

Samarbeid og tjenesteutøvelse i en bestiller- utfører- organisert kommunehelsetjeneste

*En kvantitativ studie om vurderinger av samarbeid og
vedtak, samt hvordan vedtak har betydning for
tjenesteutøvelsen*

Hanne Marie Rostad



Masteroppgave

Medisinsk fakultet, Institutt for helse og samfunn

Avdeling for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

13. august 2012



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTETET

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Hanne Marie Rostad	Dato: 13.08.2012
<p>Tittel og undertittel: Samarbeid og tjenesteutøvelse i en bestiller- utfører - organisert kommunehelsetjeneste <i>En kvantitativ studie om vurderinger av samarbeid og vedtak, samt hvordan vedtak har betydning for tjenesteutøvelsen</i></p>	
<p><u>Sammendrag:</u> Formål: Beskrive hvordan utførerne i hjemmesykepleien og ansatte i bestillerenheten vurderer samarbeidet med hverandre. Hensikten med studien er også å beskrive hvordan utførerne vurderer vedtakene de jobber ut ifra, samt hvilken betydning dette arbeidsverktøyet (vedtakene) har for tjenesteutøvelsen. Teoretisk forankring: New Public Management, profesjonsteori, samt teori om samarbeid og regelbrudd i organisasjoner. Jeg anvender også Benner & Wrubels omsorgsteori. Litteratur som belyser ulike aspekter ved bestiller- utfører- modellen og hjemmesykepleietjenesten. Videre hvordan bestiller- utfører- modellen som organisasjonsmodell innvirker på samarbeid og tjenesteutøvelse i hjemmesykepleien. Metode: Ikke- eksperimentelt, beskrivende design. Utvikling av spørreskjema med forankring i tidligere utviklede spørreskjemaer, teori og tidligere forskning. 179 spørreskjemaer ble distribuert og fordelt mellom én bydel i Oslo og én annen østlandskommune. Resultater: Alle bestillerne, sammenliknet med halvparten av utførerne, svarte at de var fornøyd med samarbeidet mellom de to enhetene. Tilnærmet alle bestillerne, og halvparten av utførerne, sa seg enig i at bestiller og utfører har en felles forståelse for brukernes behov, at det samarbeides tilstrekkelig om brukerne og at enhetene har en felles forståelse for sine ansvarsområder. To tredjedeler av utførerne svarte at de var fornøyd med vedtakene samtidig som over en tredjedel oppga at vedtakene sjelden var oppdaterte og relevante eller beskrev tjenesten klart og tydelig. Halvparten av utførerne svarte at vedtakene sjelden stemte overens med brukernes faktiske behov. Videre lot utførerne seg i like stor grad styr av vedtakene som av faglig skjønn, og tre fjerdedeler oppga å utføre andre tjenester enn vedtakene tilsier. Konklusjon: Bestillerne var generelt sett fornøyd med samarbeidet med utførerne, mens kun rett over halvparten av utførerne var fornøyd med samarbeidet med bestillerne. Dette kan skyldes at mange av utførerne erfarte at bestiller og utfører mangler en felles forståelse for brukernes behov og at bestillerne sjelden er mottakelige for råd. Hovedsakelig oppga utførerne at de var fornøyd med vedtakene, og et stort flertall oppga at vedtakene var styrende for tjenesteutøvelsen. Samtidig viste det seg at tre fjerdedeler av utførerne utførte andre tjenester enn det som var fattet i vedtakene. Dette kan tolkes som at vedtakene har mindre betydning for tjenesteutøvelsen.</p>	
Nøkkelord: Bestiller- utfører- modellen, hjemmesykepleie, samarbeid, vedtak.	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Hanne Marie Rostad	Date: 13.08.2012
Title and subtitle: Cooperation and service performance in a purchaser- provider organized municipal home health care service <i>A quantitative study on the assessment of cooperation and the service decisions (vedtak), and how service decisions affect the performance of service</i>	
<u>Abstract:</u> Purpose: Describe how purchasers and providers in municipal home health care assess their cooperation. The purpose is also to describe how the providers assess the service decisions, as well as the impact this work tool (the service decisions) has on their service performance. Literature review: New Public Management and the principal- agent- theory, theory on professions, as well as theory on cooperation and rule breaking in organizations. I also use Benner & Wrubel's theory on caring in nursing, The literature highlights different aspects of the purchaser-provider- model and the municipal home health care services. Method: Non experimental, descriptive design. A questionnaire was developed based on previously developed questionnaires, previous research and abovementioned theory. 179 questionnaires were distributed between one district in Oslo and one municipality in eastern Norway. Results: All the purchasers, compared to half of the providers, were satisfied with the cooperation between the two departments. Almost all of the purchasers, and half of the providers, agreed that the purchasers and providers have a common understanding of patients needs, that the departments don't need more cooperation concerning the patients and that the departments have a common understand of their responsibilities. Two thirds of the providers responded that they were satisfied with the service decisions, while several of them replied that the service decisions were seldom updated and relevant nor described the services to be performed clearly. Half of the providers responded that the service decisions seldom match the patients needs. Furthermore, the providers service performance was equally guided by the service decisions as by professional judgment. Three quarters of the providers performed work that was neither required by the purchaser nor documented in the service decisions. Conclusion: The purchasers were generally satisfied with the cooperation with the providers, compared to only half of the providers. The reason for this group difference could be that many providers experience that purchaser and providers lack a common understanding concerning the patients needs, and that the purchaser seldom are receptive to advice. The majority of the providers responded that they were satisfied with the service decisions. A large majority of the providers said that the service decisions were significant for their service performance. At the same time, three quarters of the providers performed work that was neither required by the purchaser nor documented in the service decisions. This could imply that the service decisions have little significance for the providers service performance.	
Key words: Purchaser- provider, municipal health care, service decisions, cooperation.	

FORORD

Jeg vil først og fremst rette en stor takk til de ansatte i utførerene og bestillerene som har tatt seg tid til å besvare spørreskjemaet. Takk til kontaktpersonene i bydelen og kommunen som har vært til stor hjelp.

En dypt erkjent takk til hovedveileder Line Melby og biveileder Merete Lyngstad for all hjelp og støtte underveis. Jeg har satt utrolig stor pris på deres verdifulle innspill og veiledning. Dere har gjennom hele prosessen gitt meg nytt mot og engasjement til å stå på videre, noe som har vært uvurderlig!

Takk til mine studievenninner Lina Berland og Kirsten Djøseland Røland for all støtte! Dere har motivert og inspirert meg.

En stor takk til familien min som har stilt opp på alle måter og som alltid har tro på meg. En ekstra takk til Jonas for din endeløs tålmodighet og støtte!

Hanne Marie Rostad, August, 2012

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD.....	v
OVERSIKT OVER VEDLEGG	viii
OVERSIKT OVER FIGURER OG TABELLER.....	ix
Figuroversikt	ix
Tabelloversikt.....	ix
1 INNLEDNING.....	1
1.1 Studiens hensikt.....	2
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål	3
1.3 Avklaring og beskrivelse av sentrale begreper.....	4
1.4 Oppbygning av oppgaven.....	6
2 TEORI OG TIDLIGERE FORSKNING.....	7
2.1 Litteratursøk.....	7
2.2 Bestiller- utfører- modellen (BUM)	9
2.3 Profesjonsteori	10
2.3.1 Profesjon og organisasjon	12
2.3.2 Profesjon og kjønn.....	13
2.3.3 Profesjon, moral og etikk	15
2.4 New public management	16
2.4.1 Principal- agent- teorien.....	16
2.4.2 Effekt av NPM på profesjonalisme og profesjonelt ansvar.....	17
2.5 BUM og hjemmesykepleie som profesjonelt arbeid	18
2.5.1 Bruk av vedtak i bestiller- utfører- organiserte kommuner.....	20
2.6 Samarbeid mellom profesjoner i organisasjoner	22
2.6.1 Samarbeid mellom bestiller og utfører.....	23
2.7 Brudd på organisatoriske regler.....	25
2.7.1 Teori om uønsket atferd	26
2.8 Benner og Wrubels omsorgsteori	27
2.9 Oppsummering	28
3 DESIGN OG METODE.....	29
3.1 Design.....	29

3.2	Studiens setting og beskrivelse av forskningsfeltet.....	30
3.3	Tilgang til forskningsfeltet	31
3.4	Utvalg	31
3.5	Datainnsamlingsmetode.....	32
3.5.1	Utvikling av spørreskjemaet.....	33
3.5.2	Distribusjon og innsamling av spørreskjemaene.....	40
3.6	Dataanalyse.....	41
3.7	Validitet og reliabilitet.....	43
3.7.1	Validitet.....	43
3.7.2	Reliabilitet	45
3.8	Forskningsetiske overveielser.....	47
4	RESULTATER	48
4.1	Beskrivelse av utvalget.....	48
4.2	Hvordan bestiller og utfører vurderer samarbeidet med hverandre.....	50
4.2.1	Faktorer av betydning for vurderingen av samarbeidet	52
4.3	Hvordan utførerne vurderer vedtakene.....	55
4.4	Hvilken betydning vedtakene har for tjenesteutøvelsen.....	58
5	DISKUSJON.....	62
5.1	Bestiller og utførers vurdering av samarbeidet.....	62
5.1.1	Faktorer av betydning for utførernes vurdering av samarbeidet	66
5.2	Vurdering av vedtaket og vedtakets betydning for tjenesteutøvelsen	67
5.2.1	Skjønnsutøvelse.....	67
5.2.2	Organisering av arbeid og profesjonelt ansvar.....	69
5.2.3	Yrkesetikk og omsorg	71
5.2.4	Andre tjenester = uønsket atferd?.....	72
6	KONKLUSJON	76
6.1	Bestiller og utføreres vurdering av samarbeidet.....	76
6.2	Utførernes vurdering av vedtakene og vedtakenes betydning for tjenesteutøvelsen.....	77
6.3	Begrensninger ved studien.....	78
6.4	Betydning for praksis og anbefalinger for videre forskning.....	79
	REFERANSELISTE	81

OVERSIKT OVER VEDLEGG

Vedlegg 1: Tilbakemelding fra NSD	
1a) Tilbakemelding	85
1b) Prosjektvurdering	86
Vedlegg 2: Tilrådning fra NSD	87
Vedlegg 3: Forespørsel om tillatelse til å gjennomføre spørreundersøkelsen	88
Vedlegg 4: Svar på forespørselen sendt til kommunen	89
Vedlegg 5: Svar på forespørselen sendt til bydelen	90
Vedlegg 6: Prosedyre for praktisk gjennomføring av datainnsamlingen	91
Vedlegg 7: Informasjonsskriv	92
Vedlegg 8: Spørreskjema utgave U	93
Vedlegg 9: Spørreskjema utgave B	99

OVERSIKT OVER FIGURER OG TABELLER

Figuroversikt

Figur 1: Forholdet mellom New Public Management og bestiller – utfører – modellen	9
Figur 2: Oversikt over variabler brukt i regresjonsanalysen I.....	54
Figur 3: Oversikt over variabler brukt i regresjonsanalysen II	57
Figur 4: Oversikt over variabler brukt i regresjonsanalysen III.....	60

Tabelloversikt

Tabell 1: Fasene i utviklingen av spørreskjemaet	33
Tabell 2: Endelig versjon av spørreskjemaet	38
Tabell 3: Antall spørreskjemaer distribuert og samlet inn	41
Tabell 4: Demografiske karakteristika av studiens deltakere I	48
Tabell 5: Demografiske karakteristika av studiens deltakere II.....	49
Tabell 6: Bestiller og utførers oppfatninger av samarbeidet	51
Tabell 7: Sammenheng fornøydhet med samarbeidet og ulike aspekter ved samarbeid	53
Tabell 8: Virkningen av ulike faktorer på utførernes fornøydhet med samarbeidet	55
Tabell 9: Utførernes vurderinger av brukernes vedtak.....	56
Tabell 10: Virkningen av ulike faktorer på utførernes fornøydhet med vedtakene	58
Tabell 11: Hvilken betydning vedtakene har for utførernes tjenesteutøvelse	59
Tabell 12: Virkningen av ulike faktorer på utførernes utførelse av andre tjenester	60

1 INNLEDNING

I de senere årene har utviklingen innen omsorg gått i retningen av at færre mennesker bor på institusjon, mens flere mottar hjelp fra hjemmesykepleien i sine hjem (Abrahamsen & Svalund, 2005; Vabø, 2012). I 2006 mottok 123 105 personer i Norge hjemmesykepleie. I 2011 var tallet steget til 133 736 (Statistisk sentralbyrå, 2012). Blant annet har økt levealder og endret sykdomsbilde medført en økt satsning på hjemmetjenester. Eldre og syke bor nå hjemme lenger, og har mer omfattende og sammensatte behov for pleie enn tidligere, noe som krever helhetlige, samordnede tjenester (Fjørtoft, 2006; Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009).

For å få til en samlet og helhetlig helsetjeneste er det avgjørende å motivere til samarbeid og en hensiktsmessig oppgavefordeling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). Samarbeid innad i kommunal helse- og omsorgstjeneste er et krav. § 3 i Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene fastslår at kommunene skal etablere et system som sikrer at ”det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). For ansatte i hjemmesykepleien er arbeidsdagen preget av samarbeid både i og utenfor egen organisasjon. Fjørtoft (2006) hevder at kravene om en helhetlig, samordnet og kontinuerlige tjeneste ofte ikke oppfylles. Løsningen, og en grunnleggende forutsetning for å oppfylle disse kravene, er et godt samarbeid innad i hjemmesykepleien hevder forfatteren (Fjørtoft, 2006).

Selv om ansatte i hjemmesykepleien jobber mye alene, enten som utfører hjemme hos brukerne eller som bestiller på bestillerkontoret, er de et ledd i en sammenhengende tiltakskjede, der det er nødvendig å kjenne kjedens andre ledd, og hva deres funksjon er. Ansatte i hjemmesykepleien må derfor ha kjennskap til, og kunnskap om, hva det kan og skal samarbeides om, og hvordan dette samarbeidet skal foregå (Haug, Engelund, & Aarheim, 2004b). Når et mål skal nås, når komplekse og utfordrende oppgaver skal løses hevder Irgens (2007) at det kreves kompetanse i å samarbeide. Har ikke enkeltindividene eller de ulike gruppene i en organisasjon en positiv holdning til samarbeid, vil det være vanskelig å oppnå gevinster. For å nå sine mål, og for å kunne løse oppgaver på en god måte, må enkeltindivider eller de ulike gruppene være villig til å samarbeide. Dette innebærer å lytte til hverandre,

inngå kompromisser, utveksle informasjon og kunnskap, etablere en felles forståelse for hvilke oppgaver som skal utføres, samt hvilke mål som skal nås (Irgens, 2007).

I Norge har store deler av både offentlig og privat sektor organisert seg etter bestiller- utfører-modellen. Bestiller- utfører- modellen (BUM) hviler på ideene til New Public Management (NPM) – en styringsideologi med det private næringslivet som forbilde. Hensikten med BUM er å kontrollere og effektivisere offentlige tjenester. Organiseringen skal gi økt fleksibilitet, samt begrense profesjonell frihet. Vedtak blir brukt for å formalisere og standardisere arbeidet, slik at brukernes rettigheter sikres (Busch & Vanebo, 2001; Lian, 2007; Wisløff, 2005). BUM som organisasjonsmodell, og arbeidsformen den medfører, har innvirkning på hjemmesykepleiernes tjenesteutøvelse (Vabø, 2007). Videre hevder Nylehn (2002) og Willumsen (2009) at samarbeid i organisasjoner påvirkes i stor grad av organisatoriske forhold. Særlig gjelder dette organisasjoner i offentlig sektor hevder Nylehn (2002), som hjemmesykepleietjenesten er en del av. Grunnet sitt byråkratiske preg vil samarbeidet mellom individene eller gruppene i slike organisasjoner kunne oppfattes som mindre godt, da samarbeidet ofte er tuftet på posisjoner og tilhørende arbeidsoppgaver, snarere enn enkeltpersoner evner (Nylehn, 2002). Per 1. januar 2006 hadde 51 kommuner valgt å organisere sine pleie- og omsorgstjenester etter denne modellen. Alle kommuner (bortsett fra én) med et innbyggertall over 50.000 er bestiller- utfører- organisert. Dette er kommuner som til sammen dekker mer enn 50% av Norges befolkning (RO, 2006).

1.1 Studiens hensikt

Min oppgave har til hensikt å undersøke hvordan utførerne i hjemmesykepleien vurderer vedtakene de jobber ut fra, samt hvilken betydning dette arbeidsverktøyet (vedtakene) har for deres daglige arbeid. Jeg vil også å avdekke hvordan utførerne og ansatte i bestillerenheten vurderer samarbeidet med hverandre.

Mitt litteratursøk etter oppgavens tema genererte ingen vitenskapelige artikler på hvordan bestillere og utførere vurderer samarbeidet med hverandre. Viktighet av et godt og fungerende samarbeid for å sørge for gode tjenester generelt er derimot kjent (Haug et al., 2004b; Irgens, 2007). Jeg fant heller ingen artikler som omhandler hvordan utførere i hjemmesykepleien

vurderer sitt arbeidsverktøy (vedtakene). Når det gjelder vedtakets betydning for tjenesteutøvelsen fant jeg et fåtall artikler som berører dette (Kirchhoff, 2010; Vabø, 2007, 2011, 2012). Min studie har ikke til hensikt å være en evaluering av BUM. Studiens bidrag vil være en beskrivelse av hvordan samarbeid innad i en bestiller- utfører organisert pleie- og omsorgstjeneste vurderes av de ansatte, samt betydningen og vurderingen av vedtakene som blir brukt som arbeidsverktøy. Studien setter et fokus på hva BUM som organisasjonsmodell kan bety for samarbeid og tjenesteutøvelse. Slik kunnskap kan bidra til opprettelse av gode, fungerende rutiner og arbeidsrammer, noe som igjen vil være med på å sikre en god og forsvarlig praksis. Jeg vil med det argumentere for viktigheten av å få vitenskapelig belegg på hvordan ansatte i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste vurderer samarbeidet innad i organisasjonen. Videre hvordan utførerne i hjemmesykepleien vurderer vedtakene de jobber ut fra, samt hvilken betydning dette arbeidsverktøyet har for tjenesteutøvelsen.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Samhandling i en bestiller- utfører- organisert pleie- og omsorgstjeneste: Hvordan vurderes samarbeidet og vedtakene, og hvordan virker vedtakene inn på tjenesteutøvelsen?

- 1) Hvordan vurderer ansatte ved bestillerkontor og utførere i hjemmesykepleien samarbeidet med hverandre?
- 2) Hvordan vurderer utførerne vedtakene de jobber ut i fra, og hvilken betydning har vedtakene for tjenesten utførerne utfører?

1.3 Avklaring og beskrivelse av sentrale begreper

Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er et tilbud om pleie og omsorg utenfor institusjon. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-1 – 3-2 fastslår at ”kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester” herunder helsetjenester i hjemmet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a). Følgende er WHO's definisjon av hjemmesykepleie, gjengitt av Solheim & Aarheim (2004):

”Hjemmesykepleie er en generell og omfattende sykepleietjeneste med forebyggende, behandlende, rehabiliterende og/eller lindrende funksjoner” (Solheim & Aarheim 2004:17).

Hjemmesykepleie er en tjeneste til mennesker som på grunn av sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon, trenger hjelp over kortere eller lengre tid. Tjenesten er forebyggende, helsefremmende, behandlende, rehabiliterende og lindrende og har som mål at brukerne skal mestre hverdagen i eget hjem (Fjørtoft, 2006; Solheim, 2004).

New public management (NPM)

NPM en styringsideologi med det private næringslivet som forbilde. NPM har hatt innflytelse på fornyelsen av offentlig sektor siden 1990- tallet, og er en samlebetegnelse for et sett teorier, modeller og ideer som brukes for å beskrive styrings- og organiseringstrekk innenfor offentlig forvaltning (Lian, 2007). NPM søker at virksomheter skal, med fokus på service, brukerorientering og kvalitet, produsere goder samfunnet har behov for. Store offentlige virksomheter desentraliseres og splittes opp i enheter der det skilles mellom forvaltning og produksjonsansvar. Offentlige virksomheter skal gjennom mål- og resultatstyring bli mer effektive og produktive. De skal yte flere og bedre tjenester samtidig som at kostnadene og ressursbruken skal reduseres. Virkemidler for å oppnå dette er mer konkurranse og privatisering, samt en profesjonell ledelse med reell makt på virksomhetsnivå (Hallandvik, 2002; Lian, 2007)

Bestiller- utfører- modellen (BUM)

BUM hviler på ideene til NPM og representerer en overgang fra hierarkisk styring til kontraktsstyring. Det er et organisatorisk skille mellom forvaltning og tjenesteproduksjon, der utførerne produserer tjenester på oppdrag fra bestillerne (Busch & Vanebo, 2011; Lian, 2007).

Vedtak

Vedtak er et dokument som beskriver hvilke tjenester utførerne skal produsere på oppdrag fra bestiller. Et vedtak er bestemmende for enkeltpersoners rettigheter, samtidig som det fungerer som en form for mål- og resultatstyring (Busch & Vanebo, 2001; Helsedirektoratet, 2006). Søknad om hjemmesykepleie skal behandles etter Forvaltningslovens regler da det er denne loven som er gjeldende for vedtak om hjemmesykepleie. Vedtaket inneholder informasjon om hvorvidt søkeren oppfyller Forvaltningslovens vilkår for tjenester og hva kommunen eventuelt kan tilby av tjenester på bakgrunn av brukerens behov. Vedtak er også basert på rettigheter nedfelt i Helse- og omsorgsloven og Pasientrettighetsloven (Helsedirektoratet, 2006).

Vedtak kan ha en ”myk” eller ”hard” utforming. Tro mot teoriene bak BUM skal bestillingene, i form av vedtak, være detaljerte, slik at utførerne vet nøyaktig hvilke tjenester de skal utføre. Denne utformingen kategoriseres som ”harde” vedtak. ”Harde” vedtak skal sørge for at utførerne ikke påtar seg tjenester utover det brukeren har rett på. ”Myke” vedtak er mindre detaljerte, ofte generelle bestillinger knyttet til ikke- kvantifiserte resultater (Hansen, Kirchhoff, & Ramsdal, 2009). Eksemplene nedenfor illustrerer forskjellen i utformingen av én og samme persons vedtak .

Eksempel 1: Det ”harde” vedtak

Bruker N. N. har rett til nødvendig helsehjelp og får tildelt hjelp tre ganger daglig til følgende; påsmøring av brødmatt morgen og kveld, middagslaging, mating.

Eksempel 2: Det ”myke” vedtak

Bruker N. N. har rett til nødvendig helsehjelp og får med dette tildelt daglig hjelp til ernæring.

Bruker

Når jeg i oppgaven skriver ”bruker” mener jeg en person som mottar hjemmesykepleie. Begrepet ”bruker” er et omdiskutert begrep i fagmiljøer. Noen oppfatter det som et lite dekkende begrep for mennesker som mottar helsetjenester, mens andre vurderer det som et begrep som understreker at personen som mottar tjenesten har rett til å være med på å utforme den (Andreassen, 2005; Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Grunnen til at jeg velger å bruke dette begrepet fremfor ”pasient” eller ”klient” er at de som jobber med hjemmesykepleie i det daglige omtaler mottakerne av tjenestene som ”brukere”.

Helsepersonell

Sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere og vernepleiere vil noen steder i oppgaveteksten omtales som ”helsepersonell”. I Helsepersonelloven står det at helsepersonell er personell i helse- og omsorgstjenesten med autorisasjon som handler ut fra forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Dersom det i oppgaven blir nødvendig å skille mellom ulike faggrupper vil jeg presisere i teksten hvilken faggruppe jeg beskriver.

1.4 Oppbygning av oppgaven

Oppgaven er bygd opp som følger: Kapittel 2 beskriver oppgavens teoretiske rammeverk og tidligere forskning gjort på områdene jeg berører med denne studien. I kapittel 3 redegjør jeg for studiens design og metode hvor jeg presenterer de metodiske valgene jeg har tatt i arbeidet med studien, utvikling av spørreskjemaet og gjennomføringen av spørreundersøkelsen. Analyser av data, samt validitet, reliabilitet og etiske overveielser presenteres også i dette kapittelet. I kapittel 4 presenterer jeg resultatene fra studien, og i kapittel 5 vil studiens resultat diskuteres i lys av litteraturgjennomgangen og teorien. Tilslutt, i kapittel 6, vil jeg oppsummere studiens hovedfunn. Avslutningsvis vil jeg peke på hvilken betydning min studie kan ha for praksis, samt hva som kan være aktuelle områder for videre forskning.

2 TEORI OG TIDLIGERE FORSKNING

Da jeg fant få empiriske studier, velger jeg å behandle teori og tidligere forskning i ett og samme kapittel. Først vil jeg i dette kapitlet presentere hvordan jeg gikk frem i søket etter litteratur. Deretter vil jeg beskrive teorier om, og studier gjort på, profesjoner. Etter det følger en presentasjon av NPM- tankegangen og principal- agent- teorien. Samtidig anvender jeg forskning gjort på effekten av NPM på profesjonalisme og profesjonelt ansvar. Etterpå følger en presentasjon av BUMs innvirkning på hjemmesykepleietjenesten, før jeg presenterer teoretiske perspektiv på samarbeid. Deretter følger en presentasjon av forskning gjort på organisatoriske regelbrudd og teori om uønsket atferd i organisasjoner. Avslutningsvis beskriver jeg Benner og Wrubels omsorgsteori.

