet fremmes	Ingen samsvar	Ikke tydelig
Forutsetning #5	Hjemmesykepleiere er i stand til å integrere et forskningsbasert helsetilbud, prosessstyring og samtidig stimulere pasientens «empowerment».	Ingen samsvar	Ingen samsvar
Forutsetning #6	Finansieringen følger systemets <i>helsemål</i> (ikke bare makroøkonomisk begrunnet)	Ingen samsvar	Ikke tydelig
	Finansieringsmodellen er forskningsbasert	Ingen samsvar	Ikke tydelig
	Finansieringen fremtvinger helsesystemets misjon	Ingen samsvar	Ikke tydelig
<b>Overordnet</b>	Beslutningstakere på alle nivå (kommuneledelsen, politikerne, mellomledere og hjemmesykepleiere) er lydhør for dynamikken i både lokalsamfunnet og hjemmesykepleien	Ingen samsvar	Ingen samsvar
	SIPO-konseptet dirigerer beslutningstakingsprosessene mot de samme målene	Ingen samsvar	Ingen samsvar

Ved usikkerhet ble det skrevet «ikke tydelig», selv om «ingen samsvar» kunne antas. For eksempel



tyder funn i begge kommuner på at hjemmesykepleiens organisering ikke er basert på forskning. Videre viser ingen av informantene i kommunene til folkehelsearbeid, unntatt administrasjonslederen i kommune 2, som ser ut til å nevne dette implisitt. I kommunenes dokumenter derimot, vises det til folkehelsearbeid, men da særlig uttrykt som et lovfestet krav og økonomiske hensyn særlig i kommune 1. Administrasjonslederen i kommune 2 ser ut til å fremheve en kartlegging av lokalsamfunnets (helse)behov som styrende for kommunenes fremtidige organisering. Dokumentene i denne kommunen ser også ut til å tyde på at dette er under planlegging. I begge kommuner fremheves betydningen av hjemmehabilitering, men utføres dette med egne team, adskilt fra hjemmesykepleie. Ifølge politikerne i kommune 1 er hjemmehabilitering egentlig ikke noe nytt og hadde man denne tankegangen allerede på 60-tallet. Dette ser ut til å bli bekreftet av Fredriksen Moe & Gårseth-Nesbakk (2015) som påpeker at denne tankegangen allerede gjaldt for 20 år siden. De samme forskerne viser også til at en bestiller-utførerorganisering kan sees som motsetning til rehabiliteringsideologien. Videre at det som nå fremheves som «innovasjon» blant annet kan sees med bakgrunn i økonomiske besparelser (Fredriksen Moe & Gårseth-Nesbakk, 2015). Det hevdes at det både kan være en fordel og en ulempe med å ha hverdagsrehabiliteringsteamet adskilt (Bredland et al., 2011). Derimot er man i nyere forskning tydelig på at egne hverdagsrehabiliteringsteam paradoksalt nok kan føre til en tjenestefragmentering og høyere organiseringskompleksitet (Fredriksen Moe & Gårseth-Nesbakk, 2015). Dette støtter vurderingen «ingen samsvar» for begge kommuner ved «forutsetning 3» (begge forutsetninger i tabell 6-7). Administrasjonslederen i kommune 2 sier at tillit og ansvarlighet må fremmes blant de ansatte, men basert på funn blir det «ikke tydelig» hvordan dette gjenspeiles i dagens hjemmesykepleiepraksis. Når det gjelder forskningsbasert retningslinjer (forutsetning 2) hevder Regjeringen at det særlig er «ingen samsvar» for gruppene med sammensatte medisinske og omsorgsmessige behov (*Meld. St. 26 (2014–2015)*, 2015), men i funn fra disse to kommuner blir dette «ikke tydelig». Finansieringssystemets ser ut til å bli vektlagt mest i kommune 1, men funnene tyder på at denne i dag ikke er forskningsbasert. Hvordan finansieringen organiseres i kommune 2 er «ikke tydelig». En kan hevde at SIPO's forutsetninger samsvarer med Regjeringens behov for forskningsbasert organisering (*Meld. St. 16 (2010-2011)*, 2011), men en kan derimot ikke bare forvente at kommunene er kjent med disse. Dermed kan funnene muligens lettere tyde på «ingen samsvar» på mange områder. Men med bakgrunn i Regjeringens forskningsfokus, samt det lovfestede kravet om helsefremming, kan en si at tabell 6-7 kan gi kunnskap om hvor kommunene kan utvikle seg. Særlig hvis man ønsker at kommunenes hjemmesykepleie skal bidra til

brukermedvirkning og helsefremming.

### 6.3.2 Informantenes syn på nabolagspleiemodell «Buurtzorg»

I kommunedokumentene nevnes ikke denne modellen, derfor kan bare informantenes vurdering av gjengis i tabell 6-8, som oppsummerer det som kom frem under kategorien «Buurtzorgmodellen» i dataanalysen:

**Tabell 6-8: informantenes vurdering av nabolagspleiemodell «Buurtzorg»**

Kommune 1		Kommune 2	
<i>Administrasjonsleder</i>	<i>Politikere</i>	<i>Administrasjonsleder</i>	<i>Politikere</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- interessant</li> <li>- har knekt en kode</li> <li>- men bestiller-utførermodellen trengs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interessant</li> <li>- mer pasienttid</li> <li>- muligens prøveprosjekt</li> <li>- først hjemmehabilitering på plass</li> <li>- mindre byråkrati ja/nei?</li> <li>- besparelse ja/nei?</li> <li>- ikke omstille for mye</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvorfor ikke?</li> <li>- veldig spennende og mulig i kommunen (uten ledere)</li> <li>- ikke bare innbyggere, også ansatte selvstendige</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- veldig bra og flott modell</li> <li>- verdt å se på</li> <li>- kan innføres, men ønsker mer opplysninger</li> <li>- bra hvis balanse tetthet på pasienten og privatliv ansatte</li> <li>- besparelse ja /nei?</li> <li>- for få ansatte? / for lite fagmiljø?</li> </ul>

Blant alle informantene vises det interesse for denne organiseringsformen. Særlig små grupper rundt hver enkelt pasient ser ut til å bli verdsatt. Men det uttrykkes også skepsis. For eksempel at det kan bli for tette forhold mellom pasient og ansatt. Videre trengs det ifølge administrasjonslederen i kommune 1 uansett et bestiller-utfører-skiller og tviles det blant politikere på (store) besparelser hvis innført i egen kommune. Dette kan forklares med det informantene selv sier, at det trengs mer kunnskap om denne modellen. Forskning av denne modellen viser for eksempel til lavere kostnader ved en bottom-up-tilnærming, mindre byråkrati, lavere sykefravær blant de ansatte og særlig pasienter som raskere klarer seg selv igjen (Britnell & Berg, 2012; Huibers, 2013; Monsen & de Blok, 2013a). Ulemper med denne modellen ble egentlig bare funnet hos de ansatte (Veer, de et al., 2008), som til tross for å ha kåret arbeidsgiveren som beste arbeidsgiver i flere år på rad (Nandram & Koster, 2014), også opplever at det kreves mer fleksibilitet og dermed vurderes ikke alle egnet til å jobbe i denne organiseringsformen (Huibers, 2013).

## 7. Konklusjon

I dette kapitlet ønsker jeg å besvare oppgavens problemstilling, samt å redegjøre for hvilke implikasjoner denne studien har for praksis og videre forskning.

### 7.1 Innledning/refleksjon

I dette avsnittet vises først figur X-1 på nytt. Dette da jeg ønsker å oppsummere dens betydning utifra i det som kom frem i denne oppgaven.



Fig. X-1: forenklet fremstilling av hvordan kommunens organisatoriske beslutninger (krav, kvalitativ, kvantitativ) kan ha betydning for kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmesykepleie

Basert på fig. X-1 kan en hevde at det trengs en helhetlig tilnærming i forhold til hjemmesykepleiens organisering. Hvis man for eksempel fjerner alle byråkratiske (rapporterings)krav som særlig ser ut til å finnes ved en bestiller-utførerorganisering, kan likevel kvaliteten og sikkerheten trues med store team hvor pasientene må forholde seg til mange ansatte.

Dette gjelder også omvendt, men også hvis de ansatte mangler faglig kunnskap og kompetanse. Da disse organisatoriske beslutningene tas av lokalpolitikere og administrasjonslederen, vurderes det som viktig å øke kunnskapen om deres beslutnings- og kunnskapsgrunnlag, samt hvorvidt organiseringen er begrunnet med forskningsbasert kunnskap. Blant annet fordi kommunale omstillinger som baserer seg på toppstyrte endringer, har større sannsynlighet for å mislykkes enn de som blant annet bruker involvering og medvirkningsstrategier (Befring, 2015). Både nasjonal og internasjonal forskning viser til at mange pasienter og ansatte «lider» under en bestillerutførerorganisering (Andersen & Westgaard, 2013, 2015; Glasdam et al., 2013; Ursin, 2005), samt å ha for mange ansatte å forholde seg til (Gjevjon, 2014; Institute of Medicine (U.S.), 2001; Macdonald et al., 2011). Dermed kan en hevde at det som har kommet frem i denne studien om hjemmesykepleiens organisering bør ha betydning for alle beslutningstakere, både norske (lokal)politikere og administrasjonledere, men også beslutningstakere i (semi)private organisasjoner i internasjonal sammenheng. Regjeringens særlige ønske om en forskningsbasert organisering (*Meld. St. 16 (2010-2011)*, 2011) bør få mer plass i praksis.

