

Med rolle som utfører.

En kvalitativ studie av sykepleiere i
hjemmebaserte tjenester.

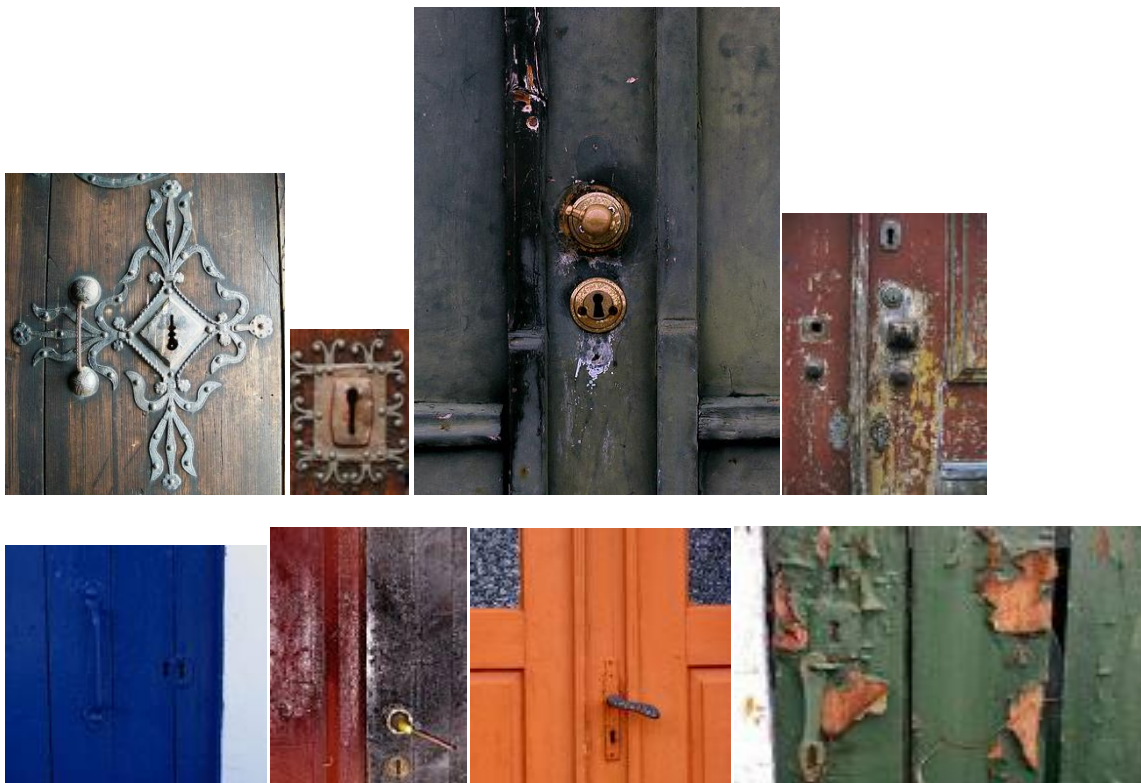
Anita Rognmo Grostøl.

Mastergradsoppgave i helse og sosialfag.

Juni 2009.

Ved Institutt for helsefag.

Universitetet i Stavanger.



UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERGRADSSTUDIUM I
HELSE- OG SOSIALFAG MED FOKUS PÅ BRUKERPERSPEKTIV**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: vårsemester 2009.

FORFATTER: Anita Rognmo Grostøl.

VEILEDER: Anne- Kristine Solberg.

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Med rolle som utfører. En kvalitativ studie av sykepleiere i hjemmebaserte tjenester.

Engelsk tittel: *The role of the provider. A qualitative study of nurses in homebased services.*

EMNEORD/STIKKORD: New public management, sykepleier, hjemmebaserte tjenester, bestiller- utførermodell, profesjonsstudier, Dorothea Orems sykepleieteori, kjønn, brukermedvirkning.

SIDETALL: 70 sider.

ANTALL ORD: 22 664.

STAVANGER

DATO/ÅR

SIGNATUR

Forord.

To krevende år med studier er ferdige. Det har vært slitsomt og lærerikt.

Det er en del mennesker jeg ikke kunne vært foruten i dette arbeidet. Hillevåg hjemmebaserte tjenester fortjener en stor takk, uten deres støtte kunne ikke dette vært gjort.

Veileder Anne- Kristine Solberg skal og takkes for å ha holdt ut lange veiledningstimer og gitt masse god tilbakemelding.

Til sist vil jeg takke Mac for hans uendelige tålmodighet og for at han har brukt fritiden sin på å lese korrektur for meg.

Sammendrag.

De fleste store kommuner i Norge i dag har innført såkalt bestiller- utførermodellen i sin helse og omsorgsorganisasjon. Bestiller- utførermodellen er avledet av New public management som er en organisasjonsteori som legger vekt på konkurranseutsetting og markedsorientert styring. Man deler opp organisasjonen slik at man får et klart skille mellom de som vedtar og definerer en tjeneste eller vare og de som utfører/ produserer. Målet med dette er å balansere budsjettet samtidig som man øker kvaliteten på tjenesten og styrker brukerens rettsikkerhet. I helse og omsorgssektoren er bestiller den som vedtar tjenesten brukeren har krav på. Utfører er den som gjennomfører det bestiller vedtar. Utfører er sykepleier i hjemmebaserte tjenester. Hensikten med dette studiet var å undersøke hvordan det oppleves å være sykepleier i en utførerrolle.

Målene var følgende:

- Å se hvordan utførers ekspertise brukes i bestiller- utførersamarbeidet.
- Hvordan samarbeidet med bestiller påvirker arbeidets kvalitet i negativ eller positiv retning.
- Se om rollene til bestiller og utfører føles klare eller uklare, sett fra utførers synspunkt og hvordan dette igjen påvirker tjenesten til bruker.

Metoden som ble brukt er kvalitativt forskningsintervju. Funnene tydet på at bestiller-utførermodellen legger til rette for at utfører får brukt sin profesjonskunnskap gjennom bestiller- utførersamarbeidet, og at dette samarbeidet stort sett fungerte greit. Men det ble og rapportert om høyere forventning til effektivitet og en travlere hverdag som ifølge informantene førte til en mindre tilfredsstillende arbeidssituasjon og en negativ opplevelse for både bestiller, utfører og bruker. Konklusjonen ble at bestiller- utførermodellen fungerer på noen punkter, men ikke på alle, og at det kanskje må nytenking til for å evaluere og forandre modellen slik den brukes i dag.

Innhold.

Forord.

Sammendrag.

1. Innledning.	1
1. 1. Bakgrunn.	1
1. 1. 1. Markedstenking i offentlig sektor.	1
1.1. 2. Hjemmesykepleie.	1
1.2. Formål med studien.	2
1.2.1. Delmålene med studien.	3
1.3. Aktuelle begreper og organisering av kommunen.	3
1. 4. Oppgavens oppbygging.	5
2. Tidligere forskning.	6
2.1. RO- rapporten.	6
2.2. Organisering for velferd.	7
2.3. Andre undersøkelser.	8
3. Teoretisk grunnlag.	9
3.1. New Public Management.	9
3.1.1. Koblingen mellom New Public Management og profesjonen.	10
3.2. Hva er en profesjon?	11
3.3. Sykepleieren som profesjonsutøver.	12
3.3.1. Orem's sykepleiemodell i korte trekk.	12
3.3.2. Sykepleieren i hjemmet.	14
3.4. Kort om organisasjon.	14
3.5. Byråkrati og profesjon.	15
3.5.1. Parson og profesjoners funksjon i det moderne samfunn.	15
3.5.2. Freidson og den tredje logikk.	16
3.5.3. Evetts og den nye profesjonalitet.	16
3.6. Kollegialprinsippet.	17
3.6.1. Profesjonens skjønn.	18
3.6.2. Tilliten mellom kolleger i en profesjonsorganisasjon.	18
3.7. Brukerperspektivet i bestiller- utførermodellen.	19
3.8. Kjønn og profesjon.	20
4. Metode.	23
4. 1. Metode og design.	23
4.2. Forsknings spørsmål.	24

4.3. Utvalg.....	25
4.4. Innsamling av data.....	26
4.5. Behandling og tolkning av data.....	27
4.6. Ethiske overveielser.....	27
4.7. Verifisering av studiet.....	28
4.7.1. Validitet.....	28
4.7.2. Reliabilitet.....	28
4.7.3. Forforståelse og forskers rolle.....	29
5. Funn.	31
5.1. Bestiller- utførersamarbeidet gir sykepleier rom for sin profesjonskunnskap.....	31
5.2. Sykepleier slipper mye administrativt arbeid og kan da ha mer tid i brukerrelatert arbeid.....	32
5.3. Utfører mener de har en god kommunikasjon med bestiller.....	33
5.4. Problematisk førstegangsbesøk og konflikter rundt bestilling av hjelpemidler.....	34
5.5. Krav om effektivitet går på bekostning av kravet om tilstedeværelse og god kvalitet på tjenesten.....	34
5.6. Er bestiller- utførermodellen til fordel for brukeren?.....	35
5.7. Opplevelse av manglende kontakt mellom første og andrelinje- tjenesten.....	36
6. Drøftning.	37
6.1. Bestiller og utfører med tillit til hverandre.....	37
6.1.1. Bestiller hører på utfører.....	37
6.1.2. Tillit og skjønn.....	39
6.1.3. Kommunikasjon mellom bestiller og utfører.....	41
6.1.4. Kollegialprinsippet som profesjonskontroll mellom bestiller og utfører.....	42
6.2. Bestiller- utførermodellen sett fra utførers øyne.....	44
6.2.1. Administrasjon og dokumentering.....	44
6.2.2. Likebehandling eller individualisering av bruker?.....	44
6.2.3. Dannelsen av en ny profesjon?.....	45
6.2.4. Kvinnen og bestiller- utførermodellen.....	48
6.2.5. En presset hverdag.....	49
6.3. Fordeling av oppgaver og ansvar mellom bestiller og utfører.....	51
6.4. Brukerens hverdag med bestiller- utførermodell, sett fra utførers perspektiv.....	54
7. Avslutning.	56
7.1. Kritisk blikk på eget studie.....	56

7.2. Oppsummering.....	56
7.3. Veien videre.....	58

Referanser.

- Vedlegg nr. 1. Beskrivelse av litteratursøk.
- Vedlegg nr. 2. Intervjuguide.
- Vedlegg nr. 3. Brev til virksomhetsleder og sone.
- Vedlegg nr. 4. Informert samtykke.
- Vedlegg nr. 5. Godkjenning fra Datatilsynet.

1. Innledning.

1. 1. Bakgrunn.

Denne undersøkelsen vil se på hvordan det er å være ansatt som sykepleier i hjemmebaserte tjenester under en organisasjon som styres etter bestiller- utførermodellen (heretter forkortet til BUM).

1. 1. 1. Markedstenking i offentlig sektor.

BUM er ledet ut ifra ideer som kommer fra næringslivet. Nærmere beskrevet som New Public Management (heretter forkortet til NPM) som er en markedsorientert organisasjonsteoretisk retning anvendt som styringsprinsipp av en del kommuner i Norge. NPM er en organisasjonsteori som legger vekt på å skille mellom de i en organisasjon som forvalter og definerer en tjeneste (bestiller) fra de som faktisk utfører den (utfører). Dette for å kvalitetssikre en vare eller tjeneste og ha større økonomisk kontroll ved å ”skille bukken fra havresekken”. Da må de som er ansatt som utfører forholde seg til faste økonomiske rammer og budsjetter. Disse grunnene er i tillegg til et ønske om at brukeren får større innflytelse ved å kunne forholde og henvende seg til bestiller som definerer tjenesten. Slik får brukeren større rettsikkerhet, og tryggere saksbehandling. Dette er hovedgrunnene til at BUM innføres her til lands (Vanebo, Busch, Klausen og Johnsen, 2005; Bogen, 2002). Norge henter først og fremst impulser fra Sverige og Danmark, som har brukt NPM siden 1980- tallet (RO, 2004). Det første bestillerkontoret ble åpnet 12. mai i 1997 i Haugesund. Etter en omorganisering som ble gjort i tidsrommet 1997 til 2003, er det nå bestiller- utførerorganisering av helse og sosialtjenestene i de fleste store kommuner i Norge (Vabø, 2007). NPM som teoretisk grunnlag for BUM beskrives nærmere i teorikapittelet.

1.1. 2. Hjemmesykepleie.

Loven om helsetjenester i kommunen sier følgende:

§ 1-1. Landets kommuner skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen.

Dette betyr at alle har rett til å få hjelp til nødvendig helsestell av autorisert helsepersonell sitt eget hjem, her forstått som sykepleier.

Hjemmesykepleien gjør folk i stand til å bo hjemme når brukerens behov for helsehjelp ikke er av en slik art at dette må behandles på institusjon. Hjemmesykepleie eller hjemmebaserte tjenester (begge betegnelser vil bli brukt i oppgaven) er derfor en generell og omfattende helsetjeneste med forebyggende, behandlende, rehabiliterende og/ eller lindrende (palliative) funksjoner. Brukergruppa er ikke avgrenset av diagnose, alder eller grad av helsesvikt (så langt dette er faglig forsvarlig). Disse brukerne får ofte hjelp over lang tid. (Fjørtoft, 2006. s. 17). Spesialisthelsetjenesten og fastlegen avlastes derfor ved at en del arbeid og ansvar faller på hjemmebaserte tjenester i kommunene. Hjemmesykepleien er den delen av kommunehelsetjenesten som har merket mest økning i antall årsverk og brukere (KOU, 2003:3). Arbeidsoppgavene har de siste årene blitt svært varierte fordi befolkningen blir eldre og får mer sammensatte problemstillinger, sykdomsmessig. Samtidig tar hjemmesykepleien seg av brukere som før måtte bo på institusjon, men som på grunn av medisinsk og medisinsteknisk utvikling nå er i stand til å bo hjemme. Dette gjelder psykisk og somatisk helsearbeid, samt at det er en økning i rusomsorg i hjemmet (Hofseth og Norvoll, 2003; stortingsmelding 25, 1996-97; stortingsmelding 34, 1999-00).

1.2. Formål med studien.

Formålet med studien er å undersøke BUM sett fra sykepleiers ståsted. Problemstillingen blir som følger:

”Hvordan opplever sykepleier sin rolle som utfører i en bestiller- utfører styrt organisasjon?”

I mitt arbeid er jeg opptatt av hvordan sykepleier opplever i sin arbeidshverdag som utfører, især i forhold til denne måten å organisere arbeidet på. Det er spesielt med fokus på sykepleier som profesjon og hva utførerrollen gjør med sykepleiers identitet som profesjonell.

Dette er en kvalitativ studie som tar for seg syv sykepleiere og deres erfaringer med å jobbe i en utførerposisjon i en større kommune i Norge.

Studien gjennomføres med sikte på at resultatene kan bidra til å belyse bestiller-utfører samarbeidet ved å klargjøre hvordan arbeidet til sykepleier som profesjon påvirkes av å jobbe under bestiller- utfører styrt organisasjon. For å avgrense problemområdet ser studien

på BUM fra sykepleier som utførers side, selv om denne modellen består av et samarbeidsforhold mellom bestiller og utfører.

1.2.1. Delmålene med studien.

1. Studere hvordan utfører opplever at hennes ekspertise høres og brukes av bestiller når det fattes nye vedtak.
2. Finne ut hvordan utfører opplever at samhandling med bestiller påvirker kvaliteten på utførers arbeid i positiv eller negativ retning.
3. Se om rollene til bestiller og utfører føles klare eller om de flyter over i hverandre og hvordan dette kan påvirke arbeidet til utøver. Alt sett fra utøvers ståsted.

1.3. Aktuelle begreper og organisering av kommunen.

Så lenge kommunene overholder de lover de er pålagt å følge, så kan de selv velge hvordan de vil utforme tjenestetilbudet, slik at dette tilpasses de lokale forhold og behov. Dette er organiseringen i den aktuelle kommunen som brukes i denne undersøkelsen.

Hjemmebaserte tjenester. Herunder utfører. Er betegnelsen på helsetjenesten der den foregår i brukers hjem. Kommunen er lovpålagt under loven om helsetjenester i kommunen § 1-1 og § 1-3 og gi enhver person som bor eller oppholder seg i midlertidig i kommunen og som trenger det, nødvendig helsehjelp i hjemmet. Hjemmebaserte tjenester i den aktuelle kommunen er bygget opp slik at det er åtte såkalte soner eller distrikter med hvert sitt kontor som mottar vedtak fra bestiller og utfører tjenesten hos bruker. Hver sone har en virksomhetsleder som har ansvar som arbeidsgiver, for økonomi og for tjenesteytingen. Virksomhetslederne er underlagt kontoret for oppvekst og levekår, som igjen er under rådmannen. De hjemmebaserte tjenestene har også ansvar for miljøtjeneste og tilrettelagte boliger med døgnbemanning hvor det er problematikk som rus, psykiatri, utviklingshemming og alderspsykiatri. Utfører samarbeider med bestillerkontor. Ideelt sett har hver bruker en primærkontakt hos utfører, som blir viktig i forhold til å koordinere samarbeid med bestiller.

Bestillerkontor. Betegnelsen på den delen av helse og sosial- kontoret som omhandler saker som har med bestiller- utfører å gjøre, innunder her kommer tildeling av hjemmebaserte tjenester, sykehjemstjenester, hjemmehjelp, miljøtjenester og diverse andre tilbud kommunen kan tilby de som bor hjemme. Det er fire slike kontorer som hver fungerer som saksbehandler

for to hjemmebaserte soner. Hver bruker får en koordinator på bestillerkontoret som da blir utførers viktigste samarbeidspartner. Koordinator skal ha oversikt over brukers behov, diagnoser, boforhold, hjelpemidler, sosiale forhold og skal fatte vedtak på hjelp på grunnlag av dette. Bestillerkontorene er sammen med helse og sosialkontorene også under kontoret for oppvekst og levekår, så organisatorisk sett er bestiller og utfører på samme nivå. Bestiller får henvendelse fra bruker selv, pårørende eller helsepersonell når det er forespørsel om vedtak på hjelp. Bestiller skal da gå på hjemmebesøk for samtale med bruker og eventuelle pårørende, og kartlegge hjem, hjelpebehov og eventuelle behov for hjelpemidler. Bestiller fyller ut IPLOS- profilen til bruker etter dette første hjemmebesøket (se forklaring på IPLOS lenger ned).

Bruker. Med bruker mener jeg den som mottar hjelp fordi det er denne betegnelsen som brukes i hjemmebaserte tjenester. Denne betegnelsen stort sett gjennom hele oppgaven. Min erfaring etter å ha jobbet i hjemmebaserte tjenester en stund, er at begrepet *bruker* er noe man bevisst tar i bruk. Det er et begrep som kommer av at man har større fokus på de som benytter seg av helsetjenesten som bevisste forbrukere av et tilbud og en tjeneste. Dette følger delvis av den markedsorienteringen man ser ettersom ideer fra New Public Management brer om seg i helse og omsorgstjenesten. Men begrepet bruker anvendes og for å understreke at brukeren av helsetjenesten er en borger i et demokrati som har rett til å være med å utforme sitt tilbud (Andreassen, 2005).

Bestiller- utfører samarbeidet. Fungerer ved at bestiller får henvendelse fra bruker, pårørende eller andre instanser om at bruker trenger nødvendig helsehjelp. Bestiller vil sende en forespørsel til utfører om å iverksette vedtak bestiller lager på aktuelle bruker

Individbasert pleie og omsorgsstatistikk (IPLOS). Nasjonalt kartleggingsverktøy som skal beskrive ressurser og bistandsbehov til dem som søker eller mottar helse og sosialtjenester og hvilke tjenester som ytes. Dette skal bidra til å systematisere kunnskap og statistikk til kommuner og sentrale myndigheter, samt sikre kvalitetsutvikling på tjenesten og god ressursutnyttelse gjennom likeverdige og virkningsfulle tjenester. Både bestiller og utfører bidrar til å samle inn data i IPLOS. IPLOS ble obligatorisk i alle landets kommuner fra 1. mars 2006 (IPLOS, veileder. 2009)

Aktivitetsbaserte inntekter (ABI) Er det systemet som gjør kommunen i stand å tildele midler til de som faktisk trenger det. ”Pengene følger brukeren” er en illustrasjon på dette. De ulike virksomhetene, får midler tildelt etter behov. Når en sone får en ny bruker, så følger det

midler med denne brukeren, så man kan for eksempel ha flere folk på jobb for å ivareta økt brukermengde, eller øke fokus mot en bestemt bruker hvis denne blir dårligere og trenger mer tid og ressurser. Dette rapporterer utfører til bestiller og utfører får da tildelt mer tid. Dette systemet går helt ned på grasrotnivå hvor de enkelte ansatte, det være seg sykepleiere, omsorgsarbeidere eller assistenter må sørge for at tiden de har brukt ute hos brukerne er korrekt rapportert til bestiller (NOU, 2005:18).

Cosdoc. Er det datasystemet som brukes i kommunen for registrering av alt fra daglige rapporter, utfylling av IPLOS og ABI og til oversikt over brukers journal og hvilke vedtak og tilbud brukeren får.

1. 4. Oppgavens oppbygging.

Studiens problemstilling vil sees i sammenheng med tidligere forskning på området som blir presentert i neste kapittel. Deretter følger en utredning av aktuell teori, som profesjons og organisasjonsteori, Orems sykepleieteori, samt et avsnitt om kjønn og profesjon. En beskrivelse av innsamling og behandling av data fremstilles i kapittelet om metode, samt metodiske og etiske overveielser. Funnene fremstilles kort i et eget kapittel, før disse drøftes i diskusjonen. Til sist fremstilles avslutningen med en kort oppsummering, kritisk blick på eget studie og noen synspunkter på videre forskning.