2.1 Litteratursøk

For å finne litteratur som kunne relateres til denne studiens problemstilling og forskningsspørsmål søkte jeg i databasene Medline, CINAHL, PubMed, Scopus, samt Google og Google Scholar. Utgangspunktet for søkene var sentrale begreper fra problemstillingen og forskningsspørsmålene. Søkeordene brukt var: bestiller- utfører- modell, bestiller- utfører- organisering, samhandling, samarbeid, vedtak, purchaser- provider, hjemmesykepleie, home-care nurses, primary health care, municipal health care, forhold, relationship, cooperation, collaboration, organisation, professionalism, new public management, decisions, service agreements, service decisions. Jeg gjorde også søk med andre ord som kunne være aktuelle: kommunikasjon, information exchange, information handling, contracts, management, policy implementation, professional ethics. Søkeordene ble brukt enkeltvis og i kombinasjon. Jeg søkte med OR på synonymer og AND for kombinasjoner. Relevante artikler avdekket søkeord, og referanselister ble grundig gjennomgått. Jeg søkte også på sentrale forfatternavn.

Litteraturen jeg benytter i min oppgave er hovedsakelig fra 2000- tallet og jeg har etterstrebet å bruke primærkilder. I tilfeller der primærkilden ikke har vært mulig å skaffe, har jeg henvist til sekundærkilder. Ikke all litteratur brukt er like oppdatert, for eksempel Mintzberg (1983),

Abbott (1988) og Benner og Wrubel (1989). Jeg valgte allikevel å bruke denne litteraturen da dette er klassiske verk innenfor sine fagfelt; organisasjon og ledelse, sosiologi og sykepleie. Disse verkene blir fortsatt referert til i faglitteratur og vitenskapelige arbeider, da de gir gode og aktuelle illustrasjoner av sine fagområder.

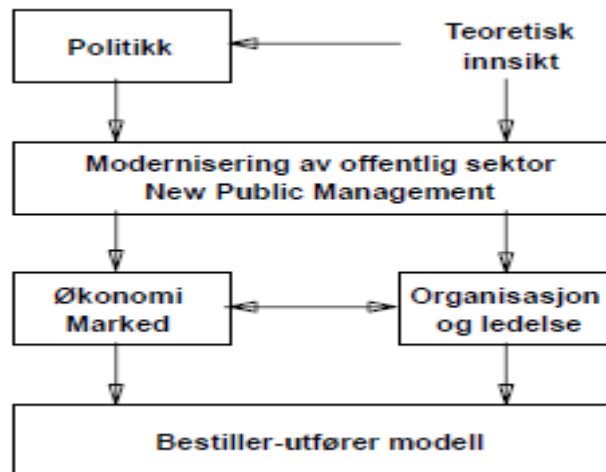
Mye av kunnskapen tilgjengelig om ulike aspekter ved BUM stammer fra slutten av 1990- og begynnelsen av 2000- tallet; tidsrommet da NPM fikk stor innflytelse på offentlig sektor og BUM ble tatt i bruk. Funn av forskningsbasert litteratur fra de seneste årene har vært mer beskjedne. Flere har forsket på effekter av NPM og medfølgende reformer i offentlig sektor, men et fåtall av disse har valgt å fokusere kun på BUM. Enda mindre forskning er gjort på hvordan ansatte i hjemmesykepleien jobber og samarbeider i en bestiller- utfører- styrt organisasjon. Videre gjør jeg oppmerksom på at ulike organisasjoner som har tatt i bruk BUM vil ha ulik utforming. Forhold og funn fra noen studier vil ikke nødvendigvis være direkte overførbart til min studies setting. Allikevel vil det være en rekke fellestrekk som gjør denne litteraturen relevant for min problemstilling.

For å danne et bilde av hvilken kunnskap vi har på feltet, og hvilken vi ikke har, søkte jeg etter systematiske oversiktsartikler, men fant ingen. For å få en form for sammenstilling og et helhetsperspektiv vil litteraturgjennomgangen baseres på lærebøker, forskningsartikler og rapporter fra blant annet FAFO, SINTEF, Ressurscenteret for omstilling i kommunene (RO) og SNF. Litteraturgjennomgangen tar sikte på å synliggjøre områder som kan fremheve hva som er viktig for samarbeid mellom bestiller og utfører, samt hvilken innvirkning NPM og BUM har på profesjoner og deres tjenesteutøvelse.

2.2 Bestiller- utfører- modellen (BUM)

BUM hviler på ideene til NPM (Lian, 2007). BUM har en forbrukerpolitisk orientering da ansatte i en såkalt bestillerenhet skal representere brukernes interesser. Dette er et skritt bort fra den velferdsprofesjonelle styringsmodellen der prinsippet er at det er tjenesteutøvere som skal representere brukernes interesser (Vabø, 2007).

Figur 1: Forholdet mellom New Public Management og bestiller- utfører- modellen (Busch & Vanebo, 2001:14)



BUM representerer en overgang fra hierarkisk styring til kontraktstyring. Det er et organisatorisk skille mellom forvaltning og tjenesteproduksjon, der utførerne produserer tjenester på oppdrag fra bestillerne. Interne markeder, såkalte kvasimarkeder, etableres innenfor organisasjonen for å sørge for et klarere ansvarsforhold, samt høyere produktivitet, etter følgende prinsipper:

- ”Etablering av klare og separate roller for bestiller og utfører
- Etablering av interne kontrakter som regulerer forholdet mellom disse to rollene
- Etablering av et system for prissetting som støttes av tilpassede regnskapssystemer”

(Busch & Vanebo, 2011:112)

Bakgrunn for å organisere offentlig sektor etter BUM var dels å sørge for en mer hensiktsmessig arbeidsdeling og dels for å gjøre offentlige virksomheter mer effektive og brukerorienterte (Wisløff, 2005). Danmark har kommet lengst av de nordiske landene i å skille mellom myndighetsutøvelse (bestiller) og tjenesteproduksjon (utfører). Det som skiller utviklingen av BUM i Norge fra blant annet Danmark og Sverige er begrunnelsen for innlemmelse av modellen. I Danmark og Sverige er opprettelsen av BUM hovedsakelig økonomisk motivert, mens den i Norge opprettes med bakgrunn i brukernes rettigheter (RO, 2004).

Ansatte i bestillerenheten (bestillere) har primært ansvar for å identifisere brukernes behov for tjenester og utarbeide et vedtak (Vabø, 2007). Bestillerne har også ansvar for å kontrollere tjenesten de har bestilt fra utførerne, kvalitetssikre tjenesteproduksjonen og fungere som en klageinstans for brukerne av tjenesten (Busch & Vanebo, 2001; Haug, Engelund, & Aarheim, 2004a). Utførerenheten har ansvar for produksjon av tjenester med bakgrunn i vedtakene fattes av bestillerne. Utførerne selv skal i utgangspunktet ikke være med på å vurdere nødvendigheten og omfanget av tjenesten (Busch & Vanebo, 2001; Kirchhoff, 2007). Samtidig er utførernes funksjon å utvikle tjenesten med tanke på kvalitet og produktivitet, dokumentere oppnådde resultater, samt oppnå mål nedfelt i kontrakten mellom bestillerenheten og utførerenheten (Busch & Vanebo, 2001).

2.3 Profesjonsteori

I studier av organisatoriske forhold er det av stor interesse å studere profesjonene ansatt i organisasjonen hevder Molander & Terum (2008). Profesjoner har vist seg å ha en stor rolle i utformingen av organisasjonen, og profesjonelle beslutningsprosesser virker inn på organisatoriske forhold (Molander & Terum, 2008). Min problemstilling omhandler organisatoriske forhold i form av samarbeid og tjenesteutøvelse, og jeg vurderer det derfor som hensiktsmessig at jeg i min oppgave ser på profesjoner fra et teoretisk perspektiv.

Hva som kan regnes som en ”profesjon” er omstridt. Profesjoner er både bredt og snevert definert og det kan være vanskelig å trekke klare grenser mellom profesjoner og andre yrker. I tillegg er det vanlig å omtale en profesjon som en type yrke, der det å ha et yrke innebærer å

ha distinkte arbeidsoppgaver i samfunnet. Hvordan dette flertydige, debatterte begrepet oppfattes kommer an på hvilke elementer som fremheves og vektlegges. Molander og Terum har forstått begrepet profesjon slik:

”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 & Terum 2008:20).

Profesjoner har en formidlende rolle da de har kunnskap som ikke er allment tilgjengelig. Kunnskapen profesjonene har brukes til å utføre tjenester befolkningen ønsker og trenger, tjenester profesjonene må stå til ansvar for (Molander & Terum, 2008). Abbott (1988) skriver at profesjonelt arbeid inneholder elementene diagnostisering, behandling og vurdering. Diagnostisering er en prosess der den profesjonelle vil innhente informasjon for å synliggjøre den aktuelle problemstillingen. Informasjonen som er samlet brukes til å kategorisere problemet i henhold til profesjonens klassifiseringssystem. Et klassifiseringssystem kan forstås som profesjonenes beskrivelse av sitt virkeområde; et slags kart å navigere det daglige arbeidet etter (Abbott, 1988). Behandlingen foregår ut i fra dette klassifiseringssystemet slik at det er mulig for den profesjonelle å utarbeide tiltak i henhold til problemet. Forbindelsen mellom diagnosen og behandlingen skapes under vurderingen. Vurderingen gjøres med bakgrunn i den profesjonelles kunnskap og informasjonen innhentet fra de andre arbeidsprosessene. Kunnskapen den profesjonelle besitter, legitimerer at det er den profesjonelle som utfører, har kontroll over, og står ansvarlig for arbeidet som utføres (Abbott, 1988).

Profesjoner, slik som de skisseres her, sees i ulik grad i ulike yrker. Det finnes ingen klare grenser for hvilke yrker som er profesjoner. Det er derfor lettere å snakke om i hvilken grad ulike yrker er profesjoner, da alle yrker har en profesjonskarakteristika i større eller mindre grad (Molander & Terum, 2008). Utvalget i min studie består av sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere og vernepleiere. Molander og Terums (2008) syn på en profesjon er at de har en utdanning som gjør at de kan utføre bestemte oppgaver. Gjennom sin utdanning tilegner alle disse yrkene seg kunnskap som ikke er allment tilgjengelig. I tillegg er de forpliktet, gjennom statlig autorisasjon, til å formidle og bruke sin kunnskap til det beste for personer som trenger deres hjelp. Selv om det diskuteres hva som rettmessig kan kalles en

profesjon, anser jeg det som rimelig å bruke teori om profesjoner i en studie av overnevnte yrkesgrupper. Dette med bakgrunn i Molander og Terums (2008) syn på hvilke egenskaper som gjør en profesjon.

2.3.1 Profesjon og organisasjon

Organisasjoner og organisatoriske forhold vil kunne ha betydning for hvordan bestiller og utfører vurderer samarbeidet seg i mellom, samt hvordan utførerne utfører sitt arbeid. I følgende vil jeg derfor presentere teori om profesjonelle yrkesutøvere i arbeidsorganisasjoner.

Svensson (2008) skriver at profesjoners arbeid i en organisasjon er styrt av både organisatoriske og profesjonelle ressurser. Organisasjonsressurser består av lover, regler og administrative normer som regulerer profesjonenes arbeid. Disse ressursene definerer det formelle arbeidet og relasjonene i organisasjonen, og er i tillegg nødvendig for å sikre at arbeidet som utføres er tilfredsstillende både økonomisk og kvalitetsmessig. Profesjonelle ressurser er kunnskapen, erfaringen og etikken profesjonene baserer sitt arbeid på (Svensson, 2008).

Svensson (2008) påpeker at det nå kan sees en tydelig sammenheng mellom profesjonelt og byråkratisk arbeid. Det er blitt klart de senere årene da velferdsstatens mål om likebehandling har medført en byråkratisering, der særbehov må vike for hensynet til flertallets behov. Profesjonenes vurdering kan derfor ofte stå i konflikt med organisasjonens byråkratiske prinsipp. I møte med individuelle brukere, der utførerne har stor frihet til å utføre tjenester på bakgrunn av egne vurderinger, vil det kunne medføre at brukernes særbehov anses som viktigere enn organisasjonens eventuelle krav om universalisme; det beste for allmennheten, fremfor hensynet til enkeltpersoner (Hasenfeld, 2010; Svensson, 2008).

Hvilken betydning vedtaket har for tjenesteutøvelsen kan påvirkes av at hjemmesykepleierne er en yrkesgruppe som utfører et profesjonelt arbeid. Profesjonelt arbeid innebærer vurderinger og beslutninger tatt av yrkesgrupper med en bestemt kunnskap. Denne kunnskapen er, som nevnt, en forutsetning for tilhørigheten til profesjonen og profesjonelle relasjoner. Profesjonelle relasjoner medfører etablering av egne normer og verdier for arbeid

og samarbeid. Disse verdiene og normene, sammen med profesjonenes kunnskap, danner grunnlaget for arbeidsprosesser og avklaring av problemstillinger (Freidson, 2001; Grimen, 2008; Svensson, 2008).

Mintzberg (1983) hevder at enhver aktør i en organisasjon ønsker kontroll over eget arbeid. Å kunne begrense andre aktørers påvirkning er derfor en forutsetning. I en organisasjon har aktørene ulike posisjoner og relasjoner i forhold til hverandre, og spørsmålet om hvem som kan bestemme over hvem vil gjøre seg gjeldende (Mintzberg, 1983; Thompson & McHugh, 2009). Den tradisjonelle konflikten mellom profesjonell autonomi og organiseringen av arbeid oppstår dersom profesjonenes normer står i kontrast med organisasjonens byråkratiets normer. For å motvirke et begrenset handlingsrom vil profesjonelle se etter muligheter til å kontrollere avgjørelser som berører deres arbeid. Dette for å sikre at arbeidet utføres i tråd med profesjonenes krav og standarder. Den profesjonelles lojalitet er primært knyttet til faget og sin profesjon, ikke til organisasjonen (Irgens, 2007; Nylehn, 2002; Thompson & McHugh, 2009). Samtidig vil profesjoner i mange tilfeller være avhengig den kontrollen en organisasjon medfører for å utføre sitt arbeid. Dette fordi organisasjonen tilrettelegger for formelle strukturer og kollektive ressurser som er nødvendige for å utføre profesjonelt arbeid (Christoffersen, 2011; Svensson, 2008).

2.3.2 Profesjon og skjønn

Sykepleieres resonneringsprosess i møte med pasienter kan kalles en type skjønnsutøvelse. Skjønn handler ikke om å følge organisasjonens regler, lover og normer, men å vurdere og handle på riktigst mulig måte i hver enkelt situasjon (Alvsvåg, 2002). Å jobbe med hjemmesykepleie innebærer å ha et velferdsyrke med en autonom posisjon. Slike velferdsyrker jobber med menneskelige problemer som er vanskelig å løse ut fra regler og standardiseringer, og det er derfor legitimt og nødvendig å bruke skjønn (Vabø, 2007). Derfor kan det, i forbindelse med spørsmålet om vedtakets betydning for tjenesteutøvelsen, være hensiktsmessig å se på skjønnsutøvelse som teoretisk perspektiv.

I konkrete tilfeller med svake holdepunkter for hvordan en skal/bør handle vil handlingen som utføres ofte baseres på skjønn. Skjønn vil da være en form for praktisk resonnering (Grimen & Molander, 2008). Freidson (2001) beskriver profesjonelt arbeid som skjønnbasert, og Abbott (1998) mener at nettopp behovet for skjønnbaserte vurderinger er et viktig grunnlag for profesjoner. Uten en viss bruk av skjønn, hevder Abbott (1988) at det ikke vil finnes noe grunnlag for at det må være profesjoner som har ansvar for visse oppgaver i samfunnet. Profesjoner har gjennom sin utdanning tilegnet seg kunnskap om oppgaver de skal utføre, samt hvordan disse oppgavene skal utføres. Finnes ikke situasjoner med svake holdepunkter for hvordan en skal/bør handle, vil oppgavene kunne utføres mer eller mindre mekanisk. Det vil da være det samme hvem som utfører dem; om personen tilhører en bestemt profesjon eller ikke (Abbott, 1988).

I følge Grimen og Molander (2008) er ulike typer skjønn bundet til ulike kontekster. Rettslig skjønn er for eksempel bundet av likebehandlingsprinsippet. Likebehandlingsprinsippet krever at like tilfeller behandles likt. For å sikre dette skal avgjørelser som tas legges føringer for hvordan liknende avgjørelser skal tas i fremtiden. Kliniske kontekster følger ikke likebehandlingsprinsippet. I kliniske kontekster arbeides det ut fra reproduseringsprinsippet som innebærer at ikke alle må behandles likt, men at ulike personer skal kunne komme fram til samme avgjørelse, diagnose eller lignende (Grimen & Molander, 2008). Arbeid innenfor en normativ kontekst, der individualisering er fokus, krever at hver enkelt person behandles forskjellig. Sykepleie trekkes frem som eksempel på en kontekst der individualisering er fokus: sykepleiere skal i møte med en pasient vurdere hva som er til det beste for akkurat denne pasienten, uten å sammenlikne med vurderinger gjort av andre, eventuelt liknende pasienter (Grimen & Molander, 2008).

Tildeling og utmåling av offentlige velferdsgoder nevnes av Grimen og Molander (2008) som et eksempel der skjønnsutøvelse i ulike kontekster ofte kan kollidere med hverandre. I grove trekk kan det oppstå to konflikter: 1) krav om konsistens (likebehandling og/eller reproduserbarhet) kan ikke oppfylles: situasjoner der det er ønskelig, men ikke mulig, å behandle likt/reprodusere avgjørelser. 2) krav om konsistens versus krav om individualisering (Grimen & Molander, 2008). Det Grimen & Molander (2008) skriver om skjønn i ulike kontekster, og eventuelle konflikter som kan oppstå, er relevant å relatere til hjemmesykepleien. I hjemmesykepleien foregår det tildeling og utmåling av velferdsgoder

der to enheter er involvert. Bestillerenheten, som har det formelle ansvaret for tildeling og utmåling av tjenester, skal samarbeide med utførerne som utfører tjenesten for å sørge for at brukerne får behovsdekkende, gode tjenester. Rammene og forståelsen som ligger til grunn for bestillernes tildeling og utmåling av tjenester, vil kunne være annerledes enn utførernes, og uenigheter knyttet til utformingen av tjenestene kan oppstå. Dette vil jeg komme tilbake til og gå nærmere inn på i diskusjonskapittelet.

2.3.3 Profesjon, moral og etikk

Profesjonsmoral innebærer profesjonenes bruk av egendefinerte normer og verdier for å løse et problem i samhandlingen med andre profesjonelle eller klienter. Profesjonsetikk er refleksjon over disse normene og verdiene (Grimen, 2008). Profesjonsetikk handler om organisasjoner, men også om yrkesutøverne som i sitt daglige arbeid må reflektere over utfordringene de møter og valgene de tar (Christoffersen, 2011). Sykepleieres etiske kodeks er nedfelt i ”Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere” som beskriver det etiske fundamentet for sykepleietjenesten. Blant annet står det at grunnlaget for sykepleie er respekt for hvert enkelt menneskes liv og verdighet gjennom arbeid som bygger på barmhjertighet, omsorg og respekt (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Første punkt i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer er som følger:

”Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie” (Norsk Sykepleierforbund, 2011:7).

Det innebærer at hver enkelt sykepleier i praksis har et ansvar for at de jobber juridisk, faglig og etisk forsvarlig. Profesjonsmoral legitimerer handlinger basert på fellesskap, etisk kodeks og solidaritet. Profesjonsmoral er noe annet en allmenmoral, der handlinger som er legitime for profesjonelle å utføre, kan være i strid med normer og verdier i allmenmoralen.

Profesjonelles handlinger vil styres av profesjonsmoral på en annen måte enn de vil styres av økonomiske insentiver og kommandolinjer i et byråkrati, hevder Grimen (2008). En medfølgende antakelse er at personer som lar seg styre av internaliserte normer, det Grimen (2008) kaller profesjonsmoral, vil handle annerledes enn en som lar seg styre av økonomi og byråkrati (Freidson, 2001; Grimen, 2008). Grimen (2008) hevder at profesjonsmoralen vil

vanskelig kunne overstyres av byråkratiets forsøk på å kontrollere profesjonenes arbeid gjennom ytre tvang i form av organisasjonenes regler. Profesjonsmoral kan derfor ofte stå i kontrast til marked og byråkrati, og det kan oppstå et spenningsforhold mellom profesjonenes behov for kontroll og organisasjonens behov for kontroll (Grimen, 2008; Svensson, 2008).

2.4 New public management

Som tidligere nevnt hviler bestiller- utfører- modellen (BUM) på ideene til New Public Management (NPM). Jeg vil derfor anvende teori og litteratur som kan synliggjøre hvilken betydning NPM og NPM- reformer kan ha for samarbeid og tjenesteutøvelse i hjemmesykepleien.

2.4.1 Principal- agent- teorien

Bestiller- utfører- organiseringen legger opp til at en part skal utføre tjenester bestemt av en annen part. Dette kan ha innvirkning på hvordan samarbeidet mellom partene i hjemmesykepleien vurderes, og påvirke hvordan parten som skal utføre en forhåndbestemt tjeneste utfører sitt arbeid. Principal- agent- teorien er en del av ny- institusjonell teori som fokuserer på hva som skjer når en part (agenten) skal utføre tjenester på vegne av en annen part (principalen) (Lian, 2007). Principal og agent kan ha ulike mål. Busch & Vanebo (2011) presiserer at dette ikke er et problem i seg selv. Problemet oppstår dersom agenten opptrer opportunistisk og arbeider i det skjulte for å oppnå egne mål fremfor virksomhetens overordnede mål. Principal- agent- teorien forutsetter at opportunistisk opptreden kan forekomme. Et eksempel på en situasjon der opportunistisk atferd kan inntreffe er dersom principalens mål er å holde budsjett, mens agentens mål er å sikre kvalitet på tjenesten, koste hva det koste vil (Busch & Vanebo, 2011). Principal og agent kan også jobbe mot samme mål, men de kan ha ulike oppfatninger om hvordan de skal nå målet. Et eksempel kan være målet om å skape gode tjenester for brukerne, men hva som vil være gode tjenester, oppfattes forskjellig av principalen og agenten. Videre kan problemer oppstå dersom principal og agent har ulike meninger knyttet til grad av risiko en skal være villig til å ta. Ofte er agenten villig til å ta en høyere risiko enn det principalen ønsker. Et eksempel er dersom agenten velger å

bryte regler for å gi brukerne det de oppfatter som et bedre tilbud – noe principalen kanskje ikke er enig i at er et nødvendig eller bedre tilbud (Busch & Vanebo, 2011).

2.4.2 Effekt av NPM på profesjonalisme og profesjonelt ansvar

Flere har forsket på spenningsfeltet som oppstår mellom fag/etikk og organisatoriske/politiske/økonomiske forhold i NPM- inspirerte offentlige sektorer (Evetts, 2009; Hansen, Kirchhoff & Ramsdal, 2009; Kirchhoff, 2007, 2010; Kirchhoff & Karlsson, 2009; Ramsdal & Skorstad, 2004; Solbrekke & Heggen, 2009; Vabø, 2007, 2011, 2012). Både Evetts (2009) og Ramsdal & Skorstad (2004) spør om NPM kun er et svar på offentlige virksomheters økonomiske utfordringer, eller om bakgrunnen også kan være manglende kontroll over profesjonsgrupper og deres yrkesutøvelse. Hvordan profesjonelt arbeid har blitt utført, og hvordan velferd tradisjonelt har blitt styrt, endres som følge av NPM hevder Evetts (2009). Forfatteren diskuterer effekten av NPM på profesjonalisme og reflekterer over trusselen mot yrkesprofesjonalismen i offentlig sektor. Evetts (2009) hevder at det i markedsorienterte offentlige sektorer utvikles to ulike, kontrasterende former for profesjonalisme: organisasjonsprofesjonalisme (organizational professionalism) og yrkesprofesjonalisme (occupational professionalism). De to formene representerer hver sin ytterkant, der de fleste tilfeller vil ligge et sted i mellom (Evetts, 2009).

Organisasjonsprofesjonalisme vektlegger struktur. Denne formen for profesjonalisme innebærer en standardisert praksis der oppgavene som utføres er i tråd med ledelsens ønsker. Ledelsen kontrollerer oppgavene som utføres gjennom målsetninger og evalueringer. I kontrast står yrkesprofesjonalisme der forholdet mellom partene (ledelse, klient, utfører) vektlegges. Oppgaver utføres i tråd med utførernes egen vurdering, og arbeidsgiver/klienter stoler på utføreren. Kontroll over at tjenesten utføres slik den bør, gjøres eventuelt av utføreren selv, på bakgrunn av yrkesetikk, kollektive normsystem og kultur på arbeidsplassen (Evetts, 2009).

NPM søker at offentlige virksomheter, som helse- og sosialtjenester, skal fungere som markeder, noe som fremmer organisasjonsprofesjonalisme hevder Evetts (2009).

Profesjonelle skal da gjøre det som er best for klienten innenfor en satt ramme, under ledelsens kontroll og i tråd med ledelsens mål. Resultatet kan bli en ny profesjonsgruppe som

tilpasser seg markedsprinsipper og organisasjonens krav, samtidig som de viderefører sin yrkesprofesjonalitet (Evetts, 2009). Den nye profesjonsgruppen vil altså måtte sammenstille organisasjons- og yrkesprofesjonalisme. Dette kan bidra til at den profesjonelles ansvar endres, samt at enkeltindivider i større grad enn tidligere, vil holdes ansvarlig for organisasjonens suksess eller fall (Evetts, 2009).

NPM utfordrer oppfatninger og praksis av profesjonelt ansvar hevder Solbrekke og Heggen (2009). Profesjoner, i dette tilfellet sykepleiere, utfordres av at dagens arbeidskontekst er endret som følge av nye styringssystemer influert av NPM. Nye styringsformer synes klart å utfordre profesjonelt ansvar, og det oppstår en ny ansvarslogikk der kollektivt og kollegialt ansvar forskyves til fordel for et mer politisk og økonomisk ansvar. Sykepleiere skal nå begrunne sine handlinger faglig og moralsk/etisk, men også politisk og økonomisk, noe som medfører et krysspenn mellom faglig og moralsk ansvar på den ene siden, og økonomisk og politisk ansvar på den andre siden. Solbrekke og Heggen (2009) problematiserer at sykepleiere har mangelfull kompetanse i å møte disse nye og sammensatte kravene som stilles til dem. Samtidig har sykepleierne, i kraft av sin profesjon, et individuelt ansvar som gjør at de ikke kan "skyldes på"/henvise til politiske bestemmelser eller organisasjonens prioriteringer dersom noe skulle gå galt (Solbrekke & Heggen, 2009). Dette er i tråd med Evetts (2009) problematisering av at individet skal stå til ansvar for organisasjonens beslutninger.