## 7.2 Beslutningstakernes begrunnelse og vurdering av hjemmesykepleiens organisering

Basert på det som har kommet frem i denne studien, forsøkes det å besvare oppgavens problemstilling:

*Hvordan begrunner og vurderer administrativ og politisk ledelse i to norske kommuner, dagens hjemmesykepleieorganisering?*

Først tydeliggjøres strukturen i kommunenes hjemmesykepleieorganisering og nabolagspleiemodellen «Buurtzorg» i fig X-5.

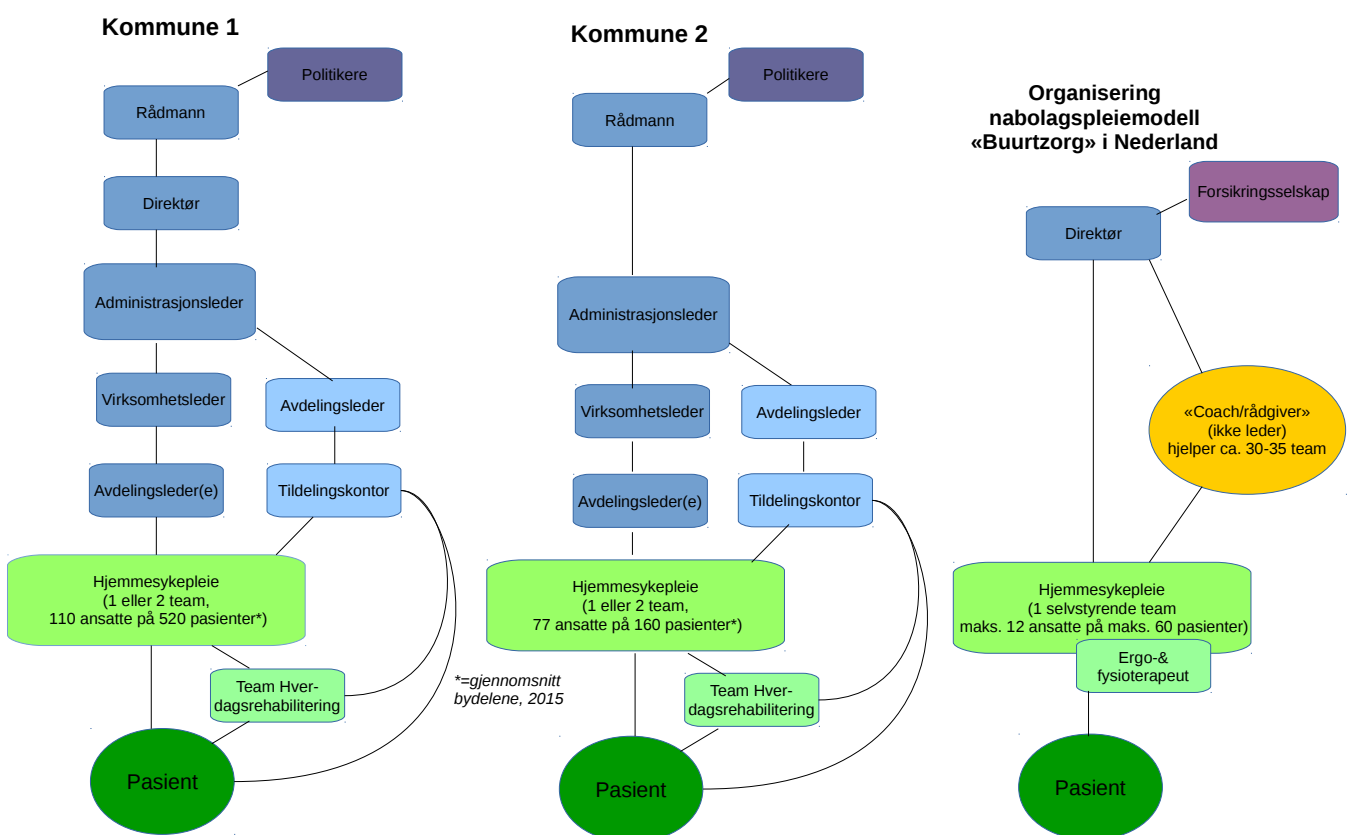


Fig. X-5 kommunenes hjemmesykepleieorganisering og nabolagspleiemodellen «Buurtzorg»

For å kunne motta nødvendig helsehjelp må pasienter i begge kommuner forholde seg til ansatte fra både hjemmesykepleie og et tildelingskontor. Noen ganger også til et såkalt rehabiliteringsteam, og i tillegg må noen forholde seg til ansatte ved en sykepleieklinikk. Dette vurderes som en fragmentering og en veldig kompleks organisering for både ansatte og ikke minst pasienten. Funn

bekrefter videre det figuren kan tyde på, nemlig en stor avstand mellom beslutningstakernes nivå og pasientnivået.

Gjennom en komparativ case studie tydeliggjøres hvordan administrasjonens innstillinger ser ut til å ha avgjørende betydning for å organiseringen. Politikere får organiseringsforslag fra administrasjonen og ser ut til å ha blitt et vedtaksorgan. Videre ser det for kommune 1 ut til at faktoren «økonomi» er overordnet styrende for alle organiseringsvalg, både nå og i nær fremtid. For eksempel tyder dokumentene i denne kommunen på at «økonomi» veier tyngre enn pasientens behov for informasjon, tilgjengelighet, pålitelighet og brukermedvirkning, mens politikere opplever fokus på økonomi som hemmende for visjoner. I tabell 7-1 gjengis betydningen av de forskjellige organiseringsfaktorene, fremhevet ved likheter og ulikheter mellom kommunene.

**Tabell 7-1: Betydningen av forskjellige aspekter for kommunenes hjemmesykepleieorganisering**

<i>Aspekt</i>	<i>Kommune 1</i>	<i>Kommune 2</i>
Innstillinger fra administrasjonen	Avgjørende betydning	Avgjørende betydning
New Public Management	Stor betydning	Lite betydning
Bestiller-utførermodellen	Stor betydning	Lite betydning
(Myndighetenes) rapporterings- og vedtakskrav	Stor betydning	Lite betydning
Økonomi	Stor betydning	Lite betydning
Forskning	Ingen - lite betydning	Ingen - lite betydning
Pasientsikkerhet	Lite betydning	Middels betydning
Kvalitet	Lite betydning	Middels betydning
Antall ansatte en pasient må forholde seg til	Lite betydning	Lite - middels betydning
Folkehelsearbeid / helsefremming	Ingen - lite betydning	Ingen - lite betydning

Selv om Regjeringen ønsker at hjemmesykepleiens organisering er basert på forskningsbasert kunnskap, tyder funn i min studie på at så ikke er tilfelle, da «forskning» har ingen til lite betydning for beslutningstakernes organiseringsvalg. Det ser ut til at organisatoriske løsninger («moter» og «trender») med bakgrunn i New Public Management i mer eller mindre grad har dominert og fortsatt dominerer disse valgene. Dette med tilsynelatende store konsekvenser for både ansatte og pasienter, særlig i kommune 1, hvor man bruker vedtakene som økonomisk styringsinstrument. At man har valgt disse «løsningene», ofte foreslått av konsulentselskap og Kommunenes Sentralforbund (KS), kan delvis sees i en økonomisk og politisk kontekst. Det kan også forstås i en historisk kontekst utifra ansvarlighetskrav fra deler av samfunnet, og med media som støttespiller.