Det vil i denne teksten brukes "hun" om utfører og sykepleier. Dette er fordi de fleste informantene er kvinner. Det er og en måte å ytterligere anonymisere materialet på, og det er i tillegg praktisk og leservennlig å holde seg til en form.

Se ellers vedlegg for beskrivelse av litteratursøk. (vedlegg nr 1).

2. Tidligere forskning.

Ingen forskning kan fungere i et vakuum og det er derfor nødvendig å plassere den aktuelle problemstilling i et felt hvor tidligere forskning eksisterer (Thornquist, 2006). Det er gjort en rekke undersøkelser på feltet NPM og BUM, både internasjonalt og i Norge. Jeg velger å forholde meg spesielt til to store studier som er gjort i Norge på BUM som styringsform i hjemmebaserte tjenester. Disse er RO- rapporten som ble ferdigstilt i 2003, og Vabøs todelte studie som ble ferdig i 2007. Disse presenteres i hovedsak nedenfor. Ellers er det brukt andre rapporter og studier som kan gi en beskrivelse av arbeidshverdagen til sykepleieren i hjemmebaserte tjenester.

2.1. RO- rapporten.

Resurscenter for omstilling i kommunene (RO)- rapporten tar for BUM i pleie og omsorgstjenester i kommuner og bydeler i 2003. Det blir da foretatt en massiv kartlegging av landets da eksisterende bestillerkontorer. Det ble sendt ut spørreskjemaer hvor bestillerkontorene ble bedt om å svare på spørsmål som, hvem tok initiativ i kommunen til innføring av denne modellen, administrative utfordringer og samarbeidet med utfører. RO- rapporten har mest fokus på bestiller- leddet i BUM, så her er det kun bestiller som er informant. Utfører blir ikke spurt.

Helsesektoren preges av stadig nye reformer og omorganisering. Det interessante er å se om barnesykdommene og de problemområdene som oppsto da, fremdeles er her. Min undersøkelse kommer delvis som en reaksjon på hva RO- rapporten kom frem til for snart 5 år siden. Spesielt interessant er forholdet bestiller har til utfører, som i RO- rapporten står som en del av de negative erfaringene med BUM (RO, 2004,s 28-30). Siden hjemmebaserte tjenester før hadde myndighet til å vedta, fatte og behandle vedtak og tjenester, kommer det frem i rapporten at dette fører til rolleforvirring og uenighet mellom bestiller og utfører om hvordan tjenester skal defineres (ibid). En av mine spørsmål er om dette har forandret seg.

RO-rapporten finner ut at det er en klar overvekt av sykepleiere (37,7 %) som ansettes som bestiller. Ellers er det andre helse og sosial- profesjoner. Dette er viktig for den helsefaglige forståelsen mellom bestiller og utfører, og vil i min studie være et av de grunnleggende spørsmålene. Om hvordan samarbeidet mellom bestiller og utfører fungerer på grunnlag at de innehar den samme helsefaglige profesjonen. Ved spørsmål om samarbeid med utfører, svarer

42 av 44 bestillerkontor at de har et samarbeid, og at dette samarbeidet dreier seg om utfører har kapasitet og rett kompetanse til å utføre vedtak. Videre samarbeides det om spesielle og vanskelige saker, informasjonsutveksling og hjemmebesøk. Noe mer detaljert om dette samarbeidet står det ikke.

På slutten av spørreskjemaet blir bestillerkontorene bedt om og åpent komme med positive og negative erfaringer. De positive erfaringene som nevnes er styrket rettsikkerhet og bedre saksbehandling, altså hovedmålene med innføring av modellen. Videre kommer større likhet i fordeling av tjenester, bedre internkontroll og at brukeren har et sted å henvende seg. De negative erfaringene går spesielt på dette med forholdet til utførerne og at det er en økt byråkratisering i form av økt dokumentasjon. Problematikken i forholdet til utførerne beskrives som at utførerne har manglende forståelse for antall timer som blir utdelt per bruker, problemer med uklarhet i forhold til ansvar og hvem gjør hva, og vanskeligheter generelt rundt samarbeidet. Samtidig sier bestiller at dette er problemer som forventes at løses etter hvert som man får evaluert modellen og gjort forandringer for tilpassing. De har også lagt vekt på økt byråkratisering og strengere krav til juridisk dokumentering som en negativ faktor. Utsagn som at saksbehandlingen tar lenger tid, at det vil føles mer byråkratisk for bruker og at byråkratiseringen fører til større avstand mellom bestiller og utfører, nevnes med bekymring. Disse funnene vil bli diskutert i forhold til mine funn i drøftningsdelen.

2.2. Organisering for velferd.

Dette er en rapport fra Norsk institutt for forskning om oppvekst og aldring (NOVA). Det er en sammenslåing av to studier, hvor den ene er gjort i tidsrommet 1994-99 og den andre studien er gjort i 1999-2002. Rapporten er et doktorgradsarbeid. Hensikten med studiene er å se på hvordan nye styringsideer forandrer og går i koalisjon med eksisterende oppfatninger av styring, organisering og praksis på arbeidsplassen. Slik skapes ny kultur, nye satsingsområder, nye problemstillinger og utfordringer. De to studiene er gjort slik at den eldste er fra før BUM gjorde sitt inntog og den andre fra tiden etter, og får slik komparativ verdi. Rapporten har brukt kvalitative intervju som metode og informantene er ansatte i hjemmetjenesten (ledere og omsorgspersonale) og deres brukere. (Vabø, 2007.)

De resultatene som er interessante her er at sett fra ledernes synspunkt, så er omorganisering til BUM noe svært positivt. De innrømmer at det har vært en del startvansker,

men de ser positivt på det og sier de kontinuerlig jobber med problemene for å løse dem. De som jobber i omsorgen derimot preges av deres praktiske erfaringer med modellen i hverdagen. De ser at de gamle ikke greier å sette seg inn i den økende informasjonsstrømmen som kommer med modellen, og de ansatte føler at den økende mengde dokumentasjon stjeler tid som burde brukes i direkte arbeid med brukerne. De ansatte i omsorgsyirket føler at det er sprik mellom det administrasjonen vil gjennomføre og det som reelt kan gjennomføres, som at eldre og syke skal betraktes som markedsbevisste konsumenter som skal vurdere kvaliteten på den tjenesten de får. Vabø vil også bli brukt i drøftningen.

Vabø sin studie er en del av en pågående studie drevet av NOVA. Dette forventes å være ferdig i mai 2010. Prosjektet kalles ”*Tid for omsorg- påvirkninger av bestiller-utførermødelen i kommunene når det gjelder tid for omsorg*”. Eriksen, Vabø, Wollscheid og Hallvik driver prosjektet. Man ser på tidsbruk i hjemmetjenesten og hvordan tid påvirker kvaliteten på tjenesten. Hovedmålet for prosjektet er å studere overgangen fra samlet til delt forvaltning, med vekt på om reformene bidrar til god prioritering av tidsbruk og en bedre balanse mellom effektiv ressursbruk, rettferdig fordeling og pålitelighet. Man søker å få et forskningsbasert grunnlag for bruken av BUM her i Norge.

2.3. Andre undersøkelser.

Samtidig som man får nye reformer inn i kommunehelsetjenesten er det og viktig å se hvilke andre utfordringer hjemmebaserte tjenester står overfor. Hofseth og Norvoll (2003) gjør en grundig kvalitativ og kvantitativ undersøkelse i hele landet hvor de kartlegger hverdagen til de som jobber i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Her kommer det frem at utfordringer som de siste årene blir mer og mer fremtredende er faktorer som lite bemanning, flere ufaglærte, større spenn i diagnoser (hvilket stiller større krav til faget) og flere brukere ettersom trenden er at alle skal behandles hjemme så langt dette går. (Hofseth og Norvoll., 2003). Sykepleierne sier de opplever et økende krav til effektivitet gjennom økende mengde brukere, samtidig som kvaliteten skal opprettholdes. Disse utfordringene nevnes for øvrig i andre rapporter og undersøkelser som er gjort på feltet. (NSF, 1999; Alvsvåg, 1999; Bakken, Brinchmann, Haukelien, Kroken og Vike, 2003; Nesheim og Vatne, 2000; Gullikstad og Rasmussen, 2004)

3. Teoretisk grunnlag.

3.1. New Public Management.

NPM danner det teoretiske grunnlaget for BUM. Når det her snakkes om at man bruker styringsideer fra marked og økonomisk tenking i forvaltning av offentlige tjenester, så betyr ikke dette at man overlater alt til markedet. Man bruker elementer herifra, som man bevisst bygger inn i offentlige organisasjoner nettopp for å løse opp i tungroddede offentlige strukturer. Man søker bedre offentlige tjenester ved å finne måter å være mer produktive på, forbedre utførelse, minimere sløsing med ressurser og redusere kostnadene (Vabø, 2007; Solheim, 2004).

NPM er formet mellom to ulike retninger innen økonomi og ledelse. Den ene retningen presenterer den økonomiske og ”harde” siden ved NPM. Her ser man på elementer som fri markedsorientering, offentlig eller private partnerskap, konkurranseutsetting, kontraktstyring og frie brukervalg. Den andre retningen er ”myk” og omhandler ”management”, altså ledelse. Her blir teknikker fra ledelse brukt i det private næringsliv utnyttet for å skape en overordnet ledelse som eget kompetansefelt i det offentlige. Tanken er at ledelse som utviklet teknisk ekspertise er uunnværlig for å gjøre hierarkiske forbindelser innen organisasjonen til gjenstand for kontraktdannelse. Altså at en avtale mellom parter i en organisasjon, må ha innspill av konkurranse for å øke effektivitet og oppnå de mål om forbedring man søker i offentlige tjenester. Tre elementer kan da trekkes ut fra disse to retningene som blir viktige for BUM. Det er kontraktstyring mellom hierarkiske forbindelser (bestiller og utfører), konkurranseelementet og økt fokus på ledelse/ styring innen den enkelte driftsenhet (Klausen, 2001).

Det som binder de to retningene sammen er bestiller- utførerskillet. Tanken er at offentlige tjenester skal kjøpes, men ikke av den som trenger tjenesten. Denne skal henvende seg til bestiller som slik vil gå til verks på vegne av kjøperen eller her brukeren. Utføreren skal da kun konsentrere seg om å gjennomføre den tjenesten som er bestilt. Slik vil bestiller representere og forvalte brukerens interesser overfor utføreren. Bestiller og utfører inngår da et kontraktsforhold hvor kontrakten spesifiserer den tjenesten som skal utføres. (ibid).

Konkurranseelementet bevares gjennom bestiller og utførers kontraktsforhold ved at spesifiseringen av tjenesten skal gjøre det mulig for flere utførere å konkurrere om å utføre

tjenesten på best mulig måte. Selv om det i praksis er lite eller ingen konkurranse i hjemmebaserte tjenester (ibid).

Det økte fokus på ledelse sees ved at virksomhetslederen innen en sone eller virksomhet gis ganske stor frihet til drive virksomheten på sin måte, så lenge denne er forsvarlig. Dette sees ved at det til og med innen én kommune kan være ganske store variasjoner i driften av de ulike sonene. Videre vil man i NPM jobbe mot en flatere struktur i organisasjonen, altså en nedbygging av hierarkiet og byråkratiet, nettopp for å oppnå større effektivitet mellom de ulike leddene i organisasjonen (Vabø, 2007; Klausen, 2001).

3.1.1. Koblingen mellom New Public Management og profesjonen.

I denne studien er det ikke bare økonomisk og organisasjonsteori som blir viktig. Man må og se på de som får føle NPM og BUM direkte i arbeidshverdagen, altså de ansatte i organisasjonen. Profesjonene er her presentert av sykepleierne. Idet det er en bestiller som tar seg av brukerens interesser, så vil den tradisjonelle rollen til hjemmesykepleieren som definerer brukerens behov forsvinne. Det er ikke lenger hjemmesykepleieren som skal utrede brukerens behov fordi hun nå er en utfører. Dette er et skritt vekk i fra den tradisjonelle måten å styre velferd på. BUM vil også gjøre at den tradisjonelle profesjonsmakten blir delvis avløst av brukerens makt og av mer makt til lederne (Evetts, 2009).

Ifølge Hood (1991) er det tre årsaker til at velferdsstaten har et ønske om overordnet styring av profesjonene. Man har sparsommelighet, som er ønske om at velferdsgoder skal forvaltes på en fornuftig måte og ikke sløses bort på formål som ikke har med velferd å gjøre. Så kommer ønsket om rettferdighet, hvor alle borgere som trenger velferd skal behandles likt etter visse lover og regler, borgerne har også rett på innsyn i hvordan dette fungerer. Til sist kommer ønsket om fleksibilitet og motstandskraft, hvor man vil at en velferdstjeneste skal være så god at den kan på en pålitelig måte takle ulike mennesker og uforutsette hendelser. Disse tre styringsverdiene kan midlertidig stå i motsetning til hverandre og man får et såkalt ”trilemma”, hvor man får problemer med å oppfylle alle samtidig. Bruken av styringsideer fra NPM i en organisasjon av profesjoner kan føre til å forsøke å lede profesjonene til å oppta disse tre verdiene med alle de utallige utfordringer dette vil medføre. Det er noen av disse dilemmaene studien vil prøve å belyse, ved å se hvordan sykepleier som profesjon takler en arbeidshverdag som er organisert av ideer påvirket av NPM.

3.2. Hva er en profesjon?

En profesjon kan sies å være:

”... en type yrkesmessig organisering av arbeid. En bestemt personkrets- personer med en viss utdanning - gis retten til å utføre visse arbeidsoppgaver, og til å gjøre det mer eller mindre autonomt.” (Molander og Terum, 2008. s 20).

Dette er en nokså enkel definisjon, men den sier noe om hva en profesjon er og hva den gjør. Man har en spesiell utdanning så man kan utføre bestemte oppgaver som igjen vil definere de enkelte profesjonene hver for seg. Til sist trekkes inn at profesjonene arbeider mer eller mindre autonomt eller selvstendig, selv om de ofte er medlemmer av en organisasjon. Graden av autonomi avhenger av hvor mye man som profesjon er kontrollert direkte gjennom beordring eller indirekte gjennom ulike former for regelverk og sanksjoner fra myndigheter og brukere av tjenesten som profesjonen tilbyr. Det vil og foregå en restriksjon mellom kollegene i en profesjon, hvor kollegene utøver tillit til de som er innad i profesjonsgruppa, at disse opprettholder en profesjonsmoral og kan bruke skjønn til å vurdere de enkelte tilfeller og ta korrekte og gode beslutninger. Begrepene kontroll, organisasjon, skjønn og tillit vil greies ut i de neste avsnittene.

Profesjonene vil generelt forvalte kunnskap, og denne kunnskapen skal komme befolkningen til gode på ulike måter. Profesjonenes kunnskap og praksis er vitenskapelig basert, og sykepleiere forplikter seg, i det de får autorisasjonen sin, til å bruke denne kunnskapen til det beste for de som får bruk for deres hjelp. Profesjoner har og en plikt til å holde kunnskapen sin oppdatert for ikke å svekke profesjonens faglige utvikling. Her i Norge er profesjonene sterkt knyttet til myndighetene som blant annet kontrollerer utdanningsinstitusjonene og sørger for at disse holder profesjonsutdannelsene innenfor bestemte rammer. Dette sørger og for at sykepleiere utdannet over hele Norge skal ha en lik utdanning. En lik og rammesatt utdanning er en måte å kontrollere profesjonene og sørge for at befolkningen får en trygg tjeneste. En sykepleier, lege eller lærer må gjøre seg fortjent til autorisasjonen og det er fullt mulig å miste denne hvis man misbruker sin autorisasjon. Profesjonen har en viss makt i den kunnskapen den forvalter som andre ikke har, og derfor må myndigheter og brukere av tjenester stole på at profesjonene gjør det de skal gjøre. De har tillit til at profesjonene er oppdratt til, gjennom sin utdanning og erfaring, å gjøre det beste for allmennheten (Svensson, 2008).

3.3. Sykepleieren som profesjonsutøver.

Sykepleie er i dagens samfunn en anerkjent som profesjon på det grunnlag av den utdanning og autorisering man må igjennom. Dette avsnittet vil ta for seg Orem's sykepleiemodell for å belyse sykepleie som profesjon. Studien tar for seg sykepleiere i hjemmebaserte tjenester eller hjemmesykepleien. Denne form for praksis har noen trekk som skiller seg fra sykepleie i institusjon som sykehus, sykehjem eller andre institusjoner, som det er viktig å belyse i forhold til å forstå informantenes arbeidssituasjon i studien

3.3.1. Orem's sykepleiemodell i korte trekk.

Orem's sykepleiemodell er en omfattende modell som enkelt sagt baserer seg på å ivareta pasientens egenomsorg. Modellen er for omfattende til å omtales i fulle trekk her, men noen aktuelle komponenter skal nevnes. Orem utarbeidet teorien formelt sett første gang i 1971, siden er den evaluert og videreutviklet 5 ganger, hvorav siste utgave utgis i 1991. Det er denne siste utgaven som brukes her. Orem's teori er en vel anvendt teori i sykepleiepraksis verden over (Biermann, 1996).

Orem sier at egenomsorg er å opprettholde livsprosessene, samt normal vekst, modning og utvikling. Det er å forebygge sykdom, skader og forebygge eller kompensere for funksjonssvikt. Egenomsorg er også å fremme velvære. Orem's menneskesyn sier videre at individet er i stand til å velge selv hva slags egenomsorg denne vil opprette og disse bestemmes ut ifra individets bakgrunn, erfaring og kunnskap. Det kan og velge og ikke opprette egenomsorg av ulike grunner som jeg ikke vil komme nærmere inn på her. Når individet har funnet måter å mestre og skaffe seg egenomsorg på, så vil det utvikle såkalte egenomsorgsrutiner (Orem, 1991).

Orem snakker om universelle egenomsorgsbehov som handler om ernæring, eliminasjon, opprettholde balanse mellom aktivitet og hvile, sosial kontakt og valg om å være alene, behov for trygghet og velvære, og behovet for å kunne utvikle seg sammen med andre for å få et positivt selvbilde. Her utdyper Orem det helhetlige mennesket og hvor viktig det er at hele mennesket ivaretas for at det skal fungere. Ved siden av egenomsorgsbehovene plasserer Orem helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov, som kort sagt er evnen til å søke hjelp fra de som er kompetente til å hjelpe og støtte individet når det oppstår helsesvikt i ulike grader og former, enten det er pårørende eller profesjonelle. Det er ifølge Orem sykepleier sin oppgave å hjelpe bruker med å handle for brukeren, gi veiledning og støtte både fysisk og

psykisk. Sykepleier må også tilrettelegge omgivelser og støtte utvikling av personlige evner. For å få dette til må sykepleieren gjennomgå en sykepleieprosess hvor denne deltar i mellommenneskelige, sosiale og problemløsende prosesser med brukeren for å fremme dennes evne til egenomsorg. Sykepleieren vil benytte seg av tre ulike sykepleiesystemer for å hjelpe brukeren i prosessen med å oppnå egenomsorg. Disse er det helt kompensierende system, det delvis kompensierende system og det støttende og undervisende system. Disse systemene brukes som hjelpemetoder for å kartlegge graden av svikt i egenomsorgen. Se tabell 1.1 for oversikt over disse systemene. Sykdomsforløp kan gjøre at bruker skal innom alle systemene, som for eksempel med slagpasienter. I starten kan de måtte ha hjelp til alt, før de gradvis blir bedre og til slutt bare trenger støtte og veiledning (ibid).

Orems tre sykepleiesystemer.

<i>Helt kompensierende system.¹</i>	<i>Delvis kompensierende system.</i>	<i>Støttende og undervisende system.</i>
Anvendes når bruker ikke kan utøve egenomsorg selv.	Bruker kan greie noe selv, men trenger hjelp til andre ting.	Greier det meste selv, men trenger veiledning, opplæring og støtte.
<ul style="list-style-type: none"> - Bevisstløse, terminale brukere. - Lamme, alvorlig multihandikapp. - Psykotiske og svært demente brukere. 	Her ser man på brukers reelle begrensninger i forhold til bevegelse og handling. Hvordan brukers kunnskap er om sine egne medisinske behov og hvor motivert bruker er for å lære å ta vare på seg selv, for og slik i samarbeid med bruker definere hvilke oppgaver denne kan gjøre selv, og hvilke oppgaver brukeren må ha hjelp til.	Behovet for hjelp er knyttet til å ta beslutninger, kontrollere atferd, lære seg nye ferdigheter og tilegne seg kunnskap.

Tabell 1.1. (Orem, 1991. s. 284; Bierman 1996, s. 25)

¹ I hjemmesykepleien har man ikke mange av denne type brukere. Men er alt tilrettelagt kan man ha både terminale, lamme, brukere med hjemmerespirator og multihandikappede hjemme. Et unntak blir alvorlig psykotiske og svært demente brukere som kan være til fare for seg selv, da disse trenger døgkontinuerlig tilsyn.