2.5 BUM og hjemmesykepleie som profesjonelt arbeid

En case- studie gjort av Vabø (2007) fant at de nye formelle rutinene for vurdering og revurdering av brukernes behov som følger med BUM, samt endring av måten tjenestene skulle ytes på, sto i konflikt til de ansattes etablerte praksis. Utførerne sa seg enig i at det er bestillerne som bør ta seg av søknader om tjenester, men understreket at de brukte mye tid og krefter på revurderinger av tjenestene fastsatt i vedtakene (Vabø, 2007). Utførerne i Vabø studie beskrev at forhåndsdefinering av deres hverdagslige arbeidsoppgaver opplevdes problematisk. Dette fordi arbeidsoppgavene deres i liten grad lar seg forhåndsdefinere og fange opp av standardiserte avtaler. De ønsket mer fleksibilitet slik at de kunne reagere på

brukerens skiftende behov, noe de mente var viktig for at tjenesten skulle fremstå som legitim. På bakgrunn av manglende fleksibilitet og rigide rutiner justerte utførerne, i det stille, arbeidsoppgavene sine. Dette på tross av organisasjonens formelle regler og rutiner. At disse justeringene gjøres i det stille, skjuler systemets utilstrekkelighet og understøtter dermed troen på at systemet fungerer godt hevder Vabø (2007).

Utførerne i hjemmesykepleien argumenterer for at det er vanskelig å fastsette hvilke behov brukerne har etter kun ett besøk fra bestiller. Vedtakene som ble fattet, og bestillernes vurderinger av brukernes behov, var ofte urettferdige eller urimelige mente utførerne, som besvarte at de ofte vurderte brukernes behov annerledes enn det bestillerne gjorde (Vabø, 2011). Hofseth & Norvoll (2003) fant i sin studie at sykepleierne vurderte brukernes behov for hjelp til å være større enn tilbudet brukerne fikk. Videre at det var et misforhold mellom brukernes forventninger til hjemmesykepleietjenesten og hjemmesykepleiens ressurser (Hofseth & Norvoll, 2003). Kirchhoff (2010) på sin side, fant at utførerne opplevde at bestillerne i noen tilfeller innvilget for omfattende tjenester, mens de i andre tilfeller innvilget utilstrekkelige tjenester.

Flere mottakere av hjemmesykepleien problematiserte at hjelpen de mottar er standardisert og forhåndsbestemt gjennom vedtak. Flere av brukerne opplevde det som vanskelig å bare skulle få hjelp til akkurat det vedtaket tilsier. Dette fordi flere av dem ikke hadde andre de kunne, eller ville, spørre om hjelp. Noen av brukerne mente at ansatte i hjemmesykepleien nå har et for snevert fokus, at de kun fokuserer på oppgavene de skal utføre og planen de skal følge. Det gjør det vanskelig å skulle få hjelp til forbipasserende problemer og i enkeltstående tilfeller. Flere av brukerne ønsket at hjemmesykepleien skulle være mer fleksible slik at de kan utføre andre tjenester enn kun de som står i vedtaket dersom det er behov for det (Vabø, 2011).

Busch & Vanebo (2011) diskuterer hva det vil innebære for profesjonelt handlingsrom at arbeidet i en bestiller- utfører- styrt organisasjon baseres på vedtak. Forfatterne hevder at dersom tjenester kun utføres med bakgrunn i vedtak, vil det føre til at utførerne får mindre handlingsrom, samt mindre innvirkning på 1) innholdet i, 2) mengden av og 3) kvaliteten på brukerens tjenester. Dette kan føre til et dilemma i profesjonsorienterte virksomheter (Busch & Vanebo, 2011). Generelt mente ikke utførerne at BUM reduserte deres profesjonelle

handlingsrom og autonomi. Samtidig er det ikke lenger utførernes ansvar å kartlegge brukernes behov, påpeker Vabø (2011), noe som medfører en automatisk innskrenkning av utførernes profesjonelle handlingsrom. Samtidig kom det fram at noen sykepleiere mente at de hadde fått redusert mulighet til gjøre egne vurderinger knyttet til brukernes individuelle behov på grunn av oppsplitting av ansvar BUM har medført (Vabø, 2011).

Både Hjort (2005) og Vabø (2012) diskuterer hvilken innvirkning markedstenkning kan ha på profesjonelt arbeid. En markedsinspirert offentlig sektor tar sikte på å stoppe de profesjonelles makt og uhensiktsmessige ressursbruk gjennom standardisering og krav til effektivitet. Dette kan medføre at de profesjonelle omformes til servicearbeidere som kun har fokus på å levere akkurat den avgrensede standardiserte ”varen” kunden skal ha. Videre vil servicemedarbeidere ofte kunne ha vanskelig for å kunne påberope seg en egen viten, og vil i prinsippet være utskiftbar som (fag)person, hevder Hjort (2005). En konsekvens av dette vil kunne være tjenesteytere som ikke føler seg forpliktet til å ta stilling til om tjenesten, samt dens kvalitet og mengde, er riktig. Videre kan det medføre at tjenesteyterne blir mindre sensitive til brukernes sosiale kontekst og individuelle situasjon, noe som kan føre til at utførerne har vanskelig for å respondere godt på hva folk trenger der og da (Hjort, 2005; Vabø, 2012).

2.5.1 Bruk av vedtak i bestiller- utfører- organiserte kommuner

Forestillingen er at organisering etter BUM skal redusere de kommunale ansattes profesjonelle frihet, samtidig som det skal øke fleksibilitet i forhold til de oppgavene hver enkelt skal utføre (Hansen et al., 2009; Moland & Bogen, 2001). Forskning gjort Ramsdal & Hansen (2005) og Kirchhoff (2007) er utgangspunktet for Hansen et al.(2009) sine analyser av BUMs bidrag til økt fleksibilitet og redusert profesjonell frihet i den kommunale helse- og sosialtjenesten. Analysene viser at BUM i praksis ikke skaper mer fleksibilitet sammenliknet med tidligere organisering. Årsaker er bruk av vedtak og at virksomhetenes ressurser ikke samsvarer med brukernes behov for tjenester. Analysene viste videre at profesjonell frihet opprettholdes og at profesjonelle normer og rammer styrer både innholdet og omfanget i tjenesten (Hansen et al., 2009)

Som nevnt viser tidligere forskning at ansatte i hjemmesykepleien avviker fra vedtakene og utfører andre tjenester (Kirchhoff, 2010; Kirchhoff & Karlsson, 2009; Vabø, 2007).

Kirchhoffs (2010) studie avdekket at dette gjelder både i kommuner der vedtakene er detaljerte (harde) og i kommuner der vedtakene er mindre detaljerte (myke). Avvikene dreier seg om at utførerne gir andre tjenester enn det brukernes vedtak tilsier, samt at de utfører oppgaver utenfor deres arbeidsområde. Tidsbruk blir også tilpasset dersom utførerne opplever at vedtakets rammer er uakseptable. En av grunnene til at utførerne avviker fra vedtakene er at vedtakene oppfattes overstyrende og lite fleksible for endringer i brukernes behov. Videre avvek utførerne fra vedtakene dersom de mente at disse ikke stemte overens med brukerens faktiske behov (Kirchhoff, 2010).

Når det bevisst avvikes fra regler, innebærer det at den som bryter reglene gjør det fordi han/hun mener en annen regel er overstyrende, hevder Kirchhoff & Karlsson (2009). En studie gjort i to norske kommuner, der begge hadde organisert sine helse- og sosialtjenester etter BUM, fant at personalets avvik fra organisasjonens regler ble legitimert gjennom service regler (service rules), kollektive regler (collective rules) og profesjonelle regler (professional rules), samt forholdet mellom klient og ansatt, forholdet mellom kollegaer og forholdet mellom profesjonelle i en organisasjon. Ledelsen i disse to kommunene understreket at vedtakene er ”hovedregelen” for hvordan de ansatte skal utføre sitt arbeid, da vedtak sørger for at de ansatte ikke gjør annet enn det organisasjonen mener er nødvendig. De ansatte anerkjente viktigheten av både vedtakene og andre regler i organisasjonen, selv om de ikke alltid fulgte dem. Utførerne vurderte vedtakene som retningslinjer snarere enn regler, og utførte ofte bevisst alternative tjenester i tillegg til det som bestiller hadde innvilget i vedtaket. Det kommer frem i studien at disse alternative tjenestene ikke var forventet eller ønsket fra ledelsens side (Kirchhoff & Karlsson, 2009).

Kirchhoff & Karlsson (2009) fant i sin studie at hovedårsaken til at utførerne utførte alternative tjenester var for å møte brukerens behov. At hjemmesykepleiere arbeider i team resulterer i kollektive tolkninger av vedtakene. I tillegg medførte det også en kollektiv forståelse om at vedtakene i noen tilfeller måtte justeres, dersom de ikke ga mening, eller var relevant. Eventuelle regelbrudd ble i slike tilfeller legitimert med forholdet mellom kollegaer og kollektive regler. Som profesjonelle har ansatte i hjemmesykepleien en utdanning som har gitt dem et sett regler og standarder de skal forholde seg til når de utfører sitt arbeid. Disse

reglene og standardene forsterkes og opprettholdes i en organisasjon. Studien viste at disse profesjonelle reglene brukes til å legitimere arbeidet som utføres, samt overstyre organisatoriske regler som er i strid med de profesjonelle (Kirchhoff & Karlsson, 2009). Bruk av vedtak vil medføre en viss standardisering av tjenesteutøvelsen. Irgens (2007) hevder at profesjonelle kan oppleve frustrasjon dersom arbeidshverdagen er preget av standardiseringer i situasjoner der dette ikke egner seg, eller er forsvarlig. På den ene siden rettes det mye kritikk mot organisasjoner som preges av standardisering og målstyring. På den andre siden erkjennes det at profesjonene ene og alene ikke kan bestemme sine arbeidsmål og arbeidsmåter. Gjør de det, vil ikke virksomheter kunne organiseres på en god måte, hevder Irgens (2007). Med profesjonelt monopol vil det være vanskelig å få en oversikt over samordning av tjenester, noe som kan føre til redusert kvalitet og lite tilfredse brukere av tjenesten. Samtidig er svaret heller ikke økt standardisering av arbeidet. De fleste virksomheter er ikke enten eller, i følge Irgens (2007). Stort sett finnes det noen arbeidsprosesser som er standardiserte og repeterende, mens andre kan gi mer rom for improvisasjon. I en organisasjon er det derfor viktig å erkjenne behovet for en balansering av profesjonenes og organisasjonens ønsker når det gjelder standardisering av arbeidsprosesser (Irgens, 2007)

2.6 Samarbeid mellom profesjoner i organisasjoner

Samarbeid er et vanlig begrep i vår dagligtale, og kan være vanskelig å definere presist. Samarbeid kan foregå mellom og innad i organisasjoner. Når en velger å samarbeide er det fordi organisasjonene/enhetene er enige om et mål hevder Sagatun & Zahl (2003). Ved å opprette et samarbeid har en tro på at en vil være bedre i stand til å nå målene sammen enn hver for seg. Aktørene som samarbeider drives av felles interesser, men også egeninteresser, og det er derfor muligheter for konflikter. Et samarbeid er ment å være målrettet og antas å øke muligheten til å lykkes med arbeidsoppgavene en er satt til å gjøre (Sagatun & Zahl, 2003). I et samarbeid er det mange elementer som skal sammenføres til en helhet, noe som gjør samarbeid til en måte å organisere arbeidet på. Et samarbeid medfører en avhengighet og nærhet mellom samarbeidspartnerne (Lauvås & Lauvås, 2004). Abbott (1988) skriver at profesjonelle i organisasjoner vil ha fullmakter innenfor ulike juridiske og begrepsmessige grenser. Forfatteren hevder videre at disse fullmaktene og grensene stadig vil være gjenstand

for diskusjon, der det vil foregå forhandlinger om roller, ansvar og arbeidsoppgaver (Abbott, 1988).

Samarbeid foregår i en kontekst der det påvirkes av faktorer som konflikter, tillit og makt, samt organisatoriske og ressursmessige rammer (Willumsen, 2009). At samarbeidet påvirkes av organisatoriske forhold diskuteres blant annet av Nylehn (2002) som skriver at samarbeid i offentlige sektorer ofte er tuftet på posisjoner og tilhørende arbeidsoppgaver, snarere enn enkeltpersoners ønsker og evner. Dette fordi organiseringen av arbeidet i offentlige organisasjoner ofte har et byråkratisk preg. Samarbeidet i slike organisasjoner oppfattes som en del av jobben, ikke noe som skjer spontant. Samarbeidet vil med det være mindre fleksibelt og tilpasningsdyktig (Nylehn, 2002)

2.6.1 Samarbeid mellom bestiller og utfører

Siverbo (2004) påpeker at det er en forskjell mellom intensjonene ved innføring av BUM og hva den faktisk har bidratt med i praksis. Forfatteren refererer til studier som viser at utførerne på 1990- tallet ikke var interessert i å la seg styre av formelle kontrakter og vedtak. Videre mente utførerne at bestillerne hadde for lite kompetanse til å vurdere behov og lage holdbare vedtak. Utførerne opplevde også en mangel på klare roller. Mot slutten av 1990- tallet og på begynnelsen av 2000- tallet var det en tydelig tendens til at forholdet mellom bestiller og utfører var i ferd med å endres. Organisasjonene gikk bort fra formelle avtaler og konkurranse, og fokuserte heller på samarbeid og tillit mellom bestiller og utfører. Dette fordi organisasjonene i liten grad ble konkurranseutsatt. For å sikre gode helsetjenester uten konkurranse som virkemiddel, ble løsningen en overgang fra formelle, harde vedtak til samarbeid med bakgrunn i myke vedtak (Siverbo, 2004). Kort tid etter innføringen av BUM i pleie- og omsorgstjenesten gjorde Vabø flere case- studier, på ulike tidspunkt, av norske kommuner og bydeler. De viser en endring i forholdet mellom bestiller og utfører, slik som Siverbo (2004) beskrev. Mens ledere i en av de tidlige case- studiene hadde tro på bruk av formelle vedtak, viser de senere case- studiene at lederne nå er oppmerksomme på viktigheten av samarbeid og partnerskap på tvers av bestiller- utførerskille. Samtidig fortsetter utførerne å presse på for å sikre at individuelle behov blir møtt, mens bestillerne presser på for å begrense hvilke tjenester hjemmesykepleien faktisk skal ha ansvar for yte (Vabø, 2011, 2012).

Det er lite beskrevet i litteraturen hva som regnes av bestiller og utfører som et godt samarbeid, hva slags forhold de ønsker å ha til hverandre, hvordan samarbeidet foregår og lignende. Imidlertid er det to rapporter som delvis kan synliggjøre noe av dette. Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) ble i 2004 og 2006 bedt av Helsedirektoratet om å kartlegge praksis og kommunale erfaringer med BUM i pleie- og omsorgstjenesten. Det var kun bestillerne som ble spurt. I disse kartleggingsstudiene var målet å kartlegge hvorfor BUM ble innført, og hvem som tok initiativ, samt administrative utfordringer og samarbeidet med utfører. I følgende vil jeg presentere overnevnte kartleggingsstudiers funn knyttet til erfaringer med BUM og samarbeid mellom bestiller og utfører.

Funnene fra kartleggingsstudien var at bestiller og utfører samarbeidet både i vedtaksfasen og fasen tjenesten ytes. Det generelle inntrykket var at samarbeidet hovedsakelig foregikk i forbindelse med kompliserte enkeltsaker der det var behov for tett kontakt mellom bestiller og utfører. I saker som oppfattes som enkle var det som regel lite kontakt mellom bestiller og utfører (RO, 2006). Bestillernes positive erfaringer med BUM var i hovedsak at modellen bidrar til økt rettssikkerhet, effektivitet og bedre kartlegging av brukernes behov. Andre erfaringer var økt brukermedvirkning, samt at brukerne nå har ett sted å henvende seg. Samarbeidsforholdet til utførerne var den hyppigst nevnte negative erfaringen bestillerne hadde med BUM i pleie- og omsorgstjenesten. Høyest score i begge kartleggingene fikk punktet som handlet om uenighet knyttet til brukernes behov og tjenestens omfang (34%) og at bestiller og utfører har ulike vurderinger av hvilke tjenester som skal tildels (30%). Andre erfaringer som kom fram i kartleggingene (prosent ikke oppgitt) var at bestillerne opplevde det som en utfordring å få utførerne til å holde seg til vedtakene. Bestillerne kommenterer at utførerne muligens opplever at de har mistet sin myndighet, og at de med det opplever avmakt fordi noen andre nå skal bestemme hvilke tjenester som skal utføres. Andre erfaringer som fremkom var at noen av bestillerne opplevde at bestiller- utfører- skille medførte uklar ansvarsfordeling og uklare roller (RO, 2004, 2006).

I min studie ble noen av funnene fra RO- rapportene brukt til å utforme spørsmål til spørreskjemaet. Dette for å undersøke om bestillerne har endret oppfatningen om samarbeidsforholdet med utførerne, samt også å få utførernes perspektiv og vurdering av samarbeidet med bestillerne.

2.7 Brudd på organisatoriske regler

Bestiller- utfører- prinsippet går ut på at en part skal bestille en tjeneste den andre parten skal utføre. Dersom tjenesten utføres i tråd med vedtaket vil utførerne utføre arbeidet sitt slik organisasjonen ønsker. Hvilken betydning vedtakene har for tjenesteutøvelsen kan derfor være hensiktsmessig å se i sammenheng med brudd på organisatoriske regler og teori om uønsket atferd i en organisasjon.

Morrison (2006) diskuterer at regelbrudd i organisasjoner ikke bare skyldes ansattes egeninteresse eller ønsket om å skade organisasjonen. Forfatteren bruker begrepet pro- sosiale regelbrudd (pro- social rule breaking) som innebærer bevisste brudd på organisasjonens regler for å fremme velferd. Atferden som følge av regelbruddene reflekterer et ønske om å gjøre noe godt for noen eller å gjøre en situasjon bedre (Morrison, 2006). Morrison (2006) har også forsket på dette; ansattes brudd på organisasjonens regler. I den første studien ble ulike yrkesgrupper spurt om de brøt arbeidsplassens regler, og eventuelt hvorfor. Resultatet var at 40 % av regelbruddene som ble avdekket kunne tolkes som egeninteresser, mens 60 % hadde bakgrunn i pro- sosiale forhold som ønsket om å være effektiv, hjelpe en kollega, samt gi god kundeservice. I en annen studie, som undersøker hva som sannsynliggjør pro- sosiale regelbrudd, argumenterer Morrison (2006) for at følgende faktorer vil gi økt sannsynlighet for pro- sosiale regelbrudd: at den ansatte mener han/hun har en meningsfull jobb, autonomi, empati, en pro- aktiv personlighet, tilbøyelighet til å ta en risiko og kollegaers oppførsel. Studien avdekket at sannsynligheten for å bryte regler med bakgrunn i pro- sosiale forhold henger sammen med autonomi, kollegaers oppførsel, samt tilbøyeligheten til å ta en risiko. Morrison (2006) diskuterer at autonomi bidrar til en følelse av kontroll over sitt arbeid, noe som kan føre til at de ansatte har lettere for å bryte regler da det er de som har kontroll. Videre at ansatt med en tilbøyelighet til å ta en risiko ofte tar andre valg enn ansatte som velger å ”play it safe”. Opplever ansatte pro- sosiale regelbrudd hos kollegaer kan det føre til at personen selv synes det er lettere å bryte regler fordi så mange andre gjør det. I artikkelen argumenteres det også for at faktorene som ikke viste seg å være statistisk signifikante (meningsfull jobb, empati, pro- aktiv personlighet) fortsatt kan ha betydning for om det utføres pro- sosiale regelbrudd på en arbeidsplass (Morrison, 2006).

2.7.1 Teori om uønsket atferd

Teori om uønsket atferd kan knyttes til principal- agent- teoriens forutsetninger om forekomst av opportunistisk opptreden i en organisasjon. Uønsket atferd er, i følge Vardi og Weitz (2004) når enkeltindivider tar valg som har negative konsekvenser for organisasjonen. Konflikter, motstand, boikott og sabotasje er eksempler på uønsket atferd, og kan forklares ut fra personlige motiver. Det skilles mellom atferd motivert av egen vinning, atferd som vil skape fordeler på arbeidsplassen og atferd som tar sikte på å skade organisasjonen (Vardi & Weitz, 2004). Ackroyd og Thompson (1999) mener uønsket atferd (misbehavior) innebærer at ansatte bevisst utfører handlinger som organisasjonen ikke ønsker. I motsetning til Vardi og Weitz (2004) hevder Ackroyd og Thompson (1999) at uønsket atferd skyldes strukturelle forhold ved organisasjonen. Forfatterne oppfatter uønsket atferd som arbeidstakernes måte å motvirke effekten organisasjonens struktur har på deres kontroll over eget arbeid. Enhver organisasjon, på bakgrunn sin organisering av arbeidet, vil derfor kunne oppleve uønsket atferd (Ackroyd & Thompson, 1999).

Uønsket atferd kan berøre følgende fire aspekter ved organisasjonens struktur: arbeidstid, arbeidsprosess, produkt og definisjon av mål. Disse fire er aspekter organisasjonen ønsker kontroll over gjennom å definere hva som er riktige handlinger å utføre i forhold til hvert aspekt. For aspektet "arbeidstid" for eksempel, skriver Ackroyd og Thompson (1999) at organisasjonen definerer det å møte tidsnok på jobb som den riktige handlingen. Kommer en for sent er det tegn på avvik fra den riktige handlingen, og vil derfor oppfattes som en uønsket atferd (Ackroyd & Thompson, 1999). Karlsson (2009) bygger videre på modellen til Ackroyd og Thompson (1999) og hevder at uønsket atferd kan knyttes til de ulike relasjonene som finnes innad i en organisasjon. Det vil da være flere forhold uønsket atferd i en organisasjon kan ha utgangspunkt i: tid, arbeidsprosess, produkt, mål og kontekst (Ackroyd & Thompson, 1999; Karlsson, 2009).

I min studie kan det at utførerne utfører andre tjenester enn det som er fattet i vedtaket være ett eksempel på uønsket atferd. Men jeg spør; er egentlig det uønsket atferd? Dette vil jeg, sammen med funnene fra datamaterialet mitt, ta opp i diskusjonskapittelet.

2.8 Benner og Wrubels omsorgsteori

Kirkevold (1998) skriver at Benner og Wrubels omsorgsteori ikke gjør et klart skille mellom sykepleie som fag og andre nært tilsluttende fagområder. Jeg ser det derfor som rimelig å bruke denne teorien i en studie av både sykepleiere og annet helsepersonell.

Hvilken betydning vedtak har for tjenesteutøvelsen og hvordan samarbeid vurderes, kan henge sammen med hva en legger til grunn når en skal fatte vedtak eller utføre tjenester; organisatoriske hensyn eller profesjonelle hensyn.

Omsorg er fundamentet for sykepleietjenesten da sykepleie som en menneskelig aktivitet er bygd på omsorg: det å bry seg om noe eller noen. Omsorgen er utadrettet og er en grunnleggende drivkraft for sykepleiere hevder Benner & Wrubel (1989). Handlinger i forhold til noe som oppfattes som grunnleggende verdifullt (i dette tilfellet omsorg) vil gjøre det mulig å yte hjelp, samt kunne bidra til å skape mening i situasjonen. Samtidig påpeker Benner og Wrubel (1989) at omsorg også utsetter mennesket for påkjenninger (stress) fordi omsorg ikke bare innebærer muligheter, men også begrensninger. Av den grunn vil visse handlinger være uakseptable å utføre for personen som har omsorg for individet handlingen er rettet mot (Benner & Wrubel, 1989).

Benner og Wrubel tar avstand fra et objektivt helsesyn, og mener at det må tas hensyn til hver enkelt persons situasjon og opplevelse av denne. Helse og helsefremmende tiltak kan ikke identifiseres på basis av noe objektivt eller fastsatte rammer, kun gjennom individets konkrete situasjon der og da. Omsorg innebærer da å ta hensyn til hva som er viktig for den enkelte person. Mennesket kan ikke sees adskilt fra sin kontekst og preges av erfaringer og tolkninger gjort. Derfor finnes det ingen standard måte å håndtere en situasjon på. Hvilken handling som er best og riktig bestemmes i hver enkelt situasjon med pasienten. Ved å ha innsikt i hver enkelt pasients situasjon kan sykepleierne tale pasientens sak i tilfeller der øvrigheten kan være mest opptatt av å ivareta sine interesser (Kirkevold, 1998; Kristoffersen, 2005).

Benner og Wrubel (1989) argumenterer for at bakgrunn, utdanning og konkrete situasjoner er anliggender som gjør en person til sykepleier – en person som ønsker å arbeide med mennesker, hjelpe andre og/eller yte omsorg. Disse anliggender vil være avgjørende for sykepleiernes handlinger i hver enkelt situasjon, noe som gjør sykepleie til noe annet, og noe mer, enn det å utføre rutinepregede, fastsatte oppgaver (Benner & Wrubel, 1989).

Jeg vurderer derfor at Benner og Wrubels (1989) forståelse av omsorg i større grad kan vil kunne knyttes til skjønnsbasert tankegang fremfor vedtakstenkning.