### **7.2.1 Kvalitet og pasientsikkerhet**

Funn i min studie tyder på at kommunenes beslutningstakere samlet sett har en ganske bred forståelse for hva kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmesykepleie innebærer, men har for lite fokus både på brukerens medvirkning i pleieinnholdet og på brukerens involvering i hvordan hjemmesykepleie organiseres. Videre kunne man ha vist mer til folkehelsearbeid og helsefremming som kvalitetsaspekt. Til tross for en ganske bred forståelse av kvalitet og pasientsikkerhet, ser det likevel ut til at disse faktorene har lite til middels betydning for hvordan hjemmesykepleie organiseres, samt at det mangler en helhetlige tilnærming (jf. fig. X-1) ved organisasjonsvalgene. I forbindelse med kvalitet og pasientsikkerhet understrekes det i begge kommuner som viktigst at pasientene får færrest mulig ansatte å forholde seg til, noe tidligere forskning bekrefter. Men paradoksalt nok, har man i kommune 1 flere ganger slått sammen team, noe det vurderes å gjøre igjen i nær fremtid. Slike sammenslåinger begrunnes med begrepene «robust», «bærekraftig», «faglig fordel» og «effektivitet» uten at de tydeliggjøres ytterligere. Samtidig sies det at man egentlig ikke lykkes i å la pasientene få færrest mulig ansatte å forholde seg til. På samme måte har man i kommune 2 bestemt seg for å slå sammen alle team til én virksomhet, blant annet begrunnet med «synergifordeler», selv om det innrømmes at pasientene da får enda flere å forholde seg til. Dette kan tyde på at man i praksis i begge kommunene har for lite fokus på det «kvantitative» organiseringsaspektet. Basert på funn i denne studien stilles det kritiske spørsmål ved kommunens organisering av hjemmesykepleie. Særlig da funn tyder på at den valgte organiseringen ikke samsvarer med krav for kvalitet, pasientsikkerhet, verdighet og dermed forsvarlighet. Likevel må jeg være forsiktig med å hevde noe sikkert akkurat her. Særlig fordi metoden ikke ga «direkte» data fra ansatte, pasienter og pårørende. Dermed kan en si at det for disse to kommunene på pasient-pårørende- og ansattnivå finnes flere spørsmål enn svar, noe jeg har også prøvd å gjengi i drøftingen.

### **7.2.2 Nabolagspleiemodell «Buurtzorg»**

Blant alle informantene vises det interesse for denne organiseringsformen. Særlig små grupper på hver enkelt pasient ser ut til å verdsettes. Men det uttrykkes også skepsis og tvil. For eksempel ved at det kan bli for tette forhold mellom pasient og ansatt. Videre trengs det ifølge administrasjonslederen i kommune 1 uansett et bestiller-utfører-skiller grunnet pasientens rettsikkerhet. I tillegg tviler noen politikere på (store) besparelser hvis dette innføres i egen kommune. Dette kan forklares med det informantene selv bekrefter, nemlig at de trenger mer

kunnskap om denne modellen.

### **7.3 Implikasjoner for praksis**

I denne studien kom det frem at hjemmesykepleiens organisering kan ha stor betydning for både kvalitet og pasientsikkerhet. Med bakgrunn i dette, tidligere forskning, samt funn fra min studie, anbefales (kommunenes) beslutningstakere ved organiseringen av hjemmesykepleie særlig å:

1. Fokusere på helsefremming i lokalsamfunnet med utgangspunkt i borgerens livskvalitet
2. Kartlegge lokalsamfunnets (helse)behov, nettverk og ressurser
3. Basere hjemmesykepleiens organisering, finansiering og kommunes organisasjonsstruktur på dette, i samsvar med forutsetningene for «samfunnsbasert integrert pleie og omsorg» (Ploch, 2006; Ploch & Klazinga, 2002)

Dette anbefales altså ikke bare for hjemmesykepleiens organisering, men for all organisering av (helse)tjenester. Dette ser i høy grad ut til å samsvare med Regjeringens forventning, både i innhold og ordlyd (*Meld. St. 26 (2014–2015)*, 2015). På kort og lang sikt antas det at man også kan spare penger ved en slik organisering. Beslutningstakerne anbefales å tenke utover nåværende strukturer. Istedenfor for «små» strukturendringer her og der, anbefales det å begynne fra bunnen av (bottom-up), og da basert på innbyggerne sine (helse)behov. Som konsekvens av disse overordnede anbefalingene, oppfordres beslutningstakere å revurdere satsingen på bestiller-utførerorganiseringen, samt sammenslåing av team. Nå som forskning viser at en bestiller-utførerorganisering fører til mer byråkrati, høyere kostnader og flere klager, kan en anta at man også kan spare penger ved å avvikle disse. Noe man i Skottland gjorde allerede i 1997 grunnet dårligere erfaringer (Pedersen, 2013). Etter en eventuell avvikling kan rettsikkerheten og det juridiske i vedtaket i første omgang sannsynligvis ivaretas av sykepleiere som tidligere jobbet på tildelingskontoret. Disse kan med sin kompetanse og erfaring bli en god ressurs i hjemmesykepleieteamet. Antatte besparelser ved en avvikling kan brukes til å heve de ansattes kompetanse, både på dette feltet men også når det gjelder kunnskap om helsefremming / rehabilitering. Med bakgrunn i lovkravet om helhetlige tjenester, gode pasientforløp og tidligere forskning, anbefales det i tillegg å la en ergoterapeut og en fysioterapeut bli en del av hjemmesykepleieteamet.



I tillegg formuleres det en anbefaling med bakgrunn i beslutningstakernes faktabehov og ønske om færrest mulig ansatte per pasient. Funn tyder på at det i praksis er *mulig* for pasientene på årsbasis å måtte forholde seg til 110 ansatte i kommune 1 og 77 ansatte i kommune 2. Ved en foreslått sammenslåing *kan* dette bli enda flere, men det vises også at dette per dags dato vanskelig lar seg måle. Med antagelsen om at denne «løsningen» ikke eksisterer enda, oppfordres beslutningstakerne å kontakte leverandørene av dataprogramvarer for kommunehelsetjenester – for eks. Visma (Profill), Acos (CosDoc) og Tieto (Gerica) - med spørsmål om å lage en ekstra funksjon/applikasjon i nåværende programvarer, slik at man «ved et tastetrykk» kan se hvor mange som har vært innom på for eksempel årsbasis. Slik kan kunnskaps- og beslutningsgrunnlaget styrkes betraktelig. Videre oppfordres beslutningstakere å starte med prosjekter tilsvarende nabolagspleiemodellen «Buurtzorg». Ifølge Lisbeth Norman, statssekretær i helsedepartementet, har man i Norge mye å lære av denne modellen og kan den være «*ett av flere gode alternativer som kommunene allerede i dag står fritt til å utvikle*». Videre vurderes visjonen bak den modellen «*i tråd med regjeringens mål om å skape brukernes helse- og omsorgstjeneste*» (Tholens, 2014, p. 35). Til slutt anbefales kommune-Norge å satse (mer) på forskningbasert kunnskap, noe kommunene selv kan bidra til. For eksempel ved å involvere flere forskere og Masterstudenter.

Kommunenes Sentralforbund (KS) vurderes som en viktig støtte i denne prosessen, og anbefales derfor å bidra til dette

#### **7.4 Videre forskning**

En kan hevde at denne studien har gitt økt kunnskap om beslutningstakernes begrunnelser og vurdering av kommunens hjemmesykepleieorganisering. Likevel tyder studien på flere (metodiske) begrensninger. For eksempel er konklusjonene ikke basert på data fra mellomledere, ansatte og pasienter i samme case (kommune), og manglet det tilsynelatende noen dokumenter. Videre dreier det seg om to kommuner som ikke har konkurransutsatt sine tjenester, og som heller ikke har en parlamentarisk styringsform. Utifra forskningens perspektiv opplevdes det også som utfordrende at det ble funnet så lite tidligere forskning som kunne bekrefte eller avkrefte funn i denne studien (vedrørende beslutningstakernes begrunnelser og vurderinger). Videre ser det ut til at det finnes veldig begrenset forskning på (hjemmesykepleiens) organisering og hva det betyr for kvalitet og pasientsikkerhet. Særlig virker en helhetlig tilnærming å være fraværende (jf. fig X-1) . Med utgangspunkt i disse svakhetene og begrensningene oppfordres det til å forske mer på dette. Da

kunne det også ha vært interessant å oversette det nederlandske spørreskjemaet (Stuurgroep Kwaliteitskader VV&T, 2010; Veer, de et al., 2008) til norsk da det inneholder resultatindikatorer. Om ønskelig kan man sammenligne både hvordan pasientene erfarer kvaliteten i Norske kommuner og Nederland (for eks. «Buurtzorg»), og hvordan dette kan ha sammenheng med organiseringen. Videre kan det være relevant å ytterligere se på rapporteringskravene og lovkravene kommunene står overfor. Dette med fokus på om kommunene kan imøtekomme disse kravene i organiseringen av hjemmesykepleie, samt om dagens organisering samsvarer med lovkravene om forsvarlighet. Demokratisk sett kunne det til slutt være interessant å forske mer på (lokal)politikernes rolle, da den ser ut til å bli mer passiv og marginalisert.