3.3.2. Sykepleieren i hjemmet.

Orems menneskesyn presenterer på en god måte den utfordringen hjemmesykepleien møter når det gjelder individene i sine hjem med pårørende. Alle er ulike og det er svært mange individuelle hensyn å ta. Pasienten i en institusjon må til en viss grad følge denne institusjonens regler og er heller ikke hjemme. I en institusjon møter vi mennesker som er tatt ut av deres sosiale sammenheng. I hjemmet er de fullt til stede i denne svært komplekse sammenhengen og må møtes deretter, skal vi ha mulighet til å hjelpe dem. Kartlegging av brukere krever Orems menneskesyn hvor alle møtes individuelt og får delta gjennom brukermedvirkning slik at de utvikler sine rutiner som passer med sitt liv, sin svikt og slik oppretter egenomsorgsrutiner. Derfor må individet tas hensyn til, slik at de får sin måte å gjøre ting på i sitt hjem kan gjøre at de føler seg bedre. Å møte brukeren i dennes hjem krever helhetlig tenking, at man møter brukeren på dennes premisser og kommer frem til en samarbeidsavtale for at alt skal fungere best for begge parter (Orem, 1991; Fjørtoft, 2006).

3.4. Kort om organisasjon.

Profesjoner fungerer som regel i et fellesskap. Slike fellesskap er organisasjoner i ulike sammensettinger og størrelser, private og offentlige. En arbeidsplass som hjemmebaserte tjenester er en arbeidsorganisasjon hvor de ansatte får medlemskap gjennom ansettelse og mottakelse av lønn. (Svensson, 2008. s. 130). I en arbeidsorganisasjon vil sykepleieren kunne få tak i ressurser som er viktig for dennes profesjon. Disse ressursene kan bestå av diverse utstyr og økt kunnskap. Men noe av det viktigste er samarbeidet med andre i samme profesjon, altså kollegene. (ibid, s. 132) skiller mellom to typer ressurser i organisasjonen. Først organisasjonsressurser, som ikke bare er det rent tekniske som utstyr og lignende, men og et sett med lover, regler, prosedyrebeskrivelser og rutiner som er laget slik at de regulerer sykepleierens arbeid med sine brukere. Det andre settet med ressurser kalles profesjonsressurser og dette er den kunnskap, erfaring og etikk sykepleieren innehar for å kunne utføre sitt arbeid korrekt. Profesjonsressursene blir imidlertid så styrt av rutine og papirarbeid som organisasjonsressursene fører med seg at det kan være vanskelig å skille disse fra hverandre. Organisasjonsressursene er nødvendige for at myndighetene og de som styrer arbeidsorganisasjonen skal kunne være sikre på at det arbeidet som utføres er av god kvalitet, at brukerne er fornøyde og at budsjettene overholdes. Organisasjonen som omtales her er en menneskebehandlerende organisasjon som skiller seg fra andre organisasjoner ved at

de har et tett samarbeid med brukere som trenger ulike former for veiledning og støtte. Ikke bare hjemmesykepleien eller sykehjem, men også skoler, barnehager og andre slike institusjoner betegnes som menneskebehandlingende organisasjoner (ibid, s 135).

3.5. Byråkrati og profesjon.

Ser man på definisjonen nevnt i forrige avsnitt, så er profesjonene en lukket gruppe med monopol på å utføre de tjenestene de er utdannet for. Men det står i myndigheters og brukeres interesse at det føres en viss kontroll med profesjonene. Der kommer byråkratiet som styringsform inn. Max Weber (1964, s 149) bruker begrepet legal- rasjonell autoritet for å beskrive forholdet mellom profesjon, makt og autoritet slik det foregår for det meste i den vestlige verden i dag. Legal- rasjonell autoritet kjennetegnes av at man som profesjonell i en byråkratisk organisasjon er underkastet bestemte plikter, regler og posisjoner i et hierarki. Man har ansvar for et bestemt kompetanseområde og mottar lønn for å forvalte dette ansvaret, i tillegg til å måtte følge byråkratiets regler, vil også de profesjonelle følge profesjonens regler for etikk, moral og intern kollegial kontroll. Dette er det ”profesjonelle byråkrati”. For å videre forstå sammenhengen mellom byråkrati og profesjon kan det være nyttig å hente frem teoretikere som Parson, Freidson og Evetts, for å få frem motsetningsforholdene mellom New Public Management, byråkrati og profesjon.

3.5.1. Parson og profesjoners funksjon i det moderne samfunn.

Parson legger vekt på at siden profesjonene er bærere av sin kunnskap og vitenskapelige rasjonalitet, så gjør dette dem til noe mer enn bare de oppgavene de er utdannet til å løse. Han sier at profesjoner er et alternativ til rene byråkratiske organisasjoner og derfor ikke kan styres på samme måte. Profesjonelle organisasjoner er bygget opp av tillit mellom kolleger av samme profesjon, kunnskap og utdanning. Og av tillit mellom profesjonell og klient eller bruker. Samfunnet har gitt profesjonene disse oppgavene fordi samfunnet stoler på at de vil bli ivaretatt. Parson mener at de profesjonelle har en etikk og en moral som vil hindre dem i å misbruke sin tillit og at de er utdannet til å ivareta fellesskapets interesser. Hvis en profesjonell handlet ut ifra egeninteresser, ville han bli utsatt for en rekke sanksjoner fra sine kolleger og fellesskapet generelt, som for eksempel å miste sin autorisasjon og ikke minst rykte. Disse sanksjonene skulle ifølge Parson hindre de profesjonelle å misbruke sin makt. Parson er kritisert for å være for naiv i sin fremstilling av profesjonene (Christoffersen, 2005;

Evetts, 2009; Fauske, 2008)². Man kan se profesjonens moral og etikk som politisk motiverte på den måten at de i et demokrati vil holde brukerens ve og vel som første prioritet.

Profesjonsmoralen er til for å holde egeninteressene til de utøvende profesjoner i sjakk. Profesjonene har et samfunnsoppdrag som er dannet gjennom politiske og demokratiske avgjørelser. (Grimen, 2008, I; Christoffersen, 2005) Problemet oppstår hvis profesjonen velger å bruke sin kunnskap for profitt, et dilemma Freidson tar for seg.

3.5.2. Freidson og den tredje logikk.

Freidson (2001) presenterer et noe mer kritisk blikk på profesjonen enn det Parson gjør. Han trekker inn profesjonenes monopol på visse arbeidsoppgaver, og det at de er skjermet fra markedet, ved at de ikke trenger å markedsutsette sin kunnskap, fordi de er beskyttet av staten gjennom lovverket. Profesjonene har makt over klientene, og Freidson mente det var grunn til å sette spørsmål ved denne makten, og rokke ved forståelsen av profesjoner som ivaretakere av samfunnets beste. Profesjon er ikke et yrke i seg selv, men heller en måte å organisere yrket på ifølge Freidson. Freidson søker å se på hvordan denne makten kan begrenses og motvirkes slik at man sikrer seg at de profesjonelle bruker sin kunnskap først og fremst til folkets beste, og ikke utnytter klienter til å skaffe seg penger og makt. Han gjør dette ved å sidestille profesjonene med det offentlige byråkrati og det frie markedet som ulike måter å organisere arbeid på, som den tredje logikk, ved siden av markedets og byråkratiets logikk. Praktisk skjer dette ved at man ansetter profesjonelle i for eksempel statlige eller private foretak og slik styrer dem gjennom for eksempel styringsprinsipper fra NPM. Freidson understreker imidlertid at profesjonene må fremdeles være hovedmåten å organisere offentlige tjenester på, men med noen forandringer som at det er en økt styring ovenifra. Men i og med at brukere i dag har større innflytelse gjennom lovpålagt brukermedvirkning og sterkere politiske brukerorganisasjoner, får man også en økning i styring nedenifra (Fauske, 2008; Evetts, 2009; Freidson, 2001).

3.5.3. Evetts og den nye profesjonalitet.

Evetts (2009) ser på NPM og sammenhengen med denne teorien og profesjoner i offentlige tjenester i vestlige land. Hun setter opp to idealtypiske former for profesjonalisme som opererer i den offentlige sektor. Disse er yrkesprofesjonalisme og

² Dette er sekundærkilder. Det var dessverre ikke mulig å få tak i primærkilden som er Parson, T. (1939). The Professions and Social Structure. *Social Forces* 17. s. 457- 467.

organisasjonsprofesjonalisme.³ Disse formene presenterer hver sin ytterkant inspirert av Parson og Freidson og de fleste tilfeller i det virkelige liv vil falle et sted imellom. Yrkesprofesjonalisme presenter grovt sett den ytterkant Parson ser for seg som det ideelle og organisasjonsprofesjonalisme den Freidson ser så negativt på. Evetts setter spørsmålsteget ved NPM og denne måte å konvertere helse og sosialtjenesten til et marked. Hun spør seg om det at man bruker NPM er en måte å møte økonomiske og sosiale problemer i velferdstjenesten, eller om det er en måte å kontrollere en voksende og stadig sterkere gruppe med profesjonelle. Hun ser og på om man får en ny type profesjon som tilpasser seg de nye kravene til effektivitet og markedsorientering. I denne type profesjon vil man se en sammenstilling av verdiene de to nevnte typene profesjon presenterer. Man vil se markedsorienteringen som retter seg mot kvalitetssikring og brukerinteresser, samtidig som man får med yrkesprofesjonens krav om selvstendighet, tillit mellom kolleger og mellom profesjon og klient, og profesjonens moral, kunnskap og etikk. Disse verdiene blir brukt til å fremme effektiviteten ved å gjøre profesjonsutøverne mer individuelt ansvarlige for organisasjonens suksess eller fall. Denne individualiseringen ser man i bestiller- utførerforholdet. Hver enkelt sykepleier som er ansatt som utfører blir individuelt ansvarlig for at det bestiller har bestilt blir utført slik bestillingen tilsa. Avviker utførelsen med bestillingen, så vil ikke organisasjonens mål om bedre kvalitet, produktivitet og overholdelse av budsjettet oppfylles (Evetts, 2009; Svensson, 2008).

3.6. Kollegialprinsippet.

Kollegialprinsippet vil i profesjonelle relasjoner være en av de viktigste måtene å kvalitetssikre og kontrollere at arbeidet er gjort skikkelig. Fordi profesjoner arbeider på en selvstendig måte, ofte bare i kontakt med brukeren, så vil det være vanskelig for allmennheten og styresmakter å kontrollere at alt går riktig for seg. Denne måten å jobbe på er derfor kalt ”demokratiets sorte hull”, fordi det kan være vanskelig å stille profesjonelle til ansvar hvis det ikke er klare indisier for at noe galt er gjort, ofte er det bare den profesjonelles ord mot brukeren. Intern kontroll mellom kolleger, samt grundig utdanning og etiske regler blir en måte å motvirke det sorte hullet på (Svensson, 2008; Christoffersen, 2005; Eriksen, 2001).

Kollegialprinsippet og intern kontroll avhenger ikke bare av en grundig utdanning, men også av faktorer som profesjonsutøverens evne til skjønn og tilliten mellom kolleger.

³ Henholdsvis occupational professionalism og organizational professionalism. (Egen oversettelse).

3.6.1. Profesjonens skjønn.

Å måtte bruke skjønn i arbeidet er en utfordring som må tas spesielt av de menneskebehandlerne. Ingenting er så uforutsigbart som menneskers tilstand psykisk og fysisk. Dette krever at profesjonsorganisasjonen har mulighet og fleksibilitet til å møte sine brukere på en måte som ivaretar uforutsette hendelser. Vabø (2007) snakker i sin studie om ”wicked problems”, et uttrykk hun låner fra Rittel og Weber (ibid, s. 35). Wicked problems sier noe om at profesjonene i helse og omsorgsykker må takle menneskelige og sosiale problemer som er svært vanskelige å håndtere ut ifra fastsatte standarder og regler, og derfor er nødt til å bruke skjønn i de enkelte tilfellene.

Hva er så problemet med skjønn? Det er å vite når man skal bruke det, og hvordan man skal bruke det. Skjønn kan betraktes som et rom av frihet med vegger av regler og restriksjoner. Som profesjonell må man se på to forhold når man tar i bruk skjønn. Det ene er hvilke regler man skal følge når man bruker skjønn, og hvilken autoritet som har gitt myndighet til å bruke skjønn. Regler er det som er omtalt som organisasjonsressurser (se avsnittet om organisasjon). Autoritet kan her omtales som de myndigheter som ved autorisering av utdannet personell gjennom denne autorisasjonen gir profesjonen rett til å utføre skjønn. Når man bruker skjønn, så må man alltid kunne, som profesjonell utøver, begrunne bruken av skjønn på en faglig måte. Så man står ikke fritt til å gjøre hva man vil, men må bruke de regler og kunnskap man har i sin profesjon. Skjønn består av normative kontekster og utføres etter visse handlingsregler. (Grimen og Molander, 2008; Terum, 2003). Kollegialprinsippet avhenger av at fagfolk kan stole på hverandres evne til å bruke skjønn. Da er man igjen avhengig av at man har tillit til hverandre (Grimen, 2008. II)

3.6.2. Tilliten mellom kolleger i en profesjonsorganisasjon.

Freidson (2001, s 34) sier følgende som belyser sammenhengen mellom tillit og skjønn:

”The right to discretion implies being trusted”.

Profesjonelle har rett til å bruke skjønn fordi brukere, myndigheter og kolleger viser dem tillit. Tillit kolleger imellom, de som er av samme profesjon preges av at man enten har tillit til hverandre eller man ikke har det, av ulike grunner. Grimen (2008, s 205. II) viser dette ved å sette opp to begreper, tillitskjeder og kontrollkjeder. I en tillitskjede vil man oppleve at profesjonene stoler på hverandres intensjoner og kompetanse, man trenger ikke bruke tid på å

sjekke hverandres arbeid. Man kan stole på at førsteledd i kjeden har gjort godt arbeid, og fører dette videre til nestemann i kjeden.

Kontrollkjeder derimot oppstår når man ikke stoler på hverandres intensjoner og kompetanse av ulike grunner. I stedet for å fortsette arbeidet fra forrige person, vil man kontrollere dette først (ibid).

En tillitskjede vil danne flerpersonsrutiner. Her vil man se at tilliten går av seg selv fordi arbeidet er rutinepreget og derfor vil man stole på hverandre fordi det har blitt en rutine. Man vil ikke bruke tid på å sjekke og heller ikke planlegge neste skritt. Man tar det for gitt fordi man har tillit. Denne måten å jobbe gjør at arbeidet er mer effektivt, man sparer tid, og det er økonomisk gunstig. Problemet oppstår hvis det gjøres en feil tidlig i kjeden om ikke oppdages, og denne feilen får vandre videre nedover i kjeden. For å hindre slike ting, må man kontrollere, selv om dette er kostbart og ineffektivt, så er det av og til nødvendig. Det krever at hvert ledd er i stand til å tenke utenfor rutinen og se med kritisk blick på forrige person i kjeden (ibid).

3.7. Brukerperspektivet i bestiller- utførermodellen.

BUM ble innført delvis på grunn av et ønske om sterkere brukerorientering i offentlig virksomhet.

Brukermedvirkning er både en verdi og strategi for helsetjenesten. Helsetjenestens verdigrunnlag må ta utgangspunkt i at pasienten har ønske om og kompetanse til å gjøre egne valg. I et demokratisk perspektiv må det også sees på som en rettighet at vi som borgere kan øve innflytelse på beslutningssystemene.” (NOU, 2005: 3. s, 15)

Begrepet bruker og brukermedvirkning er begreper som er konstruert med det mål for øye å gå vekk fra begreper som pasient eller klient når man betegner de som nytter seg av helse og sosialtjenester. Pasient og klient er begreper som vekker assosiasjoner om passivitet og svakhet. Derfor vil man heller bruke begrepene bruker og brukermedvirkning. Disse begrepene henspiller mer at personen utnytter og anvender en tjeneste. I stedet for å være en pasient eller klient i en passiv og ofte stigmatisert rolle, så gjør brukerbegrepet personen til en aktiv part i utformingen av den tjenesten som tilbys. Dette innebærer en normalisering av

beskrivelsen av de som benytter seg av offentlige tjenester, da vi alle vil bli brukere av en offentlig tjeneste før eller senere (Humerfelt, 2005. s. 15).

I NPM beskrives brukeren som en aktiv part som bruker sin påvirkningskraft gjennom å være en bevist forbruker av tjenester. Hvis tjenesten ikke oppfyller de krav brukeren setter til den, så kan brukeren velge å gå til en annen produsent av denne tjenesten. Slik påvirker brukeren markedet i den retning denne ønsker. I Norge har man etter hvert fått sterke brukerorganisasjoner som jobber fra lokalt til nasjonalt nivå for å påvirke politikere og styresmakter og utøver innflytelse på helse og sosialsektoren (Svensson, 2008; Busch og Vanebo, 2005). Se ellers innledningsvis om bruker (s.4).

BUM skal sikre brukeren mulighet til å utforme sin egen tjeneste i samarbeid med bestiller. Derfor skal bestiller ha rutiner som sikrer denne medvirkningen. Dette skjer som regel gjennom det første hjemmebesøket fra bestiller, hvor bruker kan ytre sine ønsker og bestiller vil fatte vedtak ut i fra dette (Haug, Engelund og Aarheim, 2004). Brukeren skal derfor ha en anselig del å si for sin sak. Dette betyr at utfører ikke bare forholder seg til bestiller, men forholder seg faktisk mer til bruker ettersom disse møtes i utførers daglige arbeid (Alvsvåg og Tanche- Nilsen, 1999). Se tabell 1.2 om forholdet mellom bruker, utfører og bestiller i BUM.

Bestiller, utfører og brukerforholdet i BUM.

Bestiller	Utfører	Bruker
<ul style="list-style-type: none"> - Vurderer behov og fatter vedtak. - Bestiller oppgavene som skal utføres. -Følger opp og kontrollerer at vedtak og mål innfris. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utfører bestilte tjenester. - Sikrer kvalitet på tjenesten. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mottar tjeneste og informasjon om tjeneste. - Er med i brukerundersøkelser. - Er med å formulere mål og krav til tjenesten.

Tabell 1.2. (Haug, Engelund og Aarheim, 2004. s. 60)

3.8. Kjønn og profesjon.

I dette studiet har ikke kjønnsperspektivet vært det fremtredende, men siden det her diskuteres sykepleieryrket som er et kvinneledet yrke så kan det være greit å se litt på dette med kjønn og profesjon. I følge statistisk sentralbyrås tall (Kristiansen og Sandnes,

2006) er det 5 sysselsatte mannlige sykepleiere mot 55 sysselsatte kvinnelige sykepleiere per 1000 innbygger. Bakken et al (2003) sier at historisk sett har oppbyggingen av velferdsstaten i Norge ført til at kvinner fra 1950- tallet og utover har fått en inngangsport i arbeidslivet og siden den tid er det et flertall av kvinner som driver hjulene rundt i pleie og omsorgssektoren.

Dahle (2008) sier om profesjon og kjønn at historisk sett er profesjonsdannelsen forbeholdt mannen, inntil ganske nylig. Kvinner har vært henvist til såkalte semi-profesjoner, eller halv- profesjoner hvor utdannelsen er kortere og statusen lavere. Semi-profesjonen er i tillegg gjerne underlagt en profesjon i hierarkiet, som med leger og sykepleiere. Dahle utaler videre at frem til kvinnene fikk innpass på universiteter, så har de mannlige profesjonsinnehaverne brukt strategier hvor man ekskluderer kvinner fra feltet eller brukt demarkasjon som er en strategi hvor profesjonene legger semi-profesjonene under seg og kontrollerer dem. Dahle beskriver videre den tankegangen at jo mer abstrakt kunnskap en profesjon forvalter, jo større status har den. Kvinneyrker som sykepleien har tradisjonelt vært preget av praktiske kunnskapen og erfaring. Dette har forandret seg ettersom man søker abstrakt kunnskap gjennom forskning i sykepleiefaget i stadig større grad, men dette tar tid (Repstad, 2002). I den litteraturen om profesjoner som er gjennomgått i dette studiet brukes imidlertid begrepet semi-profesjoner svært lite. Sykepleier beskrives som en selvstendig profesjon i nyere litteratur. Men Dahle spør seg allikevel spørsmålet om at den gammeldagse tenkemåten fortsatt henger igjen. Ikke ved å hevde at kvinner ikke egner seg som leger, men ved og ikke fullt ut verdsette sykepleie som profesjon.

Gullikstad og Rasmussen (2004) ser på omstillinger og reformer i offentlig sektor i lys av et kjønnsperspektiv. De gjør en studie hvor de søker å se om modernisering (NPM) av offentlig sektor førte til økt likestilling. De finner ut at moderniseringen fører til flere deltidsstillinger, selv om kvinnene vil ha heltidsarbeid. En deltidsstilling fører til at kvinnen kan forventes å være tilgjengelig for ekstravakter. Deltidsstillingene fører til lavtlønnede kvinner og forsterker den tradisjonelle forestillingen om kvinnen som deltidsarbeider. Videre vises det til at moderniseringen fører til større ansvar i nedadgående retning, altså større autonomi og ansvar til de som jobber på grasrotnivå. Dette kunne imidlertid tolkes som at organisasjonen nå kan legge ansvaret for at økonomi ikke går i hop med brukernes behov over på den individuelle arbeidstaker. Dette skjer fordi i kvinnelige profesjoner blir den omsorgen disse gir tolket som uprofesjonell ”morsomsorg” når sykepleierne ikke greier å sette grenser på omsorgen og dette sprenger budsjettet. En kvinnelig profesjonell kan altså tolkes som å gi uprofesjonell morsomsorg, selv om hun gir omsorg som er basert på hennes profesjonelle

kunnskap. En mannlig profesjonell overordnes den kvinnelige profesjonelle fordi han betraktes som fullt ut profesjonell som greier å trekke grenser mellom det profesjonelle og uprofesjonelle.