2.9 Oppsummering

Litteraturen identifiserer at profesjoner påvirker organisatoriske forhold med sine profesjonsegne tankesett og beslutninger. Blant annet vil profesjonenes skjønnutøvelse, samt deres moral og etikk, være en viktig faktor å se på dersom en ønsker å studere organisatoriske aspekter og forhold. Samtidig påvirker organisatoriske forhold profesjonenes yrkesutøvelse og handlingsrom. Offentlige organisasjoner blir i stadig større grad påvirket av NPM-tenkningen. Litteraturen viser at NPM og dens reformer har en innvirkning på profesjonelt arbeid og profesjonelt ansvar, noe som medfører et spenningsfelt mellom fag/etikk og organisatoriske/politiske forhold. BUM er inspirert av NPM-tenkningen og har bidratt til endring i etablert praksis i hjemmesykepleietjenesten. Denne organisasjonsmodellen har blant annet ført med seg konflikter om hvem som er mest egnet til å ivareta hvilke oppgaver. For helsepersonell er omsorg fundamentalt for tjenesten de yter, og utførerne i hjemmesykepleien har problematisert at de som følge av BUM skal utføre standardiserte, forhåndsbestemte tjenester. Dette medfører at ansatte i hjemmesykepleien avviker fra vedtakene. Litteraturen gjennomgått viser mange tilfeller av brudd på organisatoriske regler, og det diskuteres hvilke typer regelbrudd som regnes som pro- sosiale og hvilke som er av uønsket karakter. Det er derfor nødvendig med en kartlegging av vedtakenes betydning for hjemmesykepleierens tjenesteutøvelse, samt en diskusjon om eventuelle avvik fra vedtakene er uønsket atferd. Det hevdes i litteraturen at samarbeidet mellom bestiller og utfører i de seneste årene har vært i endring. Litteraturen viser at forholdet mellom bestiller og utfører tidligere var preget av formaliteter og et tidvis problematisk samarbeid, men det er utilstrekkelig kunnskap om dagens status. Derfor er et behov for en oppdatert kartlegging av samarbeidet mellom bestiller og utfører.

3 DESIGN OG METODE

I dette kapittelet presenteres studiens forskningsdesign, samt metodiske valg som er gjort for å besvare forskningsspørsmålene. Jeg redegjør først for studienes design. Dette etterfølges av redegjørelsen for metodiske valg som innebærer beskrivelse av studiens setting, tilgang til forskningsfeltet, utvikling av spørreskjemaet, presentasjon av utvalget, datainnsamling og analyse av data. Videre følger diskusjon av studiens validitet og reliabilitet. Ethiske vurderinger er avslutningen på kapittelet.

3.1 Design

En studies design viser hvordan forskningen skal gjennomføres med tanke på utforming av spørsmål og innsamling av data (Ringdal, 2007). Min studie har et beskrivende design med bruk av spørreskjema. Valg av beskrivende design ble gjort på bakgrunn av at designet gir mulighet til å gi en nøyaktig beskrivelse av et spesifikk fenomen i en gruppe eller mellom grupper. Videre gir beskrivende design muligheten til å skildre hva som kjennetegner situasjoner eller grupper, og om, eventuelt hvor ofte, visse fenomener inntreffer (Brink & Wood, 1998; Polit & Beck, 2008). Min studie kartlegger hvordan ansatte i kommunehelsetjenesten (bestillere og utførere) vurderer samarbeidet med hverandre. Jeg undersøker også oppfatninger av vedtakene og hvilken betydning vedtakene har for tjenesteutøvelsen.

Min studie er å regne som en tverrsnittstudie da den undersøker et nåtidig fenomen. Spørsmålene i spørreskjemaet måler ulike variabler hos en gruppe mennesker over en avgrenset tidsperiode. Tverrsnittstudier måler respondentenes handlinger og meninger på ett gitt tidspunkt, men er lite egnet for å avdekke forandringer (Jacobsen, 2005; Polit & Beck, 2008). Bruk av tverrsnittdesign gjør det mulig å studere enkeltvariabler, samt forholdet mellom flere variabler (Ringdal, 2007). Samarbeid i helsevesenet er en prosess i kontinuerlig endring. Samtidig er samarbeid mellom bestiller og utfører, og utførernes tjenesteutøvelse, forholdsvis innarbeidede prosesser, som også er nedfelt i skiftelige rutiner og retningslinjer som ikke endres kontinuerlig. Bruk av tverrsnittdesign gir ikke mulighet til å avdekke

eventuelle endringer, men designet vil gi mulighet til undersøke mange variabler og konkludere med sammenhenger som forekommer på tidspunktet undersøkelsen gjennomføres.

3.2 Studiens setting og beskrivelse av forskningsfeltet

Studios setting er kommunehelsetjenesten, nærmere bestemt en bydel i Oslo kommune og en østlandskommune. Begge har organisert helse- og sosialtjenestene etter en bestiller- utfører-modell. Den aktuelle bydelen har ca. 450 brukere av hjemmesykepleien, mens det i den aktuelle kommunene har ca. 2500 brukere av hjemmesykepleien. Hjemmesykepleietjenesten i den aktuelle kommunen er ikke konkurranseutsatt. Det er den derimot i bydelen som deltok, men kun fem av ca. 450 brukere har valgt en privat aktør. Bestillerenheten og utførerenheten er linjeenheter som har hvert sitt budsjett- og driftsansvar. I østlandskommunen er bestillerrollen sentralisert til rådmannsnivå, mens det i Oslo er en desentralisert styringsmodell der bestillerrollen er i linje på bydelsnivå.

I både kommunen og bydelen er de ansatte i bestillerenheten delt inn grupper, der de ulike gruppene har ansvar for tildeling av hjemmesykepleie, sykehjemstjenester, praktisk bistand, hjemmehjelp, rus og psykiatri og diverse andre tilbud kommunen har.

Utførerenheten i både kommunen og bydelen er inndelt etter geografi i såkalte distrikt (kommunen) eller team (bydelen). Distriktene i den aktuelle kommunen er igjen delt inn i avdelinger, også de etter geografi. Utførerenheten har en relativt flat struktur, der det i hvert distrikt, og i bydelen, finnes en toppledelse, representert ved en enhetsleder. Formelt finnes ingen mellomledelse, noe som er i tråd med intensjonen til bestiller- utfører- modellen. I den aktuelle bydelen fantes dog egne stillinger som administrerte daglige driftsoppgaver, budsjett og personal, noe som ikke kommer frem på det formelle organisasjonskartet. Underlagt enhetslederen og den uformelle mellomledelse er en operativ arbeidskjerne bestående av sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere og vernepleiere.

3.3 Tilgang til forskningsfeltet

Skriftlig forespørsel om å få gjøre en spørreundersøkelse ble sendt til byrådsleder i den aktuelle bydelen og til rådmannen i den aktuelle kommunen (vedlegg 3). Gjennomføringen av spørreundersøkelsen ble tillatt (vedlegg 4 og 5). Jeg fikk også kontaktinformasjon til personer som kunne hjelpe meg med å rekruttere respondenter. Disse personene, heretter kalt kontaktpersoner, fikk tilsendt skriftlig informasjon om studien på e- post. De til sammen syv kontaktpersonene hadde ulike roller på sin arbeidsplass: en var fagsykepleier i utførerenheten, tre var enhetsledere ved hver sin utfører enhet, to var konsulenter ved bestillerkontoret og en var enhetsleder ved ett bestillerkontor. Disse sa seg villige til å informere sine ansatte om studien, rekruttere respondenter, distribuere informasjonsskriv (vedlegg 7) og spørreskjemaer (vedlegg 8 og 9), purre, samt samle inn spørreskjemaene.

3.4 Utvalg

Da det sjelden er mulig å undersøke hele populasjonen, er det ønskelig bruke et representativt utvalg i studien. Med populasjon menes den totale sum av undersøkelsesenheter en er interessert i å fremskaffe informasjon om. Et utvalg vil da være en undergruppe av populasjonen som forskeren vil få vite noe om. Et utvalget representativt vil utvalget ha egenskaper som er sammenliknbare med populasjonen det er trukket fra, noe som gjør det mulig å trekke gyldige konklusjoner (Aalen & Frigessi, 2006; Polit & Beck, 2008) Min studie ble gjennomført med et bekvemmelighetsutvalg. Et bekvemmelighetsutvalg innebærer å bruke de mest gunstige personene blant dem en har tilgjengelig (Polit & Beck, 2008). Utvalget ble rekruttert av kontaktpersonen i den aktuelle bydelen og kommunen. Utvalgs kriterier for å delta i studien var følgende:

- Ansatt i kommunal hjemmesykepleie og utfører tjenester hjemme hos brukerne
- Ansatt ved bestillerenheten og jobber med tildeling av hjemmesykepleie
- Ansatt i tre måneder eller mer
- Fast stilling eller vikariat/engasjement
- Må kunne lese og forstå norsk

Utvalget brukt i min studie er ikke representativt for alle landets kommuner organisert etter BUM. Dette fordi respondentene kun er rekruttert fra en bydel i Oslo kommune, samt tre distrikt i en østlandskommune. Utvalgets representativitet vil diskuteres videre i avsnittet som vurderer studiens eksterne validitet. Grunnet et kompromiss inngått med kontaktpersonene i den aktuelle kommunen fikk ikke alle ansatte som oppfylte inklusjonskriteriene i de tre distriktene utdelt spørreskjemaet. Avtalen ble at alle ansatte ved én avdeling ved hvert distrikt skulle få utdelt spørreskjemaet. Denne avtalen ble inngått for å minske belastningen på distriktene da de var midt i en omorganiseringsprosess.

3.5 Datainnsamlingsmetode

Jeg brukte spørreskjema for å samle inn kvantitative data. Kvantitative data er data i form av tall som skal analyseres (Polit & Beck, 2008). I min studie ønsket jeg å ha mange respondenter, og problemstillingen legger opp til at jeg skal se på variasjon, normaltilfeller, samt hva som avviker fra disse normaltilfellene. Muligheten til å gjøre dette får jeg ved å bruke spørreskjema (Dalland, 2000; Jacobsen, 2005; Polit & Beck, 2008). Imidlertid kan bruk av spørreskjema medføre visse ulemper. Jeg vil blant annet ikke kunne gå i dybden på et tema. Videre er det jeg som forsker som bestemmer hvilke spørsmål som er viktig og relevant å stille i spørreskjemaet, noe som nødvendigvis ikke samsvarer med hva respondentene oppfatter som viktig og relevant (Jacobsen, 2005; Polit & Beck, 2008). Selvadministrerende spørreskjemaer ble delt ut til respondentene, noe som betyr at det er ingen mulighet til å oppklare misforståelser eller kontrollere respondentenes tolkning og forståelse av spørsmålene (Dalland, 2000; Jacobsen, 2005). Spørreskjemaet ble distribuert i papirform da ikke alle ansatte som oppfylte inklusjonskriteriene hadde egen e- postadresse tilknyttet jobben.

3.5.1 Utvikling av spørreskjemaet

Det ble utviklet ett spørreskjema i to utgaver, heretter kalt utgave U og utgave B. Utgave U ble besvart av utførerne, mens utgave B ble besvart av bestillerne. I følge Haraldsen (1999) er det sjelden å anbefale at noviseforskere utvikler egne spørreskjemaer, men i noen tilfeller har en ikke noe valg dersom en ønsker å få besvart problemstillingen sin. Polit og Beck (2008) støtter oppunder Haraldsen (1999) og argumenterer for at dersom ingen av de ferdig utarbeidede spørreskjemaene er aktuelle, skal en videreutvikle et allerede eksisterende spørreskjema fremfor å lage sitt eget (Polit & Beck, 2008). Søk i ulike databaser ga ingen spørreskjemaer som ene og alene var relevante i sin opprinnelige form da disse spørreskjemaene hadde temaer eller perspektiver som ikke var sammenfallende med min studie. Jeg valgte derfor å utvikle et eget spørreskjema. Utviklingen av spørreskjemaet har vært omfattende prosess. Potensielle emner og spørsmål som kunne være relevant for studien måtte identifiseres, spørsmål og svaralternativ utvikles. Innholdet i spørreskjemaet er utledet fra problemstilling og forskningsspørsmålene, samt litteraturgjennomgang og tidligere utarbeidede spørreskjemaer. Spørreskjemaet ble utviklet i flere faser, basert på anbefalinger fra metodelitteratur (Friborg, 2010; Haraldsen, 1999; Jacobsen, 2005). Tabell 1 viser en skjematisk framstilling av hvordan et spørreskjema ble utarbeidet (Hellesø, 2005). Jeg fulgte samme fremgangsmåte da jeg utarbeidet spørreskjemaet brukt i min studie.

Tabell 1

Fasene i utviklingen av spørreskjema

1. Litteraturgjennomgang
 2. Versjon 1
 3. Vurdering av versjon 1 fra ekspertgruppe
 4. Revidering av versjon 1 → versjon 2
 5. Pilottesting
 6. Revidering → endelig versjon
-

Litteraturgjennomgang

Jeg startet arbeidet med å utvikle spørreskjemaet med en litteraturgjennomgang. Hvordan jeg gikk frem da jeg søkte etter litteratur ble presentert i kapittel 2.1. Spørreskjemaet, i to utgaver, ble basert på:

1. Tidligere utviklede spørreskjemaer

Noen av spørsmålene i spørreskjemaet brukt i min studie er hentet fra to skjemaer utviklet av Ragnhild Hellesø. Det ene spørreskjemaet ble utviklet av Hellesø i forbindelse med hennes doktorgradarbeid (Hellesø, 2005). Spørsmålene i spørreskjemaet innhenter data om informasjon, kontaktform og samarbeid mellom sykehus og kommune. Instrumentet er pilottestet i Norge (N = 25) og evaluert av en ekspertgruppe.

Det andre spørreskjemaet utviklet av Hellesø ble brukt i hennes post doc- arbeid. Grunnlaget for instrumentet er delvis den norske versjonen av Ward Organisational Features Scales (WOFS) og delvis en videreføring av spørsmål som kom som et resultat av hennes doktorgradsarbeid. Foreløping foreligger det ingen publikasjoner fra Hellesøs post doc- arbeid. Utviklingen av dette spørreskjemaet fulgte samme fremgangsmåte som beskrevet i doktorgradsavhandlingen. Korrespondanse med Ragnhild Hellesø er bakgrunnen for tilgangen til disse instrumentene. Tillatelse ble gitt til å bruke spørsmål fra hennes spørreskjemaer i mitt spørreskjema. Spørsmålene ble tilpasset fokuset i min studie.

2. Faglitteratur og tidligere forskning

Selvutviklede spørsmål ble utviklet med utgangspunkt i teorier og tidligere forskning presentert i forrige kapittel.

3. Empiri og supplerende datamateriale

Jeg utviklet også spørsmål med bakgrunn i informasjon som fremkom i møte med ekspertgruppen og den aktuelle bydelens og kommunens interne retningslinjer. I bydelens retningslinjer står det at saksbehandler i bestillerenheten har ansvar for å sørge for at relevante opplysninger er tilgjengeliggjort for utfører før tjenestens oppstart. Videre at alle opplysninger om brukerne er registrert i dokumentasjonssystemet, at vedtaket er fattet og at kopier av opplysninger fra sykehus, fastlege eller etter vurderingsbesøk er tilgjengelige. Når det gjelder

behov for endring av brukernes vedtak står det at alle ansatte skal opprette beskjed til bestiller. I beskjeden skal utfører skrive hva saken gjelder/aktuell problemstilling som er bakgrunnen for behov for endring. Overordnet ansvar for at dette skjer ligger hos teamleder og merkantil fordeler. I kommunens retningslinjer står det at saksbehandler ved bestillerenheten skal registrere brukeropplysninger i dokumentasjonssystemet, legge inn opplysninger fra sykehus, fastlege eller etter vurderingsbesøk og fatte vedtak. Dog står det ikke noe om *når* dette skal gjøres. Utførers ansvar er å hente frem og lese disse opplysningene. Videre har utførerne ansvar for at bestillerkontoret får melding dersom vedtak trengs å endres/revurderes og for at nødvendig dokumentasjon foreligger i dokumentasjonssystemet. Dokumentasjonen fra utfører danner grunnlag for videreføring, endring eller avslutning av tjenesten. Videre fikk jeg anonymiserte kopier av det som regnes som ”typiske” vedtak, henholdsvis ett fra kommunen og ett fra bydelen. Vedtakene jeg har tilgang til tyder på at både utførerne i bydelen og kommunen jobber ut fra såkalte myke vedtak. I både bydelen og kommunen er tilmålt tid hos brukeren presentert som totalt tid per uke, altså ikke tid per besøk. Utførers oppdrag presenteres slik: ”Daglig hjelp til ernæring”. ”Daglig hjelp til påkledning” og lignende.

Versjon 1

Versjon 1 av spørreskjemaets utgave U, ble utarbeidet med 16 hovedspørsmål, mens utgave B hadde 8 hovedspørsmål. Hovedspørsmålene hadde tilhørende underspørsmål/utsagn som skulle besvares.

Vurdering av versjon 1 fra ekspertgruppe

Ekspertgruppen ble brukt for å sikre face- og innholdsvaliditet (Polit & Beck, 2008). Jeg hadde møter med de syv kontaktpersonene mine, og det var disse syv som utgjorde ekspertgruppen. Alle kontaktpersonene deltok ikke på ett og samme møte, til sammen ble det fire møter. På forhånd fikk alle tilsendt skriftlig informasjon om prosjektet og versjon 1 av henholdsvis utgave U eller B av spørreskjemaet. I tillegg fikk de informasjonsskrivet som skulle følge med spørreskjemaet, samt et dokument som inneholdt spørsmål som ga

bakgrunnsinformasjon om kommunen/bydelen. Jeg ba alle om å gå igjennom spørreskjemaet på forhånd av møtet, og de ble bedt om å komme med svar/innspill på følgende: Er spørsmålene forståelige? Er spørsmålene relevante? Er spørsmålene målbare? Er det sammenheng mellom spørsmålene stilt og svaralternativene gitt? Mangler det eventuelt noen svaralternativer?

I det følgende presenterer jeg tilbakemeldingene fra møtene samlet. Jeg skiller ikke på hva som ble diskutert på hvilket møte. Tilbakemeldingene var at spørsmålene var forståelige, men at ikke alle var relevante og/eller målbare. Disse spørsmålene ble tatt ut av spørreskjemaet. Når det gjaldt sammenheng mellom spørsmål og svaralternativ, uttrykte ikke ekspertgruppene behov for endring eller klargjøring. At svaralternativet «vet ikke» ikke brukes i spørreskjemaet, ble diskutert. Etter diskusjon og en ny gjennomgang av spørsmålene, ble det avgjort at det ikke var nødvendig med et ”vet ikke”- alternativ. Dette fordi vi kom frem til at det var mulig å besvare alle spørsmålene ved hjelp av de gitte svaralternativene.

Ordlyden i noen spørsmål ble også diskutert i faggruppene. Følgende er et eksempel på et utsagn respondentene ble bedt om å ta stilling til der ordlyden ble diskutert: ”Jeg tror at ansatte ved søknadskontoret har tillit til at jeg gir behovsdekkende tjenester i riktig og forsvarlig mengde.» Noen av deltagerne i ekspertgruppene ønsket ikke at ”tillit” skulle være et begrep brukt i spørreskjemaet. Dersom det i resultatet fremkommer mistillit, vil det kunne være med på å skape (ytterligere) splid mellom bestiller- og utførerenheten. Utsagnet ble endret. I tillegg til tilbakemeldingene presentert, hadde deltagerne i ekspertgruppen spørsmål de ønsket å få besvart, som de håpet å få inkludert i spørreskjemaet. Informasjonen, diskusjonene og tilbakemeldingene som kom fram på møtene ble notert.

Revidering av versjon 1 → versjon 2

Innspillene, og spørsmålene ekspertgruppen foreslo, ble inkludert i spørreskjemaets versjon 2. Versjon 2 av utgave U hadde 12 hovedspørsmål, mens utgave B hadde 6 hovedspørsmål. Versjon 2 ble sendt med e- post til kontaktpersonene for vurdering. Alle ga tilbakemelding på at de var fornøyd med versjon 2.

Pilottesting

Som forberedelse til hovedstudien ble versjon 2, begge utgaver, pilotert. I en skjemametodisk pilot er hensikten å kartlegge hvordan selve instrumentet fungerer. De spørsmålene testerne har latt være å svare på er spørsmål forskeren skal være opptatt av skriver Haraldsen (1999). Ved å rette oppmerksomheten mot disse spørsmålene kan en rette opp eventuelle uklarheter eller mangler før spørreskjemaet benyttes i hovedundersøkelsen (Haraldsen, 1999).

I pilotstudien anså jeg det som hensiktsmessig å inkludere både forskere og personer som jobber i praksisfeltet. Ved at ulike grupper piloterer instrumentet vil en kunne få både faglig og praktisk innspill på spørreskjemaets svake og sterke sider (Friborg, 2010; Haraldsen, 1999). Pilotstudien ble gjennomført med et bekvemmelighetsutvalg. Ingen av deltagerne i pilotstudien tilhørte bydelen eller kommunen som deltok i hovedstudien. Utvalget i pilotstudien besto av to sykepleiere ansatt ved en bestillerenhet, en hjelpepleier ansatt i hjemmesykepleien, fire sykepleiere ansatt i hjemmesykepleien og to medstudenter på mastergradsnivå. Kommunikasjon med deltagerne i pilotstudien foregikk på e- post der de ga tilbakemeldinger på: Er spørsmålene klare? Er det sammenheng mellom spørsmål og svaralternativ? Mangler det eventuelt noen svaralternativ? Er spørreskjemaet godt organisert? Er rekkefølgen på hovedspørsmålene og delspørsmålene/utsagnene logisk? Trenger du mer informasjon om studien og spørreskjemaet enn det som står i medfølgende informasjonsskriv? Hvor lang tid bruker du på å svare på skjemaet? Deltagerne i pilotstudien skrev kommentarer og forslag til endringer på spørreskjemaet de hadde fått tilsendt. Alle hadde fylt ut spørreskjemaet og noen kom med forslag til endringer. Tilbakemeldingene var: Spørsmålene var forståelige, men noen var litt lange og burde kortes ned. Noen av spørsmålene kunne slås sammen. I tillegg kom forslag til faglig spissformulering av enkelte spørsmål. En av deltagerne påpekte mangelen på «vet ikke» som et svaralternativ. Han/hun skrev at han/hun ikke savnet dette alternativet, men lurte på om det var bevisst. To av deltagerne mente at to av spørsmålene burde bytte plass. Ingen av deltagerne påpekte behov for endring av medfølgende informasjonsskriv. Deltagerne rapporterte at de brukte mellom 5 og 15 minutter på å fylle ut spørreskjemaet.

Endelig versjon av spørreskjemaet

Antall spørsmål og delspørsmål/utsagn er illustrert i tabell 2:

Tabell 2
Endelig versjon av spørreskjemaet

Tema	Utgave U		Utgave B		Litteraturgrunnlag
	Hovedspørsmål	Delspørsmål/ utsagn	Hovedspørsmål	Delspørsmål/ utsagn	Hovedkilde
<u>Tilgjengelig informasjon</u>	1	9	1	9	Hellesø (2005, post doc*) Bydelen/kommunenes retningslinjer
<u>Informasjonsbehov</u>	1	9	1	9	Hellesø (2005, post doc*)
<u>Tilfredshet med informasjon</u>	2	9			Hellesø (2005, post doc*) Ekspertgruppe
<u>Samarbeid</u>	2	10	1	6	Hellesø (2005, post doc*) Ekspertgruppe
<u>Samarbeid med bakgrunn i vedtak</u>	1	15	1	10	Hansen et.al. (2009) Kirchhoff (2010) RO (2004, 2006) Bydelen/kommunenes retningslinjer
<u>Tilfredshet med samarbeid</u>	1	7	1	6	Hellesø (2005, post doc*) Ekspertgruppe
<u>Oppsummerings-spørsmål</u>	1	4	1	2	Hellesø (2005, post doc*)
Totalt	9	63	6	42	

* Foreløping foreligger det ingen publikasjoner fra Hellesøs post doc- arbeid.

Om spørreskjemaets oppsett, og rekkefølgen på spørsmålene, skriver Ringdal (2007) at spørreskjemaet bør innledes med at respondenten skal besvare ufarlige, lette og nøytrale spørsmål. På bakgrunn av dette, introduseres respondentene for spørreskjemaet ved at de først blir bedt om å oppgi kjønn, årstallet de er født, yrke, om de er fast ansatte eller i et vikariat, stillingsprosent og hvor mange år de har jobbet på arbeidsplassen.

Spørreskjemaet brukt i min studie er strukturert da det er gjort et bevisst valg om å kun benytte lukkede spørsmål. Alle spørsmål, bortsett fra to spørsmål i utgave U og ett spørsmål i utgave B, ble besvart ved at respondentene krysset av på likert- skala. Likert- skalaen ble brukt for å gradere svaret på hvert enkelt spørsmål. Bruk av likert- skala gjør det mulig å måle i hvilken grad respondenten sier seg enig i, eller uenig i, utsagnet (Haraldsen, 1999).

En inndeling etter tema vil unngå forvirring hos respondenten, samtidig som spørsmålene innenfor hvert tema går fra generelle spørsmål til mer spesifikke spørsmål (Ringdal, 2007). Spørreskjemaet er delt inn i to temaer med følgende overskrifter: 1. Generelt om informasjon ved mottakelse av brukere som er nye, eller har behov for endrede tjenester. 2. Generelt om kontakten med hjemmesykepleien/bestillerkontoret. Overskrift 3 er: «Avslutningsvis, ett oppsummeringsspørsmål».

Spørsmålenes rekkefølge vil muligens ha en effekt på studiens resultat da spørsmål stilt tidlig i spørreskjemaet kan påvirke svaret på et senere spørsmål (Ringdal, 2007). Når det gjelder rekkefølgen på spørsmålene i spørreskjemaet, er spørsmål 3a: "... hvor fornøyd du er med ...". Dette er ett eksempel på et spørsmål som kan påvirke, og bli påvirket, avhengig av om det presenteres på begynnelsen eller slutten av spørreskjemaet. Ved å stille spørsmålet tidlig i spørreskjemaet, kan svaret respondentene da gir påvirke svarene på senere spørsmål. Presenteres spørsmålet avslutningsvis vil svaret kunne være farget av svarene gitt på tidligere spørsmål. Da flere spørsmål i spørreskjemaet ber respondentene vurdere ulike aspekter ved samarbeidet og vedtakene, valgte jeg å bruke spørsmålet 3a som et avsluttende oppsummeringsspørsmål.