## Referanser

- Aase, K. (2015). *Pasientsikkerhet. Teori og praksis*. (2nd ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Abelson, J., Gold, S. T., Woodward, C., O'Connor, D., & Hutchison, B. (2004). Managing under managed community care: the experiences of clients, providers and managers in Ontario's competitive home care sector. *Health Policy*, 68(3), 359–372. <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2003.10.011>
- Andersen, G. R., & Westgaard, R. H. (2013). Understanding significant processes during work environment interventions to alleviate time pressure and associated sick leave of home care workers – a case study. *BMC Health Services Research*, 13(1), 477. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-13-477>
- Andersen, G. R., & Westgaard, R. H. (2015). Discrepancies in assessing home care workers' working conditions in a Norwegian home care service: differing views of stakeholders at three organizational levels. *BMC Health Services Research*, 15(1). <http://doi.org/10.1186/s12913-015-0945-6>
- Andreoli, T., & De Vos, E. (2014, November 12). Met koninklijke aanbeveling. *De Groene Amsterdammer*. Amsterdam. Retrieved from <https://www.groene.nl/artikel/met-koninklijke-aanbeveling>
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725–733. [http://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-Z](http://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-Z)
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18. <http://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Arbeidsmiljøloven (2005).
- Baldersheim, H., & Smith, E. (2011). *Lokalt demokrati uten kommunalt selvstyre?: En publikasjon fra Demokratiprogrammet ved Universitet i Oslo*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Befring, A. K. (2010). *Jus i helse- og sosialtjenesten* (3.). [Oslo]: N.W. Damm & søn.
- Befring, A. K. (2015). *Helsepolitikk og ledelse: styringssystemet for staten, velferdsstaten og helsetjenesten* (1st ed.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Berge, D. M. (2012). Økonomistyring i resultatkommunen. In H. Torsteinsen (Ed.), *Resultatkommunen: reformer og resultater*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Billings, J., & Leichsenring, K. (2014). Methodological development of the interactive INTERLINKS Framework for Long-term Care. *International Journal of Integrated Care*, 14, e021.

- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2011). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe.
- Blok, J. de. (2014, September). *Buurtzorg. Stavanger conference 22. september 2014*. [Power Point slides], Stavanger.
- Blok, J. de. (2015). Guest editorial: Nursing has got stuck in 'the system', so let's CHANGE THE SYSTEM! *Journal of Research in Nursing*, 20(7), 532–535. <http://doi.org/10.1177/1744987115604067>
- Blok, J. de., Pool, A., & Keesom, J. (2010). *Buurtzorg: menselijkheid boven bureaucratie*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Borge, L.-E., Møller, G., Nyhus, O. H., & Vardheim, I. (2012). *SØF-rapport nr. 02/12. Bedre måling av kvalitet i kommunene*. (No. 1800) (p. 185). Trondheim: Senter for økonomisk forskning. Retrieved from [http://www.sof.ntnu.no/SOF-R\\_02\\_12.pdf](http://www.sof.ntnu.no/SOF-R_02_12.pdf)
- Bradford, J. (2012). Medication administration in the domiciliary care setting: whose role? *British Journal of Community Nursing*, 17(11), 537–542. <http://doi.org/10.12968/bjcn.2012.17.11.537>
- Bredland, E., Linge, O. A., & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse: verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Britnell, M., & Berg, M. (2012). *Value walks. Successful habits for improving workforce motivation and productivity* (p. 48). KPMG International. Retrieved from [http://www.kpmg.no/arch/\\_img/9829450.pdf](http://www.kpmg.no/arch/_img/9829450.pdf)
- Brooks, J. A. (2015). Reducing Hospital Readmissions: *AJN, American Journal of Nursing*, 115(1), 62–65. <http://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000459639.76280.ae>
- Bruno, L., & Ahrens, J. (2005). Examining 'operational failures' to reduce home care errors. *Caring: National Association for Home Care Magazine*, 24(2), 34–35, 37, 39.
- Care Quality Commission. (2013). *Not just a number. Home care inspection programme* (No. CQC-192-1000-WL-022013) (p. 60). London. Retrieved from [http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/documents/9331-cqc-home\\_care\\_report-web\\_0.pdf](http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/documents/9331-cqc-home_care_report-web_0.pdf)
- Christensen, T. (2003). *Regionale og distriktpolitiske effekter av New Public Management. Underrapport til Kommunal- og moderniseringsdepartementet*. (pp. 1–22). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/krd/rap/2003/0006/ddd/pdfv/190801->

newpublicmanagement.pdf

- Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P., & Aars, J. (2014). *Forvaltning og politikk* (4th ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P., Roness, P. G., & Røvik, K. A. (2015). *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (3rd ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, T., & Lægreid, P. (Eds.). (2007). *Transcending new public management: the transformation of public sector reforms*. Aldershot, England ; Burlington, VT: Ashgate.
- Culyer, A. J., & Lomas, J. (2006). Deliberative processes and evidence-informed decision making in healthcare: do they work and how might we know? *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 2(3), 357–371. <http://doi.org/10.1332/174426406778023658>
- Dalen, A. van. (2010). *Uit de schaduw van het zorgsysteem: hoe Buurtzorg Nederland zorg organiseert*. Den Haag: Boom Lemma.
- Departementa. (2015). *Regjeringa sin handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien, Forsking og innovasjon i helse og omsorg (2015–2018)*. Oslo. Retrieved from [https://www.regjeringen.no/contentassets/3dca75ce1b2c4e5da7f98775f3fd63ed/handlingsplan\\_ho21.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3dca75ce1b2c4e5da7f98775f3fd63ed/handlingsplan_ho21.pdf)
- DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40(4), 314–321. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
- Doran, D. M., Hirdes, J., Blais, R., Ross Baker, G., Pickard, J., & Jantzi, M. (2009). The nature of safety problems among Canadian homecare clients: evidence from the RAI-HC<sup>®</sup> reporting system. *Journal of Nursing Management*, 17(2), 165–174. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00974.x>
- Doran, D. M., Hirdes, J. P., Blais, R., Baker, G. R., Poss, J. W., Li, X., ... Jantzi, M. (2013). Adverse events among Ontario home care clients associated with emergency room visit or hospitalization: a retrospective cohort study. *BMC Health Services Research*, 13, 227. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-13-227>
- Dubnick, M. (2005). Accountability and the promise of performance: In Search of the Mechanisms. *Public Performance & Management Review*, 28(3).

- Dyrstad, D. N., Testad, I., Aase, K., & Storm, M. (2015). A review of the literature on patient participation in transitions of the elderly. *Cognition, Technology & Work*, *17*(1), 15–34.  
<http://doi.org/10.1007/s10111-014-0300-4>
- EHRC. (2011). *Close to home: an inquiry into older people and human rights in home care*. Equality and Human Rights Commission [EHRC]. Retrieved from  
[http://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/publication\\_pdf/Close%20to%20home.pdf](http://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/publication_pdf/Close%20to%20home.pdf)
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, *62*(1), 107–115. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Entwistle, V., Firmigl, D., Ryan, M., Francis, J., & Kinghorn, P. (2012). Which experiences of health care delivery matter to service users and why? A critical interpretive synthesis and conceptual map. *Journal of Health Services Research & Policy*, *17*(2), 70–78.  
<http://doi.org/10.1258/jhsrp.2011.011029>
- EWMA Document: Home Care-Wound Care: Overview, Challenges and Perspectives. (2014). *Journal of Wound Care*, *23 Suppl 5a*, S1–S41. <http://doi.org/10.12968/jowc.2014.23.Sup5a.S1>
- Fiva, J. H., Hagen, T. P., & Sørensen, R. J. (2014). *Kommunal organisering* (7. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Folkehelseloven - fhl. (2011).
- Fredriksen Moe, C., & Gårseth-Nesbakk, L. (2015). Hverdagsrehabilitering som innovasjon - økt oppmerksomhet om aktørers samspill. In O. J. Andersen & L. Gårseth-Nesbakk, T. Bondas (Ed.), *Innovasjoner i offentlig tjenesteyting - vågal reise med behov for allierte*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gautun, H., Bogen, H., & Skevik Grødem, A. (2013). *Konsekvenser av konkurranseutsetting. Kvalitet, effektivitet og arbeidsvilkår i sykehjem og hjemmetjenester* (No. Fafo-rapport 2013:24) (pp. 1–122). Oslo: Fafo.
- Gjertsen, H., Solvoll, G., & Gjernes, T. (2012). *Tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstjenestene En studie av omfang, nytte og kostnader ved rapporterings- og dokumentasjonsarbeid i kommunale pleie- og omsorgstjenester*. Bodø: Nordlandsforskning.