I dette kapitlet er den aktuelle teorien presentert. I neste kapittel vil det handle om metode og hvordan data ble samlet inn og analysert. Teorien er valgt ut på bakgrunn av studiens område og de funnene som ble gjort.

4. Metode.

I dette kapitlet vil det redegjøres for den metode som er brukt for innhente data i undersøkelsen. Forskningsspørsmålene presenteres, samt etiske overveielser og en gjennomgang av kvalitetssikringen av studiet.

4. 1. Metode og design.

Metoden som er benyttet er kvalitativt forskningsintervju. I intervjuet søkes det mening, og forstå det den intervjuede snakker om og mener med det som sies. (Thornquist, 2006; da Silva, 2002). Kvalitativ forskning er systematisk innsamling, organisering og tolkning av tekst som skrives ned fra en samtale eller observasjon. Det brukes for å forstå sosiale fenomener slik disse fenomenene oppleves av individene i deres naturlige kontekst. Man søker altså å få frem betydningen av folks erfaringer ved å avdekke deres opplevelse av verden, og slik komme frem til vitenskapelige forklaringer (Kvale, 2001; Malterud, 2001).

Det kvalitative forskningsintervju skal være redskapet for å hente inn kunnskap om disse sosiale fenomenene. Det kunne vært aktuelt med andre tilnærminger som fokusgruppe eller case, men dette designet ble valgt fordi det var ønskelig med en så åpen tilnærming til feltet som mulig. Det ble viktig å ha informantene på tomannshånd slik at de ubesværet kunne si det de ville. Et kvalitativt forskningsintervju åpner for at informantene fritt kan utdype meninger og svare med sine egne ord, og slik sikre studiens mål. Det å gå i dybden, fremfor å gå i bredden som i kvantitative studier, gjør at en lærer mer om temaet. Eventuelt kan det være aktuelt å bruke de kvalitative funnene for å utarbeide en kvantitativ spørreundersøkelse på et senere tidspunkt. Målet var å studere sykepleiers opplevelse av sin hverdag i en bestillerutfører styrt organisasjon. Ved å intervju informantene og ha en åpen og utvungen samtale, var ønsket å få frem hva disse opplever i sin arbeidshverdag av gleder og frustrasjoner.

Intervjuene hadde en overordnet styring i intervju- guiden som er nærmere beskrevet nedenfor. Å bruke en intervjuguide kan være en fin måte å strukturere intervjuet på og sikre at man kommer innpå de temaene som er aktuelle for å nå forskningsmålene. Det kan være til hjelp når samtalen går i stå, men det er viktig når man velger en åpen tilnærming slik at intervjuguiden ikke blir for rigid. Den skal fungere som en veileder, ikke som et fastsatt regelverk. Det er viktig å bevare spontaniteten i intervjuet (Kvale, 2001).

Fordelene med kvalitative studier taler og som ulemper på den måten at det er tid og ressurskrevende. Det tar tid å skrive intervjuene ordrett fra bånd, samtidig som man da sikrer seg den informasjonen man må ha. Men problemene starter i det man intervjuer en informant på bånd. Allerede da har man gått glipp av masse informasjon som man ikke greier å få ned på et lydbånd. Det dreier seg om den non- verbale kommunikasjon som kroppsspråk og informantens sinnsstemning, som også kan være verdifull. Lydbåndet gir en dekontekstualisert versjon av intervjuet, fordi de visuelle aspektene ikke er med. Videre må man være nøye når man skal velge ut i fra denne informasjonen. Man skal verken være for smal eller for bred i sin utvelgelse, da risikerer man enten å miste viktige variabler eller man drukner i informasjon og får ikke frem hovedessensen. Kritikken av kvalitativ metode går på at man gjerne får motstridende informasjon om samme fenomen og at opplysningene ikke er objektive. Dette er et fenomen som denne studien ser en del av. Spørsmålet da blir ikke at det nødvendigvis er et problem at to ulike informanter gir ulikt svar på samme spørsmål. Dette kan heller snus til en styrke ved metoden, fordi det fanger opp variasjonen i intervjupersonenes oppfatninger om et tema. Dette gir et bilde av en mangfoldig og kontroversiell menneskelig verden, som vi ikke kan benekte oss at vi lever i. Kvalitativ metode søker ikke det objektive, men mennesker genuin opplevelse, og må derfor fungere subjektivt (Kvale, 2001; da Silva, 2002).

En annen diskusjon er generaliserbarheten til kvalitative studier. Et argument vil være at kvalitative intervjuer ikke er generaliserbare fordi det ikke er nok bredde i forhold til den aktuelle populasjonen, slik en kvantitativ studie ville hatt. Men har allikevel slike studier overføringsverdi? Andenæs (2007) snakker om at det ikke bare er resultatene av studien som er viktig i forhold til generalisering av studiet, men at man og bør se på generaliserbarhet i forhold til dem som skal lese studien og vurdere den. Kan en leser relatere til det som står i studien eller ikke? Hva vil dette gjøre med leseren? En kvalitativ studie kan slik sette i gang en diskusjon og interesse for temaet og bidra til mer forskning. Dette studiet har heller ikke som mål at man skal kunne generalisere, men heller belyse det aktuelle temaet.

4.2. Forskningsspørsmål.

Ut i fra problemstillingen og delmålene som ble nevnt innledningsvis, er det utarbeidet fire forskningsspørsmål. Disse ligger igjen til grunn for intervjuguiden (se vedlegg nr.2).

1. Hvordan opplever sykepleier at dennes ekspertise brukes av bestiller i fattelsen av nye vedtak og ved forandring i eksisterende vedtak?
2. Hvordan opplever sykepleier at samarbeidet med bestiller påvirker arbeidets kvalitet i positiv eller negativ retning?
3. A) Oppleves rollene bestiller og utfører i bestiller- utfører modellen, sett fra sykepleiers ståsted, som klare eller uklare?

B) Hvordan påvirker disse rollene tjenesten til bruker sett fra utøvers ståsted?

4.3. Utvalg.

Inklusjonskriteriene er som følger. Informantene besto av 7 sykepleiere, med minst ett års fartstid i hjemmebaserte tjenester og en stillingsprosent på 75 - 100 %. Stillingsprosenten var viktig for at de skulle ha nok erfaring med hvordan det er å jobbe med BUM. Det tar tid å komme inn i datasystemer og forstå organisasjonen, samtidig som man skal ha ansvaret for mellom 10- 15 brukere hver dag.

Selv om det er to roller i BUM (foruten ledere), så består utvalget kun av sykepleiere som er på utførersiden av denne modellen. Dette fordi disse har tettest samarbeid med brukerne, og slik kan representere brukerperspektivet i denne studien. På grunn av hensyn til begrenset tid og ressurser var det også mest aktuelt med utfører som brukers nærmeste i BUM.

Sykepleierne var fast ansatt og ikke ansatt gjennom vikarbyrå, som mange sykepleiere i hjemmebaserte tjenester er. Dette fordi de fast ansatte antas å ha større deltakelse og lojalitet til organisasjonen. De fungerer og som primærsykepleiere for et visst antall brukere og har derfor mer kontakt med bestillerleddet.

Utvalget ble tatt av virksomhetslederne i de sonene som valgte å være med på undersøkelsen. Disse fikk et brev med forespørsel og informasjon om studien (se vedlegg nr. 3). På bakgrunn av dette valgte fire av syv soner å være med. I tre av sonene var det to informanter, i den fjerde sonen kunne kun én informant stille. Det vil si at utvalget bestod i alt av syv informanter. Informantene er av begge kjønn, det var én mann og seks kvinner. Det er stor bredde i antall år de har jobbet i hjemmebaserte tjenester og hvor lenge de har vært sykepleiere. Tiden sykepleierne hadde som ansatte i hjemmebaserte tjenester var i

gjennomsnitt åtte år, hvorav de med minst tid hadde ett år og de med mest hadde opptil tretten år. Det var et spenn på to til tretti år siden informantene var ferdig utdannet sykepleier. Noen hadde jobbet på sykehus og sykehjem, andre hadde kun erfaring fra hjemmebaserte tjenester. Informantene hadde ulikt grad av ansvar innad i organisasjonen, men ingen hadde høyere stilling enn teamleder/ sykepleier 1 (ulike soner bruker ulike benevnelser på denne stillingen), det vil si at de har minst 50 % av tiden ute blant brukere. Det var et krav at informantene skulle ha en viss tid av stillingsprosenten ute blant brukere, siden det var disse sykepleiernes opplevelse av BUM studien fokuserte på.

Hver sone er ulikt drevet, fordi det er ulike virksomhetsledere som hver har sin måte å utføre sine oppgaver på. Dette er en frihet skapt av innføringen av NPM og dennes økte fokus på ledelse (se s. 9). I tillegg har sonene ulikhet i brukermengde og type brukere. Noen soner har overvekt av rus og psykiatri, mens andre soner har overvekt av eldre og mer pleietrengende brukere, dette sier noe om at sonene må takle forskjellige utfordringer, samarbeide med ulike instanser av spesialisthelsetjenesten og blir følgelig gode på sine spesielle brukergrupper. Disse ulikhetene er viktige for studien på den måten at de skaper bredde hos informantene og sier noe om BUMs måte å takle uforutsigbarheten og utfordringene ulike brukere skaper. Studien vil derimot ikke gå videre inn på hva denne ulikheten består i eller foreta en sammenligning mellom sonene. Sonene forholder seg også til ulike bestillerkontor og har ulik måte å samarbeide med disse på.

4.4. Innsamling av data.

Innsamling av data foregikk ved at informantene ble intervjuet hver for seg og intervjuet ble tatt opp på bånd. Informantene fikk en halvstrukturert intervjuguide med fem spørsmål som berører aktuelle områder. Denne guiden ble utlevert ved hvert intervju, og ingen av informantene hadde sett denne før. Informantene hadde på forhånd lest brevet som ble sendt til virksomhetslederen. Intervju er i gjennomsnitt 40 minutter lange, hvor det korteste er på 20 minutter og det lengste er rundt én time. Intervjuene ble gjort på informantenes arbeidsplass. Alle intervjuene ble gjort mens sykepleier hadde vakt, og det ble frigjort tid slik at intervjuene kunne gjennomføres. Intervjuene ble lagt opp slik at sykepleieren skulle kunne sette ord på hva de syntes var viktig i denne sammenhengen. Intervjuguiden ble brukt for å holde dialogen innenfor bestemte områder, men spørsmålene var samtidig så åpne at ikke informantene skulle føle seg bundet av dem.

4.5. Behandling og tolkning av data.

Analysen bestod av en femtrinns prosess. Intervjuene ble transkribert fra lydbånd til skriftlig form. Disse tekstene er gjennomlest flere ganger for å oppnå en forståelse av helheten. Deretter er de naturlige meningsenhetene trukket ut av teksten. Disse meningsenhetene er så skrevet om slik at de får frem det temaet de omtaler. Det fjerde trinnet har så tatt for seg disse temaene i lys av forskningsspørsmålene. Har studien besvart det som var ønskelig å få svar på? Forskningsspørsmålene har fungert som kategorier for temaene. Det har vært temaer som har falt utenfor, men som er nevnt av flere av informantene, disse er tatt med i egne kategorier som faller utenfor forskningsspørsmålene. Disse temaene er allikevel verdt å ta med i analysen fordi de opptrådte såpass hyppig. Det femte og siste trinnet har bestått i å lage en tekst som deskriptivt beskriver funnene. Denne teksten vil knyttes opp mot tidligere funn og aktuelle teorier i diskusjonen. Denne analyseprosessen er inspirert av Graneheim og Lundman (2004) samt Kvale, (2001).

4.6. Etiske overveielser.

Informantene ble spurt av sine ledere om de ville være med i studien, og de informantene som var interessert tok selv kontakt med undertegnede. De fikk vite at resultatene ville bli anonymisert slik at ingenting kan føres tilbake til dem. De fikk og vite at det kun er forsker og forskers veileder som vil få innsyn i de data som samles inn. Når studien er ferdig, vil dokumenter og det som er tatt opp på bånd destrueres. Denne informasjonen fikk de gjennom brevet som ble sendt til virksomhetsleder. Siden informantene kom fra ulike steder i landet og dermed hadde ulike dialekter, så ble transkriberingen gjort på de ulike dialektene for ikke å miste innhold og mening. Men de sitatene som er brukt i oppgaven er skrevet om til bokmål. Dette for å anonymisere informantene ytterligere. Informantene skrev under på informert samtykke (se vedlegg nr. 4). Alt var på frivillig basis og informantene kunne når som helst trekke seg fra studiet.

Kvale (2001, s. 69), sier at ideelt sett bør det være en balanse mellom hva informanten gir og hva denne får igjen for å delta i studien. Informantene er tilbudt å få lese det som er skrevet når studien er ferdig, tre av syv informanter var interessert i dette. Alle er invitert til å komme med innspill i etterkant hvis det er noe de vil kommentere og har fått nødvendig kontaktinformasjon for å kunne gjøre dette.

Denne studien har fått godkjenning fra datatilsynet (se vedlegg 5.) Studien trenger ikke godkjenning fra regional etisk komité (REK).

4.7. Verifisering av studiet.

Det er forskjellige teorier og meninger om kvalitativ metode og hva som skal til for å sikre verifiseringen eller kvalitetssikringen av slike studier. Nedenfor følger noen synspunkter på reliabilitet og validitet i dette studiet

4.7.1. Validitet.

Validiteten i kvalitativ metode handler om graden av gyldigheten i studiet, det vil si om man undersøker det man faktisk skulle undersøke. Oppgaven med å sikre validiteten trer i kraft allerede når arbeidet med å utarbeide bestemmelsen av studiets fokus, valg av informanter og tilnærming til innsamling av data tar til og fortsetter frem til analysen av funnene er ferdig. En hovedoppgave vil være å finne ut hvordan man kan fremskaffe pålitelig og gyldig kunnskap om verden gjennom de interagerende intervjupersonens ulike synspunkter. I dette studiet blir de samme spørsmålene gitt til informanter som har den samme stillingsbenevnelsen, men erfaringsmessig står de som nevnt under avsnittet om utvalg svært forskjellig. Dette gjør at spørsmålene som stilles i intervjuguiden besvares av et utvalg med bredde. Når da det er samsvar mellom svarene hos de ulike informantene, så styrker dette validiteten. (Long og Johnson, 2000; Kvale, 2001).

4.7.2. Reliabilitet.

Reliabilitet dreier seg om funnenes pålitelighet og i hvor stor grad vi kan stole på de innsamlede data. Påliteligheten vil blant annet være avhengig av at prosessen med å transkribere intervjuene og analysearbeidet er korrekt og nøyaktig utført. Reliabiliteten i dette studiet sikres av at det er en fast intervjuguide som brukes til hvert intervju slik at informantene berører de samme områdene og stabiliteten i studiet sikres. Designet har ikke forandret seg etter hvert som intervjuene er gjort. Intervjuguiden er utarbeidet fra forskningsspørsmålene, slik at denne er samsvarende med det som er studiets mål. Intervjuguiden fungerer som et instrument for sikring av reliabilitet (Graneheim og Lundman, 2004). Det er viktig å være oppmerksom på at intervjuene modnes ved at de bygger på hverandre. Man lærer mer og mer etter hvert som man intervjuer. Her har modningen ført til ulike hjelpespørsmål som utdyper de allerede bestemte områder i intervjuguiden fordi informantene har kommet med tanker som kan berike de aktuelle områdene i de senere

intervjuene. Men spørsmålene i intervjuguiden er med for å beholde essensen i intervjuene, ellers ville ikke validiteten sikres.

I kvalitativ (og kvantitativ) metode vil det alltid være en fortolking av de fenomener som sees. Som forsker så bærer man alltid med seg mental bagasje og erfaring som helt automatisk vil ligge til grunn for den tolkningen som gjøres. Derfor er det svært viktig å være seg bevisst denne spontane tolkningen og spørre seg når man transkriberer og jobber med materialet. Som forsker i dette studiet må jeg være meg bevisst min egen rolle og forforståelse, spesielt siden jeg har samme stilling som informantene, som sykepleier i hjemmetjenesten.

4.7.3. Forforståelse og forskers rolle.

Kvale (2001, s 69) setter opp tre etiske sider ved forskers rolle som må ivaretas. Den første siden er at forskeren har et vitenskapelig ansvar ovenfor informantene og forskningsprosjektet. Dette ansvaret innebærer at forskeren må hente inn kunnskap av verdi, og at kunnskapen er så kontrollert og verifisert som mulig. Den andre siden er dette med forskers forhold til informantene, er jeg sykepleier som de eller er jeg en forsker som kommer utenifra? Det er umulig ikke å ha tanker og meninger på forhånd, når jeg faktisk arbeider med dette. Ikke å innse dette vil være uærlig mot studiet, informantene og meg selv. Men jeg kan ta noen grep som gjør at påvirkningen på informantene i forhold til dette aspektet ved meg, minimeres. Dette er hovedsakelig løst av at min egen arbeidsplass er utelukket som kilde til informanter. Jeg kjente ingen av informantene fra før og møtte dem første gang under intervjuene. Det er tatt nøye overveielser gjennom analysearbeidet, og dette har krevd en del runder i forhold til forforståelsen til de meningsenhetene og temaene som analysearbeidet har ført frem til og mine egne holdninger til å jobbe som sykepleier på denne måten. Jeg har to roller som jeg må balansere i denne studien, forskeren og sykepleieren. Forskeren dominerer, men min kunnskap om emnet som er der fra før, vil alltid ligge til grunn for den tolkningen som gjøres. Dette er en tanke som går igjen under hele analysearbeidet. Den tredje siden sier noe om forskningens uavhengighet. Nære forbindelser til informantene, kan gjøre at jeg som forsker vektlegger enkelte funn og overser andre. Har jeg ledet informantene i for åpenbare retninger i forhold til mine holdninger? Jeg mener å ha vært svært bevisst dette fra starten av og håper derfor å unngå dette, siden det vil gi meg problemer med reliabiliteten og resultatenes pålitelighet. Samtidig vil forskers nærhet til feltet gjøre dette feltet lettere å forstå,

og at det slik er spart tid og krefter på å forstå hvordan bestiller- utførermodellen fungerer i praksis.

I neste kapittel vil funnene presenteres kort før drøfting av funn og teori.

5. Funn.

I denne studien virket informantene interessert i å snakke om det aktuelle temaet, det engasjerte og de fleste hadde mange meninger og mye å si. Det går veldig mye på det rent praktiske i hverdagen, og hvordan man løser utfordringer her. Det er viktig å frem akkurat dette fordi det er her, i møte mellom bestiller og utfører og de regler, restriksjoner og begrensinger disse må forholde seg til, at utformingen av tjenesten til brukeren gjøres. Det er her man etablerer kvaliteten på tjenesten.

Dette kapittelet er en kort presentasjon av funnene før de diskuteres opp mot teori og annen forskning i drøftningen. Sitatene er skrevet om til bokmål, for å anonymisere ytterligere, men innhold og setningsoppbygging er ikke forandret.

Jeg opplevde at resultatene i denne studien byr på mange motsetninger, og det har ikke vært lett å få frem disse motsetningene, men de er viktige for forståelsen av hvordan det er å jobbe som sykepleier i denne formen for organisasjon. Jeg opplever informantene som svært reflekterte og sammensatte i sine uttalelser om egen arbeidshverdag. Temaet jeg tok opp er i følge informantene noe de har diskutert før. Alle informantene siteres i dette kapittelet.

Overskriftene i dette kapitelet presenterer de kategorier som kom frem under analysearbeidet.

5.1. Bestiller- utførersamarbeidet gir sykepleier rom for sin profesjonskunnskap.

”Jeg mener absolutt at sykepleier her blir hørt. Bestillerkontoret er flinke til å ringe og involvere den sykepleier som er primærkontakten. De får jo ofte en god del henvendelser fra pårørende som lurere litt på hvordan det går og mener det at sånn og sånn var det da og at de trenger mer hjelp. Da ringer gjerne bestiller til oss for å høre vår versjon av det før de fatter en beslutning.”

Samtlige informanter sier at så lenge de begrunner endringer i gamle og nye vedtak på en faglig og profesjonell måte, så blir de hørt av bestiller som da vil legge til rette for endringer etter det utfører sier. Her var det lite motsetninger å finne. Informantene mente de var sterke i sin fagkunnskap og kjennskap til brukeren, og at bestiller hadde tillit til det de hadde å si. Det var sjeldent de opplevde det motsatte.

5.2. Sykepleier slipper mye administrativt arbeid og kan da ha mer tid i brukerrelatert arbeid.

”... hvis en tenker litt sånn overordnet så vil jo bestillermodellen gjøre det slik at det kanskje er den som er primærkontakt som har mer tid hjemme hos bruker, og slippe å sitte inne og jobbe med alt det papirarbeidet som man må gjøre og dra i tråder som som bestiller må gjøre. Vi kan bare ringe bestiller eller sende mail så ordner de opp.”