Faktaspørsmål, atferdsspørsmål og sammensatte holdningsspørsmål er spørsmålstyper brukt i spørreskjemaet. Faktaspørsmålene dreier seg om respondentens alder, kjønn og lignende. Atferdsspørsmålene omhandler eventuelle hverdagslige gjøremål og aktiviteter som gjentar seg (Haraldsen, 1999). Atferdsspørsmålene i spørreskjemaet brukt i min studie dreier seg om

hva respondentene gjør i hverdagslige situasjoner. Sammensatte holdningsspørsmål er spørsmål satt sammen av utsagn respondenten skal ta stilling til. Tanken er å synliggjøre forskjellige aspekter ved én holdning (Haraldsen, 1999). Spørreskjemaet brukt i min studie inneholder spørsmål som ber respondenten ta stilling til utsagn som synliggjør ulike aspekter ved samarbeid og utførernes tjenesteutøvelse.

3.5.2 Distribusjon og innsamling av spørreskjemaene

Kontaktpersonene hadde ansvar for administrering av spørreskjemaene. Avtaler om hvordan spørreskjemaet skulle administreres ble gjort, og hver enkelt kontaktperson fikk et dokument som dreide seg om prosedyre for praktisk gjennomføring av datainnsamlingen (vedlegg 6). Jeg sto for trykkingen av spørreskjemaene, samt informasjonsskrivene, og fordelte disse til den aktuelle bydelen og kommunen. Datainnsamlingen foregikk i februar og mars 2012. Kontaktpersonene identifiserte hvem av de ansatte som oppfylte inklusjonskriteriene. Disse ansatte fikk spørreskjemaet i posthyllen sin. Respondentene la de ferdig utfylte spørreskjemaene i en medfølgende konvolutt. Konvolutten med det ferdigutfylte spørreskjemaet ble lagt i en svarconvolutt på et avtalt sted på arbeidsplassen. Kontaktpersonene kunne da se hvor mange som hadde returnert spørreskjemaene for så å utføre purringer. Da det ikke var mulig å identifisere enkeltpersoner, gjorde jeg en avtale med kontaktpersonene om at påminnelser skulle gjøres i plenum, for eksempel i lunsjen, på morgenmøter og lignende. Tabell 3 gir en oversikt over antall spørreskjemaer distribuert og samlet inn.

Tabell 3
Antall spørreskjemaer distribuert og samlet inn

	Antall ansatte totalt	Antall ansatte som oppfylte inklusionskriteriene	Antall spørreskjemaer delt ut	Antall spørreskjemaer i retur n (%)
<u>Utførere i bydelen</u>	65	59	59	27 (46)
<u>Bestillere i bydelen</u> ¹⁾	4	4	4	4 (100)
<u>Utførere i kommunen</u> ²⁾	121	108	108	73 (68)
<u>Bestillere i kommunen</u> ¹⁾	10	10	8	8 (80)
Totalt	200	181	179	112 (63)

1) Jobber kun med tildeling av hjemmesykepleie

2) Totalantall fra avdelingene valgt ut til å delta

3.6 Dataanalyse

Analyse er en prosess der en organiserer data slik at en kan svare på studiens problemstilling eller belyse en hypotese (Polit & Beck, 2008). I denne studien benyttes statistisk analyse der kvantitative data organiseres og analyseres ved bruk av statistikk. SPSS versjon 19 ble brukt for å utføre ulike typer analyser på de numeriske data fra spørreskjemaene. Analyser blir gjort på grunnlag av N = 109 da tre av de 112 returnerte spørreskjemaene var ufullstendig utfylt. Selv om data er samlet på to ulike steder (en bydel og tre distrikt i en kommune) velger jeg å se dataene samlet inn under ett. Fokuset i denne oppgaven er å undersøke bestiller og utførers vurdering av samarbeidet dem i mellom, samt vurderingen av vedtakene og hvilken betydning vedtakene har for utførernes tjenesteutøvelse. Selv om det kan gi interessante funn å studere de ulike stedene hver for seg, velger jeg å ikke undersøke om det er forskjell mellom de to stedene der undersøkelsen ble gjennomført. Dette fordi fokuset i oppgaven ikke dreier seg om å sammenlikne vurderinger av samarbeid og tjenesteutøvelse på de ulike stedene.

Variablenes målenivå, utvalgsstørrelse og om utvalget er normalfordelt eller ikke avgjør hvilke statistiske tester det er hensiktsmessig å bruke (Bjørndal & Hofoss, 2004; Pallant, 2010). I utgangspunktet var denne studiens data av ordinal karakter. Jeg valgte å dikotomisere likert- skalaen brukt i spørreskjemaet. Dette for å gjøre materialet mer oversiktlig og tydeliggjøre resultatene. Bjørndal og Hofoss (2004) skriver om variabler på ordinalnivå at selv om disse kan rangeres vil ikke innbyrdes avstand mellom hver verdi kunne måles, og en kan med det ikke si hvor forskjellige verdiene er.

Spørsmålene som har følgende skala: aldri, sjelden, ca. halvparten av gangene, ofte eller alltid ble delt i to kategorier:

- aldri, sjelden, ca. halvparten av gangene = sjelden
- ofte, alltid = ofte

Merk at ett spørsmål: ”Jeg utfører andre tjenester enn det som er tatt i vedtaket” er annerledes:

- aldri, sjelden = sjelden
- ca. halvparten av gangene, ofte, alltid = ofte

Spørsmålene som har følgende skala: uenig, litt uenig, verken enig eller uenig, litt enig eller enig er også delt inn i to kategorier:

- Uenig, litt uenig, verken enig eller uenig = uenig
- Litt enig og enig = enig

Spørsmål som skulle besvares med ikke fornøyd i det hele tatt, lite fornøyd, verken eller, litt fornøyd eller svært fornøyd er delt inn i kategoriene:

- Ikke fornøyd i det hele tatt, lite fornøyd, verken eller = lite fornøyd
- Litt fornøyd og svært fornøyd = fornøyd

Sett bort fra demografiske data, er dataene i denne studien av kategorisk karakter, og variablene er dikotome. Dette, sammen med at studien har et lite utvalg, er bakgrunnen for at ikke- parametriske tester ble benyttet. Ikke- parametriske tester er mindre følsomme enn parametriske tester, noe som gjør at det kan være vanskelig å oppnå statistisk signifikans selv om et forhold faktisk eksisterer. Med det øker faren for type II feil – å akseptere

nullhypotesen selv om den er gal (Pallant, 2010). Beskrivende statistikk ble brukt for å beskrive utvalget. Frekvensanalyser ble utført for å vise forekomst av de ulike observasjonene som fremkommer i datamaterialet. For å utforske forhold mellom variabler valgte jeg å bruke krysstabellanalyse der kji- kvadrattest ble brukt for å undersøke sammenhengen med hensyn til statistisk signifikans. Da det er en forutsetning at forventet antall observasjoner i hver celle ikke er for lite, benyttet jeg Fisher's Exact Test i tilfellene der flere enn 1/5 av rutene i krysstabellen hadde forventede verdier mindre enn fem (Bjørndal & Hofoss, 2004). For å identifisere signifikante forklaringsvariabler og undersøke hvor sterkt de virker på oddsen for at en begivenhet skal inntreffe, utførte jeg logistiske regresjonsanalyser. En p- verdi på $\leq 0,05$ ble ansett som signifikant.

3.7 Validitet og reliabilitet

3.7.1 Validitet

Validitet angir hvor godt en måler det en faktisk ønsker å måle (Haraldsen, 1999). Cook og Campells validitetssystem består av fire typer *slutninger* og deres tilhørende *validiteter*. Hver validitetstype har mulige feilkilder som kan gjøre det vanskelig å oppnå valide slutninger. Valide funn er ønskelig og det er derfor nødvendig å eliminere feilkildene gjennom å kontrollere for tilfeldige feil, systematiske feil og tolkningsproblemer (Bjørndal & Hofoss, 2004). Validitetssystemet omfatter fire validitetskrav som er nødvendige forutsetninger for å trekke gyldige slutninger: *statistisk validitet*, *indre validitet*, *begrepsvaliditet* og *ytre validitet* (Lund & Haugen, 2006). Sett bort ifra indre validitet, vil systemet, som opprinnelig er utarbeidet for kausale undersøkelser, også være relevant for beskrivende undersøkelser (Lund, 1996). I ikke- eksperimentelle studier vil det i prinsippet være umulig å trekke sikre konklusjoner om årsaksforhold. I forhold til indre validitet i ikke- kausale undersøkelser skal forskeren derfor være åpen for alternative tolkninger av resultatene som fremkommer av studien (Kleven, 2002).

Statistisk validitet gjelder sikkerheten av en statistisk slutning og er nødvendig for å ivareta de andre validitetskravene (Lund & Haugen, 2006). Statistisk validitet fordrer at det kan trekkes en klar slutning om sammenheng mellom den uavhengige og den avhengige variabelen.

Trusler mot statistisk validitet er brudd på statistiske forutsetninger og lav statistisk styrke. Brudd på statistiske forutsetninger innebærer blant annet brudd på antakelser om uavhengighet av observasjoner, og har konsekvenser både for type I- og type II- feil (Lund, 2002). At observasjonene skal være uavhengige vil si at de ikke må påvirkes (Pallant, 2010). I min studie ble spørreskjemaene delt ut til hver enkelt respondent, men muligheten for at respondentene diskuterte spørsmålene under utfyllingen av spørreskjemaet, og med det påvirket hverandre, er tilstede. Statistisk styrke omhandler sannsynligheten for å forkaste en gal nullhypotese ved å trekke den korrekte slutningen. Grunnet praktiske hensyn og oppgavens omfang har jeg ikke gjennomført styrkeberegning. Nødvendig utvalgsstørrelse for å oppnå signifikans på gitt signifikansnivå, ønsket statistisk styrke, samt estimert populasjonsvarians er ikke bestemt. Haraldsen (1999) skriver at utvalgets størrelse avhenger av hva du skal måle, samt hvor fine mål en skal bruke i analysene. Ønsker en å undersøke om to grupper er forskjellige eller ikke, vil det være et grovt mål. Enkle hypoteser skal testes, og det kan hende at det holder med 100 - 200 deltagere. Med bakgrunn i Haraldsen (1999) vil $N = 109$ kunne være tilstrekkelig.

Sikkerhet av en begrepsslutning er det kvalitetskravet i validitetssystemet som Cook og Campell kaller *begrepsvaliditet*. En ønsker å sikre *hva* som måles, om våre data virkelig måler de teoretiske begrepene og variablene som vi ønsker å måle. En variabel som er operasjonalisert kan måle det relevante begrepet, men også irrelevante begreper og usystematiske feil (Lund, 2002). Til denne studien ble det utarbeidet et nytt spørreskjema. Polit og Beck (2008) anbefaler at begreper brukt i spørreskjemaer konseptualisert gjennom litteraturgjennomgang, god kjennskap til temaet, i samråd med eksperter eller gjennom kvalitativ undersøkelse. I tillegg til at jeg hadde møter med ekspertgrupper gjorde jeg en grundig litteraturgjennomgang, noe som kan styrke denne studiens begrepsvaliditet.

Utvalget som er brukt har betydning for studiens *ytre validitet*. Ytre validitet handler om å oppnå et resultat som kan generaliseres til å gjelde andre aktuelle situasjoner eller personer (Lund, 2002). Polit og Beck (2008) påpeker viktigheten av å ha et representativt utvalg, både med tanke på antall og sammensetning, for å kunne trekke gyldige konklusjoner gjeldende for populasjonen. Om utvalget er tilfeldig sammensatt eller ikke, har betydning for hvor nøyaktig og representativt resultatet blir (Polit & Beck, 2008). Utvalget i denne studien er ikke representativt i den grad det er ønskelig å kunne generalisere funnene til å gjelde for alle

kommuner organisert etter BUM. Min studie ble gjennomført med et bekvemmelighetsutvalg der deltagerne kun er rekruttert fra én bydel i Oslo kommune, samt tre distrikt i en annen østlandskommune. Det vil ikke være mulig, ut fra data samlet i min studie, å generalisere funnene til å gjelde for hele populasjonen, som da vil være alle ansatte i hjemmesykepleien og bestillere som jobber med tildeling av hjemmesykepleie. Datamaterialet representerer kun de som valgte å fylle ut og returnere spørreskjemaet. 81 spørreskjemaer ble returnert fra den aktuelle kommunen, mens 31 spørreskjemaer ble returnert fra bydelen. At studiens resultat i større grad baseres på ett sted til fordel for et annet kan, ifølge Polit og Beck (2008) medføre en utvalgsbias referert til som over- eller underrepresentasjon. Det var også noen av respondentene som valgte å ikke svare på alle spørsmålene i spørreskjemaet, såkalt partielt frafall. Dette kan føre til fordreining og skjevheter i resultatet (Haraldsen, 1999; Polit & Beck, 2008).

3.7.2 Reliabilitet

Reliabilitet er knyttet til instrumentet anvendt og handler om hvor pålitelige og konsise svar en får ut fra spørsmålene stilt (Haraldsen, 1999; Polit & Beck, 2008). Sagt på en annen måte: «hvor sikkert vi måler, uavhengig av hva vi måler» (Lund & Haugen, 2006:122).

Min studies reliabilitet kan styrkes ved at spørreskjemaet ble benyttet på gruppen det originale spørreskjemaet var tiltenkt (hjemmesykepleiere). Polit og Beck (2004) skriver at dersom populasjonen spurt i den originale studien er tilnærmet lik populasjon spurt i en senere studie, vil originalinstrumentet kunne gi pålitelige svar i en ny studie. Ett kritisk punkt er at det også ble benyttet på en annen gruppe enn den opprinnelig tiltenkte gruppen, nemlig bestillerne. Det er lagt ned arbeid i tilpasningen av spørreskjemaet, i form av ekspertgruppevurdering og litteraturgjennomgang, slik at spørsmålene skulle oppfattes som relevante for begge gruppene. Samhandling i helsetjenesten er et overordnet fokus for både originalinstrumentet og spørreskjemaet brukt i denne studien.

Haraldsen (1999) skriver at holdningsspørsmål, atferdsspørsmål og faktaspørsmål om enkeltsaker vanligvis gir holdbare svar. Ved bruk av spørsmål som stiller krav til respondentens hukommelse, kan svarene respondenten gir forandre seg fra gang til gang, noe som skaper reliabilitetsproblemer da reliable spørsmål skal gi stabile svar over tid (Friborg,

2010; Haraldsen, 1999). Spørsmålene respondentene ble stilt i denne studien ber de ta stilling til hverdagslige situasjoner hvor det ikke stilles krav til hukommelse. Derfor kan foreliggende studies reliabilitet anses som styrket på bakgrunn av Haraldsens (1999) argumenter.

Innenfor rammene av min studie var det ikke mulig å teste spørreskjemaets stabilitet gjennom en test - retest. Reliabilitet knyttet til spørreskjemaets interne konsistens rapporteres ved Cronbach alpha. Spørreskjemaet Hellesø utviklet i forbindelse med sin doktorgrad rapporteres å ha en Cronbach alpha = 0,94 (Hellesø, Sorensen, & Lorensen, 2005). De to utgavene av spørreskjemaet brukt i denne studien har henholdsvis en Cronbach alpha = 0,994 (utgave U) og Cronbach alpha = 0,987 (utgave B).

I spørreundersøkelser kan det være feilkilder. En systematisk feilkilde er en konstant tilføyning eller fratrekning på den sanne testskåren. Et eksempel på en systematisk feilkilde er svartendenser, å svare det som er sosialt ønskelig (Friborg, 2010). Haraldsen (1999) kaller denne type feilkilde *målefeil*, der respondent besvarer et spørsmål mer positivt enn det som sant er. Slike eventuelle svartendenser går typisk i samme retning for alle testledd og variansen vil øke systematisk. En systematisk feilkilde vil derfor vanligvis ikke redusere reliabiliteten (Friborg, 2010). Spørsmålene i spørreskjemaet brukt i denne studien vil verken synliggjøre respondentenes uvitenhet eller sensitive forhold. Jeg ser det derfor som nærliggende at respondentene er ærlige i sine besvarelser. Tilfeldige feilkilder kan være tastefeil i dataregistreringen, gjetting, kjedsomhet eller tretthet hos den som besvarer spørsmålene. Slike tilfeldige feil virker direkte svekkende på reliabiliteten da de registrerte svarene vil avvike usystematisk fra de sanne svarene (Friborg, 2010). For å unngå at svarene fra spørreskjemaene blir feilregistrert når de overføres til datafil, det Haraldsen (1999) kaller *prossesfeil*, ble data lagt inn i SPSS kontrollert to ganger: først av meg selv, deretter av en annen uavhengig person. Da besvarelsene ble registrert i datamatriksen, ble spørreskjemaene nummerert slik at riktig registrering kunne kontrolleres. Stikkprøver ble tatt. Alt dette for å kvalitetssikre kodingen.

3.8 Forskningsetiske overveielser

Studien ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS 06.10.11. Svar forelå 02.11.11 (vedlegg 1 a og 1b). Endringsmelding ble sendt da jeg valgte å innhente indirekte personidentifiserbare opplysninger. Svar forelå 23.01.12 (vedlegg 2). Endringer i informasjonsskrivet ble gjort i henhold til det som ble påpekt i brevet, og revidert informasjonsskriv ble ettersendt til NSD.

Jeg går ut fra at respondentene har fått muntlig informasjon om studien av arbeidsplassens aktuelle kontaktperson. Forskningsetiske prinsipp om informert og frivillig samtykke til deltagelse (Kongsli, Fagermoen, Lohne, & Rustøen, 2003) ble ivaretatt ved at respondentene fikk et informasjonsskriv sammen med spørreskjemaet. Informasjonsskrivet redegjorde for studiens hensikt og at deltagelse i studien er frivillig og anonymt. Med hvert spørreskjema fulgte det med en konvolutt respondenten kunne bruke slik at det ikke var mulig for uvedkommende å se hva som har blitt svart. Besvarte og returnerte spørreskjemaer ble betraktet som samtykke (Polit & Beck, 2008).

4 RESULTATER

I dette kapittelet presenteres studiens resultater. Innledningsvis vil jeg presentere og beskrive demografiske forhold ved studiens utvalg, etterfulgt av resultatene for hvert enkelt forskningsspørsmål.

4.1 Beskrivelse av utvalget

Tabell 4
Demografiske karakteristikk av studiens deltakere I (N = 109)

	Bestillere (n = 12) n (%)	Utførere (n = 97) n (%)
<u>Alder</u>		
24 – 29 år		10 (10,3)
30 – 39 år	2 (16,7)	17 (17,8)
40 – 49 år	5 (41,6)	24 (24,8)
50 – 59 år	2 (16,7)	30 (30,9)
> 60 år	2 (16,6)	9 (9,3)
Ikke besvart	1 (8,3)	7 (7,2)
<u>Kjønn</u>		
Kvinne	10 (83,3)	77 (79,4)
Mann	1 (8,3)	19 (19,6)
Ikke besvart	1 (8,3)	1 (1)

Alderen i utvalget varierer fra 24 til 67 år, der gjennomsnittsalderen er 46 år (SD 11,092).

Utførerne har en gjennomsnittsalder på 45 år (SD 11,208), mens bestillernes gjennomsnittsalder er 49 år (SD 9,880). Når det gjelder kjønnsfordeling, er det en overvekt av kvinner i materialet. Antall kvinner totalt er 87 og utgjør 79,8 % av materialet. I totalmaterialet er det 20 menn. Disse utgjør 18,3%. I utførerenheten jobber 77 (79,4 %) kvinner og 19 (19,6 %) menn. I bestillerenheten; 10 (83,3 %) kvinner og 1 (8,3 %) mann.

Tabell 5

Demografiske karakteristikk av studiens deltakere II (N = 109)

	Bestillere (n = 12) n (%)	Utførere (n = 97) n (%)
<u>Stilling</u>		
Sykepleier	10 (83,3)	33 (34,0)
Hjelpepleier/omsorgsarbeider		47 (48,5)
Vernepleier		3 (3,1)
Fagsykepleier/avdelingssykepleier		11 (11,3)
Helsefagarbeider		2 (2,1)
Ikke besvart	2 (16,7)	1 (1,0)
<u>Fast ansatt eller vikariat</u>		
Fast	12 (100)	84 (86,6)
Vikariat		3 (3,1)
Ikke besvart		10 (10,3)
<u>Stillingsprosent</u>		
< 49 %		2 (2,0)
50 – 79 %		5 (5,1)
80 – 90 %	1 (8,3)	11 (11,3)
91 – 100 %	11 (91,7)	74 (76,3)
Ikke besvart		5 (5,2)
<u>År jobbet</u>		
0 – 1 år	4 (33,4)	12 (12,4)
2 – 3 år	3 (25,0)	10 (10,3)
4 – 5 år	1 (8,3)	14 (14,4)
6 – 10 år	3 (25,0)	22 (22,7)
11 – 20 år	1 (8,3)	24 (24,8)
21 – 30 år		11 (11,3)
31 – 35 år		1 (1,0)
Ikke besvart		3 (3,1)

Det er ulik erfaringslengde blant respondentene. Antall år jobbet varierer fra 0 - 35 år, der gjennomsnittlig arbeidserfaring for alle er 9 år (SD 7,690). Utførerne har en gjennomsnittlig arbeidserfaring fra hjemmesykepleien på 10 år (SD 7,817). Bestillerens gjennomsnittlige arbeidserfaring i bestillerenheten er 4 år (SD 4,245). I utførerensheten er 34% av de ansatte sykepleiere, 11,3% er fag-/avdelingssykepleiere, 3,1% er vernepleiere, 48,5 % er hjelpepleiere/omsorgsarbeidere og 2,1% er helsefagarbeidere. 83,3% av de som jobber i bestillerenheten er sykepleiere, 16,7% har ikke oppgitt sitt yrke. Alle bestillerne er faste

ansatte, og alle bortsett fra én jobber 100%. Blant utførerne er 86,6 % faste ansatte, mens 3,1% oppgir å ha et vikariat. 87,6% av utførerne har en stillingsprosent på 80 eller høyere.

Fisher's Exact Test viste at det ikke var noen signifikante forskjeller mellom gruppene (bestiller og utfører) med hensyn til de demografiske variablene. Det ble heller ikke funnet noen statistisk signifikante sammenhenger mellom de demografiske variablene og andre variabler brukt i senere analyser.

4.2 Hvordan bestiller og utfører vurderer samarbeidet med hverandre

Som presentert tidligere i oppgaven viste to kartleggingsundersøkelser av norske kommuner at samarbeidsforholdet til utførerne var den hyppigst nevnte negative erfaringen bestillerne hadde (RO, 2004, 2006) i forbindelse med innføringen av BUM. Med bakgrunn i funnene presentert i RO- rapportene er følgende aspekter valgt for å undersøke samarbeidsforholdet mellom bestiller og utfører: at partene har en felles forståelse for brukernes behov, at partene har en gjensidig forståelse av sine respektive ansvarsområder og at partene samarbeider tilstrekkelig om brukerne. I tabell 6 presenteres resultatene av hvordan bestiller og utfører vurderer ulike aspekter ved samarbeidet dem imellom, samt om de er fornøyde med samarbeidet med den andre parten.

Tabell 6

Bestiller (N = 12) og utførers (N = 97) oppfatninger av samarbeidet

	Bestiller n (%)	Utfører n (%)
<u>Felles forståelse for brukernes behov</u> ⁽¹⁾		
Uenig	1 (8,3)	44 (45,4)
Enig	11 (91,7)	53 (54,6)
<u>Felles forståelse for respektive ansvarsområder</u> ⁽²⁾		
Uenig	1 (8,3)	39 (40,6)
Enig	11 (91,7)	57 (59,4)
<u>Tilstrekkelig samarbeid om brukerne</u> ⁽³⁾		
Uenig	2 (16,7)	38 (40)
Enig	10 (83,3)	57 (60)
<u>Bestillerne lydhøre ovenfor faglige råd</u> ⁽⁴⁾		
Uenig		45 (47,4)
Enig		50 (52,6)
<u>Samarbeidet generelt</u> ⁽⁵⁾		
Lite fornøyd	0	42 (44,2)
Fornøyd	12 (100)	53 (55,8)

* signifikant på 5% - nivå, ** signifikant på 1% - nivå

(1) Fisher's Exact Test: $p = 0,014^*$

(2) Fisher's Exact Test: $p = 0,030^*$

(3) Fisher's Exact Test: $p = 0,204$

(4) Ikke krysstabulert da dette spørsmålet kun ble stilt utførerne

(5) Fisher's Exact Test: $p = 0,003^{**}$

Tabell 6 viser at 91,7 % (n = 11) av bestillerne svarte at de var enig i at bestiller og utfører har felles forståelse for brukernes behov, mens 54,6% (n = 53) av utførerne oppga det samme.

Et stort flertall av bestillerne (91,7%) sa seg enig i at bestiller og utfører har en gjensidig forståelse av sine respektive ansvarsområder. Til gjengjeld var det 59,4% (n = 57) av utførerne som oppga det samme. Tabell 6 viser at 83,3% (n = 10) av bestillerne og 60% (n = 57) av utførerne sa seg enig i at bestiller og utfører samarbeider tilstrekkelig om brukerne. Et spørsmål som bare utførerne fikk var om bestillerne er lydhøre ovenfor faglige råd utførerne gir. 52,6 % (n = 50) svarte at de var enig i denne påstanden. Videre fremgår det av tabell 6 at

alle bestillerne var fornøyde med samarbeidet med utførerne. Til sammenlikning oppga rett over halvparten (55,8%) av utførerne at de var fornøyd med samarbeidet med bestillerne.

Fisher's Exact Test ble brukt for å undersøke om det er en statistisk signifikant forskjell mellom gruppene (bestiller og utfører) med henhold til 1) de ulike aspektene ved samarbeidet og 2) om de er fornøyde med samarbeidet eller ikke. Sett bort fra aspektet som dreier seg om tilstrekkelig samarbeid om brukerne, ble det funnet en statistisk signifikant forskjell mellom gruppene for alle aspekter. Bestillerne var mer positive i sin vurdering av de ulike aspektene ved samarbeidet enn utførerne. Videre oppga flere bestillere, sammenliknet med utførere, at de var fornøyd med samarbeidet med den andre parten. Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant ($p = 0,003$).