- Gjevjon, E. R. (2014). *Continuity in long-term home health care Perspectives of managers, patients and their next of kin*. Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Oslo. Retrieved from <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/39298/1/1762-Gjevjon-DUO.pdf>
- Gjevjon, E. R. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien - vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, *1*(1), 18–26.
- Gjevjon, E. R., Eika, K. H., Romøren, T. I., & Landmark, B. F. (2014). Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services. *Journal of Advanced Nursing*, *70*(3), 553–563. <http://doi.org/10.1111/jan.12214>
- Gjevjon, E. R., Romøren, T. I., Kjøs, B. ø., & Hellesø, R. (2013). Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes. *Journal of Nursing Management*, *21*(1), 182–190. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01366.x>
- Glasdam, S., Henriksen, N., Kjaer, L., & Praestegaard, J. (2013). Client involvement in home care practice: a relational sociological perspective. *Nursing Inquiry*, *20*(4), 329–340. <http://doi.org/10.1111/nin.12016>
- Graneheim, U. ., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*(2), 105–112. <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Gray, B. H., Sarnak, D. O., & Burgers, J. S. (2015). Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model. *The Commonwealth Fund*, *28*(1818), 1–12.
- Green, C. A., Polen, M. R., Janoff, S. L., Castleton, D. K., Wisdom, J. P., Vuckovic, N., ... Oken, S. L. (2008). Understanding how clinician-patient relationships and relational continuity of care affect recovery from serious mental illness: STARS study results. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *32*(1), 9–22. <http://doi.org/10.2975/32.1.2008.9.22>
- Greysen, S. R., Hoi-Cheung, D., Garcia, V., Kessell, E., Sarkar, U., Goldman, L., ... Kushel, M. (2014). 'Missing Pieces'-Functional, Social, and Environmental Barriers to Recovery for Vulnerable Older Adults Transitioning from Hospital to Home. *Journal of the American Geriatrics Society*, *62*(8), 1556–1561. <http://doi.org/10.1111/jgs.12928>

- Grimsmo, A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien Forskning*, 8(2), 148–155. <http://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0053>
- Hagen, T. P. (2011). Organization and financing of healthcare services. In O. Molven, *Healthcare, welfare and law: health legislation as a mirror of the Norwegian welfare state* (1st edition). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Häkkinen, U., Iversen, T., Peltola, M., Seppälä, T. T., Malmivaara, A., Belicza, É., ... Rehnberg, C. (2013). Health care performance comparison using a disease-based approach: The EuroHOPE project. *Health Policy*, 112(1–2), 100–109. <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.04.013>
- Haug, H. K., Engelund, H., & Aarheim, K. A. (2004). Organisatoriske rammer og organisasjonsmodeller. In K. A. Aarheim (Ed.), *Kan eg komme inn?: verdier og val i heimesjukepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helby Petersen, O., Hjelmar, U., Vrangbæk, K., & La Cour, L. (2011). *AKF rapport. Effekter ved udlicitering af offentlige opgaver. En forskningsbaseret gennemgang af danske og internationale undersøgelser fra 2000-2011* (pp. 1–128). København: Anvendt KommunalForskning. Retrieved from [http://www.kora.dk/media/1235/udgivelser\\_2011\\_pdf\\_5111\\_ohp\\_udliciteringsrapport.pdf](http://www.kora.dk/media/1235/udgivelser_2011_pdf_5111_ohp_udliciteringsrapport.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020, Et mer demensvennlig samfunn*. Oslo. Retrieved from [https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf)
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011).
- Helsepersonelloven (1999).
- Henriksen, K., Joseph, A., & Zayas-Cabán, T. (2009). The Human Factors of Home Health Care: A Conceptual Model for Examining Safety and Quality Concerns. *Journal of Patient Safety*, 5(4), 229–236. <http://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3181bd1c2a>
- Holm, A., & Rusten, B. (2013). *Røyk ut New Public Management*. Trondheim: Panter Tanter Produksjoner.
- Holm, S. G., & Angelsen, R. O. (2014). A descriptive retrospective study of time consumption in home care services: how do employees use their working time? *BMC Health Services Research*, 14(1), 439.



<http://doi.org/10.1186/1472-6963-14-439>

- Holm, T., & Gjerløw Aasland, S. (2015). Tillit og styring, perspektivnotat. Tankesmien Agenda. Retrieved from <http://www.tankesmienagenda.no/wp-content/uploads/Perspektivnotat-Tilltsreform-web-versjon.pdf>
- Hood, C. (1991). A PUBLIC MANAGEMENT FOR ALL SEASONS? *Public Administration*, 69(1), 3–19. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>
- Hood, C., & Dixon, R. (2015). *A government that worked better and cost less?: evaluating three decades of reform and change in UK central government* (First Edition). Oxford, United Kingdom ; New York, NY: Oxford University Press.
- Huibers, P. (2013). Care in the neighbourhood: better home care at reduced cost. Retrieved from <http://interlinks.euro.centre.org/model/example/NeighbourhoodCareBetterHomeCareAtReducedCost>
- Humerfelt, K. (2005). Begrepe brukermedvirkning og brukerperspektiv - honnørord med lavt presisjonsnivå. In E. Willumsen (Ed.), *Brukerens medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hussey, P. S., Schneider, E. C., Rudin, R. S., Fox, D. S., Lai, J., & Pollack, C. E. (2014). Continuity and the costs of care for chronic disease. *JAMA Internal Medicine*, 174(5), 742–748. <http://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.245>
- Huycke, L., & All, A. C. (2000). Quality in health care and ethical principles. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 562–571.
- Innovasjon i omsorg (NOU 2011:11)*. (2011). Oslo. Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nou/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-11.html?id=646812>
- Institute of Medicine (U.S.). (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, D.C: National Academy Press.
- Janssen, B. M., Van Regenmortel, T., & Abma, T. A. (2014). Balancing risk prevention and health promotion: towards a harmonizing approach in care for older people in the community. *Health Care Analysis: HCA: Journal of Health Philosophy and Policy*, 22(1), 82–102. <http://doi.org/10.1007/s10728-011-0200-1>

- Johansen, E., & Fagerström, L. (2010). An investigation of the role nurses play in Norwegian home care. *British Journal of Community Nursing*, 15(10), 497–502.  
<http://doi.org/10.12968/bjcn.2010.15.10.78742>
- Kamerbrief over tussenevaluatie experiment regelarme instellingen, Pub. L. No. 649262–124453–LZ (2014).  
Retrieved from <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2014/09/30/kamerbrief-over-tussenevaluatie-experiment-regelarme-instellingen.html>
- Kassah, B. L., Nordahl-Pedersen, H., & Tønnessen, S. (2014). Vilkår for samhandling og et helhetlig pasientperspektiv i helse- og omsorgstjenestene. In B. L. Lind Kassah, W.-A. Tingvoll, & A. K. Kassah (Eds.), *Samhandlingsreformen under lupen: kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Fagbokforlaget.
- Kirchhof, J. W. (2011). Yrkesrelatert stress i de hjemmebaserte tjenestene. *Forskning*, 6(2), 144–150.
- Kirchhoff, J. W. (2010). *De skjulte tjenestene - om uønsket atferd i offentlige organisasjoner*. Karlstad: Karlstad University Studies.
- Kjølsrød, L. (2011). Small country, large welfare state. In O. Molven, *Healthcare, welfare and law: health legislation as a mirror of the Norwegian welfare state* (1st edition). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kjøs, B. Ø., Botten, G., & Romøren, T. I. (2008). Quality improvement in a publicly provided long-term care system: the case of Norway. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 20(6), 433–438.  
<http://doi.org/10.1093/intqhc/mzn031>
- Kommuneloven (1993).
- Kreitzer, M. J., Monsen, K. A., Nandram, S. S., & de Blok, J. (2015). Buurtzorg Nederland: A Global Model of Social Innovation, Change, and Whole-Systems Healing. *Global Advances in Health and Medicine*, 4(1), 40–44. <http://doi.org/10.7453/gahmj.2014.030>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laloux, F. (2014). *Reinventing organizations: a guide to creating organizations inspired by the next stage of human consciousness*. Brussels: Nelson Parker.

- Lang, A., Edwards, N., & Fleiszer, A. (2007). Safety in home care: a broadened perspective of patient safety. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(2), 130–135.  
<http://doi.org/10.1093/intqhc/mzm068>
- Lang, A., Macdonald, M., Storch, J., Elliott, K., Stevenson, L., Lacroix, H., ... Curry, C. G. (2009). Home care safety perspectives from clients, family members, caregivers and paid providers. *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*, 12 Spec No Patient, 97–101.
- Leichsenring, K., Billings, J., & Nies, H. (Eds.). (2013). *Long-term care in Europe: improving policy and practice*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Limkjær, S. E. (2015, May 6). Sykepleiere i Oslo blir ansvarlige for sine egne pasienter. Retrieved from <http://www.nettavisen.no/nyheter/innenriks/sykepleiere-i-oslo-blir-ansvarlige-for-sine-egne-pasienter/3422784057.html>
- Lind Kassah, B. L., Tønnessen, S., & Tingvoll, W.-A. (2014). Samhandlingsreformen - utfordringer, løsninger og implikasjoner. In B. L. Lind Kassah, W.-A. Tingvoll, & A. K. Kassah, *Samhandlingsreformen under lupen: kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Bergen: Fagbokforlaget.
- London, F. (2007). Teaching Patients About Wound Care: *Home Healthcare Nurse: The Journal for the Home Care and Hospice Professional*, 25(8), 497–500.  
<http://doi.org/10.1097/01.NHH.0000289103.82914.7b>
- Lorentsen, A. B., Lind Kassah, B. L., & Kassah, A. K. (2014). Folkehelsearbeidet i kommunen. In B. L. Lind Kassah, W.-A. Tingvoll, & A. K. Kassah, *Samhandlingsreformen under lupen: kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Macdonald, M., Lang, A., & MacDonald, J.-A. (2011). Mapping a Research Agenda for Home Care Safety: Perspectives from Researchers, Providers, and Decision Makers. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 30(2), 233–245. <http://doi.org/10.1017/S0714980811000055>
- Macdonald, M., Lang, A., Storch, J., Stevenson, L., Donaldson, S., & LaCroix, H. (2010). *Safety in Home Care for Unpaid Caregivers: A Scoping Literature Review* (p. 35). Canadian Patient Safety Institute. Retrieved from