På det positive for utfører at denne har en bestiller å forholde seg til, nevner informantene hovedsakelig at utfører slipper en del administrativt arbeid, noe som gjør at utfører kan tilbringe mer tid i direkte brukerrelatert arbeid. I og med at det er kommet nye og krevende krav til dokumentasjon de siste årene, ser utfører at bestiller også letter dem for en del av dette arbeidet. Utførers første møte med bruker lettes av at bestiller allerede har vært inne og ordnet opp og forberedt en del ting gjennom bestillers første hjemmebesøk. Bestiller vil hente inn nødvendige opplysninger om helsetilstand, sykdomshistorie, sosiale forhold, pårørende, hvem som er fastlege og annen relevant informasjon . En del nevner og at bestiller sitter på en del informasjon og kunnskap om lover og regler som utfører drar nytte av. Ellers nevnes dette med å slippe å forholde seg til skriving av vedtak, hvem som skal ha sykehjemsplass og tilrettelegging av hjem/ bestilling av hjelpemidler som bra. Det er lite forskjell i svar på de som jobbet før og etter BUM ble satt i verk. Fire av syv informanter nevner at i kritiske situasjoner der brukere skal sendes hjem før det er tilrettelagt i hjemmet, så kan de bruke bestiller til å forklare sykehjem og sykehus at disse pasientene ikke må komme hjem før hjemmet er tilrettelagt, slik at helse og sikkerhet til bruker og utfører ivaretas. Utfører oppfatter stort sett at samarbeidet med bestillerne går godt.

Men på den annen side så nevnes det at selv om utfører slipper mye administrativt arbeid, så har de fortsatt en del slikt arbeid de må gjøre og kan føle at dette tar mye tid. Som denne informanten sier:

”Så det letter jo mitt arbeid, det er rart det. Men samtidig må vi jo skrive endringsmelding for hver minste lille ting. Det, man bruker jo mye tid. Jeg satt en halvannen time og skrev bare endringsmeldinger. Og det var liksom det jeg fikk gjort den dagen. Så det, det er ett litt tungvint system. Det synes jeg.” (Endringsmelding er en standardisert prosedyre som benyttes når utfører vil forandre på vedtak. Hun sender da en melding om hvilke forandringer som bør gjennomføres til bestiller gjennom det interne datasystemet. Forfatters anm.).

Utøver begrunner dette med at det er høyere krav til dokumentasjon nå enn før.

5.3. Utfører mener de har en god kommunikasjon med bestiller.

” eeh, ja hvis det er noe som jeg lurer på så sender jeg en mail, hvis jeg lurer på hvorfor vi ikke skal gjøre sånn og sånn. Eller de kan og spørre oss hva synes dere. Så jeg synes vi har for så vidt greit, grei kommunikasjon.”

Samtlige informanter sier de har god kommunikasjon med bestillerne og at de respekterer og forstår hverandres arbeid. Informantene mener også at det stort sett er faglig dyktige folk som sitter som bestiller og at dette føles trygt for dem som utførere. Ved spørsmål om hva informanten mener er viktig for god kommunikasjon nevner de dette med å gi klare tydelige beskjeder, at bestiller og utfører må være tilgjengelige for hverandre, ha lav terskel for hva de sier til hverandre, evne til å komme med ros og konstruktiv kritikk og hele tiden ha et løpende samarbeid. Noen av informantene sier det hadde vært godt å se bestiller mer ansikt til ansikt. Andre igjen synes ikke dette er viktig, bare man får tak i hverandre på telefon eller e-post. Samtlige informanter sier at deres kontakt med bestiller er gjennom telefon og e-post. De fleste foretrekker e-post, siden det kan være vanskelig å få tak i bestiller per telefon, og at de selv kan være vanskelig å få tak i hvis de er ute hos brukerne. Alle sier at e-post er en grei måte å kommunisere på mellom bestiller og utfører. Er utfører teamleder, sykepleier 1 eller har litt mer administrative oppgaver, har de mer kontakt med bestiller gjennom faste møter. De som er sykepleier uten slike oppgaver, har som regel ikke møtt bestiller annet enn i spesielle tilfeller som nettverksmøter om kompliserte brukere som trenger mye pleie og tverrfaglig samarbeid. Men som primærsykepleiere til sine faste brukere, mener de at bestiller involverer dem ved at de får e-post angående forandringer på sine brukere.

Utøver presiserte at det følte trygt at bestillerne har samme profesjonsretning som dem selv, altså en profesjon innen helse og omsorg fordi dette lettet kommunikasjonen og forståelsen.

5.4. Problematiske førstegangsbesøk og konflikter rundt bestilling av hjelpemidler.

”Bestille, de bestiller jo, det er ikke klar nok bestilling. Mener jeg. Ofte dessverre. Og nå skal jeg ikke finne en unnskyldning eller, men jeg kan gjerne prøve å begrunne det at de ofte ikke har sett bruker på forhånd.”

”Det går litt seint i forhold til hvordan de... Altså før de får vært hjemme hos bruker, og gjort et vurderingsbesøk, så har vi kanskje vært der allerede.”

Det negative går spesielt på dette med at utfører ofte går inn før bestiller har vært til stede og slik blir ”førstemann på åstedet”. Det hender at det kan ta tid før bestiller har tid til å gå inn, selv om de som regel alltid går inn etter hvert. Dette betyr at utfører må bruke mye tid på å hente inn informasjon som bestiller skulle hentet inn, for å kunne utføre god nok pleie og forberede kolleger. Dessuten kan det at bestiller ikke har sett bruker eller dennes hjem før, men har allikevel fattet et vedtak (noe de må gjøre for at utfører skal ha kunnskap om hva som skal gjøres) gjøre at vedtakene blir feil. Da må utfører også bruke tid på å sende endringsmeldinger for å få endret vedtakene. Det hender og at det blir mye endringsmeldinger i perioder og utfører bruker mye tid på dette for at alt skal stemme i forhold til tid og penger.

Rolleforskyvningene kommer spesielt til syne som vist i forrige spørsmål. Utfører går inn før bestiller fordi dette ofte er det eneste praktiske mulige og derfor tar en del av bestillers oppgaver. Dette gjelder spesielt nye brukere eller brukere med massive forandringer. Det neste problemet er uklarhet om hvem som skal bestille hjelpemidler? Dette nevner alle informantene som problematisk, vanligvis ordner bestiller hjelpemidler når denne går inn første gang og fatter vedtak. Men på de brukerne hvor utfører tar førstegangsbesøk, så blir det uenighet om hvem som har det ansvaret. Alle utførere mener bestiller bør gjøre dette uansett, men sier det varierer fra koordinator til koordinator hvem som tar ansvaret og dette skaper forvirring. Dette nevnes som et tilbakevendende problem og en kilde til konflikt. Ellers er utfører klar over at det er utfører som regulerer tiden gjennom endringsmeldinger ettersom brukerens behov forandrer seg.

5.5. Krav om effektivitet går på bekostning av kravet om tilstedeværelse og god kvalitet på tjenesten.

”Det er jo, vi skal jo være veldig effektive nå, det kan være utilfredsstillende å jobbe med.”

”Så vi er for travle til å alltid utføre skikkelig sykepleie. Det må jeg si altså. Det er veldig lett å gjøre feil når det er så travelt. Veldig lett å gjøre feil.”

Informantene mente at det i dag er blitt veldig travelt og at kravene til effektivitet i tjenesten bare øker. Dette går utover ønsket om å kunne tilby helhetlig pleie til brukeren, man må kun ta det nødvendige. Utrykket nødvendig helsehjelp ble av informantene brukt til å beskrive det minimum av hjelp de greide å gi. Utfører nevner også bekymring over at det er lett å gjøre feil når man har det for travelt. Det nevnes at både utfører og bestiller kan gjøre feil når de får det for travelt og i tillegg må operere med korte tidsfrister. Men videre nevnes det at utfører syntes at både de og bestiller gjør sitt beste for å utføre det bruker ønsker, så lenge det er faglig forsvarlig. Dette kom som et hjertesukk fra flere av informantene. De sier at systemet og tanken bak BUM er god, og hadde sikkert fungert enda bedre, bare det ikke hadde vært så travelt.

5.6. Er bestiller- utførermodellen til fordel for brukeren?

”Du prøver ikke vise det til brukeren at du har det travelt. Men jeg tror nok brukeren merker det. For det er jo kjappe bevegelser på de tingene du skal gjøre, klart de kan jo ikke alltid føle at vi er der for dem. Det hadde ikke jeg følt i alle fall hvis jeg hadde vært en slik mottaker av hjelp. Så det er jo et minus med hele greia.”

Informantene mente BUM fungerer rettferdig fordi alle får likt tilbud, siden det er satt opp maler for tjenester og tid. Disse malene kan imidlertid utvides, slik at man kan tilpasse tiden til den enkelte bruker der dette er nødvendig, dette er ikke noe problem ifølge informantene. Man ser jo også dette av kategoriene ovenfor, at det er god faglig kommunikasjon mellom bestiller og utfører. Dessuten følger pengene brukeren, og de sonene som har flest brukere får mest og omvendt. Utfører mener også at vedtakene som fattes fører til at pleien er forutsigbar for bruker, siden denne fattes ved at bestiller tar dette førstegangsbesøket. Slik vet både utfører og bruker hva de kan vente seg første gang de møtes, siden begge har en konkret ting å forholde seg til.

Motsetningsforholdet her dukket opp når informant ble spurt om de som utøvere oppfatter at bruker får mer innflytelse nå enn før. Utøver følte at det var for travelt til å realisere begreper som brukermedvirkning. Informantene sier at de tror nok på at BUM er laget for det beste for brukeren, men at den gode tanken drukner i travelheten, økende mengde

brukere og for lite personale. Utfører mener at bruker legger merke til at det blir travlere. Utøver er bekymret for at dette går utover brukers medbestemmelsesrett.

”det går kun på effektivitet for tiden ikke sant vel. Morgenstell er definert på 20 min, inkludert kjøretid, du må skynde deg du har dårlig tid. Så vi nok blitt veldig sånn eh sånn som denne her tidsfristen eh, stoppeklokkemodellen. Så neida, de får ikke noe bedre hjelp nå enn før. Verre vil jeg si, for for de får seinere hjelp, for vi er mindre på jobb (færre folk på jobb, forfatters anm.).

5.7. Opplevelse av manglende kontakt mellom første og andrelinje- tjenesten.

”(…) Jeg tenker på hva slags kontakt bestillerkontoret har med sykehuset og sånne ting, vi opplever jo at sykehuset tror at de bare kan ringe hertil og ber brukerne ringe til oss. Uten å informere om at det er noe som heter bestillerkontor. At det er den vei de skal gå. Har hatt tre tilfeller i høst om de bare kan ringe inn her, ikke fått beskjed om bestillerkontor. Det blir veldig feil for oss, vi kan ikke bare gå inn uten å få et vedtak.”

Noe som ofte nevnes er den korte tidsfristen utfører får. De får brukere om en eller to dager, og derfor har kort tid på å tilrettelegge hjemmet. På denne korte tidsfristen vil som regel ikke bestiller ha mulighet til å gå inn først med det ekstraarbeidet dette fører til for utøver. Da kommer oftere problematikken som nevnt ovenfor om hvem som skal bestille hjelpemidler og tilrettelegge hjemmet. I disse tilfellene sier utøver at bestiller vil hente inn flest mulig opplysninger, som da ofte kommer fra pårørende eller sykehuspersonale. Informantene mener her at det ikke er bestiller, men sykehuset som gir den korte fristen og de skulle ønske at sykehuset ville gi en lengre frist før de sendte, ofte dårlige folk hjem. Fire av syv informanter nevner dette som spesielt problematisk med kreftpasienter, siden disse krever mer avansert pleie og større bemanning.

6. Drøfting.

I dette kapittelet vil funn drøftes opp mot tidligere forskning og det teoretiske grunnlaget.

6.1. Bestiller og utfører med tillit til hverandre.

Informantene var delte i sitt syn om bestillerne. Noen informanter brukte ord som ”bestemmer”, at bestillerne bestemte hva de som utførere skulle gjøre og at dette følte negativ på den måten at utførerne følte de ble fratatt kontroll. Andre igjen betraktet bestiller som et forlenget ledd av seg selv, og som tar seg av en del ting utfører ikke har mulighet til å gjøre. Som for eksempel en del administrative oppgaver. Slik kan bestiller og utfører betraktes som to administrasjoner som komplementerer hverandre slik man ser i Webers legale rasjonelle autorisasjonsform. Bestiller fungerer som den som ivaretar reglene og delegeringen av tjenesten og styres av organisasjonsressursene. Utfører fungerer kunnskapsbasert med bruk av profesjonsressurser og kollegial kontroll (Svensson, 2008; Weber, 1964). Det viktig å huske at bestiller også fungerer kunnskapsbasert på bakgrunn av at hun har en helse og sosialfaglig utdanning. Med kunnskapsbasert menes den sykepleiefaglige utdanning bestiller og utfører har. Bestiller er som oftest betraktet som sykepleier i denne studien, da de fleste bestillerne disse informantene forholder seg til er sykepleiere. Dette fant man ut etter litt tid var det beste for at kvaliteten på tjenesten skulle bevares. Utfører måtte kunne forholde seg til en bestiller med samme faglige referanseramme (RO, 2004).

Det blir viktig å se på forholdet mellom bestiller og utfører som forholdet mellom ulike roller og det dette innebærer. Det er interessant å se hva som skjer med kunnskapsmakten til de profesjonelle, når man gjør en sykepleier til utfører og en annen til bestiller og setter disse i et samarbeidsforhold hvor de skal forvalte ulike oppgaver. Det at bestiller tilhører de samme profesjonene (helse og omsorg) som utfører, kan gjøre at forståelsen mellom bestiller og utfører sikres, selv om de har ulike roller og oppgaver. Hvorfor var noen av informantene negative til bestiller mens andre ikke var det? Spesielt med tanke på neste avsnitt er dette interessant.

6.1.1. Bestiller hører på utfører.

Utfører sier hun blir hørt av bestiller. Også de informantene som var mer negativt innstilt sier dette. De føler at bestiller stoler på utfører og har tillit til at utfører er sikker i sin profesjon. Hva betyr dette i forhold til de funnene som ble gjort for eksempel i RO- rapporten

(2004)? Her ser man en mer pessimistisk vending med utsagn som ” det er forhandling med utfører”, ”utfører kan oppleve at de ikke får bestemme selv” også videre. Det som positivt overrasker i forhold til disse funnene var at de fleste informantene i min studie svarte ” vi føler absolutt at bestiller hører på oss”. Bestiller synes å stole på utfører, og bestiller vet at utfører er den som ser bruker mest. Dette er et syn informantene gjennomgående presenterte. En av informantene påpeker at bestiller er avhengig av utfører for å kunne få fatt på nødvendige opplysninger slik at hun kan fatte videre vedtak.

” Som sagt de sitter og møter kanskje bruker eh, 2- 3 ganger over et år. Vi møter gjerne bruker daglig. Vi har mye mer oversikt enn de i forhold til en del ting. Som sagt så utveksles det veldig mye mail og telefoner om hvordan det er med den brukeren, hvordan skal vi gjøre sånn og sånn, hva tenker du om det osv. Det er hele tiden en kommunikasjon.”

RO- rapporten (2004) preges noe av ”oss- dem”- holdningen. Men det er imidlertid vanskelig å si nøyaktig hva som ligger i en ”oss- dem” holdning. RO- rapporten ble gjort i brytningstiden når reformene ble innført og mye nytt skulle på plass. Siden bestillerne er en helt ny gruppe som skal fungere i en organisasjon, kan dette være årsaken til at både bestiller og utfører følte at de ble satt opp mot hverandre og sammenlignet. Særlig når bestiller skulle ta over en del av de tradisjonelle oppgavene utfører før gjorde, som å definere hva tjenesten skulle bestå i. I dag har kanskje reformen fått satt seg og rutineene kommet mer på plass. I RO- rapporten er det dessuten bare bestiller som er intervjuet. Utfører er derfor sett fra bestillers side, men i min studie er det omvendt. Derfor er de kanskje ikke helt sammenlignbare. Dessuten er de gjort på forskjellige tidspunkt og under ulike omstendigheter i BUMs fartstid i Norge.

Vabøs (2007) funn understøtter derimot mer dette informantene mine sier om at de føler de blir hørt. Vabøs informanter mener at et tett og fleksibelt samarbeid hvor utøver tas med i rådspørringen rundt utforming av tjenesten, er helt essensielt hvis systemet skal fungere. Vabø påpeker samtidig at da går organisasjonen tilbake til det den ville vekk fra når BUM ble tatt i bruk. Det at tjenesten skal bestemmes og defineres av en uavhengig instans før den settes i verk av utfører (ibid, 2007. s 229). Det kan hende at en organisasjon hvor bestiller ikke tar nok hensyn til utførers kunnskap om brukeren og ikke velger å bruke denne aktivt, kan bli en stiv og lite fleksibel organisasjon. Da må gjerne bestiller bruke mer tid på kontroll av utførers kunnskap og bruke mer tid hos brukeren for å få tak i aktuell informasjon. I og med at utfører allerede gjennom sitt arbeid hos bruker får tak i denne informasjonen, så kunne

det tenke seg naturlig og mer praktisk at bestiller får denne informasjonen av utfører. Kommunene valgte blant andre grunner å bruke BUM for å gjøre hierarkiet flatere og unngå at organisasjonen ble stiv og tungrodd (Vabø, 2007; Nesheim og Vatne, 2000). Da bør ikke bestiller- utfører forholdet bidra til det motsatte.

6.1.2. Tillit og skjønn.

Ett tett og fleksibelt samarbeid gjør at det dannes tillitskjeder mellom bestiller og utfører. Tillitskjedene mellom bestiller og utfører fremmer kommunikasjon og informasjonsspredning (Grimen, 2008. II). Dette gjør samarbeidet mellom bestiller og utfører mer effektivt siden man ikke går inn og kontrollerer hele tiden. Man må regne med at den andre gjør jobben sin. I denne studien vil kravet til effektivitet være preget av ønsket om en god faglig forsvarlig tjeneste med fornøyde brukere, samtidig som budsjettet overholdes og økende mengde brukere skal håndteres (Hofseth og Norvoll, 2003). Dette er noe informantene også nevner, og som de ikke alltid syntes har vært forenelige krav.

Å ivareta disse tillitskjedene og sørge for at alt blir gjort riktig slik at nestemann i leddet skal slippe å kontrollere arbeidet gjør at det stilles et stort krav til den skjønnsvurdering som blir gjort. Spesielt i hjemmesykepleien der det er mange som hjelper samme bruker uten å ha direkte kontakt med hverandre i en og samme situasjon. En bruker som har hjelp fire ganger daglig, kan måtte oppleve å forholde seg til fire ulike ansatte fra hjemmesykepleien. I tillegg kommer bestiller, fastleger, fysioterapeuter og andre instanser eller fagpersoner inn. På et mikronivå i den organisasjonen som er studert her så vil dette bety at hver arbeidstaker er høyst ansvarlig for at nestemann kan fortsette oppdraget uten å bruke tid på å kontrollere først. Informantene var seg godt bevisst dette ansvaret, og de følte det ikke alltid like lett å overta arbeidet etter nye ansatte utførere eller bestillere de ikke kjente. Informantene mente med dette at det ble lettere å jobbe sammen med folk de visste kunne gjøre jobben sin og som de kjente. Tillitskjeder avhenger slik av at det er en viss kontinuitet i gruppen av ansatte på en arbeidsplass slik at man unngår og stadig måtte lære opp nye som igjen skal danne tillitsgrunnlag med kolleger (Svensson, 2008; Grimen, 2008. II). Med den turn- over og utbytting av personale som helse og omsorgssektoren opplever i Norge i dag, så kan dette bli et utfordrende aspekt ved tillitsdanningen (Bakken et al, 2003).

Videre kan utøvelse av skjønn gi utfordringer til bestiller og utfører i form av at skjønn innehar en viss normativ kontekst. Den normative konteksten stiller krav til at skjønn utøves likt. Altså lik behandling av like typer tilfeller. Slik sikres jo det ideelle i vedtaket fordi man

sikrer likebehandlingsprinsippet i BUM. Samtidig så krever utøvelsen av skjønn at man tenker individualisering. Dette er spesielt viktig i den menneskebehandlingende organisasjonen hvor alt kan forandre seg i løpet av kort tid (Christoffersen, 2005). Sykepleieren blir også lært opp til å tenke individualisering i sin profesjon for å ivareta brukeren på en helhetlig måte, som gjennom Orems sykepleieteori (Orem, 1991). En informant beskriver dette på følgende måte:

”Men det er ikke alltid at eh, det er ikke alltid de skjønner (”de” er bestiller, forfatters anm.). Vi har prøvd å sagt sånn der; at det går ikke ann at denne brukeren er hjemme. Jammen de skal gi mer tid, skal gi mer vedtak, de skal gi en time, en time på morgenstell. Men det funker jo ikke det, hun vil jo ikke stelle seg. Om du gir to timer så vil hun ikke stelle seg uansett. Hun er jo så syk at hun skjønner ikke det at hun må gjøre det. Så om du gir meg en hel arbeidsdag så, om du gir meg sju timer der, så hjelper ikke det. Og det skjønner ikke de alltid. Det er ikke alltid de fikk forståelse for hvordan eh ting er.”

Mens en annen sier dette:

”Nei, det er kanskje det at de er litt, de blir litt fjerne (”de” er bestiller, forfatters anm.) For oss som er utførere. De blir på en måte lite synlige i vår hverdag. Da kan det lett, altså man kan jo lett komme i konflikter at eh det er vi som er der, dere har bestemt sånn og sånn og, det ligger jo, det ligger jo for så vidt konfliktmateriale i selve den modellen da. Det gjør det jo da i og med at de er fjerne fra oss og egentlig også fra utfører, eller fra pasienten.”