4.2.1 Faktorer av betydning for vurderingen av samarbeidet

Jeg tok i bruk en krysstabell for å undersøke om det er statistisk signifikante sammenhenger mellom de ulike aspektene ved samarbeidet og totalutvalgets fornøydhet med samarbeidet. Resultatene presenteres i tabell 7.

Tabell 7

Sammenheng mellom fornøydhhet med samarbeidet og de ulike aspektene ved samarbeid (N = 109)

	Lite fornøyd med samarbeidet n (%)	Fornøyd med samarbeidet n (%)
<u>Felles forståelse for brukernes behov</u> ⁽¹⁾		
Uenig	28 (66,7)	16 (24,6)
Enig	14 (33,3)	49 (75,4)
<u>Felles forståelse for respektive ansvarsområder</u> ⁽²⁾		
Uenig	29 (69,0)	11 (16,9)
Enig	13 (31,0)	54 (83,1)
<u>Tilstrekkelig samarbeid om brukerne</u> ⁽³⁾		
Uenig	27 (64,3)	12 (18,8)
Enig	15 (35,7)	52 (81,3)

** signifikant på 1% - nivå

(1) Kji – kvadrattest: $x^2 = 18,634$, $p = 0.000$ ** (2) Kji – kvadrattest: $x^2 = 29,614$, $p = 0.000$ **

(3) Kji – kvadrattest: $x^2 = 22,610$, $p = 0.000$ **

Krysstabuleringen viser at det foreligger statistisk signifikante sammenhenger mellom samtlige aspekter brukt for å synliggjøre bestiller og utførers vurdering samarbeidet dem imellom og respondentenes fornøydhhet med samarbeidet. Dette antyder at det er en sammenheng mellom respondentenes oppfattelse av om bestiller og utfører

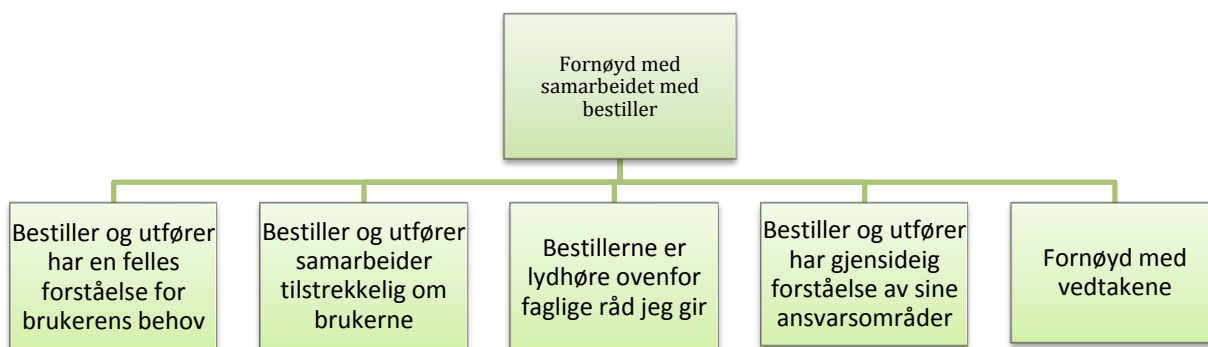
- har en felles forståelse for brukernes behov
- har en felles forståelse for respektive ansvarsområder
- samarbeider tilstrekkelig om brukerne

og om han/hun er fornøyd eller ikke med samarbeidet med den andre parten.

Variabelen som oppsummerer om henholdsvis bestiller og utfører var fornøyd med samarbeidet med den andre parten, kan dessverre ikke brukes i multivariate analyser. Dette fordi det ikke er varians i bestillernes svar. Alle bestillerne svarte at de var fornøyd med samarbeidet, noe som gjør denne variabelen til en konstant. En konstant variabel kan ikke brukes til å undersøke multivariate sammenhenger, ei heller teste hypoteser om ulike variablers effekt på den avhengig variabelen (som i dette tilfellet er respondentenes fornøydhhet med samarbeidet med den andre parten). Denne variabelen har derfor kun kunnet

undersøkes i en firefelts krystabell. Da det ikke var mulig å bruke multivariate analyser for å teste hypoteser om ulike variabelers effekt på totalutvalgets fornøydhetsgrad med samarbeidet, valgte jeg å filtrere bort bestillerne fra datamaterialet. Grunnet varians i utførernes svar fikk jeg muligheten til å undersøke sannsynligheten for at en utfører vil være fornøyd med samarbeidet gitt en bestemt kombinasjon av faktorer. Jeg utførte en logistisk regresjonsanalyse for å vurdere virkningen ulike faktorer kan ha på oddsen for at utførerrespondentene er fornøyd med samarbeidet med bestillerne. Modellen inneholdt fem uavhengige variabler, se figur 2.

Figur 2: Oversikt over variabler brukt i regresjonsanalysen I



At det i denne modellen brukes fem uavhengige variabler er i tråd med tommelfingerregelen om antall forklaringsvariabler modellen maksimalt kan inneholde (antall utfører = 97. $97/15 \approx 6$). Omnibus Tests of Model Coefficients viste at hele modellen, inkludert alle prediktorene, var statistisk signifikant: $\chi^2(5, N = 94) = 49,616, p = 0,000$. Videre viste Hosmer and Lemeshow Test at modellen er datatillatelig; at modellen passer til dataene. Hosmer and Lemeshow Test ga et kji- kvadrat = 7,309 og en $p = 0,199$. Hele modellen forklarer mellom 41,0% (Cox & Snell R Square) og 54,9% (Nagelkerke R Square) av variansen i fornøydhetsgrad.

Tabell 8

Virkningen av ulike faktorer på utførernes fornøydhet med samarbeidet

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% k.i. Exp(B)	
							nedre	øvre
<u>Felles forståelse</u>	-0,042	0,664	0,004	1	0,950	0,959	0,261	3,521
<u>Tilstrekkelig samarbeid</u>	0,991	0,652	2,309	1	0,129	2,694	0,750	9,670
<u>Råd</u>	1,828	0,651	7,881	1	0,005**	6,222	1,736	22,295
<u>Ansvarsområder</u>	0,481	0,702	0,469	1	0,493	1,617	0,409	6,400
<u>Vedtak</u>	1,798	0,641	7,781	1	0,005**	5,981	1,702	21,017
<u>Konstant</u>	-2,756	0,656	17,664	1	0,000	0,064		

** Statistisk signifikant på 1% - nivå

Alle faktorene i modellen er kontrollert for, og det viste seg at to av de uavhengige variablene var statistisk signifikante bidrag til modellen. En av prediktorene for at en utfører skal være fornøyd med samarbeidet med bestiller var om utførerrespondenten erfarte at bestillerne var lydhøre ovenfor faglige råd utførerne ga ($p = 0,005$, odds ratio = 6,222). Oddsen for at en utførerrespondent svarer at han/hun er fornøyd med samarbeidet med bestiller, var over seks ganger høyere for en som svarer at han/hun erfarer at bestillerne er lydhøre overfor faglige råd han/hun gir. Dette sammenliknet med en som erfarer at bestillerne ikke er lydhøre.

Om utførerrespondenten er fornøyd med vedtakene var også en prediktor for utførernes fornøydhet med samarbeidet ($p = 0,005$ odds ratio = 5,981). Oddsen for at en utførerrespondent svarer at han/hun er fornøyd med samarbeidet med bestiller er over fem ganger høyere for en som svarer at han/hun er fornøyd med vedtakene.

4.3 Hvordan utførerne vurderer vedtakene

I forrige avsnitt ble det avdekket at oddsen for at utførerne var fornøyde med samarbeidet med bestillerne var høyere dersom utførerne var fornøyde med vedtaket. I dette avsnittet vil jeg først presentere beskrivende statistikk (tabell 9) som viser hvordan utførerne vurderte ulike aspekter ved vedtakene. Ved bruk av logistisk regresjon undersøker jeg også virkningen ulike faktorer kan ha på oddsen for at utførerrespondentene er fornøyde med vedtakene.

Tabell 9

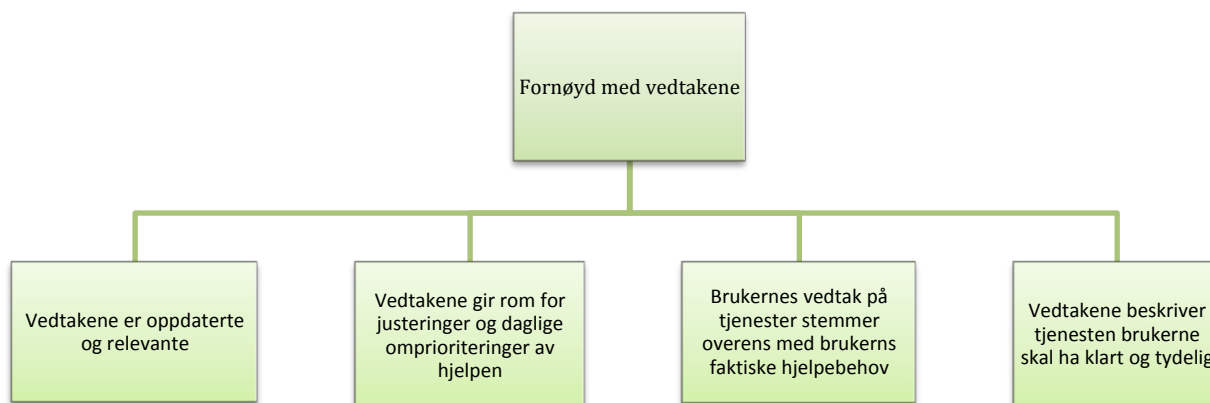
Utførernes (N = 97) vurdering av brukernes vedtak

	n (%)
<u>Vedtaket beskriver tjenesten klart og tydelig</u>	
Sjelden	32 (33,7)
Ofte	63 (66,3)
<u>Vedtaket på tjenester stemmer overens med faktiske hjelpebehov</u>	
Sjelden	49 (51,6)
Ofte	46 (48,4)
<u>Vedtaket gir rom for justeringer og omprioriteringer</u>	
Sjelden	48 (52,2)
Ofte	44 (47,8)
<u>Vedtaket gir rom for justeringer og omprioriteringer</u>	
Sjelden	48 (52,2)
Ofte	44 (47,8)
<u>Vedtaket er oppdatert og relevant</u>	
Sjelden	39 (41,1)
Ofte	56 (58,9)
<u>Fornøyd med vedtakene</u>	
Lite fornøyd	31 (32,3)
Fornøyd	65 (67,7)

To tredjedeler (66,3%) av utførerne oppga at vedtakene ofte beskriver tjenesten som skal utføres klart og tydelig, og 58,9 % besvarte at vedtakene ofte er oppdaterte og relevante. Rett over halvparten av utførerne (52,2%) erfarte at vedtakene ofte gir rom for justeringer og daglig omprioritering av hjelpen. Samtidig svarte halvparten (51,6%) av utførerne at vedtakene sjelden stemmer overens med brukernes faktiske hjelpebehov. På spørsmålet der utførerne ble bedt om å oppsummere hvor fornøyd de var med vedtakene, svarte rett over to tredjedeler (67,7%) at de var fornøyd.

For å vurdere virkningen ulike faktorer kan ha på oddsen for at utførerrespondentene vil svare at de er fornøyd med vedtakene, utførte jeg en logistisk regresjonsanalyse. Modellen brukt i analysen inneholdt fire uavhengige variabler. Denne er presentert i figur 3.

Figur 3: Oversikt over avhengig variabel og forklaringsvariabler brukt i regresjonsanalysen II



Omnibus Tests of Model Coefficients viser at hele modellen, inkludert alle prediktorene, var statistisk signifikant: $\chi^2(4, N = 90) = 16,708, p = 0.002$. Modellen passer til dataene (Hosmer and Lemeshow Test $\chi^2 = 6,630, p = 0,468$). Hele modellen forklarer mellom 16,9% (Cox & Snell R Square) og 24,0% (Nagelkerke R Square) av variansen i fornøydhets med vedtaket.

Tabell 10

Virkningen av ulike faktorer på utførernes fornøydhets med vedtakene

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% k.i. Exp(B)	
							nedre	øvre
Oppdatert og relevant	1,391	0,556	6,264	1	0,012*	4,017	1,352	11,937
Justerbart	-0,141	0,531	0,071	1	0,790	0,868	0,306	2,459
Tjenesten stemmer med faktiske behov	0,813	0,572	2,023	1	0,155	2,255	0,735	6,918
Klart og tydelig	0,453	0,583	0,603	1	0,437	1,573	0,502	4,931
Konstant	0,226	0,536	0,178	1	0,673	1,254		

* Statistisk signifikant på 5% - nivå

Kun en av de uavhengige variablene var et statistisk signifikant bidrag til modellen. Den eneste prediktoren for utførernes fornøydhetsgrad med vedtakene var om respondenten erfarer at vedtakene ofte er oppdaterte og relevante ($p = 0,012$, odds ratio = 4,017). Oddsene for at en utførerrespondent svarer at han/hun er fornøyd med vedtakene er over fire ganger høyere for personer som erfarer at vedtakene ofte er oppdaterte og relevante. Dette sammenliknet med en som vurderer at vedtakene sjelden er oppdaterte og relevante.

4.4 Hvilken betydning vedtakene har for tjenesteutøvelsen

Tidligere studier viste at utførerne i hjemmesykepleien ser på vedtakene som retningslinjer, som et utgangspunkt for tjenesten og at ansatte i hjemmesykepleien hyppig avviker fra vedtakene (Kirchhoff, 2010; Kirchhoff & Karlsson, 2009; Vabø, 2007). Hovedårsaken til at utførerne utførte alternative tjenester var for å møte brukerens behov, men også fordi faglighet og profesjonens regler og standarder veier tyngst (Kirchhoff & Karlsson, 2009). I følgende avsnitt vil jeg først presentere beskrivende statistikk (tabell 11) som viser hva som styrer utførernes tjenesteutøvelse. Ved bruk av logistisk regresjon undersøker jeg også virkningen ulike faktorer kan ha på oddsene for at utførerrespondentene utfører andre tjenester enn det vedtakene tilsier.

Tabell 11

Hvilken betydning vedtakene har for utførerne (N = 97) tjenesteutøvelse

	n (%)
<u>Vedtaket styrer jobben jeg gjør</u>	
Sjelden	18 (18,9)
Ofte	77 (81,1)
<u>Faglig skjønn styrer jobben jeg gjør</u>	
Sjelden	11 (11,5)
Ofte	85 (88,5)
<u>Utfører andre tjenester enn det som er fattet i vedtaket</u>	
Sjelden	20 (21,5)
Ofte	73 (78,5)

På spørsmål om hva som styrer jobben de gjør svarte 88,5% av utførerne at jobben ofte styres av faglig skjønn. Tilsvarende besvarte 81,1% at vedtakene ofte var styrende for jobben de gjorde hos brukerne. 78,5 % av utførerne oppga at de ofte utfører andre tjenester enn det som er fattet i vedtakene.

En logistisk regresjonsanalyse ble utført for å vurdere virkningen ulike faktorer kan ha på oddsene for at utførerrespondentene utfører andre tjenester enn det som er fattet i vedtakene. Modell inneholdt seks uavhengige variabler, se figur 4.

Figur 4: Oversikt over avhengig variabel og forklaringsvariabler brukt i regresjonsanalysen III



Modellen brukt var statistisk signifikant (Omnibus Tests of Model Coefficients $\chi^2(6, N = 89) = 19,378, p = 0,047$. Videre viste Hosmer and Lemeshow Test at modellen passer til dataene ($\chi^2 = 4,203, p = 0,649$). Hele modellen forklarer mellom 27,1% (Cox & Snell R Square) og 38,7% (Nagelkerke R Square) av variansen i utførelsen av andre tjenester enn det som er fattet i vedtakene.

Tabell 12

Virkningen av ulike faktorer på utførernes utførelse av andre tjenester

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% k.i. Exp(B)	
							nedre	øvre
Faglig skjønn styrer	0,428	0,752	0,324	1	0,569	1,535	0,351	6,705
Tjenesten stemmer med faktiske behov	-2,565	1,181	3,781	1	0,049*	1,141	0,224	5,209
Justerbart	0,384	0,469	0,670	1	0,413	1,469	0,585	3,686
Felles forståelse	-2,542	1,295	3,851	1	0,043*	1,287	0,467	3,500
Vedtaket er klart og tydelig	-1,280	0,600	4,552	1	0,033*	1,308	0,457	3,747
Vedtaket er oppdatert og relevant	0,269	0,537	0,251	1	0,617	1,972	0,293	3,258
Konstant	0,551	0,776	0,504	1	0,478	1,735		

* Statistisk signifikant på 5% - nivå

Tre av de uavhengige variablene var statistisk signifikante bidrag til modellen. Den sterkeste prediktoren for å utføre andre tjenester enn det som er fattet i vedtakene var respondentens oppfatning av om vedtaket var klart og tydelig. Dersom utførerrespondenten erfarer at vedtakene sjelden beskriver tjenesten brukeren skal ha klart og tydelig, er oddsen høyere ($p = 0,033$, odds ratio = 1,308) for at han/hun utfører andre tjenester. Dette sammenliknet med en som erfarer at vedtakene ofte er klare og tydelige.

En annen prediktor for utførelse av andre tjenester var om tjenesten stemmer overens med brukernes behov ($p = 0,049$, odds ratio = 1,141). Oddsen for at en utførerrespondent utfører andre tjenester er høyere for en som sjelden erfarer at tjenesten stemmer med brukernes behov. Dette sammenliknet med en som svarer at tjenestene ofte stemmer.

Utførerrespondentens oppfattelse av om bestiller og utfører har en felles forståelse for brukerens behov, var også en prediktor for utførelse av andre tjenester ($p = 0,043$, odds ratio = 1,287). Oddsen for at en utførerrespondent vil utføre andre tjenester er høyere for en som sier seg uenig i at bestiller og utfører har felles forståelse for brukernes behov. Dette sammenliknet med en som svarer at han/hun er enig i at bestiller og utfører har en felles forståelse.

5 DISKUSJON

I følgende kapittel vil jeg diskutere sentrale empiriske funn fra min studie oppimot litteraturen og det teoretiske rammeverket presentert tidligere i oppgaven. Studiens problemstilling er ”hvordan vurderes samarbeidet og vedtakene, og hvordan virker vedtakene inn på tjenesteutøvelsen?” og følgende forskningsspørsmål er utarbeidet for å besvare problemstillingen:

- 1) Hvordan vurderer ansatte ved bestillerkontoret og utførere i hjemmesykepleien samarbeidet med hverandre?
- 2) Hvordan vurderer utførerne vedtakene de jobber ut i fra, og hvilken betydning har vedtakene for tjenesteutøvelsen?

Først vil jeg diskutere hvordan bestiller og utfører vurderer samarbeidet de har med hverandre. Deretter følger diskusjonen av utførernes vurdering av vedtakene, samt diskusjon om vedtakenes betydning for tjenesteutøvelsen.

5.1 Bestiller og utførers vurdering av samarbeidet

I følgende avsnitt vil jeg diskutere mulige årsaker til at det ble funnet en signifikant forskjell mellom gruppene (bestiller og utfører) med henhold til om de var fornøyde med samarbeidet eller ikke. Jeg vil også gjennomgå de empiriske funnene fra spørreundersøkelsen som omhandler bestillernes og utførernes vurdering av de ulike aspektene ved samarbeidet. Disse vil også sees i sammenheng med vurderingene av fornøydheden med samarbeidet generelt.

Et sentralt funn fra min studie var at flere bestillere, sammenliknet med utførere, var fornøyd med samarbeidet. At bestillerne fremstår som fornøyde med samarbeidet med utførerne er et funn som ikke samsvarer med funnene fra RO- rapportene (2004,2006) der bestillernes samarbeid med utførerne var den hyppigst nevnte negative erfaringen med BUM. Både kommunen og bydelen undersøkt i min studie deltok i RO- undersøkelsene. I følge Siverbo (2004) og Vabø (2011, 2012) har det vært et fokusskifte i organisasjoner organisert etter

BUM. Harde, formelle vedtak er blitt byttet ut med myke vedtak som bygger på tett og kontinuerlig samarbeid. Dette fokusskriftet som Vabø (2011,2012) og Siverbo (2004) diskuterer kan ha funnet sted i min kommune og bydel, og kan derfor være en forklaring på hvorfor bestillerne nå oppgir å være fornøyde med samarbeidet med utførerne.

Når det gjelder utførernes vurdering av samarbeidet oppga 55,8% at de var fornøyd med samarbeidet med bestiller. Abbott (1988) skriver at profesjonelle i organisasjoner vil ha fullmakter innenfor ulike juridiske og begrepsmessige områder. Arbeidsdelingen i hjemmesykepleietjenesten er slik at bestillerne har mandat til å fatte vedtak på tjenester, noe som medfører at det er de som bestemmer hva utførerne skal gjøre. Bestillerne har med det et annet utgangspunkt for samarbeidet enn utførerne da det er de som sitter med fullmakt til å utforme brukernes tjenester. Dersom utførerne mener det er behov for endring av tjenestene i vedtakene må de gå i eventuelle forhandlinger med bestillerne som sitter med ”makten”. Dette kan være en forklaring på hvorfor færre utførere, sammenliknet med bestillere, svarer at de er fornøyde med samarbeidet.

Som tidligere nevnt ble det avdekket i RO- rapportene (2004, 2006) at bestillernes mest negative erfaring med BUM var samarbeidsforholdet til utførerne. En av årsakene til dette var at bestiller og utfører manglet en felles forståelse for brukernes behov. Funnene i min studie viser at majoriteten av bestillerne (91,7%) sa seg enig i at bestillerne og utførerne har en felles forståelse for brukernes behov. Utførerne er ikke like samstemt: Rett under halvparten (45,4%) oppga faktisk at de var uenig i at bestiller og utfører har en felles forståelse for brukernes behov. Forskjellen mellom gruppene var statistisk signifikant. En mulig forklaring på fraværet av samstemthet kan være at bestillerne og utførerne ikke har samme mulighet til å oppdage at de mangler en felles forståelse. Bestillerne er avhengig av tilbakemeldinger fra utførerne hvis vedtakene som er fattet ikke stemmer overens med brukernes behov. Dersom utførerne ikke kommuniserer eventuelle feil eller mangler ved vedtakene, vil ikke bestillerne være klar over at vurderingene de har gjort ikke stemmer overens med brukernes faktiske behov. Utførerne, derimot, har en kontinuerlig mulighet til å sammenlikne sine egne vurderinger med bestillernes vurdering.

Videre har bestillerne og utførerne ulike utgangspunkt for vurdering av brukernes behov. Overordnet jobber de mot samme mål; at brukerne skal få behovsdekkende tjenester, men de

kan ha ulike oppfatninger av hva dette målet innebærer og hvordan det skal nås. Principal-agent- teorien peker på at dette er en risiko når en part skal utføre tjenester på vegne av en annen part (Busch & Vanebo, 2011; Lian, 2007) . Når bestillerne fatter vedtakene sørger de for at brukerne får de tjenestene de har krav på, samtidig som at hjemmesykepleiens arbeidsoppgaver blir klart definert. Ved tildeling av tjenester vil både bestillerne og utførerne legge vekt på at brukernes behov blir møtt. Samtidig er det muligens slik at bestillerne, i større grad enn utførerne, er bundet av juridiske og organisatoriske rammer, noe som kan medføre at bestiller og utfører ikke alltid har et likt utgangspunkt for vurderingen av brukernes behov.

Sagatun & Zahl (2003) hevder at folk samarbeider fordi de har tro på at de lettere når målene sine i felleskap enn enkeltvis. I den sammenheng er det interessant å merke seg at i min studie oppga kun 54,6 % av utførerne at de er enige i at bestillerne og utførerne har en felles forståelse for brukernes behov. Mange av utførerne erfarer altså at bestillere og utførere ikke har en felles forståelse for brukernes behov, noe som kan minske utførernes tro på nødvendigheten av samarbeid med bestillerne. Oppstår det uenigheter rundt vurdering av brukernes behov, kan utførerne ha en oppfatning av at de like gjerne kan sørge for behovsdekkende tjenester på egenhånd fremfor i samarbeid med bestillerne.

I min studie ble det funnet en sammenheng mellom fornøydhet med samarbeidet og en felles forståelse for brukernes behov. At kun rett over halvparten (54,6%) av utførerne sa seg enig i at bestiller og utfører har en felles forståelse for brukernes behov, vil da kunne være med på å forklare hvorfor færre utførere (55,8%), sammenliknet med bestillere (100%), er fornøyd med samarbeidet. Disse funnene antyder at en felles forståelse for brukernes behov vil være gunstig for vurderingene av samarbeidet. En felles forståelse for hvilke tjenester brukerne har behov for vil blant annet kunne føre til færre uenigheter om tjenestens omfang og innhold, noe som igjen vil kunne gjøre samarbeidet lettere.

RO- rapportene avdekket også at noen av bestillerne opplevde en uklar ansvarsfordeling mellom bestiller og utfører som følge av BUM. Dette er ikke i samsvar med min studies funn. 91,7 % av bestillerne svarte at de var enig i at bestillerne og utførerne har en felles forståelse for sine ansvarsområder. Til sammenlikning sa kun 59,4% av utførerne seg enig i det samme. Forskjellen mellom gruppen var statistisk signifikant. Min studie fant en sammenheng mellom

om bestillerne/utførerne er fornøyd med samarbeidet eller ikke, og en felles forståelse for ansvarsområder. At det ble funnet en forskjell mellom gruppene kan da muligens forklares med at færre utførere, sammenliknet med bestillere, er enig i at det eksisterer en felles forståelse for ansvarsområder. Funnene mine kan tolkes som en indikasjon på at en felles forståelse for respektive ansvarsområder er tjenelig for samarbeidet. Klar ansvarsfordeling vil bidra til at rett person utfører det arbeidet han/hun er satt til å gjøre. Med det unngår en usikkerhet knyttet til hvem som skal utføre hvilke arbeidsoppgaver, og en kan unngå dobbeltarbeid. Dette kan bidra til at samarbeidet flyter lettere og oppfattes som velfungerende.