- [http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/research/commissionedResearch/SafetyinHomeCare/Documents/MacDonald/MacDonald,%20Marilyn\\_Caregiver%20Safety\\_Final%20Report%20ENG.pdf](http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/research/commissionedResearch/SafetyinHomeCare/Documents/MacDonald/MacDonald,%20Marilyn_Caregiver%20Safety_Final%20Report%20ENG.pdf)
- Mack, K. A., Rudd, R. A., Mickalide, A. D., & Ballesteros, M. F. (2013). Fatal Unintentional Injuries in the Home in the U.S., 2000–2008. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(3), 239–246.  
<http://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.10.022>
- Madigan, E. A. (2007). A Description of Adverse Events in Home Healthcare: *Home Healthcare Nurse: The Journal for the Home Care and Hospice Professional*, 25(3), 191–197.  
<http://doi.org/10.1097/01.NHH.0000263437.08062.cc>
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis* (3rd ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Marck, P. B., Lang, A., Macdonald, M., Griffin, M., Easty, A., & Corsini-Munt, S. (2010). Safety in home care: A research protocol for studying medication management. *Implementation Science*, 5(1), 43.  
<http://doi.org/10.1186/1748-5908-5-43>
- Masotti, P., Green, M., Shortt, S., Hunter, D., & Szala-Meneok, K. (2007). Adverse events in community care: developing a research agenda. *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*, 10(3), 63–69.
- Masotti, P., McColl, M. A., & Green, M. (2010). Adverse events experienced by homecare patients: a scoping review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 22(2), 115–125.  
<http://doi.org/10.1093/intqhc/mzq003>
- McGraw, C., Drennan, V., & Humphrey, C. (2008). Understanding risk and safety in home health care: the limits of generic frameworks. *Quality in Primary Care*, 16(4), 239–248.
- McLafferty, I. (2004). Focus group interviews as a data collecting strategy. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2), 187–194. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03186.x>
- Meld. St. 16 Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) (2011). Retrieved from

- <http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDDDPDFS.pdf>
- Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen, Mestring og muligheter (2015). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (2015). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 29 (2012–2013) - Morgendagens omsorg (2013). Retrieved from <http://www.regjeringen.no/pages/38301003/PDFS/STM201220130029000DDDDPDFS.pdf>
- Meld. St. nr. 33 (2007-2008) Eit sterkt lokaldemokrati (2008). Retrieved from [http://www.regjeringen.no/nb/dep/kmd/dok/regpubl/stmeld/2007-2008/stmeld-nr-33-2007-2008-.html?regj\\_oss=1&id=517539](http://www.regjeringen.no/nb/dep/kmd/dok/regpubl/stmeld/2007-2008/stmeld-nr-33-2007-2008-.html?regj_oss=1&id=517539)
- Melis, B. (2009). Buurtzorg+, Samenwerking tussen disciplines. *Ergotherapie*, (5), 23–25.
- Molven, O. (2012). *Helse og jus* (7. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Monsen, K. A., & de Blok, J. (2013a). Buurtzorg Nederland: *AJN, American Journal of Nursing*, 113(8), 55–59. <http://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000432966.26257.97>
- Monsen, K. A., & de Blok, J. (2013b). Buurtzorg: Nurse-Led Community Care. *Creative Nursing*, 19(3), 122–127. <http://doi.org/10.1891/1078-4535.19.3.122>
- Mørk, E., Sundby, B., Otnes, B., & Wahlgren, M. (2014). *Pleie- og omsorgstjenesten 2013. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere* (pp. 1–70). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. Retrieved from [http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/201126?\\_ts=1499f2338b0](http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/201126?_ts=1499f2338b0)
- Mørland, B., Ringard, Å., & Røttingen, J.-A. (2010). Supporting tough decisions in Norway: A healthcare system approach. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 26(4), 398–404. <http://doi.org/10.1017/S0266462310001030>
- Nakrem, S., & Spilker, K. (2014). Velferdsteknologi som ressurs, mulighet og strategi i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. In *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

- Nandram, S. S. (2015). *Organizational Innovation by Integrating Simplification*. Cham: Springer International Publishing. Retrieved from <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-11725-6>
- Nandram, S. S., & Koster, N. (2014). Organizational innovation and integrated care: lessons from Buurtzorg. *Journal of Integrated Care*, 22(4), 174–184. <http://doi.org/10.1108/JICA-06-2014-0024>
- Negaard, A. (2011). *En ekstern evaluering av reformarbeidet i grunnskolen i Sarpsborg kommune: hovedrapport* (Oppdragsrapport 2011:2). Halden: Høgskolen i Østfold. Retrieved from <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/148467/1/Hefte2-2011.pdf>
- Ness, N. E., Laberg, T., Haneborg, M., Rygh, E., Granbo, R., Færevaa, L., & Butli, H. (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering* (p. 40). prosjektgruppe ”Hverdagsrehabilitering i Norge”. Retrieved from <http://www.ergoterapeutene.org/content/download/59168/229791/file/Rapport%20Hverdagsrehabilitering%20031012.pdf>
- Nguyen, H., & Kleiner, B. H. (2003). The effective management of mergers. *Leadership & Organization Development Journal*, 24(8), 447–454. <http://doi.org/10.1108/01437730310505876>
- Nies, H. (2014). Communities as co-producers in integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 14, e022.
- Noordhuis, P. (2016, May 28). Jos de Blok: De schrik van managers. *Nederlands Dagblad*, pp. 4–5. Barneveld.
- NOU 2005: 3, *Fra stykkevis til helt*. (2005). Oslo. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/80b5d874b6b9488e837b369e88e21851/no/pdfs/nou200520050003000dddpdfs.pdf>
- Øgar, P., & Hovland, T. (2004). *Mellom kaos og kontroll: ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Okma, K. G. H., & Crivelli, L. (2013). Swiss and Dutch ‘consumer-driven health care’: Ideal model or reality? *Health Policy*, 109(2), 105–112. <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.10.004>
- Ølberg, B. (2012). Saksutreders rolle i kommunesektoren. *Stat & Styring*, 22(4), 19–21.
- Ølberg, B. (2013). Kommunens øverste organ. *Stat & Styring*, 23(2), 11–14.

- Ølberg, B. (2014). Fag mot politikk i kommunene. *Stat & Styring*, 3, 41–43.
- Opedal, S., Stigen, I. M., & Laudal, T. (2002). *Flat struktur og resultatenheter Utfordringer og strategier for kommunal ledelse* (No. 2002:21). NIBR. Retrieved from <http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/nibr/files/filer/2002-21.pdf>
- Osborne, S. P., & McLaughlin, K. (2002). The new public management in context. In *New public management: current trends and future prospects*. London ; New York: Routledge.
- Østerud, Ø. (2007). *Statsvitenskap: innføring i politisk analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999).
- Paulsen Breimo, J. (2015). Risiko ved innovasjoner i offentlig tjenesteytende sektor. In O. J. Andersen & L. Gårseth-Nesbakk, T. Bondas (Ed.), *Innovasjoner i offentlig tjenesteyting - vågal reise med behov for allierte*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Pedersen, T. H. (2013). Integrerte helseorganisasjoner. Opprettelsen av lokale helsepartnerskap i det skotske helsesystemet i tiden etter det interne marked. In N. Aarsæther (Ed.), *Innovative kommuner*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Plochg, T. (2006). *Building a Tower of Babel in health care?: theory & practice of community-based integrated care*. Department of Social Medicine, University of Amsterdam, Amsterdam.
- Plochg, T., & Klazinga, N. S. (2002). Community-based integrated care: myth or must? *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 14(2), 91–101.
- Pollitt, C. (2002). The new public management in international perspective. An analysis of impacts and effects. In *New public management: current trends and future prospects*. London ; New York: Routledge.
- Pool, A., Mast, J., & Keesom, J. (2011). *Eerst buurten, dan zorgen: professioneel verplegen en verzorgen bij Buurtzorg*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Rasmussen, K. (2010). *Helsemoral og umoral*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Reid, R., Haggerty, J., & McKendry, R. (2002). *Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.