Disse sitatene illustrerer at utøvelsen av skjønn sett i lys av likebehandling og individualisering ikke alltid er like enkelt. Spesielt hvor dette skal behandles både av utfører og bestiller. Det krever at bestiller og utfører er enige i utøvelsen av det skjønn som omhandler avgjørelsene tatt i forhold til en bestemt situasjon og bruker. Bestiller og utfører skal skjønne ulike ansvarsområder og dette kan gi dem ulike briller å se med. Har de dermed ulike forutsetninger for utøvelse av skjønn? De har altså ulike roller og ulikt ansvar ovenfor brukeren, dermed har bestiller og utfører sete i forskjellige kontekster når de skal behandle tjenesten til bruker. Grimen og Molander (2008, s 192) omtaler disse utfordringene som ”skjønnets byrder”. Skjønn er nødvendig for å komme frem til gode faglige beslutninger rundt brukerne og deres situasjoner. Men skjønn er en resoneringsform som farges av erfaring og omstendigheten man er i, og ulike tidspunkt og ulike personer kan komme til ulike konklusjoner i like situasjoner. Samtidig er både bestiller og utfører sykepleiere som gir dem en faglig bakgrunnsmessig forutsetning til å forstå hva som må til, men konteksten er ulik.

Bestiller sitter stort sett på kontoret og ser brukeren gjennom tall og vedtak, mens utfører står ute hos bruker. Begge kontekstene er like viktige for at tjenesten til bruker skal fungere, men det er og viktig å være klar over potensielle konflikter i dette forholdet når det kommer til skjønnsvurdering. Man kommer neppe unna disse utfordringene til skjønn i bestiller-utførerforholdet, men man kan finne måter å takle dem på. Som når informantene sier at god kommunikasjon med bestiller er viktig for at arbeidet skal fungere.

6.1.3. Kommunikasjon mellom bestiller og utfører.

Når bestiller og utfører skal komme til enighet rundt en skjønnsmessig vurdering av bruker og dennes vedtak, så kan det synes nødvendig at man har en god og åpen kommunikasjon hvor man har forståelse for hverandres arbeidsmåter og ansvarsområder. Bentson (1993, s. 30) kom frem til følgende i en studie av bestiller- utførersystemet på offentlige sykehus i England:

*”Only if both provider and purchaser understand the aims and aspiration of each other’s organisations and are prepared to negotiate can the population benefit.”*⁴

Mine informanter angir at grunnlaget for god kommunikasjon er åpenhet og lav terskel for å komme med ros og konstruktiv kritikk. Det var viktig å kvele dårlig stemning ved å være ærlig og reale med hverandre. Ikke alle syntes dette var like lett å få til i en travel hverdag, men man prøvde å være profesjonelle med hverandre. Moderne språkpragmatikk indikerer at det å komme frem til enighet i en samtale ikke alltid har med innholdet i samtalen å gjøre, men også mye med hvordan man ytrer seg i toneleie og hvilke type ord man velger å bruke, noen ord er mer ladede i positiv eller negativ retning enn andre (Eriksen, 2001). Denne kommunikasjonsprosessen mellom bestiller og utfører bør gå knirkefritt skal bruker ha mest mulig nytte av BUM som illustrert i Bentsons (1993) sitat ovenfor. Uklare samtaler kan føre til misforståelser og mistillit mellom partene. Noen av informantene skulle gjerne møtt bestiller mer ansikt til ansikt, mens andre synes det er like greit å bare snakke med dem på telefon. Dette kan bety at noen i en kommunikasjonsprosess er avhengig av fysisk tilstedeværelse mellom partene, mens andre ikke trenger dette. De som gjerne skulle sett bestiller mer i det fysiske nevnte dette ville hjelpe på den ansvarsfølelsen utfører og bestiller hadde ovenfor hverandre. At det slik ble mer motiverende og lettere å samarbeide med noen man hadde sett ”i levende live”. For disse informantene ble dette viktig for en følelse av ansvar og tillitsbygging med bestiller. En av informantene påpekte at siden alt er blitt så

⁴ Purchaser oversettes til bestiller. Provider oversettes til utfører. Oversettelse funnet hos Vabø, 2007. s. 52.

effektivt så spiller det ingen rolle om man hadde møttes like ofte som man gjorde før. De hyppige møtene man før hadde med bestiller var rasjonalisert bort. Hun mente at dette ikke hadde noe å si for arbeidet hun utførte. Hun følte at hun var blitt vant med å jobbe på denne måten og synes dette gikk greit. Hun snakket med så mange ansiktsløse stemmer i arbeidet rundt brukeren allikevel. Navnene på disse stemmene var der jo. Man måtte bare være profesjonell, så holdt det.

Velfungerende tillitskjeder særpreges av at partene i tillitskjeden har forståelse for og kunnskap om hverandres arbeidsfelt, slik vet man at man kan stole på nestemann i kjeden. Denne kunnskapen formidles gjennom en ærlig og åpen kommunikasjon med hverandre, ellers må tillit gå over til å bli kontroll (Eriksen, 2001). Kontrollkjeder betegnes som kostnadskrevenende og ressurstappende når man hele tiden må gå over og dobbeltsjekke det arbeid som er gjort (Grimen, 2008. II).

6.1.4. Kollegialprinsippet som profesjonskontroll mellom bestiller og utfører.

Det at det er sykepleiere og andre med helse og sosialfaglig bakgrunn som sitter som bestiller, kunne tenkes å styrke kollegialprinsippet som kontrollinstans, og dermed motvirke tendensen til profesjonen som ”demokratiets sorte hull (Svensson, 2008; Eriksen, 2001; Christoffersen, 2005). Når da utfører er så entydig positiv til dette at bestiller stoler på dem som utfører, så betyr vel det at kollegialprinsippet som kontrollinstans mellom disse to gruppene fungerer? Bestiller ser tallene i vedtaket, men ser sjelden bruker. Betyr det at bestiller lar det utfører foreslår gå igjennom egentlig at både bestiller og bruker er avhengige av at utfører gjør jobben sin skikkelig? I den travle hverdag er det ikke sikkert bestiller har tid til å kontrollere utfører nøye. Med mindre det kommer en klage fra bruker, andre kolleger, eller pårørende. Mye ansvar hviler på utførers skuldre, samtidig som bestiller også har et ansvar når denne legitimerer utførers kunnskap.

Man må se på i hvor stor grad bestiller og utfører opptrer som kolleger. De har et grunnleggende likt utgangspunkt, med tanke på sine utdannelser. Bestiller er og ofte rekruttert fra en jobb i pleien (Vabø, 2007; RO, 2004). Men samtidig sier en del informantene at de føler at bestiller er fjern fra utfører og bruker. I andre situasjoner igjen sier informantene det motsatte, at det er et tett samarbeid mellom bestiller og utfører. Igjen dukker det opp ulike oppfatninger blant informantene. BUM legger opp til at bestiller og utfører skal ha hver sin rolle i organisasjonen (Klausen, 2001). Det kan ha noe med at disse rollene ”bestiller” og ”utfører” ikke er hundre prosent definert. Kanskje at hver arbeidstager, det være seg bestiller

eller utfører, har egne oppfatninger av hva som er ansvar og oppgaver. Det kan å være et resultat av at de ansatte blir gjort mer selvstendige i BUM. Men det blir viktig å se på dette med kontekster som nevnt angående bruk av skjønn. Bestiller og utfører er altså sykepleiere, men med ulike roller.

Man kan spørre seg om graden av kollegialitet som kan gjelde når utfører og bestiller har disse ulike rollene. Det kan bli et spørsmål om hvor man skal trekke grensen mellom bestiller og utfører som kolleger og mellom dem som to adskilte grupper. Det er viktig å forstå at kollegial kontroll er det samme som når kolleger stoler på hverandre gjennom tillitskjeder (Svensson, 2008). Noen ganger kan bestiller ha større behov for en mer overordnet kontroll av utfører enn det kollegial kontroll kan gi, i og med at bestiller sitter på en del økonomisk og juridisk ansvar. Bestiller har heller ikke samme mulighet til kollegial kontroll siden bestiller og utfører sjelden møtes i det daglige, slik utførerne møter hverandre (Christoffersen, 2005).

Evetts (2009) mener at ideene fra NPM vil svekke kollegialprinsippet som kontrollinstans fordi kollegene ikke lenger blir kontrollert av hverandre, men av byråkratiet. Her tenkes bestiller som en del av det byråkratiet (om man kan kalle bestiller for byråkrat). For ser man på det NPM sier om at bestiller skal definere vedtaket, så får dermed bestiller oppgaven å definere hva arbeidet til utfører skal bestå i. Og at når man får oppgaven å definere arbeidet til andre, så er man nødvendigvis overordnet den instansen man definerer arbeidet til. Evetts snakker om at med bruk av NPM i offentlig sektor blir noen av målene å gjøre de profesjonelle om til ”managers”, som kan styre de andre profesjonelle som fortsetter å ”bare” være profesjonelle. Slik man her rekrutterer sykepleiere til å bli bestillere. Mine informanter kan ikke akkurat understøtte dette, siden de mener seg selvstendige i forhold til bestiller på den måten at bestiller hører på dem og bruker deres meninger aktivt. Informantene sa at partene rådfører seg med hverandre før de tar viktige beslutninger, de jobber som et lag. Her ser man hvordan lokale forhold praktisk sett tvinger frem en løsning på det som ikke fungerer i modellen (Vabø, 2007). Det kan hende det blir enklere å snakke om at kollegialprinsippet fungerer utførerne imellom, mens mellom bestiller og utfører fungerer en mer formell og overordnet kontroll fra bestillers side, siden bestiller definerer vedtaket svart på hvitt og utførers ansvar er å utføre vedtaket, juridisk sett.

6.2. Bestiller- utførermodellen sett fra utførers øyne.

6.2.1. Administrasjon og dokumentering.

De av informantene som hadde jobbet lengst og hadde vært med på bestiller- utfører-reformen, la lite vekt på det at de hadde mistet noe av kontrollen over defineringen av det arbeidet de skulle gjøre. Dette er noe som understrekes som det negative ved BUM i RO-rapporten (2004, s. 28- 30). De legger i stedet vekt på at de har mer tid i brukerrelatert arbeid fordi de slipper mye av det administrative arbeidet. Eller sagt på en mer korrekt måte, de sier de hadde hatt enda *mindre* tid i brukerrelatert arbeid hvis de måtte ha all administrasjonen som nå bestiller tar, i tillegg. Det ble av informantene betraktet som en klar fordel at bestiller satt på kunnskap om dokumentasjon, administrasjon og juridiske elementer. Et aspekt i NPM var å trappe ned på byråkratiet (Vabø, 2007; Klausen, 2001), men man kan lure på om dette har skjedd etter innføringen av BUM. For samtidig som utfører sier at bestiller gjør mye administrativt, så sier de og at modellen innebærer mye dokumentasjon og kontroll for utførerleddet. Informantene sier det slik at de føler det er en del papirarbeid ”for papirarbeidets skyld”. Evetts (2009) snakker videre om hvordan den individuelle arbeidstaker blir mer ansvarliggjort, siden NPM og BUM åpner for større ansvar nedad i organisasjonen. Dette betyr at organisasjonens suksess eller nederlag avhenger av flere individuelle ansatte. Informantene illustrerte dette med hvordan de slet med å dokumentere stadige forandringer hos brukerne for at tallene i systemet for aktivitetsbaserte inntekter (ABI) skulle bli riktige og slik at virksomheten skulle få penger for den faktiske tiden de brukte ute hos brukerne.

6.2.2. Likebehandling eller individualisering av bruker?

Informantene mente de gjør sitt beste for brukeren, noe de mener bestiller også gjør. Men modellen er blant annet laget ut ifra at man skal likebehandle alle for å oppnå rettferdighet i utdeling av tid og ressurser. Bestillerkontoret forholder seg derfor til maler som for eksempel ”30 minutter på dusj” og ”20 minutter på sårstell”, gjennom ABI- systemet. Så blir det nesten alltid opp til utfører å utvide eller minimere denne tiden etter som individets behov vurderes fortløpende. Noen bruker et kvarter på en dusj, mens andre bruker én time. Her utføres skjønnet for brukerens beste, slik Orem (1991) mener man skal se på individets unike evne til egenomsorg. Dette viser også igjen at BUM er avhengig av fleksibilitet mellom bestiller og utfører. En rigid organisasjon kan føre til lavere kvalitet på tjenesten.

Kravet om individualisering kan stå i konflikt med kravet om likebehandling når knappe ressurser skal deles mellom mange (Grimen og Molander, 2008. s 190). Dette illustrerer videre dette ”trilemmaet” Hood (1991) legger frem hvor ønsket om en rettferdig fordelt tjeneste for brukerne, overholdelse av budsjett, en fleksibel og motstandsdyktig organisasjon kan komme til å stå i konflikt. Arbeidstakere i en omsorg og velferdsetat som er styrt av markedsprinsipper vil måtte hankses med dette trilemmaet daglig. Informantene reagerer når de får fem minutter på utdeling av medisiner, og de sier at ingen ting tar fem minutter. Man deler ikke bare ut medisiner, men er nødt til å snakke litt. Brukeren skal føle seg sett i den menneskelige relasjonen som oppstår i det utfører går inn døren til bruker. Det kan bli vanskelig å vite hvilken av elementene av trilemmaet man skal velge å være lojal mot når konfliktene oppstår. Man skal gi bruker god kvalitet på tjenesten, men holde seg innenfor budsjettet. Man skal definere hva god kvalitet på tjenesten er ut ifra egen kunnskap, men også ut ifra hva brukeren mener er god kvalitet. Noen av informantene sier de bruker den tiden de føler de trenger, fordi dette er det de mener er det eneste forsvarlige. Slik kan man kanskje si at de er lojal mot brukeren. Dette er kanskje det mest logiske, siden utfører er der for brukeren. Man ble jo sykepleier for å ta vare på andre mennesker, ikke for å balansere et budsjett. Men andre informanter mener at det er viktig å følge ABI-systemet slik at organisasjonen overlever økonomisk, så her er det ulike oppfatninger.

6.2.3. Dannelsen av en ny profesjon?

Evetts (2009) snakker om den ”nye profesjonen” (jamfør s. 16). I følge Evetts er dette en profesjon som skapes av ideene som ligger bak NMP. Denne ”nye” profesjonen vil ideelt sett ta hensyn til markedstenkingen, samtidig som den beholder sin faglige samvittighet ovenfor brukeren ved å gjøre det den mener den må gjøre for at brukeren skal få et tilfredsstillende tilbud. Informantene mente at dette ikke alltid var like forenelig. Ved å ta hensyn til markedstenkingen som er til stede i NPM, så kan dette bety at utfører tar i mot de brukerne som kommer, fordi de skal utføre det bestiller har bestilt av tjenester. Noen av informantene uttrykte at de måtte ta imot alt av brukere, så lenge det var faglig forsvarlig. Det blir vesentlig å se på hvor grensen går på hva utfører tar i mot, og det blir viktig hvem som definerer denne grensen. Informantene sier de må ta et grep selv, ved at de med sin fagkunnskap sier stopp til nye brukere når dette blir uforsvarlig. Informantene mente også at de kunne bruke bestiller som ”buffer” og få disse til å hjelpe dem med å stoppe brukere som kommer fra sykehus eller sykehjem. Og ikke kunne ta imot brukere blir aktuelt når for eksempel hjemmet ikke var tilrettelagt med hjelpemidler, slik at utførers arbeidsmiljø kunne

bli utrygt, eller når brukeren har behov av en slik art at utfører ikke har kompetanse til å dekke disse behovene. Informantene bruker den kunnskapsmakt de har som profesjonelle, men de må stadig vurdere nye krav som settes til dem. Å gjøre dette i en travel hverdag beskrives av informantene som noe som ikke alltid er like lett. Evetts spør om hvilke deler av profesjonen som forandres under innflytelse fra NPM og hvilke aspekter ved profesjonen som fortsatt vil bli kontrollert og dannet av den profesjonelle gruppen selv. Informantene holder på sine faglige beslutninger som profesjonelle som et aspekt ved sin profesjon de vil bevare, men de føler at dette er noe de stadig oftere må forsvare.

Det blir viktig å se på hva slags kunnskaper utfører har i forhold til et mer spesialisert hjelpeapparat. En informant sa at de stadig oftere måtte si nei til spesielle brukere, fordi de ikke hadde den kunnskap eller resurs som skulle til for å ivareta disse brukerne på en trygg måte. De følte stadig forventningspresset fra andre instanser om at de skulle kunne være i stand til å ta imot hva som helst. Dette eksemplifiseres gjennom samarbeidet med spesialister og sykehus. Ved spørsmål om hva som fungerer utilfredsstillende med denne modellen svarer informantene blant annet at det er dårlig kontakt mellom første og andrelinjetjenesten. Dette har ikke direkte noe med modellen å gjøre. Det kan heller tenkes at markedstenkingen fra NPM har noe å si for dette. Siden utfører må ta de ”kundene” bestiller får og legger frem et tilbud til. Informantene sier at de får for kort frist fra sykehuset før ofte dårlige brukere, slik som kreftpasienter kommer hjem og rekker derfor ikke å forberede skikkelig pleie.

”Og der en ser dette gjerne veldig klart er ofte i forbindelse med at når det er skrevet ut kreftpasienter, som har behov for ganske mye pleie og hjelpemidler i hjemmet, det at de skrives ut med 1-2 dagers varsel og hvor en ikke har tid til å forberede en god hjemmesykepleie. Mye må bestemmes og planlegges idet bruker kommer hjem. Og da blir det ofte litt, da føler kanskje sykepleieren at hun skulle hatt mye mer informasjon for å kunne legge til rette før bruker kommer hjem, slik at alt kunne gå på skinner.”

Informantene nevnte dette som noe de alle hadde erfart én eller flere ganger. Melsom og Wist (2001) gjorde en studie av terminale kreftpasienter i Oslo, hvor de undersøkte smertelindring av slike pasienter. Her finner de ut at det er for dårlig organisert kontakt mellom sykehus og hjemmebaserte tjenester. Effektiv smertebehandling er en forutsetning for at kreftpasienter og pasienter med lignende problematikk skal kunne være hjemme, og undersøkelser viser ifølge denne studien at døende vil dø hjemme. For at hjemmetjenesten skal kunne få til smertebehandling må de ha tett kontakt med spesialistene. BUM må gjøre

bestiller og utfører i stand til å takle dette, men denne oppgaven vil ikke gå nærmere inn på denne diskusjonen, men den kan være interessant å ta med videre i fremtidig forskning.

Solheim og Aarheim (2004, s 292) diskuterer hvorvidt hjemmetjenesten kan fortsette å være en generalisthelsetjeneste og om dette er realistisk i forhold til den utviklingen som skjer, hvor brukerne i hjemmetjenesten blir mer varierte og flere. Er denne utviklingen at det blir flere og mer kompliserte brukere en konsekvens av markedstenkingen? Hofseth og Norvoll (2003) bekrefter dette i sitt studie hvor de finner at variasjonen i sykepleieroppgavene hadde økt og at sykepleierne var usikre på om de ville greie å møte disse nye behovene hos brukerne.⁵

Vabø (2007) er opptatt av at globale teorier ikke kan bli tredd nedover hodene på folk, men må tilpasses de lokale behov og strukturer. En del går på hvor mye av arbeidshverdagen disse sykepleierne er med på å forme selv og hvor mye formes de av organisasjonen rundt dem. En av sykepleierne sier at de nå er blitt så vant med å ha mye å gjøre hele tiden at de nesten ikke husker hvordan det var før. Dette kan bety at organisasjonen har skapt folk som tåler mer og tilpasser seg lettere. Eller det har blitt slik fordi det faktisk er en økende brukermengde (Hofseth og Norvoll, 2003). Men da må eventuelt organisasjonen legge til rette for at man skal kunne ta inn flere brukere, slik at de ansatte greier å møte dette behovet. Informantene var litt delte i sitt syn på dette. Noen syntes det gikk greit med BUM og økende travelhet så lenge man hadde ”gode perioder” innimellom. Andre var mer ”slitne”, og la stor vekt på at noen perioder var det vanskelig å få ting til å gå i hop. Dette kan ha noe å gjøre med at det er ulike soner og virksomheter som informantene kommer fra. De utsettes for et noe ulikt press når det gjelder til brukermengde og type brukere. Informantene mente at det var godt arbeidsmiljø og de gjorde det de kunne for å ta vare på hverandre. Men de manglet stadig folk, og måtte bruke en del vikarer i perioder. Norvoll og Hofseth (2003) rapporterer at misnøyen med arbeidsplassen blir noe økende i store byer enn i mindre bygdekommuner, noe som bør være naturlig når større mengder brukere og ansatte skal håndteres. Men da er det jo greit å se på at det er de større kommunene som helst har valgt BUM, og spørsmålet blir om modellen er laget for å takle høy turn- over (RO, 2004).