Det ble ikke funnet en signifikant forskjell mellom gruppene på spørsmålet om bestiller og utfører samarbeider tilstrekkelig om brukerne i min studie. Fordelingen var slik at 83,3% av bestillerne og 60 % av utførerne er enig i at bestiller og utfører samarbeider tilstrekkelig om brukerne. Selv om forskjellen mellom gruppene ikke var signifikant er fordelingen allikevel verdt å kommentere. En mulig forklaring på at færre utførere, sammenliknet med bestillere, er enig i at bestiller og utfører samarbeider tilstrekkelig om brukerne kan være at utførerne ønsker mer innflytelse på brukernes tjenestetilbud.

I min studie ble det også funnet en sammenheng mellom om bestillerne/utførerne er fornøyd med samarbeidet eller ikke, og et tilstrekkelig samarbeid om brukerne. At flere bestillere, sammenliknet med utførere, oppgir å være fornøyde med samarbeidet kan da muligens forklares med at færre utførere, sammenliknet med bestillere, er enig i at det samarbeides tilstrekkelig om brukerne. Disse funnene antyder at det er fordelaktig for samarbeidet dersom bestiller/utfører vurderer at bestillerne og utførerne samarbeider tilstrekkelig om brukerne. Et tilstrekkelig samarbeid om brukerne vil kunne medføre at begge enheter får mulighet til å legge fram sine vurderinger og synspunkter av brukernes situasjon. Dette vil kunne legge grunnlaget for et godt samarbeid, da det blir mulig å fatte avgjørelser som, basert på både bestillernes og utførernes vurderinger, vil fungere for begge enheter.

5.1.1 Faktorer av betydning for utførernes vurdering av samarbeidet

I min studie ble det funnet at det å være fornøyd med vedtakene er en prediktor for det å være fornøyd med samarbeidet. En tredjedel av utførere (32,3%) oppga at de var lite fornøyd med vedtakene, noe som kan være med på å forklare hvorfor færre utførere, sammenliknet med bestillerne, oppga å være fornøyde med samarbeidet.

En oppfatning om at vedtakene var oppdaterte og relevante ble i min studie funnet å være en prediktor for det å være fornøyd med vedtakene. En tankevekker er at utførerne selv har et ansvar for at vedtakene skal være oppdaterte og relevante. I følge den aktuelle bydelen og kommunens retningslinjer har utførerne ansvar for at bestillerkontoret mottar melding dersom vedtak trengs å endres/revurderes. Utførernes dokumentering er avgjørende for at bestiller skal få innsikt i brukernes situasjon, og med det ha mulighet til å oppdatere vedtakene. Med andre ord må utførerne selv ta en del av ansvaret for å sørge for ”gode” vedtak, noe som igjen vil virke positivt på deres vurdering av samarbeidet med bestillerne.

En annen viktig prediktor for at utførerne skal være fornøyd med samarbeidet er at bestillerne er lydhøre ovenfor råd utførerne gir. 47,4% av utførerne sa seg uenig i at bestillerne var lydhøre ovenfor faglige råd de ga, noe som kan være med på å forklare hvorfor kun halvparten av utførerne var fornøyde med samarbeidet med bestiller. Moderniseringen av offentlig sektor fører med seg organisasjonsmodeller med høye krav til effektivisering og standardisering hevder Ramsdal og Skorstad (2004). Forfatterne retter kritikk mot slike organisasjonsmodeller, da de ofte har et instrumentelt syn på arbeidstakerne. Videre påpeker Hjort (2005) at ansatte i markedsinspirerte offentlige organisasjoner kan ha vanskelig for å påberope seg en egen viten, da de er satt til å gjøre et standardisert forhåndsbestemt arbeid (Hjort, 2005). Ved at bestillerne er lydhøre ovenfor utførernes råd bekreftes utførerne som profesjonelle med en særegen kunnskap. Det kan skape en dynamisk interaksjon og en gjensidig avhengighet mellom bestiller og utfører, noe som kan gi utførerne en opplevelse at dette faktisk er et samarbeid, og ikke en avfeiling av deres kompetanse og evner.

5.2 Vurdering av vedtaket og vedtakets betydning for tjenesteutøvelsen

Et sentralt funn i denne studien var at over tre fjerdedeler (78,5%) av utførerrespondentene oppga at de ofte utfører andre tjenester enn det som var fattet i brukernes vedtak. Dette samsvarer med tidligere studier gjort på området (Kirchhoff, 2010; Kirchhoff & Karlsson, 2009; Vabø, 2007). Videre er dette funnet interessant, og noe paradoksalt, da to tredjedeler (67,7%) av utførerne oppga at de var fornøyd med vedtakene. I følgende avsnitt vil jeg diskutere mulige årsaker til at det i hjemmesykepleien ofte utføres andre tjenester enn det vedtakene tilsier, til tross for at så mange oppgir å være fornøyd med vedtakene. Samtidig vil jeg også diskutere utførernes vurderinger av ulike faktorer ved vedtakene, samt vedtakenes betydning for tjenesteutøvelsen.

5.2.1 Skjønnsutøvelse

Et viktig funn i min studie var at 88,5% av utførerne oppga at faglig skjønn ofte styrer jobben de gjør hos brukerne. Bruk av skjønn foregår i varierende grad i alle yrker. Dette fordi profesjonenes handlingsregler og retningslinjer ikke alltid gir entydige svar på hvordan en skal vurdere hva som er den riktige handlingen i konkrete tilfeller. I arbeidet med å fatte beslutninger må man, i tillegg til regler og retningslinjer, bruke skjønn (Grimen & Molander, 2008). Folk som jobber med hjemmesykepleie arbeider tett med menneskelige problemer, noe som gjør skjønnsbruk til en legitim del av arbeidet (Vabø, 2007). Jeg vil derfor diskutere skjønnsutøvelse som en mulig forklaring på at 78,5 % oppgir at de utfører andre tjenester enn det som er fattet i vedtaket.

Grimen og Molander (2008) skriver at skjønn er bundet av ulike kontekster. På bakgrunn av deres arbeidsoppgaver argumenterer jeg for at bestiller og utfører arbeider i ulike kontekster. Utførerne yter tjenester hjemme hos brukerne, et arbeid som foregår i kliniske og/eller normative kontekster, der fokuset er reproduisering og/eller individualisering. Bestillerne på sin side vurderer brukernes behov og fatter vedtak slik at brukerne skal få de tjenestene de krav på. Arbeidet til bestiller foregår med det hovedsakelig i kliniske og/eller rettslige

kontekster med utgangspunkt i likebehandlingsprinsippet og/eller reproduserbarhetsprinsippet. Grimen og Molander (2008) skriver at skjønnutøvelse i ulike kontekster ofte kan kollidere med hverandre, særlig i situasjoner der velferdsgoder skal tildeles. Mitt resonnement er derfor at det kan oppstå uenigheter når hjemmesykepleietjenester skal tildeles og utmåles i vedtakene. Utførernes oppfattelse kan være at bestillerne har fattet vedtak som ikke er tilstrekkelig tilpasset enkeltindividets behov, noe som kan forklare hvorfor 88,5% oppgir at faglig skjønn er av betydning tjenesteutøvelsen. Skjønnutøvelsen vil da igjen kunne relateres til at så mange av utførerne (78,5%) utfører andre tjenester utover vedtakene.

Videre er det andre faktorer som gir en indikasjon på at skjønnbruk kan være forklaringen på utførernes utførelse av andre tjenester. Utførerne i min studie jobber ut fra såkalte ”myke” vedtak. I tillegg fant jeg at 53,2% av utførerrespondentene svarte at vedtakene ofte ga rom for daglige justeringer og omprioriteringer av hjelpen. Vedtakene jeg fikk kopier av inneholder ikke detaljerte, rigide bestillinger, og jeg tolker dette som at bestillerne mer eller mindre uttalt legger opp til at utførerne skal bruke skjønn. Dette kan være med på å forklare hvorfor min studie fant en høy forekomst av utføring av andre tjenester enn beskrevet i vedtakene.

I situasjoner med svake holdepunkter for hva en skal/bør gjøre, vil profesjoner måtte ta i bruk sitt faglige skjønn, hevder Abbott (1988). Et interessant funn fra min studie var at en tredjedel (33,1%) av utførerrespondentene oppga at vedtaket sjelden beskrev tjenesten brukeren skal ha klart og tydelig. Videre er vedtak som ikke beskriver tjenestene brukerne skal ha klart og tydelig en prediktor for at det utføres andre tjenester enn det vedtakene tilsier. En forklaring på at 78,5 % oppgir å utføre andre tjenester kan med det være at tjenesteutøvelsen må baseres på faglig skjønn da vedtakene ikke gir en god beskrivelse av arbeidet som skal utføres.

En tidligere studie (Vabø, 2007) viste at utførerne i hjemmesykepleien anså vedtakene som retningslinjer, som et utgangspunkt for tjenesten. Funn fra min studie viste at samtidig som 88,5% av utførerne oppga at faglig skjønn ofte var styrende for tjenesteutøvelsen, svarte også 81,1 % av utførerne at vedtakene ofte styrer jobben de gjør. Dette interessante, litt paradoksale funnet tyder på at utførerne i tilsvarende grad lar seg styre av vedtakene som av faglig skjønn. Med støtte i litteraturen (Kirchhoff, 2010; Vabø, 2007) kan en mulig forklaring på dette funnet være at også utførerne i min studie oppfatter vedtakene som retningslinjer.

Utførerne vil da utføre sitt arbeid med vedtakene som utgangspunkt, og dersom vedtakene ikke er ”gode nok” vil faglig skjønn spille inn på tjenesteutøvelsen. Disse funnene kan relateres til at det i min studie også ble funnet at utførerne yter andre tjenester enn det vedtakene tilsier. En alternativ tolkning kan være at utførerne i min studie gjenspeiler den nye profesjonsgruppen Evetts (2009) beskrev ville vokse frem som følge av NPM – reformer, der organisasjonsprofesjonalisme og yrkesprofesjonalisme er sammenstilt. Funnene som tyder på at utførerne i tilsvarende grad lar seg styre av vedtakene som av faglig skjønn, vil kunne tolkes dit hen at utførerne opprettholder sin profesjonalitet, samtidig som de anerkjenner vedtakenes legitimering og definering av arbeidet.

5.2.2 Organisering av arbeid og profesjonelt ansvar

Hvordan arbeidet i hjemmesykepleietjenesten er organisert kan også være en forklaring på at så mange som 78,5% av utførerne oppga at de ofte utfører andre tjenester enn det som er fattet i vedtakene. Kirchhoff (2007) skriver at vedtak griper inn i den profesjonelle arbeidsprosessen da andre enn den profesjonelle selv skal bestemme hvilke tjenester som skal ytes. Som følge av dagens organisering er elementene i det Abbott (1988) definerer som profesjonelt arbeid (diagnostisering, behandling og vurdering) endret. Før hjemmesykepleietjenesten ble organisert etter BUM var elementene i profesjonelt arbeid ene og alene utførernes arbeid. Nå er elementene fordelt mellom ulike enheter: bestillerne og utførerne. Bestillerne diagnostiserer og vurderer behandlingstiltak, utførerne utfører behandlingen og vurderer effekten av den. Kjernen i det Abbott (1988) kaller profesjonelt arbeidet endres når utførerne, som Kirchhoff (2007) påpeker, nå skal yte tjenester de selv har ikke har fått bestemme omfanget eller innholdet av. En måte for utførerne å motvirke dette på kan være å utføre andre tjenester enn det som er fattet i vedtakene. Med det vil utførerne opprettholde kjernen i sitt profesjonelle arbeid da de vil behandle og vurdere, men også diagnostisere

Organiseringen etter BUM legger opp til følgende arbeidsdeling: bestillerne fatter vedtak på hvilke tjenester brukerne skal ha, og utførerne utfører tjenestene som står i vedtakene. Vabø (2011) fant i sin studie at utførerne problematiserte denne organiseringen, at bestillerne på bakgrunn av ett møte skal definere brukernes behov og hvilke tjenester som er nødvendige.

Et viktig funn fra min studie var at 41,1 % av utførerne oppga at vedtakene sjelden er oppdaterte og relevante. Bestillerne som fatter vedtakene har lite kontakt med brukerne sammenliknet med utførerne. Etter at bestillerne har vært på vurderingsbesøk og fattet vedtakene, overlates den jevnlig brukerkontakten til utførerne. Utførerne vil med det kontinuerlig bli oppdatert på brukernes situasjon. Mange brukere av hjemmesykepleien vil ha skiftende behov, og med det kan vedtakene etter kort tid bli å oppfatte som lite relevante og lite oppdaterte. Dette kan være forklaringen på at så mange som 78,5 % oppga å utføre andre tjenester enn det som er fattet i vedtakene. Samtidig finnes det både i den deltagende bydel og kommunen retningslinjer for endring av vedtak. Dersom utførerne mener brukernes behov ikke dekkes av vedtakene skal de sende en endringsmelding til bestillerne. Det betyr at også utførerne må være sitt ansvar bevisst slik at grunnlaget for å fatte oppdaterte og relevante vedtak er tilstede.

Svensson (2008) og Grimen (2008) beskriver at det ofte finnes et spenningsforhold mellom profesjonenes behov for kontroll og organisasjonens behov for kontroll. Folk har et ønske om å ha kontroll over eget arbeid, hevder Mintzberg (1983), noe som medfører at de ser etter muligheter til å kontrollere det som styrer arbeidet. Med det vil de opprettholde profesjonell autonomi (Mintzberg, 1983; Thompson & McHugh, 2009). Organisasjonen har behov for kontroll over blant annet økonomi og egne ressurser, men også over at brukerne får de tjenestene de har krav på. Derfor fattes det vedtak, som i prinsippet vil bidra til en reduksjon i utførernes kontroll over eget arbeid (Vabø, 2011). Ønsket om å opprettholde kontroll over eget arbeid og profesjonell autonomi kan være en forklaring på at ca. tre fjerdedeler av utførerne oppga å avvike fra vedtakene ved å utføre andre tjenester.

Som tidligere nevnt blir det færre institusjonsplasser og flere mottar hjemmesykepleie. Økt levealder og endret sykdomsbilde tilsier økende behov for pleie- og omsorgstjenester (Abrahamsen & Svalund, 2005). Jeg vurderer det derfor som betydningsfullt å reflektere over at NPM- reformene, som BUM er en del av, tar sikte på å begrense kostnadsveksten i offentlig sektor, uten å kanskje ta høyde for brukernes stadig økende behov for tjenester. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2011) slår fast at sykepleiere har et profesjonelt ansvar og skal bidra aktivt for å imøtekomme folks behov for helse- og omsorgstjenester. I følge Solbrekke & Heggen (2009) kan ikke helsepersonell skyldes på organisatoriske forhold dersom de ikke møter pasientens behov på en god måte.

Med det står utførerne ene og alene med ansvaret for å møte brukernes behov. I situasjoner der vedtakene ikke legger til rette for at brukernes behov blir møtt, vil utførerne ha et ansvar de ikke kan fraskrive seg. At flertallet av utførerne i min studie svarte at de utførte andre tjenester enn det som var fattet i vedtakene, kan derfor være et uttrykk for ivaretagelse av profesjonelt ansvar.

5.2.3 Yrkesetikk og omsorg

Vabø (2011) fant i sin studie at hjemmesykepleierne ofte følte seg moralsk og etisk forpliktete til å yte de tjenestene brukerne hadde behov for, selv om disse tjenestene ikke falt innenfor vedtakets rammer. Videre ble det funnet at vedtakene ofte ikke stemte overens med brukernes behov. Utførerne utførte derfor andre tjenester da de syntes bestillernes vurderinger til tider var urimelige og urettferdige. Et viktig funn i min studie var at rett over halvparten av utførerne (51,6%) svarte at tjenestene beskrevet i vedtakene sjelden stemmer overens med brukernes behov. Videre ble det funnet at dersom utførerne erfarte at tjenestene fattet i vedtakene sjelden stemmer med brukernes behov, var de tilbøyelige til å utføre andre tjenester. At så mange av utførerne (78,5%) i min studie oppga å utføre andre tjenester enn det som er fattet i vedtakene, kan med det være en bekreftelse av Grimens (2008) påstand om at helsepersonell i større grad lar seg styre av profesjonens verdigrunnlag og etikk, fremfor byråkrati og organisasjonens regler.

Etikk og normer fra utdannelsen, sammen med profesjonens kunnskap er grunnlaget for utøvelsen av arbeidet og opprettholdes i arbeidslivet med kollegaer (Freidson, 2001; Grimen, 2008). Det er tydelig at de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere legger opp til at sykepleiere skal handle selvstendig og ut fra faglige vurderinger når det står: ”Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie” (Norsk Sykepleierforbund 2007:8). At tjenestene brukerne får i stor grad standardiseres gjennom vedtak kan by på dilemmaer og etiske utfordringer, noe som kan bidra til å forklare hvorfor 78,5% av utførerne utfører andre tjenester enn det vedtakene tilsier. Det er ikke nødvendigvis noe galt med en viss standardisering og effektivisering av arbeidsoppgaver, hevder Irgens (2007), men det er ikke alltid det egner seg, eller er ønskelig å standardisere og effektivisere. Hjemmesykepleietjenester vil jeg påstå er slike typer tjenester:

tjenester som er kan være vanskelig å effektivisere og fastsette på forhånd. For hvor effektiv kan en egentlig gjøre en stellsituasjon og hvor fort kan en hjelpe pasienten med toalettbesøket? Og hvordan kan en ta utgangspunkt i at brukernes behov er stabile og at tjenesten med det kan standardiseres?

Jeg vurderer at omsorgsperspektivet i stor grad er definert av, og knyttet til, den etiske kodeksen sykepleiere og annet helsepersonell jobber ut fra. Benner og Wrubels (1989) teori om omsorg som fundament for sykepleietjenesten gjør omsorg til en ideologisk overordnet norm for det profesjonelle arbeidet. Som profesjonelle har utførerne ofte stor selvstendighet og kontroll over hvordan de utfører tjenestene sine, og funnene fra min studie viser at de ikke alltid lar seg styr av regler og anvisninger utenfra (vedtakene). Benner og Wrubel (1989) diskuterer omsorg som påkjenning og kilde til stress ved at det for omsorgsytere vil finnes noen handlinger som er ikke er akseptable å utføre. I den forbindelse vil jeg argumentere for at det også finnes visse handlinger som ikke er akseptable å ikke utføre. Vedtakene gir utførerne en ramme for arbeidet som skal utføres. Det er lite sannsynlig at utførerne som helsepersonell opplever det som god omsorg å ta i bruk klut og vaskevannsfat hos en bruker som egentlig trenger dusj og hårvask. Ei heller å tilbringe kun 15 minutter hos brukerne fordi det er akkurat den tiden oppdraget skal ta. Omsorg forlanger individualisering, og en kan ikke ha et objektivt helsesyn, hevder Benner og Wrubel (1989). Tiltak kan ikke igangsettes på objektivt grunnlag, og det er ingen standard måte å håndtere en situasjon på. Med det er sykepleie noe annet enn rutinepregede, fastsatte oppgaver (Benner & Wrubel, 1989) noe som kan forklare hvorfor en så stor del av utførerne (78,5%) yter andre tjenester enn det som er fattet i vedtakene.

5.2.4 Andre tjenester = uønsket atferd?

Uønsket og opportunistisk atferd foregår i varierende grad i alle organisasjoner (Ackroyd & Thompson, 1999; Vardi & Weitz, 2004). At 78,5% av utførerne i min studie oppgir at de utfører andre tjenester enn det som er fattet i vedtaket kan også tolkes som et bevisst brudd på organisasjonens regler, noe som kan oppfattes som uønsket atferd. I følgende avsnitt vil jeg diskutere hvordan vi kan forstå disse ”andre” tjenestene.

Tidligere i oppgaven har jeg presentert ulike oppfatninger av regelbrudd i organisasjoner. Morrison (2006) introduserer begrepet ”pro- sosiale regelbrudd”, mens andre bruker begrepet ”uønsket atferd” (Ackroyd & Thompson, 1999; Karlsson, 2009; Vardi & Weitz, 2004). Avhengig av ståsted kan utførernes utførelse av andre tjenester defineres som både uønsket atferd og som pro- sosiale regelbrudd. ”Andre tjenester” vil, slik jeg ser det, vil kunne oppfattes som uønsket atferd dersom det innebærer utførelse av færre tjenester, eller tjenester som tar kortere tid enn fastsatt i vedtakene. En annen vinkling er hvordan organisatoriske forhold kan relateres til uønsket atferd., som beskrevet av Ackroyd og Thompson (1999). Uønsket atferd vil, i en organisatorisk sammenheng atferd, blant annet kunne berøre arbeidstid og arbeidsprosess. Relatert til min studie vil det å utføre andre tjenester enn det som er fattet i vedtakene, innebære at utførerne vil bruke mer ressurser enn det det er lagt opp til. Utførelsen av andre tjenester vil også berøre produktet organisasjonen produserer ved at den ønskede tjenestekvaliteten ikke oppnås når standardene i vedtaket ikke følges til punkt og prikke. Definerte mål om en effektivisert offentlig helsetjeneste med en hensiktsmessig arbeidsdeling (Wisløff, 2005) vil også berøres av at utførerne utfører andre tjenester enn det som er fattet i vedtakene. Utførelse av andre tjenester vil i en viss grad medføre dobbeltarbeid, da bestillerne allerede har vurdert og bestemt hvilke tjenester som skal være behovsdekkende. Dette bryter med målet om en effektiv tjeneste og hensiktsmessig arbeidsdeling.

Arbeidstid, arbeidsprosess, produkt og definisjon av mål er aspekter organisasjonen ønsker kontroll over (Ackroyd & Thompson, 1999). Bestillerne har gjennom BUM fått delegert hovedansvaret for å utforme og vedta tjenester fra ledelsen i organisasjonen. Ved at utførerne utfører andre tjenester vil kontrollen over disse aspektene ligge både hos den som rettmessig har fått ansvaret (bestillerne), og utførerne. Enkeltindivider (utfører) kan med det ta valg som er uønsket fra ledelsen på organisasjonens side, valg som i det lange løp kan gi negative konsekvenser for organisasjonen. Med det vil utførernes utførelse av andre tjenester oppfattes som uønsket atferd i lys av Ackroyd & Thompson (1999) og Vardi & Weitz’ (2003) teorier. Karlsson (2009) hevder at uønsket atferd kan knyttes til de ulike relasjonene som finnes innad i en organisasjon. Vabø fant at utførerne i hjemmesykepleien mente at de ofte vurderte brukernes behov annerledes enn det bestillerne gjorde, noe som medførte at de utførte tjenester i det skjulte (Vabø, 2007, 2011).

Utførelsen av andre tjenester kan også oppfattes som en måte å nå en overordnet målsetning på; nemlig målet om en velferdstjeneste som faktisk dekker brukernes behov. At 78,5 % av utførerne i min studie oppga at de utfører andre tjenester enn det som er fattet i vedtaket, er da ikke nødvendigvis uønsket atferd, men en måte å fremme velferd på. I hvilken grad ”andre tjenester” kan defineres som ”uønsket atferd” kommer altså an på perspektivet. Fra organisasjonens side vil utførelsen av ”andre tjenester” kunne forstås som uønsket, mens fra et velferdsmessig perspektiv og et brukerperspektiv vil atferden være gunstig. Disse vil hele tiden kunne sies å være i et spenningsforhold.

Å jobbe med hjemmesykepleie er en autonom jobb. Utførerne jobber selvstendig og har stor kontroll over eget arbeid. I tillegg vil nok flesteparten av de ansatte i utføreheten være klar over at andre utførerkolleger utfører andre tjenester utover det som er fattet i vedtakene. Morrison (2006) argumenterer for at disse faktorene sannsynliggjør at regelbruddene som forekommer er pro- sosiale regelbrudd, ikke regelbrudd med bakgrunn i egeninteresse. Krichhoff & Karlsson (2009) fant at hovedgrunnen til at ansatte i hjemmesykepleien utførte andre tjenester var for å møte brukernes behov. En alternativ forklaring på utførelsen av andre tjenester vil med det kunne være at avvik fra vedtakene skyldes helsepersonellens ønske om å gjøre noe godt for brukerne og imøtekomme deres behov.

Å utføre andre tjenester enn det som er fattet i vedtakene bryter med det som er konform atferd. Samtidig er det et spørsmål min studie dessverre ikke kan gi et svar på: hva er ”andre” tjenester? Slik jeg vurderer det, med støtte i funn presentert i Kirchhoff (2007), vil andre tjenester innebære at bestillingen i vedtaket utføres, i tillegg til at det ytes flere tjenester. Det betyr at brukernes rettigheter sikres, samtidig som de får flere, eventuelt mer tilpassede, tjenester. Fra ledelsen i organisasjonens ståsted kan det oppfattes som uønsket atferd. Tilleggstjenester kan medføre redusert effektivitet, og vil også kunne være i strid med et ønske om likebehandling. I tillegg må det, som Irgens (2007) påpeker, finnes en viss grense for profesjonelt handlingsrom. Utførelsen av andre tjenester kan føre til ubegrunnet ulikebehandling, der det er tilfeldig hvilke brukere som får disse ekstra tjenestene. Sett fra utførerens ståsted vil det å yte andre tjenester bidra til økt arbeidsintensitet grunnet merarbeid. Samtidig vil det også være en forsikring om at tjenestene som ytes er gode og tilstrekkelig individualiserte. Utførelsen av andre tjenester vil kunne være en motvekt til uønsket atferd i form av utførelse av færre tjenester, eller tjenester som tar kortere tid enn fastsatt i vedtakene.