- Rhinehart, E. (2001). Infection control in home care. *Emerging Infectious Diseases*, 7(2), 208–211.  
<http://doi.org/10.3201/eid0702.700208>
- Riezebos, J., & Kouwenhoven, N. (2010). Pilot geïntegreerde thuiszorg: Buurtzorg+. *Beweegreden*, 16–23.
- Ringkjøb, H.-E., Folkestad, B., Offerdal, A., & Aars, J. (2007). *Demokrati heile vegen - Gode styringsgrep og metodar for folkevalte*. Bergen: Stein Rokkand Senter. Retrieved from  
[http://www.ks.no/PageFiles/1063/064006\\_demkrati\\_helev\\_Rapp.pdf](http://www.ks.no/PageFiles/1063/064006_demkrati_helev_Rapp.pdf)
- Rognlien, K.-J. (2012). "Får te" eller "nøttern 'te"? - Hva hemmer og fremmer læring i folkehelsearbeidet i Sarpsborg kommunes administrasjon? - En avgrenset situasjonsanalyse. (Prosjektoppgave ved Masterstudiet i organisasjon og ledelse). Halden: Høgskolen i Østfold. Retrieved from  
<http://www.ostfoldhelsa.no/files/ProsjektoppgaveKJRhiof2012.pdf>
- Romano, M. J., Segal, J. B., & Pollack, C. E. (2015). The Association Between Continuity of Care and the Overuse of Medical Procedures. *JAMA Internal Medicine*, 175(7), 1148–1154.  
<http://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.1340>
- Rønning, R. (2004). *Omsorg som vare?: kampen om omsorgens sjel i norske kommuner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rønning, R. (2013). Gamle tanker som innovasjon i omsorgssektoren. In N. Aarsæther (Ed.), *Innovative kommuner*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Røttingen, J.-A., & Fretheim, A. (2012). Bruk av forskning i utforming av helsepolitikk. In S. Westin (Ed.), *Medisinsk kunnskap: hvor kommer den fra, og hva brukes den til?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Russell, D., & Bowles, K. H. (2015). Continuity in Visiting Nurse Personnel Has Important Implications for the Patient Experience. *Home Health Care Management & Practice*.  
<http://doi.org/10.1177/1084822315617141>
- Russell, D., Rosati, R. J., & Andreopoulos, E. (2012). Continuity in the Provider of Home-Based Physical Therapy Services and Its Implications for Outcomes of Patients. *Physical Therapy*, 92(2), 227–235.  
<http://doi.org/10.2522/ptj.20110171>
- Russell, D., Rosati, R. J., Peng, T. R., Barron, Y., & Andreopoulos, E. (2013). Continuity in the Provider of Home Health Aide Services and the Likelihood of Patient Improvement in Activities of Daily Living.



- Home Health Care Management & Practice*, 25(1), 6–12. <http://doi.org/10.1177/1084822312453046>
- Sæterstrand, T. M., Holm, S. G., & Brinchmann, B. S. (2015). Hjemmesykepleiepraksis. Hvordan ny organisering av helse tjenesten påvirker sykepleiepraksis. *Klinisk Sygepleje*, 29(1), 4–16.
- Sears, N., Baker, G. R., Barnsley, J., & Shortt, S. (2013). The incidence of adverse events among home care patients. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(1), 16–28. <http://doi.org/10.1093/intqhc/mzs075>
- Solheim, M. (2004). *Kan eg komme inn?: verdier og val i heimesjukepleie*. (K. A. Aarheim, Ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sosial- og Helsedirektoratet. (2005). ... *OG BEDRE SKAL DET BLI! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten* (p. 136). Oslo. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>
- Steenbergen, E. van, & Wester, J. (2016, March 12). Hogepriester van de kleinschalige zorg. *NRC*. Amsterdam. Retrieved from <http://www.nrc.nl/handelsblad/2016/03/12/hogepriester-van-de-kleinschalige-zorg-1597679>
- Stevenson, L., Lang, A., Macdonald, M., Archer, J., & Berlanda, C. (2012). Safety in Home Care: Thinking Outside the Hospital Box. *Healthcare Quarterly*, 15(sp), 68–72. <http://doi.org/10.12927/hcq.2012.22838>
- St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen (2009). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Storm, M., Siemsen, I. M. D., Laugaland, K., Dyrstad, D. N., & Aase, K. (2014). Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *International Journal of Integrated Care*, 14, e013.
- Sturkey, E. N., Linker, S., Keith, D. D., & Comeau, E. (2005). Improving wound care outcomes in the home setting. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(4), 349–355.
- Stuurgroep Kwaliteitskader VV&T. (2010). *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg* (p. 70). Retrieved from

<http://www.actiz.nl/cms/streambin.aspx?requestid=7B44D33D-F976-4498-B347-1BEAA0B72920>

Taillefer, M. C., Dupuis, G., Roberge, M. A., & Le May, S. (2002). Health-Related Quality of Life Models: Systematic Review of the Literature. *Social Indicators Research*, (64), 293–323.

<http://doi.org/10.1023/A:1024740307643>

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tholens, B. (2014). Tema: Tilbake til faget, Hjemmesykepleie i Nederland. *Sykepleien*, 30–37.

Tønnessen, S. (2013). Faglige forutsetninger for forsvarlighetsbegrepet. *Sykepleien Forskning*, 8(2), 188–161. <http://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0057>

Tønnessen, S., & Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning*, 7(3), 280–285. <http://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0134>

Tønnessen, S., Nortvedt, P., & Førde, R. (2011). Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nursing Ethics*, 18(3), 386–396. <http://doi.org/10.1177/0969733011398099>

Torsteinsen, H. (2006). *Resultatenhetsmodellen i kommunal tjenesteproduksjon, instrument, symbol eller maktmiddel?* Universitetet i Tromsø, Tromsø. Retrieved from <http://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/4188/thesis.pdf?sequence=1>

Tucker, A. L., Edmondson, A. C., & Spear, S. (2002). When problem solving prevents organizational learning. *Journal of Organizational Change Management*, 15(2), 122–137. <http://doi.org/10.1108/09534810210423008>

Ursin, G. (2005). *Bestiller-utførerorganisering og brukermedvirkning. En evalueringsstudie av Bodø kommunes organisering av kommunale hjemmetjenester*. Bergen, Bergen. Retrieved from [http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/1119/masteroppgave\\_pdf1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/1119/masteroppgave_pdf1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Vabø, M. (2006). CARING FOR PEOPLE OR CARING FOR PROXY CONSUMERS? *European Societies*, 8(3), 403–422. <http://doi.org/10.1080/14616690600821990>

Vabø, M. (2007). *Organisering for velferd: hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Vabø, M. (2011). Active citizenship in Norwegian elderly care. From activation to consumer activism. In J. Newman & E. H. Tonkens (Eds.), *Participation, responsibility and choice: summoning the active*

- citizen in Western European welfare states* (pp. 87–106). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Vabø, M. (2012). Norwegian home care in transition - heading for accountability, off-loading responsibilities. *Health & Social Care in the Community*, 20(3), 283–291. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01058.x>
- Vabø, M. (2014). Reformtrender og endringsparadokser. In Vabø Mia & S. I. Vabo (Eds.), *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vabo, S. I. (2002). *Koordinering og politisk styring. En studie av nye organisasjonsløsninger i norske kommuner*. Oslo.
- Vabo, S. I., & Stigen, I. M. (2002). Moteslaveri, interesser og behov. En analyse av utbredelsen av ‘moderne’ organisasjonsløsninger i norske kommuner. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 6(1), 48–88.
- Van de Walle, S. (2010). New Public Management: Restoring the Public Trust through Creating Distrust? *SSRN Electronic Journal*. <http://doi.org/10.2139/ssrn.1594042>
- Veer, de, A. J. E., Brandt, H. E., Schellevis, F. G., & Francke, A. L. (2008). *Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd Een onderzoek naar de ervaringen van cliënten, mantelzorgers, medewerkers en huisartsen*. Utrecht: Nivel. Retrieved from <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Buurtzorg-nieuw-en-toch-vertrouwd.pdf>
- Velasco Garrido, M., Gerhardus, A., Røttingen, J.-A., & Busse, R. (2010). Developing Health Technology Assessment to address health care system needs. *Health Policy*, 94(3), 196–202. <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.10.002>
- Vik, K., & Eide, A. (2013). Older adults who receive home-based services, on the verge of passivity: the perspective of service providers. *International Journal of Older People Nursing*, 8(2), 123–130. <http://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2011.00305.x>
- Vincent, C. (2010). *Patient safety* (2nd ed.). Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Waerness, K. (1984). The Rationality of Caring. *Economic and Industrial Democracy*, 5(2), 185–211. <http://doi.org/10.1177/0143831X8452003>
- Wiig, S., Aase, K., von Plessen, C., Burnett, S., Nunes, F., Weggelaar, A., ... For QUASER-team. (2014). Talking about quality: exploring how ‘quality’ is conceptualized in European hospitals and

healthcare systems. *BMC Health Services Research*, 14(1), 478. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-14-478>

Willumsen, E. (Ed.). (2005). *Brukerens medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Oslo: Universitetsforlaget.