⁵ Regjeringen jobber med å styrke fagutviklingen i hjemmebaserte tjenester. De vil blant annet utvikle ”undervisningshjemmetjenester”, på samme måte som undervisningssykehjem. Det vil gjennom dette gis flere midler til forskning og prosjekter. Dette kan være med på å definere hva hjemmesykepleien skal bestå i, og definere den tjenesten som skal ytes. (st.prp. nr 1, 2008- 2009; st. meld. nr 30, 2008- 2009)

6.2.4. Kvinnen og bestiller- utførermodellen.

En arbeidsplass som er preget av mange deltidsstillinger, høy turnover og høyt press, som videre kan føre til sykemeldinger og lite stabilitet, er dessverre det en del kvinnelige yrker i helse og omsorgssektoren preges av i dag. Kvinner utgjør et stort flertall innenfor arbeidsområdet, men de har sansyneligvis liten makt når reformer skal vedtas og får dermed ikke nødvendigvis mer makt til å forandre sin egen arbeidssituasjon (Bakken et al, 2003). Kvinnen gjøres mer individuelt ansvarlig for sitt arbeid gjennom BUM og får derfor et stort ansvar for å sette reformen ut i livet (Gullikstad og Rasmussen, 2004). Helse og omsorgspolitikken omtales som et av de vanskeligste områdene lokale og sentrale beslutningstakere skal forvalte og styre. Dette delvis fordi det er den menneskebehandlingens organisasjons uforutsigbarhet som skaper vansker, og dette gjør at man ikke kan sette en pris på omsorg. Dette gjør at den praktiske hverdagen til de som jobber i direkte kontakt med brukeren, altså de arbeidsplassene som hvor det er mest kvinner, må ta det økonomiske og kvalitetsmessige ansvaret (Bakken et al, 2003). Vabø (2007) snakker om ”wicked problems” i helse og omsorgssektoren for å illustrere den uforutsigbarheten og stadig forandring i brukermassen utførerne må forholde seg til og som gjør dette området så vanskelig å styre økonomisk og kvalitetsmessig. Dette aktualiserer spørsmål om forholdet mellom ansvar og makt, som i den gitte kontekst ikke kan ses uavhengig av kjønns- og profesjonstilhørighet. Profesjoner som sykepleie hvor kvinner er i et klart flertall lider i følge Gullikstad og Rasmussen (2004) under dette at den omsorgen de gir tolkes som ”morsomsorg” fordi de er kvinner, og at dette ikke betraktes som profesjonelt. Dahle spør seg og om sykepleier fullt ut verdsettes som profesjon og om sykepleiere ikke får den respekten de bør få og har derav den makten de trenger for å heve eget arbeid opp til et nivå hvor de kan få mulighet til å forandre det de syntes er uholdbart. Dette er ikke noe som vil diskuteres nærmere i denne oppgaven, da kjønnspektivet har vært fraværende under innsamling av data. Men det ble viktig å ha noen tanker om denne problematikken fordi det er en kvinnelig arbeidsplass som studeres. Informantene var opptatt av profesjonalitet og hvordan de brukte deres kunnskap som profesjonelle. Som gjennom ytringer som *”så lenge det er faglig forsvarlig”, ”vi setter grenser utifra faglighet”, ”vi diskuterer med kolleger om det er faglig forsvarlig” og ”vi er jo profesjonelle”*. De bruker bevisst sin profesjonelle kunnskap i samarbeid med brukere, andre instanser og fagområder.

6.2.5. En presset hverdag.

Noe av det negative som trekkes frem av informantene, kommer av måten BUM er lagt opp i system på og hvordan modellen praktiseres. Det er større rom for feil ved at vedtaket allerede er laget, svart på hvitt. Man får en liste med gjøremål. Eksempel på en slik liste er ”NN, sårstell, 20 minutt”. Eller ”NN, dusj, frokost, ta på støttestrømper, 60 min”. Og at det da kan bli vanskelig å ”tenke utenfor boksen”. Vedtakene kan sees på som en standardisering av arbeidskraften på forhånd. Slik kan man kontrollere og garantere at selvstendig arbeid, slik som i hjemmesykepleien, oppfyller kravene til kvalitet på tjenesten og sikre brukeren det denne faktisk skal ha av hjelp. Da kan dette kan gjøres uten direkte overvåking (Svensson, 2008). Man kan si at det er opp til den enkelte utfører å kunne ta såpass ansvar for å se helhetlig på brukerens situasjon, men informantene nevner faktisk at det kan være så travelt at enhver lille ekstra ting som må gjøres og som ikke er tatt med i tidsskjemat er nok til å velte hele tidsbudsjettet den dagen. Man blir sittende overtid. Er man sliten nok, så gjør man feil og dette bekymret informantene.

”Men bestiller- utførermodellen det har jo og med eh, har med dette ABI (Aktivitets Baserte Inntekter, forklart innledningsvis. Forfatters anm.) og gjøre og det er litt inni bildet ikke sant vel. Og det syns jeg er blitt endret at vi har mye dårligere tid, det er ikke til å stikke under en stol. Vi springer mye mer. Og, om vi, jeg skal ikke si at vi gjør en dårligere jobb, men vi gjør nok av og til det ja. En slettere jobb, for vi har ikke tid, eller så tror nok jeg i mange situasjoner, så tror jeg at det kan være veldig lett og, ting du ikke har sett, trenger du ikke gjør noe med. Skjønner du, at du får tid til å observere, men ikke vil observere, for da må du gjøre noe med det, for du har ikke tid, du har tre stykker etterpå.”

Systemet er lagt opp slik at arbeidet skal standardiseres på denne måten. Men man trenger og et system som kan håndtere det uforutsette, siden man jobber med syke mennesker hvis tilstand kan forandre seg raskt, både til det bedre og det verre. Det foregår altså hele tiden en reduksjon eller økning i brukernes behov. Ikke bare skal disse behovene kartlegges slik at tiden og kostnadene i ABI blir korrekte, men de med forverret helsetilstand skal sees slik at disse kan få den hjelpen de faktisk trenger. Det uforutsette må håndteres av de profesjonelle. Det vil si at man legger ansvaret på den enkelte utfører å observere og fange opp disse forandringene og iverksette tiltak for å bedre situasjonen. Blir ikke dette fanget opp så får man en feil som må korrigeres. Mye ansvar legges på den enkelte ansattes skuldre. Igjen kan man se den individualisering av ansvar NPM understøtter og som Evetts (2009) kritiserer.

Tillitskjeder og flerpersongrutiner (Grimen, 2008, II) kan i hektiske perioder danne et grunnlag for at feil føres videre via kjedene fordi man ikke har tid til å kontrollere og dette kan lett bli en kritisk feilmelding i systemet som kanskje ikke oppdages før det er for sent. Høyt nivå av stress setter evnen til utøvelse av skjønn på prøve. Man skal være erfaren og selvstendig for å kunne ta avgjørelser hele tiden. I hjemmesykepleien drar man innom mange brukere, og på hektiske dager med mange dårlige og syke mennesker må man ta mange riktige avgjørelser vedrørende flere ulike brukere i løpet av kort tid. I tillegg må man videreføre riktig informasjon til den som tar over på neste vakt, altså den som er nestemann i tillitskjeden. Dette kan føre til mange muligheter for feil når man er under press. Evetts (2009) mener at individualiseringen av ansvar vil skape en større individuell selvdisiplin fordi den ansatte med ansvar for bare en liten del av arbeidet, ikke har kontroll over helheten og ressursene. Den ansatte kan da ville prøve å gjøre sitt beste med de midlene hun har, men kanskje disse midlene ikke er nok for å gjøre fullgodt arbeid. Dette illustreres av det denne informantene sier:

”For du skal si hei og være høflig og du skal si god dag og er det et problem så skal de kunne ta det opp. Ofte så er det slik at man gir medisiner til folk med demens og da må en kunne observere litt hvordan ting går ellers og utenom medisinene. Så der kom den faglige biten, som presser den lille tiden.”

Tiden som blir gitt på vedtaket går ikke alltid sammen med den tiden det tar å være profesjonell i relasjonen med brukeren. Det å holde seg til et vedtak og samtidig vise skjønn er heller ikke alltid nødvendigvis forenelig. I den menneskebehandlernde organisasjonen opplever man ustabiliteten ved mennesket svært nært, ingen dager er like. Den ene dagen kan det hende at ”gikta er god” og NN. trenger ikke så mye hjelp, om en uke er hun så stiv at hun trenger masse hjelp. Man må som tidligere nevnt hele tiden være i stand til å ta uforutsette hendelser. Informantene sa at de ofte brukte tid på å dokumentere slike forandringer slik at tallene skulle gå i hop. Samtidig er de forutseende og planlegger det som kan planlegges.

”Og så er det alltid mange ting som er uforutsigbart i hjemmesykepleien, det vil det alltid være. Du kan ikke legge inn alarmer for eksempel, alarmer får du. Uten at du kan planlegge det. Men alt, alt som kan planlegges, vil jeg planlegge.”

Sykepleier, både bestiller og utfører, er opplært til å tenke helhetlig om de menneskene de behandler (Orem, 1991; Biermann, 1996). Sykepleier anvender disse ”reglene” for å foreta en identifisering av problemene som brukeren sliter med (Biermann, 1996). Noen av

informantene sier at de mister den helhetlige biten, når tiden hos bruker kun dreier seg om det som står på vedtaket. Selv om bestiller gjør sitt for å legge til rette for at utfører skal kunne bruke sin fagkunnskap, gjennom at bestiller bruker denne kunnskapen aktivt, så kan det kanskje virke som om systemet ikke gjør det. Sykepleier observerer at ting bør gjøres fordi hun er profesjonell. Men hun ender opp med å tenke på at hun ikke har tid, for hun skal innom flere etterpå. Da kan hun risikere å måtte gå på akkord med sin egen faglighet. Dette er fordi denne helhetlige tankegangen står på spill når arbeidsoppgavene standardiseres og man i tillegg skal gjennom den travle hverdagen.

6.3. Fordeling av oppgaver og ansvar mellom bestiller og utfører.

Ansvarsfordeling mellom bestiller og utfører dreier seg mye om det praktiske i hverdagen. Hvordan styrer bestiller og utfører arbeidet sitt og hva slags formeninger de har om hva som er deres ansvar, sett fra utførers perspektiv. Når BUM ble iverksatt, var det problemer ifølge RO- rapporten (2004), med å definere hva som skulle være bestillers og utførers ansvarsområder. Dette er noe man antagelig som regel opplever når man skal reformere en organisasjon, man må våge å tenke nytt og våge å eksperimentere for å finne frem til gode løsninger.

Informantene mente at det var ganske klart fordelte ansvarsområder. Men problemene kan synes å oppstå i gråsonene mellom disse ansvarsområdene hvor både bestiller og utfører kan ta oppgaven. Som når det gjelder bestilling av hjelpemidler. Ifølge informantene kunne det oppstå irritasjon og diskusjoner rundt dette. Ingen var helt sikre på når det var bestillers ansvar eller utførers ansvar å gjøre dette. Det virket ifølge informantene som om det ble vurdert ut ifra hvert enkelt tilfelle.

Det samme gjelder det første besøket hos en ny bruker. BUMs markedsmessige ideal tilsier at brukerens hjelpebehov helst skal avklares av en uavhengig instans (altså bestiller), før vedtaket lages og iverksettes av utfører (Vabø, 2007). Ifølge utfører er det en klar fordel at bestiller går inn først, slik at denne kan fatte et korrekt vedtak basert på hva bestiller har sett med egne øyne hjemme hos bruker. Går utfører inn først så er det gjerne under tidspress, fordi denne ikke har fått tiden til rådighet som bestiller har på sine besøk. Informantene opplevde at de måtte kartlegge brukeren for å kunne forberede den kollegaen som skulle inn på neste vakt. Dette kunne bli hektisk og ufullstendig, og i tillegg måtte sykepleier basere seg på et

mangelfullt vedtak fra en bestiller som ikke har sett bruker. En informant nevnte spesielt dette med at bestillers første besøk var en måte å kartlegge utførers arbeidsmiljø og slik ivareta utførers sikkerhet på, og at det derfor var viktig at bestiller gikk inn og gjorde dette før utfører faktisk iverksatte arbeidet.

”Problemet er at bestillerkontoret ikke går inn de første dagene og at førstesykepleier (utfører, forfatters anm.) som går inn ofte må ta en første vurdering av hjelpebehovet, så mye av jobben er da allerede gjort når bestillerkontoret kommer inn.”

I Vabøs studie (2007, s. 228) ser man tendensene til den samme praktiske ulempen. Vabøs informanter er i tvil om det lar seg gjøre å fatte enkeltvedtak på grunnlag av et møte mellom bestiller og bruker og at det å avklare hjelpebehov og kartlegging av hjem ofte tar lenger tid enn det. Vabøs informanter sier videre det samme som mine informanter gjør, at det ofte er utfører som går inn først, og derfor skaffer til veie viktig informasjon om brukeren.

Det er viktig å understreke at ingen av informantene syntes dette var et stort problem, men at det er slike ting som burde ha vært avklart på forhånd i en hektisk hverdag og informantene utrykte irritasjon over å måtte bruke tid på dette. Det kan være uttrykk for at reformen ikke helt har satt seg i organisasjonen ennå. Noe av kritikken mot BUM dreier seg om dobbelt bruk av kompetanse, siden ansvarsområdene flyter over i hverandre, kan dette føre til at arbeid blir dobbelt gjort og dette igjen fører til unødig løsning med ressurser (Nesheim og Vatne, 2000. s. 75).

Burde bestillers kartleggingsfunksjon gjort på denne måten tas vekk og er den nødvendig når utfører kan gå inn først? Så det kan tenkes å være en mulighet for å forandre på bestillers og utførers arbeidsoppgaver slik at de blir mer praktiske og dermed tilpasse modellen til det som faktisk skjer i hverdagen. Utfører vil muligens som regel gjøre seg en mening om brukers behov fordi utfører tolker bruker ut ifra sin profesjonskunnskap og erfaring som profesjonell. Utfører tar den praktiske biten, og befinner seg mer hjemme hos bruker enn det bestiller gjør. Noen av informantene kunne godt tenke seg å ta over ansvaret for denne oppgaven, så fremt det ble lagt av tid og ressurser til det. Bestillerne blir ikke nødvendigvis overflødige, selv om de ikke lenger hadde hatt den praktiske kartleggingssituasjonen. De sitter fremdeles på viktige ressurser i forhold til fatning av vedtaket, dokumentasjon, tverrfaglighet og jus, selv om man da tar vekk noe av grunnlaget i BUM, dette at vedtaket og vurderingen av brukeren skal gjøres av en uavhengig instans før utfører går inn (Vabø, 2007). Det kan hende at slike grep skal til for å gjøre BUM enda mer

tilpasset den hverdagen som bestiller og utfører befinner seg i. Parson (Christoffersen, 2005; Evetts, 2009; Fauske, 2008)⁶ ble kalt naiv da han mente at de profesjonelle hadde et samfunnsoppdrag de ville utføre til det beste for de som trengte deres hjelp fordi dette var noe de var utdannet for. Det kan hende at NMP har tapt noe på å gå vekk fra denne tankegangen når utøver fratras oppgaven med å kartlegge bruker. Busch og Vanebo (2005, s. 150) stiller seg dette spørsmålet:

”Når flere instanser arbeider med å avdekke behovet for offentlige tjenester, kan resultatet bli uklarhet og uenighet om hva som er det reelle behovet? Hvem har best innsikt-utførerne gjennom sitt daglige arbeid eller bestillerne gjennom mer systematiske analyser?”

Ser vi på at en av bestillers oppgaver er å sikre brukermedvirkning (Haug, Engelund og Aarheim, 2004) så oppstår det et nytt dilemma hvis bestillers kartleggingsfunksjon faller vekk som nevnt ovenfor. Møtet mellom bestiller og bruker blir viktig for å sikre brukermedvirkning, siden det er bestiller som fatter vedtaket utifra brukers ønsker, utifra slik BUM fungerer. Bruker skal kunne henvende seg til én instans (Vabø, 2007). Men informantene siden sier at bestiller sjelden ser bruker og at det blir utfører som for det meste formidler brukers ønsker til bestiller, så mente informantene derfor at de som kjente bruker best ble den viktigste formidleren av brukers ønsker.

I følge NPM er det gunstig at bestiller og utfører inngår et kontraktsforhold som skal bidra til styring av organisasjonen, også kalt kontraktstyring. Denne kontrakten skulle erstatte regler og profesjonelle normer i organisasjonen. Kontraktstyringen skulle øke virksomhetens effektivitet ved å legge stor vekt på kontroll av resultatet. (Vabø, 2007; Klausen; 2001). Kontrakten skulle inneholde så spesifikke beskrivelser av den tjenesten som skulle utføres, så utfører kunne finne den beste måten å oppnå resultater på. Slik at utfører kunne være i en konkurransesituasjon med andre utførere, hvis dette var realiteten. Utførerne ville da kjempe om å oppnå best resultater på tjenesten. Dette er ikke fullt så realistisk her i Norge hvor private bedrifter innen helse og omsorg ikke ennå har fått så stort innpass, som de har i for eksempel USA. Det man her oppdaget er at denne form for styring ikke lar seg gjennomføre i like stor grad som man har ønsket. Det blir for kostbart i og med at det er vanskelig å resultatspesifisere tjenesten, siden disse ofte er kompliserte og omfattende. Så man har valgt å gå vekk i fra noe av det NPM nevner som essensielt allerede i starten BUM og heller jobbe

⁶ Dette er sekundærkilder. Det var dessverre ikke mulig å få tak i primærkilden som er Parson, T. (1939). The Professions and Social Structure. *Social Forces* 17. s. 457- 467.

mot tillitsrelasjoner mellom bestiller og utfører. Dette er et eksempel på hvordan BUM tilpasses lokale forhold og går vekk fra noe av det NPM nevner som essensielt (Busch, 2001; NOU, 2005:3, Vabø, 2007).

6.4. Brukerens hverdag med bestiller- utførermodell. Sett fra utførers perspektiv.

Det ser ut som om flere av sykepleierne trekker ut det mest positive med en gang, dette at de kan prioritere brukeren. Som sykepleier aktiv i yrket, er det dette som er primæroppgaven, å ha en nær relasjon til brukeren, ellers er det umulig å løse oppgaven med å hjelpe brukeren i det daglige. Spørsmålet blir da om sykepleier som utfører i denne organisasjonen, oppfyller Orem's (1991) krav til sykepleier som profesjonell omsorgsutøver. Orem's teori ble valgt ut ifra et behov for å definere hva sykepleie er, spesielt med tanke på hva sykepleie i hjemmet er. Orem's teori nevner videre at individuell tilpasning er viktig. Og for å få til individuell tilpasning blir det viktig at bruker og utfører samarbeider om denne tilpasningen. Brukeren bør medvirke. Brukeren er senter i arbeidet til utfører. Hvordan opplever sykepleieren brukers stemme i den bestiller- utførerstyrte organisasjonen? Informantene er opptatt av brukermedvirkning fordi det er en naturlig del av deres måte å jobbe med bruker på, dette er de opplært til gjennom utdanning og erfaring. Noe av kritikken mot BUM og dennes vekt på brukeren som en aktiv forbruker går på dette at det ikke er alle som kan eller vil være aktive forbrukere av en tjeneste. Ikke alle kan være like offensive. Slik kan en del falle utenfor. Brukerorganisasjoner kritiserer BUM for å legge for mye ansvar over på brukeren. (Andreassen, 2005). Orem (1991) sier man må betrakte brukers egenomsorgsbehov utifra hvor stor egenomsorgssvikten for å unngå å legge for stort ansvar for egenomsorg på en bruker som ikke er i stand til dette. Sykepleier benytter seg av de tre sykepleiesystemene som er beskrevet på s.13. Disse sykepleiesystemene bidrar til at de brukerne som er for svake eller ikke vil være med på utformingen også blir tatt vare på, disse som kan falle på utsiden av NPMs karakterisering av brukeren som en offensiv aktør i utformingen av sin egen tjeneste. BUM skal blant annet sikre at alle får rettferdig og lik behandling, ikke bare de som roper høyest. Ressursene som er til rådighet skal fordeles mest mulig rettferdig og brukermedvirkning skal stå sterkt. Hvordan oppfattet informantene dette ble gjort? Ved direkte spørsmål om brukermedvirkning var en realitet i tjenesten, er svarene litt forskjellige. Noen var kontant nei, dette skjer ikke. Andre sier ja de prøver men får det ikke alltid til fordi det er for travelt. De fleste informantene begrunner disse utsagnene med at

det er for travelt, man får for liten tid. Det å snakke med brukeren og kommunisere om slike ting er ikke medberegnet i tiden eller vedtaket. Informantene var lite opptatt av brukermedvirkning som begrep. Men de sier ettertrykkelig at de gjør alt for at brukeren skal føle seg medvirkende fordi dette var det som var naturlig for dem å gjøre i en mellommenneskelig relasjon og at dette er deres intensjon i arbeidet med brukeren.

I Hofseth og Norvolls studie (2003, s 63) sier sykepleierne at jevnt over vurderes antall besøk av hjemmesykepleien som færre en det som brukeren faktisk kunne trenge. En av mine informanter sier dette:

”Når kommunen da samtidig snakker om å være til stede, som også er viktig, så syns jeg ikke kommunen legger til rette for det. Du står og tenker på hvor dårlig tid du har og når du kan komme deg videre til neste mann. Da er du ikke mye til stede hos den brukeren du er hos.”

Tid er altså et viktig element hos mine informanter når de tenker på brukermedvirkning. Informantene ønsker seg mer tid, ikke bare for å være mer tilstede hos den enkelte bruker, men og fordi det blir lite tilfredsstillende i lengden å arbeide med et stramt tidsskjema.

Oppsummeringen av de viktigste funnene presenteres avslutningsvis.

7. Avslutning.

7.1. Kritisk blikk på eget studie.

Etterpå er det alltid lett å se hva man burde ha lagt vekt på. I intervjuene i denne studien ble det lagt mye vekt på den praktiske hverdagen til utfører. Jeg ser at det kunne vært nyttig å fått frem spørsmål som gikk mer på hva BUM gjør med sykepleieridentiteten til informantene. Hva ville eventuelt informantene lagt i hva de følte sykepleieridentiteten deres bestod i og hvordan ble denne identiteten forandret eller bevart av BUM. Jeg har vært veldig fokusert på selve samarbeidsprosessen mellom bestiller og utfører. Samarbeidsrelasjonen mellom bestiller og utfører virker å fungere stort sett greit, noe som selvsagt også er viktig å få frem.

Videre dukket det opp spørsmål om hva bestiller ville ment i en del sammenhenger. Jeg valgte på grunn av mangel på tid og ressurser å kun holde meg til utfører. Og fordi jeg selv jobber som utfører syntes jeg at det var greit å holde seg til utførerperspektivet på grunn av den kunnskapen jeg hadde her. Men bestiller og utfører har ett betydningsfullt samarbeid. Derfor føles det vanskelig å la utfører ha meninger om bestiller, selv om dette kan gi viktig informasjon om bestiller- utførerforholdet. Det kunne med en fordel vært et mer fremtredende perspektiv på kjønn fra starten av, dette var noe som ble mer aktuelt ettersom studien skred frem. Dette er noe som og lager en implikasjon for videre forskning.

Inntrykket jeg sitter igjen med etter denne undersøkelsen er at den preges av motsetninger. Det positive aspektet speiles av et negativt, ikke alltid, men ganske ofte. Fikk jeg svar på det jeg ville? Både og. Jeg har forsøkt å skille mellom de ulike aspektene jeg vil ha svar på gjennom forskningsspørsmålene. Disse spørsmålene henger sammen på en slik måte at det kan være vanskelig å skille de fra hverandre. De omhandler ulike sider ved samme sak. Dette gjorde at det av og til kunne være vanskelig å kategorisere funnene. I tillegg er det naturlig at funnene reiser andre spørsmål man gjerne vil ha svar på. Her følger en oppsummering av de viktigste funnene.

7.2. Oppsummering.

Det første forskningsspørsmålet dreide seg om hvordan sykepleier følte deres ekspertise ble brukt i bestiller- utførersamarbeidet. Her sa alle informantene at deres kunnskap og ekspertise ble aktivt brukt av bestiller. Informantene var soleklare på dette punktet. Selv de som stilte seg negative til modellen. Det var selvsagt ikke alltid de fikk det

gehør de ville ha, men i det store og det hele gjorde de det. Det ble viktig å se på dette siden bestiller og utfører har samme profesjon, men har to ulike roller og dermed forskjellige ansvarsområder. For å ivareta profesjonen og ikke minst brukeren bør faglig likeverd og meningsutveksling mellom bestiller og utfører fungere.

Det andre forskningsspørsmålet tok for seg de negative og positive sidene ved bestiller- utførersamarbeidet. Her får man frem de mer praktiske sidene ved BUM. Det informantene nevner som spesielt positivt er at bestiller tar over en del oppgaver som har med administrasjon og dokumentasjon å gjøre. Spesielt de av informantene som har arbeidet som hjemmesykepleier før BUM trekker dette frem. De sa de får mer tid til brukerne. Men ikke nødvendigvis mer tid til den enkelte bruker, men de kan bruke mer tid på brukerrelatert arbeid. Samtidig som det nevnes at utfører får mer tid til brukerrelatert arbeid, så nevnes det at det er blitt travlere. Informantene syntes de hadde mye å gjøre og at tiden ikke alltid strakk til. Denne problematikken blir nærmere belyst gjennom det tredje forskningsspørsmålet.

Det tredje forskningsspørsmålet omhandler rollene bestiller og utfører. Informantene ble spurt om disse rollene opplevdes som klare eller uklare. Svarene her var at det var klart fordelte arbeidsoppgaver som definerte rollene, men det oppsto problemer der både bestiller og utfører var i stand til å utføre oppgaven. Dette gjaldt førstegangsbesøket hos en ny bruker der man samler inn nødvendig informasjon for fattig av vedtak og bestilling av hjelpemidler. Det er bestillers oppgave å gjennomføre førstegangsbesøket, men på grunn av praktiske hensyn, måtte ofte utfører gå inn først. Informantene stilte seg kritisk til dette da de mente at dette arbeidet ofte ble dobbelt gjort, siden bestiller som regel ville ta et hjemmebesøk, selv om utfører allerede vært hos bruker og skaffet nødvendig informasjon som kunne brukes til å fatte vedtak.

Videre ble det viktig å se på hvordan BUM påvirker tjenesten til bruker, da sett fra utførers øyne. Informantene mente at det var blitt for travelt. Det som ble i hovedsak trukket frem var at det var lett å gjøre feil og et slettere arbeid når man hadde det for travelt. Informantene syntes det kunne bli vanskelig å få til et tilfredsstillende samarbeid med brukeren og uttrykte bekymring over at de ikke skulle greie å realisere begrep som brukervedvirkning .

7.3. Veien videre.

Kritiske røster har begynt å ta et kraftig oppgjør med BUM.⁷ Begynner man å se et behov for en ytterligere tilpasning eller til og med fullstendig fjerning av modellen? Det er aspekter som fungerer godt, og aspekter som ikke gjør det. Men modellen legger opp til selvstendig tolkning på den måten at hver virksomhet kan velge å løse det praktiske på sin måte. Det er viktig med en kartlegging av disse ulikhetene, noe man er i gang med, gjennom for eksempel prosjektet nevnt innledningsvis; *Tid for omsorg* ved Eriksen, Vabø, Wollscheid, og Hallvik som ferdigstilles 31. mai 2010. Man bør få et større perspektiv på hvordan modellen fungerer over hele landet. Det er ikke sikkert denne modellen egner seg i alle typer kommuner, og det er stor forskjell fra land til by som RO- rapporten (2004) og Hofseth og Norvoll (2003) demonstrerer i sine studier.

Det kan hende det blir viktig å se på de elementene som ikke fungerer og samtidig være villig til å gå vekk fra noe av det NPM krever av den organisasjon som velger å bruke denne måten å styre på. Den menneskebeholdende organisasjon stiller store krav i forhold til tid og ressurser skal de fungere. Nettopp tid er noe informantene i denne studien stadig kommer tilbake til. Og få mer tid virker som avgjørende for informantene for å kunne utføre et tilfredsstillende arbeid.

⁷ Det er nylig utgitt en kritisk skjønnlitterær skildring av hjemmetjenesten; *Adjø Felicia, hjemmesykepleier i det rike Norge*, skrevet av Else Panagiotaki (2009). I tillegg er Ingvar Skjerve og Audun Lysbakken (2009) kommet ut med boka *Deltakerne. En reise i demokratiets framtid.* Denne boken beskriver hvordan man bør lansere et tredje alternativ til NPM ved å unngå å kopiere det private markedets løsninger og heller ta sikte på å la demokratiet komme til syne i organisasjonen, ved å la de ansatte komme til orde for hva de mener er en god løsning på hvordan organisasjonen skal styres.

Referanseliste.

- Alvsvåg, H. og Tanche-Nilsen, A. (1999). *Den skjulte reformen. Om mestring i et hjemmebasert hjelpeapparat*. Oslo. Tano Aschehoug.
- Andenæs, A. (2007). Generalisering: Om ringvirkninger og gjenbruk av resultatene fra en kvalitativ undersøkelse. Haavind, H. (red.) *Kjønn og fortolkende metode. Metodiske muligheter I kvalitativ forskning*. s. 287- 320. Oslo. Gyldendal akademisk.
- Andreassen, T. A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten. Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo. Gyldendal akademisk.
- Bakken, B. H. Brinchmann, A. Haukelien, H. Kroken, R. og Vike, H. (2003). *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bentson, D. (1993). Quality, research and ritual in nursing. *Nursing Standard*. 7 (49). s. 29-30.
- Biermann, K. U. (1996) *Dorothea E. Orems egenomsorgsteori*. HiO- notat 1996, nr 5. Avdeling for sykepleierutdanning.
- Bogen, H. (2002). Konkurranseutsetting av omsorg: reduseres kvaliteten? *Tidsskrift for samfunnsforskning, nr 03*, s. 394- 412.
- Bush, T. (2001). Konkurranse, økonomi og effektivitet. Busch, T. Johnsen, E. Klausen, K. K. Vanebo, J. O. (red.) *Modernisering av offentlig sektor. New public management i praksis*. s. 78- 96. Oslo. Universitetsforlaget.
- Busch, T. og Vanebo, J. O. (2005). Bestiller- utførermodellen: Utfordringer og problemområder. Busch, T. Johnsen, E. Klausen, K. K. Vanebo, J. O. (red.) *Modernisering av offentlig sektor. Utfordringer, metoder og dilemmaer*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Christoffersen, S. A. (2005). *Profesjonsetikk*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Dahle, R. (2008). Profesjon og kjønn. Molander, A. og Terum, L. I. (red). *Profesjonsstudier*. s. 216- 230. Oslo. Universitetsforlaget.
- da Silva, B. (2002). An analysis of the uniqueness and Theoretical Foundations of Qualitative Methods. I L. R.-M. Hallberg, *Qualitative methods in Public research: theoretical foundations and practical examples*. s. 39-70. Lund. Studentlitteratur.
- Eriksen, J. Vabø, M. Wollscheid, S. og Hallvik, J. (31. mai 2010) *Tid for omsorg-påvirkninger av bestiller- utførermodellen i kommunene når det gjelder tid for omsorg*. Hentet 9. Juni 2009 fra <http://www.nova.no/index.gan?id=10520&subid=0>
- Eriksen, O. E. (2001). *Demokratiets sorte hull- om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten*. Oslo. Abstrakt forlag.
- Evetts, J. (2009). New Professionalism and New Public Management: Changes, Continuities and Consequences. *Comparative Sociology* 8 (2009), s. 247- 266.
- Fauske, H. (2008). Profesjonsforskningens faser og stridsspørsmål. Molander, A. og Terum, L. I. (red.) *Profesjonsstudier*. s. 30- 53. Oslo. Universitetsforlaget.

- Fjørtoft, A. K. (2006). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Oslo. Fagbokforlaget.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The third logic*. Oxford. Polity Press.
- Graneheim, U. H og Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24 , 105- 112.
- Grimen, H. og Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. Molander, A. og Terum, L. I. (red.) *Profesjonsstudier*. s. 179- 196. Oslo. Universitetsforlaget.
- Grimen, H. (2008). (I) Profesjon og profesjonsmoral. Molander, A. og Terum, L. I. (red.) *Profesjonsstudier*. s. 145- 160. Oslo. Universitetsforlaget.
- Grimen, H. (2008). (II) Profesjon og tillit. Molander, A. og Terum, L. I. (red.) *Profesjonsstudier*. s. 196- 215. Oslo. Universitetsforlaget.
- Gullikstad, B. og Rasmussen, B. (2004). *Likestilling eller omstilling? Kjønnsperspektiver på modernisering av offentlig sektor*. Oslo. Teknologiledelse IFIM. (Mars) SINTEF.
- Haug, H. K. Engelund, H. og Aarheim, K. J (2004). Organisatoriske rammer og organisasjonsmodeller. Solheim, M. og Aarheim, K. A. (red.) *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. s. 53- 63. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons. I: *Public Administration* 69 (1). s. 3–19.
- Hofseth, C. og Norvoll, R. (2003). *Kommunehelsetjenesten- gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien*. Oslo. Unimed helsetjenesteforskning. (januar) SINTEF.
- Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv- honnørord med lavt presisjonsnivå. Willumsen, E. (red.) *Brukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Klausen, K. K. (2001). New Public Management- en fortolkningsramme for reformer. Busch, T. Johnsen, E. Klausen, K. K. Vanebo, J. O. (red.) *Modernisering av offentlig sektor. New public management i praksis*. s. 24-32. Oslo. Universitetsforlaget.
- Kristiansen, J. E og Sandnes, T. (2006). *Dette er Kari og Ola. Kvinner og menn i Norge*. Oslo. Statistisk sentralbyrå.
- Kvale, S. (2001) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Long, T og Johnson, M. (2000). Rigour, reliability and validity in qualitative research. *Clinical Effectiveness in Nursing* 4 (1), s. 30- 37
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*. vol 358, s.483-488.
- Melsom, H. og Wist, E. (2001) Terminalomsorg til kreftpasienter. *Tidsskrift for Den norske legeforening* (22), 2001; 121. s. 2590- 2592.

- Molander, A. og Terum, L. I. (2008). Profesjonstudier- en introduksjon. Molander, A. og Terum, L. I. (red.) *Profesjonsstudier*. s 15- 27. Oslo. Universitetsforlaget.
- Nesheim, T. og Vatne, K. (2000/ 59). *Konkurrans utsetting og bestiller- utfører organisering av norske kommuner*. Bergen: Kommunenes sentralforbund. Forskning.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing, concepts of practise*. St. Louis, Missouri. Mosby- Year Book.
- Repstad, P. (2002). De nære ting: om det å utdanne, bygge og forske på profesjoner. Nylehn, B. og Støkken. (red.) *De profesjonelle*. s. 199- 216. Oslo. Universitetsforlaget.
- RO, Ressurscenter for omstilling i kommunene. (2004). *Bestiller- utførermodell i pleie og omsorgstjenesten- en kartlegging av kommuner og bydeler*. Oslo. Sosial og helsedirektoratet.
- Solheim, M. og Aarheim, K. A. (2004). Utfordringer fremover. Solheim, M. og Aarheim, K. A. (red.) *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. s. 292- 305. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Solheim, M. (2004). Heimesjukepleie- eit spegelbilde av samfunnet og helsetjenesta. Solheim, M. og Aarheim, K. A. (red.) *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. s. 24- 42. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Svensson, L. G. (2008). Profesjon og organisasjon. Molander, A. og Terum, L. I. (red.) *Profesjonsstudier*. s. 130- 143. Oslo. Universitetsforlaget.
- Terum, L. I. (2003). Portvakt i velferdsstaten. Om skjønn og beslutninger i sosialtjenesten. Oslo. Kommuneforlaget.
- Thornquist, E. (2006). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vabø, M. (2007.). *Organsiering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*. Oslo. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Vanebo, J. O. Busch, T. Klausen, K. K. Johnsen, E. (2005). Innledning- om modernisering og bokens innhold. Busch, T. Johnsen, E. Klausen, K. K. Vanebo, J. O. (red.). *Modernisering av offentlig sektor. Utfordringer, metoder og dilemmaer*. s. 15- 25. Oslo: Universitetsforlaget.
- Weber, M. (1964). *The Theory of Social and Economic Organisation*. London, New York. Free Press, The MacMillan Company.
- IPLOS, veileder. (2009). *Veileder for personell i kommunale og helse og sosialtjenester*. Oslo. Helsedirektoratet.
- KOU. (2003:3) *Velferd, virkelighet og visjoner. Mot bærekraftige kommuner*. Kommunenes sentralforbund. Velferdsutvalget.
- Lov om helsetjenester i kommunene.
- Norges offentlige utredninger (NOU). (2005:18). Fordeling, forenkling, forbedring. Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner.
- Norges offentlige utredninger (NOU). (2005: 3). *Fra stykkevis til helt*. Oslo. Offentlige publikasjoner.

NSF. (1999). Konkurranseutetting av pleie og omsorgstjenester i kommunene. Oslo. Norsk sykepleierforbund.

Stortingsmelding 25 (1996-97). Åpenhet og helhet Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.

Stortingsmelding 34 (1999-00). Handlingsplanen for eldreomsorgen etter 2 år.

Stortingsproposisjon nr 1. (2008- 2009). For budsjettåret 2009.

Stortingsmelding nr 30. (2008- 2009). Klima for forskning.

Beskrivelse av litteratursøk.

Litteratursøket ble foretatt i skandinaviske og engelskspråklige databaser. Søkeordene er brukt enten alene eller i ulike kombinasjoner med hverandre. Litteratursøket ble gjort over tidsperioden august- 2008 til april 2009. Kildene som er brukt i dette studiet er ikke bare funnet gjennom databasene. Referanselistene til det stoffet som er funnet er også brukt for å finne frem til aktuelle kilder.

Oversikt over databaser.

- Svemed+
- Norart
- Academic Search Elite
- Cinahl
- British Nursing Index
- Ovid Nursing Fulltext Plus

Aktuelle søkeord.

På norsk:

Hjemmesykepleie, hjemmebaserte tjenester, bestiller, utfører, bestiller- utførermodell, profesjon, brukermedvirkning.

På engelsk:

new public management, homebased nursing, community nursing, provider, purchaser, provider- purchaser relationship, profession, empowerment.

Intervjuguide.

Data om informanten.

- Kjønn
- Alder
- Hvor mange år som sykepleier.
- Hvor mange år i hjemmebaserte tjenester og jobbet du i hjemmebaserte tjenester før bestiller- utfører modellen ble satt i verk?
- Har du jobbet andre steder i helsesektoren? (Sykehus, sykehjem, i det private etc)
- Videreutdanning, annen arbeidserfaring?

Nedenfor følger noen områder som bør belyses under intervjuet.

- Er det klart fordelte arbeidsoppgaver for bestiller og utfører, eller flyter disse over i hverandre? Kan du beskrive dette?
- Kan du beskrive ditt samarbeid med bestillerkontoret rent praktisk? Hvordan skjer dette?
- Hvordan opplever du at din ekspertise høres og brukes av bestillerkontoret når det fattes nye vedtak og ved forandring av eksisterende vedtak?
- Kan du beskrive hvordan det arbeidet du gjør hos dine brukere påvirkes av bestiller-utfører modellen? Trekk gjerne frem hva du synes er positivt og hva du mener kan forbedres.
- Er det noe mer du vil si om hvordan det er å jobbe som sykepleier/ utøver etter bestiller-utfører modellen?

Tusen takk for at du deltok på intervjuet!

Vedlegg nr. 3.

**Til virksomhetsleder og informanter ved (navn på virksomhet) hjemmebaserte tjenester.
Forespørsel om deltakelse ved mastergradsprosjekt.**

Undertegnede er i gang med en mastergrad i helse og sosialfag med fokus på brukerperspektiv ved Universitetet i Stavanger. I tilknytning til masteroppgaven, som omhandler organisering av hjemmebaserte tjenester, vil jeg intervju sykepleiere/ utførere i denne tjenesten. Gjennom denne henvendelsen håper jeg å komme i kontakt med 2-3 sykepleiere fra din sone som vil være informanter i en slik undersøkelse. Min veileder er Anne Kristine Solberg, førsteamanuensis ved institutt for sosialfag, Universitet i Stavanger.

Jeg er ansatt som sykepleier ved Hillevåg hjemmebaserte tjenester siden februar 2007. Jeg har vært sykepleier siden 2003 og har erfaring fra sykehus, sykehjem og hjemmebaserte tjenester.

Formålet med studien er å undersøke hvordan bestiller- utfører modellen (BUM) fungerer i praksis sett fra sykepleier/ utførers ståsted.

Siktemålet er å få en dypere forståelse av bestiller- utfører samarbeidet og hvordan arbeidet til sykepleier påvirkes av denne organiseringen.

Resultatene vil presenteres i en masteroppgave som vil bli tilgjengelig på Universitetet i Stavanger tidligst høsten 2009.

Informantene vil bestå av sykepleiere, de bør ha minst ett år fartstid i hjemmebaserte tjenester og stillingsprosenten bør være mellom 75 og 100 %. Dette for at de skal ha nok erfaring med hvordan det er å jobbe med BUM.

Informanten vil bli intervjuet og intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Datamaterialet vil oppbevares på en sikker måte og anonymiseres slik at ikke enkeltpersoner kan gjenkjennes i oppgaven når denne er skrevet. Lydopptak slettes innen prosjektets slutt som er 30.06.2009. Deltakelsen er helt frivillig og informanten kan når som helst trekke seg fra intervjuet uten å begrunne hvorfor. Undertegnede har taushetsplikt ovenfor informanten. Intervjuet foregår der informanten selv ønsker det.

Jeg vil be om at informanten skriver under på informert samtykke (se vedlegg). Denne kan overleveres ved intervjuet.

Dersom noen i deres sone ønsker å delta, kan vedkommende vennligst ta kontakt pr telefon eller på mail via cosdoc. Mitt telefonnummer er *****, jeg kan kontaktes på cosdoc mail, kode ****.

Jeg håper dette kan være av interesse for dere. Takk for hjelpen.

Med vennlig hilsen

Anita Rognmo Grostøl.

Forespørsel om å delta i studien. Informert samtykke.

Sykepleier som utøver.

En undersøkelse av sykepleiers opplevelse av bestiller- utfører modell i hjemmebaserte tjenester.

Masterprosjekt av Anita Rognmo Grostøl (tlf: ***)**

Svar:

Jeg har lest informasjonsskrivet med forespørsel om å delta i overnevnte studie og sier meg villig til dette. Deltakelsen er frivillig og jeg kan når som helst trekke meg fra studien.

Dato: _____.

Underskrift: _____.

Vedlegg nr. 5.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Anne Kristine Solberg
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 24.11.2008

Vår ref :20327 / 2 / KH Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 27.10.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

20327	<i>Sykepleier som utfører. En undersøkelse av sykepleiers opplevelse av bestiller-utfører modell i hjemmebaserte tjenester</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Anne Kristine Solberg
Student	Anita Rognmo Grostøl

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

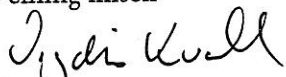
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

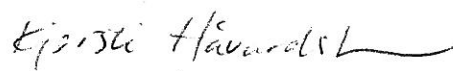
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2009, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Anita Rognmo Grostøl, Søren Årstadstveit, 4011 STAVANGER