Woodward, C. A., Abelson, J., & Hutchison, B. (2001). *My home is not my home anymore: Improving Continuity of Care in Homecare*. Ontario: Canadian Health Services Research Foundation.

Woodward, C. A., Abelson, J., Tedford, S., & Hutchison, B. (2004). What is important to continuity in home care? *Social Science & Medicine*, 58(1), 177–192. [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00161-8](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00161-8)

Yin, R. K. (2014). *Case study research: design and methods* (Fifth edition). Los Angeles: SAGE.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere ICNs etiske regler. (2011). Norsk Sykepleierforbund - Oslo.

Retrieved from [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

## Vedlegg 1: Kvittering Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS

### Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Siri Wiig  
Institutt for sosialfag Universitetet i Stavanger  
Kjell Arholms hus  
4036 STAVANGER

Vår dato: 11.03.2015

Vår ref: 42252 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.02.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

42252	Kvalitet i norske kommunale hjemmetjenester
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Siri Wiig
Student	Christophe Eward Kattouw

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.03.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices:*

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uit.no](mailto:nsdmaa@sv.uit.no)

# Personvernombudet for forskning



## Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 42252

### FORMÅL

Det overordnede formålet er å få ny kunnskap om hvilke beslutningsgrunnlag og kunnskapsgrunnlag, samt hvilke prosesser som ligger til grunn for organisering av hjemmesykepleie i norske kommuner.

### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

### SENSITIVE OPPLYSNINGER

Personvernombudet tar høyde for at det vil framkomme sensitive personopplysninger om politisk oppfatning.

### INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Stavanger sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

### PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektlutt er 01.03.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lyd- og videoopptak

## Vedlegg 2: informasjonsskriv/samtykkeskjema til deltakerne

# Informasjonsskriv og forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

## *"Kvalitet i kommunale hjemmetjenester"*

### Bakgrunn og formål

██████ Kommune (her medlem i levekårsutvalg) har sagt seg villig til å delta i Mastergradsprosjektet "kvalitet i kommunale hjemmetjenester" (ved Universitetet i Stavanger). Du får denne henvendelsen fordi du er ønsket som deltaker i datasamlingen.

Ifølge en rapport fra Statistisk Sentralbyrå fra 2014 får fem av seks tjenestemottakere hjelp i hjemmet og er antall mottakere av hjemmesykepleie økende. Videre peker forskning på flere utfordringer i hjemmesykepleien. Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012, med konsekvenser for kommunenes organisering av helsetjenester.

Formålet med prosjektet er å få ny kunnskap om kommunepolitikernes og administrasjonslederens syn på kvalitet og organisering i kommunale hjemmetjenester og hva som vektlegges.

### Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i denne studien innebærer at man som politiker blir bedt om å delta i et fokusgruppeintervju (maks. 1,5 time) hvor man sammen med medpolitikere diskuterer spørsmålene som blir stilt omkring organisering og kvalitet i hjemmetjenester.

Som administrasjonsleder innebærer deltakelse at man tar del i et semi-strukturert intervju (individuell intervju som varer omtrent 1 time) hvor de samme spørsmålene blir stilt som ved fokusgruppeintervjuene. Intervjuene blir tatt opp på lydbånd.

### Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Bare Masterstudenten vil ha tilgang til lydopptakene som er passordbeskyttet. Intervjuene blir transkribert og anonymisert. Deretter slettes lydfilene. Navnelistene og koblingsnøkkelen lagres adskilt fra øvrige data og oppbevares i en safe.

Prosjektet avsluttes 1. mars 2016. Lydopptakene, navnelistene og koblingsnøkkelen blir makulert senest 1. mars 2016.

### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Christophe Eward Kattouw, sykepleier og Masterstudent (UIS) via tlf. ████████ / eller e-postadresse ████████. Eller ta kontakt med prof. dr. Siri Wiig (UIS) på ████████.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) AS (prosjektnummer 42252).

## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

### Vedlegg 3: intervjuguide politikere

(tilsvareer intervjuguiden til administrasjonslederen, hvor «dere» ble forandret til «du»)

## - Intervjuguide fokusgruppeintervju med politikerne -

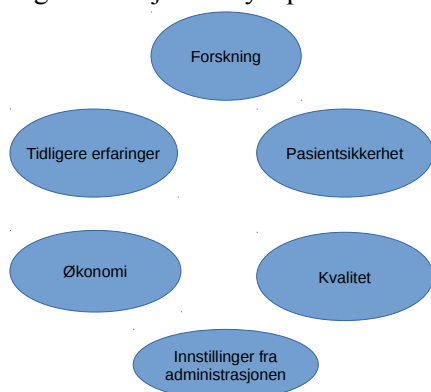
### *"Kvalitet i kommunale hjemmetjenester"*

Først og fremst må deltakerne bli informert om hvordan fokusgruppemøtet skal utføres, hvor lang tid det tar (omtrent 1,5 time) og at intervjuet blir tatt opp på lydbånd. Videre at det som blir sagt blir behandlet som konfidensielt, osv. Det bes om informert samtykke (se samtykkeskjemaet). Videre introduseres fenomenet fokusgruppeintervjuer og hva dette i store linjer innebærer. Intet svar er rart, osv, osv.

#### Spørsmålene som stilles i fokusgruppeintervjuene:

*Denne studien handler om hjemmesykepleie. Som politikere har dere innflytelse på beslutninger som omhandler kvalitet og organisering av hjemmesykepleie. Men la oss først starte med å spørre:*

1. Om deres erfaring, utdanning, alder og bakgrunn og hvor lenge dere har vært medlem i levekårsstyret?
2. Hvordan er hjemmesykepleie i deres kommune organisert?
3. Hva lå til grunn for å organisere hjemmesykepleie som den er i deres kommune? (deler ut figuren)



Hvilke faktorer ble det særlig lagt vekt på? Var det kvalitet, sikkerhet, tidligere erfaringer, forskning, innstillinger fra administrasjonen, økonomi?

4. Hva vurderes som fordeler med dagens hjemmesykepleie organisering i deres kommune?
5. Hva vurderes som ulemper med dagens hjemmesykepleie organisering i deres kommune?
6. Hva kjennetegner kvalitativ god hjemmesykepleie?



7. Hva legger dere i pasientsikkerhet i hjemmesykepleie?
8. I Stortingsmelding 29 (Morgendagens omsorg, 2012-2013) står det på side 94 i avsnittet «Kontinuitet og fleksibilitet i tjenestene»: «*Små stillinger kan lettere skape uro og utrygghet hos mange brukere. Den enkelte bruker får mange ulike ansatte å forholde seg til og lavere forutsigbarhet i hverdagen*». (deler ut teksten)

Hvordan blir dette håndtert i deres kommune når det gjelder hjemmesykepleie? (Hvordan er dagens bemanningssituasjon i deres kommune?)

9. Om hjemmesykepleie kan forbedres, hvor ligger "nøkkelen" ifølge dere? Hvordan kan den forbedres?

Den «nederlandske modellen» Buurtzorg (betyr «nabolagspleie») blir kort presentert (deler ut teksten):

*«Som dere kanskje har hørt finnes det en hjemmesykepleieorganisasjon som ble stiftet i Nederland i 2006 med to ansatte: Buurtzorg, som kan oversettes med nabolagspleie. Organiseringen går ut på små team på maks 12 faglærte som forholder seg til maks 50 til 60 pasienter. Teamene er selvstyrte og forskning har vist at pasientene er veldig fornøyde (scorer 9,1 av 10 på tilfredshet), de ansatte er veldig fornøyde, sykefraværet er lavere og denne formen har vist seg å gi en økonomisk besparelse på 40-50%. Mer en halvparten av alle hjemmesykepleiere jobber nå for Buurtzorg og modellen blir nå tatt i bruk i flere land som Sverige, USA og Japan. Ifølge Lisbeth Norman, statsekretær i helsedepartementet, i et intervju høsten 2014 kan «En Buurtzorg-modell være ett av flere gode alternativer som kommunene allerede i dag står fritt til å utvikle. Målet til den nederlandske modellen er å stimulere til mestring og selvstendighet ved å ta utgangspunkt i brukeres behov. En ubyråkratisk, selvstendig og liten organisasjon bidrar til å rekruttere faglærte og sikrer kontinuitet og forutsigbarhet i tjenesteytingen for den enkelte bruker. Vi har mye å lære av den nederlandske modellen. Jeg mener Buurtzorg-modellens visjon og innhold er i tråd med regjeringens mål om å skape brukernes helse- og omsorgstjeneste»*

10. Hvilket syn har dere på denne organiseringsformen? Kan det bli aktuelt i deres kommune? Hvorfor (ikke)?
11. Er det noen av dere som har lyst til å legge til noe som ikke har blitt sagt eller blitt spurt om?