For tjenestemottakerne kan utførernes utførelse av andre tjenester medføre en tjeneste som reelt dekker deres behov. Jeg vil med det argumentere for at det i kommunehelsetjenesten som organisasjon, finnes motstridende mål som legitimerer både at utførerne kun baserer seg på vedtakene, men også at det utføres andre tjenester. Videre at svaret på spørsmålet om utførelsen av andre tjenester kan sidestilles med uønsket atferd vil besvares ulikt avhengig av ståsted.

6 KONKLUSJON

I dette kapittelet presenterer jeg studiens konklusjon, samt studiens betydning for praksis og anbefaling for videre forskning. Hensikten med studien var å kartlegge hvordan bestiller og utfører vurderer samarbeidet seg i mellom. Jeg har også kartlagt hvordan utførerne vurderer vedtakene og hvilken betydning vedtakene har for utførernes tjenesteutøvelse.

6.1 Bestiller og utføreres vurdering av samarbeidet

Bestillerne og utførerne har ulike vurderinger av samarbeidet dem i mellom, samt de ulike aspektene ved samarbeidet. De empiriske funnene fra denne studien viste at bestillerne generelt er fornøyd med samarbeidet med utførerne. Flesteparten av bestillerne vurderte at bestillerne og utførerne har en felles forståelse for brukenes behov og en felles forståelse for sine respektive ansvarsområder. Videre anga bestillerne at det samarbeides tilstrekkelig om brukerne av hjemmesykepleien. Bestillerne var med det hovedsakelig tilfreds med alle aspektene brukt for å vurdere samarbeidet, noe som kan være årsaken til at de fremstår så fornøyd med samarbeidet generelt. Alle disse funnene tyder på at det er mye som har skjedd i bestiller- utfører- kommunene etter at RO (2004, 2006) gjorde sine kartleggingsundersøkelser.

Utførerne på sin side vurderte samarbeidet og de ulike aspektene annerledes enn bestillerne. Kun rett over halvparten av utførerne svarte at de var fornøyd med samarbeidet med bestillerne. Når de gjelder vurderingen av de ulike aspektene ved samarbeidet, fordelte utførerrespondentene seg ca. 50/50 fornøyd/lite fornøyd eller enig/uenig. Utførerne erfarte blant annet at bestiller og utfører mangler en felles forståelse for brukernes behov og at bestillerne sjelden er mottakelige for råd. Dette kan forklare hvorfor færre utførere, sammenliknet med bestillere, oppga å være fornøyd med samarbeidet generelt. To ting ble funnet å ha betydning for om utførerne var fornøyd eller ikke med samarbeidet med bestillerne; 1) at bestillerne var lydhøre ovenfor faglige råd utførerne ga, og 2) at utførerne var fornøyd med vedtakene som ble tatt.

6.2 Utførernes vurdering av vedtakene og vedtakenes betydning for tjenesteutøvelsen

Min studie fant at utførerne hovedsakelig var fornøyde med vedtakene. Dette til tross for at mange av utførerne oppga at vedtakene sjelden stemte overens med brukernes faktiske behov, og at vedtakene sjelden ble vurdert som oppdaterte og relevante. Ytterligere informasjon som framkom i min studie var at et oppdatert og relevant vedtak var en prediktor for at en utførerrespondent er fornøyd med vedtaket. Drøye halvparten av utførerne oppga at vedtakene ofte ga rom for justeringer og daglige omprioriteringer av hjelpen, mens flertallet erfarte at vedtakene ofte var klare og tydelige.

Et sentralt funn fra min studie var at et stort flertall av utførerne oppga at vedtakene hadde betydning for tjenesteutøvelsen. Tilsvarende andel oppga faglig skjønn som styrende for tjenesteutøvelsen. Dette tyder på at utførerne i hjemmesykepleien forholder seg til både organisatoriske og profesjonelle normer og regler. Samtidig oppga hovedvekten av utførerne at de utførte andre tjenester enn det som er fattet i vedtakene. Selv om mange svarte at vedtakene er styrende for deres arbeid, kan utførelsen av andre tjenester tolkes som at vedtakene har mindre betydning for tjenesteutøvelsen. Disse funnene sammen gjør det derfor vanskelig å trekke en klar konklusjon om vedtakets betydning for tjenesteutøvelsen.

Funn fra min studie viser at utførerne i hjemmesykepleien utfører andre tjenester enn det vedtakene tilsier. Jeg har valgt å tolke, med støtte i Kirchhoff (2010), at utførelsen av andre tjenester innebærer at det utføres både de tjenestene fattet i vedtakene, men også tilleggstjenester. Utførelsen av andre tjenester medfører at brukernes tjenester avhenger både av utførernes og bestillernes vurderinger. Det er da relevant å stille spørsmål ved hvem som kontrollen over hvilke tjenester som utføres. Videre indikerer utførelsen av andre tjenester at bestiller- utfører- organiseringen ikke begrenser profesjonelt handlingsrom, slik det i følge Hansen et.al (2009) og Busch & Vanebo (2011) var ment. Utførelse av andre tjenester tyder også på at det finnes mange behov som ikke fanges opp eller dekkes av de forhåndsbestemte tjenestene i vedtakene. Et interessant spørsmål er da om inndelingen i bestiller- og utførerenheter egentlig har en reell effekt på hjemmesykepleie som tjeneste, og om bruk av vedtak egentlig er en egnet måte å sørge for at brukerne får oppdaterte og gode tjenester. For

at vedtak som arbeidsverktøy skal fungere optimalt kreves i alle fall en kontinuerlig oppdatering av vedtakene, noe både bestiller og utfører må ta ansvar for.

6.3 Begrensninger ved studien

I følgende avsnitt vil jeg gi en nærmere beskrivelse av begrensninger ved min studie, men jeg minner også om de ulike metodiske problemene allerede skissert i metodekapittelet. Først og fremst ser jeg denne studiens utvalgsstørrelse som en begrensende faktor. Om nødvendig utvalgsstørrelse er oppnådd er usikkert da jeg ikke gjorde en styrkeberegning. Som følge av det kan ikke resultatene uten videre generaliseres, da resultatenes styrke avhenger av blant annet utvalgsstørrelse (Polit & Beck, 2008). I tillegg vil et for lite utvalg medføre økt risiko for trusler i form av type II- feil. Utvalgsstørrelsen vil også kunne påvirke analysene da et lite materiale vil være sårbart for utliggere (outliers). Sannsynligheten for at det i mitt materiale finnes enkelte utliggere som påvirker koeffisienten, og med det konfidensintervallet, er tilstede.

Videre er denne studien gjennomført med et bekvemmelighetsutvalg, noe som er en begrensende faktor, da utvalget ikke nødvendigvis representerer populasjonen. At ikke alle ansatte i den aktuelle kommunens distrikter fikk delta er også med på å svekke utvalgets representativitet.

Valget om å dikotomisere, og måten det ble gjort på, har påvirket resultatet ved at de som egentlig sa seg verken enig eller uenig/fornøyd eller lite fornøyd ble plassert i ”uenig”/”lite fornøyd”- kategorien. I tillegg har kategoriene opprettet i forbindelse med dikotomiseringen (ofte og sjelden) en relativ betydning, og det er vanskelig å skulle si hva ”ofte” eller ”sjelden” egentlig innebærer.

Videre er det mange faktorer ved organiseringen og rammene rundt arbeidet som kan ha betydning for hvordan respondentene svarer. Min studies utvalg er satt sammen av bestillere og utførere fra to forskjellige steder. Disse stedene vil ha ulik utforming av BUM. I tillegg vil ikke rutiner, retningslinjer og arbeidskultur være like. Respondentene vil med det ha ulike utgangspunkt for å besvare spørsmålene, noe som vil kunne påvirke resultatene. Med dette i

bakhodet har jeg vært åpen for alternative tolkninger av resultatet, noe Kleven (2002) hevder vil være med på å sikre den indre validiteten i en ikke- eksperimentell studie.

Spørreskjemaet inneholder mange spørsmål som bidrar til å svare på problemstilling. Likevel har jeg underveis i arbeidet med denne oppgaven erfart at noen av spørsmålene ikke har fungert, mens andre har vært uklare. Spørsmål 2a var et spørsmål som utmerket seg som et spørsmål som ikke fungerte, og resultatet ble en stor andel ”missing”. Et eksempel på et utsagn som var uklart: vedtaket er oppdatert og relevant. Utsagnet er gjensidig utelukkende der de må velge om de vil besvare med tanke på ”relevant” eller ”oppdatert”. Samtidig får ikke bestiller- og utførerrespondentene alltid likelydende spørsmål. Ett eksempel er ”jeg dokumenterer” mot ”jeg opplever at hjemmesykepleiere dokumenterer”. Svarene på disse spørsmålene er vanskelig å sammenlikne, da en part blir spurt om hva han/hun selv gjør, mens den andre blir spurt om hva han/hun observerer at andre gjør.

Demografiske variabler er de eneste bakgrunnsvariablene som er inkludert i denne studien, noe som ene og alene ikke vil kunne forklare hvorfor respondentene vurderer slik de gjør. Samtidig er det mange faktorer, i tillegg til det som er trukket fram i denne studien, som har betydning for vurderinger av samarbeidet, vedtaket og vedtakets betydning for tjenesteutøvelsen.

6.4 Betydning for praksis og anbefalinger for videre forskning

Studien belegger nødvendigheten av å forske videre på bestiller- utfører- organisert kommunehelsetjeneste da det viser seg å være store sprik mellom intendert og faktisk effekt av BUM som organisasjonsmodellen. Flere områder som har utpekt seg som interessante. I første omgang anbefales det å gjøre samme undersøkelse i en større skala. En bør da gjøre en styrkeberegning slik at en oppnår en mulighet til å generalisere resultatet.

Min studie ga en indikasjon på at bestillerne er mer positive i sin vurdering av samarbeidet sammenliknet med utførerne. Forskningsinnsats bør da rettes mot *hva* det er som gjør

bestillerne og utførerne enten fornøyde eller misfornøyde med samarbeidet. Videre hva et godt samarbeid vil innebære og hvordan det skal oppnås.

Studiens funn belegger også nødvendigheten av å forske videre på hvilken betydning vedtak har for utførernes arbeid. Resultatene har vist en særdeles høy forekomst av utførelse av andre tjenester, og det vil være lærerikt å gå dypere inn på om det er situasjoner der forekomsten er spesielt høy. Videre vil det være interessant å undersøke hva som gjør disse eventuelle situasjonene spesielle, og få vitenskapelig belegg på hvorfor hjemmesykepleierne vurderer og handler som de gjør. I utgangspunktet er det vedtakene som skal styre utførernes arbeid, men erfaringen fra denne studien var at faglig skjønn i like stor grad som vedtakene, er styrende for tjenesteutøvelsen. Det vil kunne være spennende å undersøke hvilke aspekter ved vedtakene som fungerer, og ikke fungerer, i praksis og om utførerne egentlig ser et behov for/ønsker vedtak fattet av bestillerne.

Min studie bidrar til at både områder som tilsynelatende fungerer godt, og områder som fungerer mindre godt, synliggjøres. Med det vil det være mulig og endre eller forbedre det som ikke fungerer optimalt, samt beholde og videreutvikle det som faktisk fungerer. Definere og videreutvikle hva som vil regnes som god, optimal praksis er vanskelig, men jo mer som kan belegges vitenskapelig, jo større er muligheten for å sikre en god og forsvarlig praksis, både for ansatte i kommunens helsetjeneste og brukerne av tjenesten.

REFERANSELISTE

- Aalen, O. O., & Frigessi, A. (2006). *Statistiske metoder i medisin og helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Abbott, A. (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Abrahamsen, D., & Svalund, J. (2005). Flere eldre mottar hjemmesykepleie. Retrieved from <http://www.ssb.no/ssp/utg/200504/05/>
- Ackroyd, S., & Thompson, P. (1999). *Organizational misbehaviour*. London: Sage.
- Alvsvåg, H. (2002). Klinisk skjønn. In I. T. Bjørk, S. Helseth & N. F. (Eds.), *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Andreassen, T. A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten: arbeid med brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Menlo Park, California: Addison-Wesley.
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brink, P. J., & Wood, M. J. (1998). *Advanced design in nursing research*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Busch, T., & Vanebo, J. O. (2001). *Bestiller-utfører- modellen: utfordringer og problemområder* (Vol. 2001:11). Trondheim: Avdelingen.
- Busch, T., & Vanebo, J. O. (2011). Interne markeder: fokus på bestiller-utfører-modellen *Modernisering av offentlig sektor: trender, ideer og praksiser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christoffersen, S. A. (2011). *Profesjonsetikk: om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Evetts, J. (2009). New Professionalism and New Public Management: changes, continuities and consequences. *Comparative Sociology*, 8(2), 247-266.
- Fjørtoft, A.-K. (2006). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: the third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Friborg, O. (2010). Klassisk testteori og utvikling av spørreinstrumenter. In M. Martinussen (Ed.), *Kvantitativ forskningsmetodologi i samfunns - og helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og profesjonsmoral. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H., & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hallandvik, J.-E. (2002). *Helsetjeneste og helsepolitikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hansen, G. V., Kirchhoff, J., & Ramsdal, H. (2009). Bestiller/utfører-modellen: økt fleksibilitet i den kommunale helse - og sosialtjenesten *Den sköra balansen: arbetslivet mellan flexibilitet och stabilitet*. Växjö: Växjö universitet.
- Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk: etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hasenfeld, Y. (2010). *Human services as complex organizations*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

- Haug, H. K., Engelund, H., & Aarheim, K. A. (2004a). Organisatoriske rammer og organisasjonsmodeller. In M. Solheim & K. A. Aaheim (Eds.), *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haug, H. K., Engelund, H., & Aarheim, K. A. (2004b). Samarbeidspartnere og samarbeid. In M. Solheim & K. A. Aaheim (Eds.), *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hellesø, R. (2005). *Ord over skigard: informasjonsutveksling og samhandling mellom sykepleiere i spesialisthelsetjenesten før og etter innføring av elektronisk pasientjournal*. no. 357, Unipub, Oslo.
- Hellesø, R., Sorensen, L., & Lorensen, M. (2005). Nurses' information management across complex health care organizations. *International Journal of Medical Informatics*, 74(11), 960-972.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *St.meld. nr. 47. Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett tid - til rett sted*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011a). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011b). Prop. 91 L. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011.html?id=638731>
- Helsedirektoratet. (2006). Saksbehandling og dokumentasjon for pleie - og omsorgstjenester.
- Hjort, K. (2005). *Professionaliseringen i den offentlige sektor*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Hofseth, C., & Norvoll, R. (2003). *Kommunehelsetjenesten - gamle og nye utfordringer: en studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien*. Oslo: SINTEF, UNIMED, Ledelse, organisasjon og samhandling.
- Irgens, E. J. (2007). *Profesjon og organisasjon: å arbeide som profesjonsutdannet*. Bergen: Fagbokforl.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Karlsson, J. C. (2009). *Stranger on the Shore. A Foreigner Looks at the British Debate on Resistance and Organisational Misbehavior*. Paper presented at the International Labour Process Conference, Edinburgh.
- Kirchhoff, J. W. (2007). *NPM - Nye organisasjonsformer og profesjonelt arbeid*. Paper presented at the NEON, Trondheim.
- Kirchhoff, J. W. (2010). *De skjulte tjenestene – Om uønsket atferd i offentlige organisasjoner*. Karlstad University Studies, Karlstad.
- Kirchhoff, J. W., & Karlsson, J. C. (2009). Rationales for breaking management rules - the case of health care workers. *Journal of Workplace Rights*, 14(4), 457-479.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kleven, T. A. (2002). Ikke - eksperimentelle design. In T. Lund (Ed.), *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub.
- Kongsli, K., Fagermoen, M. S., Lohne, V., & Rustøen, T. (2003). *Forskningsveileder for sykepleiere: sykepleieforskning gjør sykepleien bedre*. Oslo: Norsk selskap for sykepleieforskning.

- Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. In N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Eds.), *Grunnleggende sykepleie* (Vol. 4). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lian, O. S. (2007). *Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Lund, T. (1996). *Metoder i kausal samfunnsforskning: en kortfattet og enkel innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lund, T. (2002). Metodologiske prinsipper og referanserammer In T. Lund (Ed.), *Innføring i forskningsmetodologi* (pp. 345 s.). Oslo: Unipub.
- Lund, T., & Haugen, R. (2006). *Forskningsprosessen*. Oslo: Unipub.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives: designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Moland, L. E., & Bogen, H. (2001). Konkurransetsetting og nye organisasjonsformer i norske kommuner - muligheter og begrensninger. In FAFO (Ed.).
- Molander, A., & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier: en introduksjon. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Morrison, E. W. (2006). Doing the job well: An investigation of pro-social rule breaking. *Journal of Management*, 32(1), 5-28.
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Rådet for sykepleieetik.
- Nylehn, B. (2002). Kan profesjonelle samarbeide? In B. Nylehn & A. M. Støkken (Eds.), *De profesjonelle*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS*. Maidenhead: McGraw-Hill.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, PA.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ramsdal, H., & Hansen, G. V. (2005). Om sirkelens kvadratur: Psykisk helsearbeid møter bestiller-utfører-organisasjonen. (2), 134-148.
- Ramsdal, H., & Skorstad, E. (2004). *Privatisering fra innsiden: om sammensmeltingen av offentlig og privat organisering*. Bergen: Fagbokforl.
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- RO. (2004). Bestiller - utførermodell i pleie - og omsorgstjenesten - en kartlegging av kommuner og bydeler. Oslo.
- RO. (2006). Forvaltningsreformer i pleie - og omsorgstjenesten - en kartlegging av kommuner og bydeler med bestiller - utførermodell. Oslo.
- Sagatun, S., & Zahl, M.-A. (2003). Det vanskelige samarbeidet *Sosialt arbeid: refleksjon og handling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Siverbo, S. (2004). The purchaser-provider split in principle and practice: experiences from Sweden. *Financial Accountability & Management*, 20(4).
- Solbrekke, T. D., & Heggen, K. (2009). Sykepleieansvar - fra profesjonelt moralsk ansvar til teknisk regnskapsplikt? *Tidsskriftet for Arbeidsliv*, 11(3), 49-62.
- Solheim, M. (2004). Heimesjukepleie - eit spegelbilette av samfunnet og helsetenesta. In M. Solheim & K. A. Aarheim (Eds.), *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Solheim, M., & Aarheim, K. A. (2004). Innleiing. In M. Solheim & K. A. Aaheim (Eds.), *Kan eg komme inn? Verdiar og val i heimesjukepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Statistisk sentralbyrå. (2012). Mottakarar av heimetenester, etter type teneste. 1999-2011. <http://www.ssb.no/pleie/tab-2012-07-04-05.html>
- Svensson, L. G. (2008). Profesjon og organisasjon. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thompson, P., & McHugh, D. (2009). *Work organisations: a critical approach*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Vabø, M. (2007). Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid. In NOVA (Ed.).
- Vabø, M. (2011). Changing governance, changing needs interpretations: implications for universalism. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 31(3/4), 197-208.
- Vabø, M. (2012). Norwegian home care in transition - heading for accountability, off-loading responsibilities. *Health and Social care in the Community*, 20(3), 283-291.
- Vardi, Y., & Weitz, E. (2004). *Misbehavior in organizations: theory, research, and management*. Mahwah, N.J.: Erlbaum.
- Willumsen, E. (2009). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse - og sosialsektoren. In E. Willumsen (Ed.), *Tverrprofesjonelt samarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wisløff, N. F. (2005). *Fra stykkevis til helt: en sammenhengende helsetjeneste*. Oslo.

VEDLEGG 1a

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

Line Melby
Avdeling for sykepleievitenskap
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 02.11.2011

Vår ref:28357 / 3 / JSL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.10.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

28357	<i>Samarbeid og informasjonsutveksling mellom bestiller- og utførelsenheten i Oslo kommune</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Line Melby</i>
Student	<i>Hanne Marie Rostad</i>

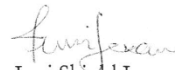
Etter gjennomgang av opplysninger gitt i melde skjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Juni Skjold Lexau

Kontaktperson: Juni Skjold Lexau tlf: 55 58 36 01
Vedlegg: Prosjektvurdering
✓ Kopi: Hanne Marie Rostad, Refsnesalleen 79 B, 1518 MOSS

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

VEDLEGG 1b

Personvernombudet for forskningProsjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 28357

Ifølge informasjon gitt i meldeskjemaet, behandles det ikke direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger i prosjektet. Spørreskjema skal så vidt vi forstår besvares på papir.

Dersom prosjektet endres, slik at spørreskjema skal besvares elektronisk eller per e-post vil prosjektet likevel være meldepliktig. Det samme gjelder hvis det skulle bli aktuelt å innhente indirekte personidentifiserende opplysninger om deltakerne slik at det vil være mulig å tilbakeføre opplysningene til en enkeltperson (for eksempel stilling, arbeidssted, kjønn, alder osv). Det må i så fall sendes endringsmelding til Personvernombudet.

VEDLEGG 2

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

Line Melby
Avdeling for sykepleievitenskap
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 23.01.2012

Vår ref: 28357 SSA/RF

Deres dato:

Deres ref:

ENDRING AV BEHANDLINGSGRUNNLAG

Vi viser til endringsmelding mottatt 19.12.2011 for prosjektet:

28357

Samarbeid og informasjonsutveksling mellom bestiller- og utførerambeten i Oslo kommune

Prosjektet ble opprinnelig vurdert som ikke meldepliktig den 02.11.2011. Endringen i prosjektet innebærer at det vil bli registrert indirekte personidentifiserende opplysninger (kjønn, alder, stilling og arbeidssted) i spørreskjemaet som informantene skal fylle ut.

Personvernombudet finner at behandlingen av personopplysninger i prosjektet kan hjemles i personopplysningsloven § 8 første alternativ (samtykke).

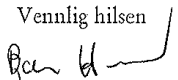
Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende, så fremt det tilføyes dato for prosjektslutt og anonymisering.

Revidert informasjonsskriv bes ettersendes før utvalget kontaktes.

Prosjektet skal avsluttes 01.06.2012 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller endres.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Sondre S. Arnesen

Kontaktperson: Sondre S. Arnesen tlf: 55 58 25 83

✓ Kopi: Hanne Marie Rostad, Refsnesalleen 79 B, 1518 MOSS

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

VEDLEGG 3



UiO • Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

Oslo, 06.12.11

Forespørsel om tillatelse til å gjennomføre en spørreundersøkelse om samhandling mellom bestillerenheten og utførerensheten

Jeg er student ved Universitetet i Oslo, og i forbindelse med min mastergradsoppgave i sykepleievitenskap ønsker jeg å utføre en spørreundersøkelse blant hjemmesykepleiere og ansatte ved bestillerenheten i [REDACTED].

Metoden som vil brukes er spørreskjema, en versjon til hjemmesykepleiere og en annen versjon til ansatte ved bestillerenheten. Opplysninger som vil bli innhentet er hjemmesykepleieres og ansatte ved bestillerenhetens erfaringer knyttet til hvordan disse to instansene samarbeider og utveksler informasjon seg imellom. Ingen enkeltpersoner vil kunne identifiseres i materialet og materialet vil bli oppbevart på en forsvarlig måte slik at utenforstående ikke har tilgang til det.

Planlagt gjennomføring av spørreundersøkelsen er januar/februar 2012. Prosjektet er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS og er en del av et større prosjekt som heter «Bridging the information gap in patient transitions in health care».

Dersom du har spørsmål om undersøkelsen, kan du kontakte:

Hanne Marie Rostad på h.m.rostad@studmed.uio.no eller på telefon 932 24 189.

Forsker Line Melby, ved Institutt for Helse og Samfunn, avdeling for Sykepleievitenskap er veileder på oppgaven: line.melby@medisin.uio.no.

Jeg håper [REDACTED] er positiv til en slik studie, og jeg ber om skriftlig tillatelse til å gjennomføre spørreundersøkelsen blant kommunens aktuelle ansatte.

Med vennlig hilsen

Hanne Marie Rostad
Masterstudent/sykepleier

Line Melby
Forsker

VEDLEGG: Informasjonsskriv til de ansatte om studien

VEDLEGG 4

KOMMUNE
FORVALTNINGSENHETEN

Hanne Maria Rostad

Universitetet i Oslo
Institutt for sykepleievitenskap
0318 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.:
12/118112/BSKJ

Dato:
27.06.2012

Bekreftelse

Masterstudent Hanne Rostad henvendte seg til [redacted] kommune den 6.1.2012 med forespørsel om å gjennomføre en spørreundersøkelse blant hjemmesykepleiere og ansatte ved bestillerenheten i [redacted] kommune i forbindelse med sin delstudie 2. i forskningsprosjektet "**Bridging the information gap in patient transition (BIG)**".

Utviklingssenter for hjemmetjenester i [redacted] kommune v/undertegnede er kontaktperson for studenten og bekrefter med dette at hun fikk tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen.

Med hilsen

[redacted]
Prosjektleder
Utviklingssenter for hjemmetjenester i
Forvaltningsenheten

Tel.
e-post:

1684176

Postadresse:
E-post:

Besøksadresse:

Org. nr.
Bank:
Telefon:
Faks:

VEDLEGG 5

Fra: [REDACTED]

Til: [Hanne Marie Rostad](#)

Cc: [REDACTED]

Tittel: **Forespørsel om tillatelse til å gjennomføre en spørreundersøkelse om samhandling mellom bestillerenheten og utførerenheten**

2012-01-06 12:14

Dato:

Det er i orden. Jeg forutsetter at den videre kontakten går gjennom [REDACTED].

Mvh [REDACTED]

[REDACTED]
bydelsdirektør

mob. [REDACTED]

VEDLEGG 6

Spørreskjema til hjemmesykepleien – prosedyre for praktisk gjennomføring

Inklusjonskriterier

Følgende ansatte skal få utdelt spørreskjema:

- Ansatte som utfører tjenester hjemme hos brukerne
- Har vært ansatt i hjemmesykepleien i tre måneder eller mer
- Kan være i fast stilling eller vikariat/engasjement
- Må kunne lese og forstå norsk

Spørreskjemaet inneholder ingen opplysninger som kan tilbakeføres til hvem som har svart.

Alle svar leveres på et avtalt sted innen en uke etter at skjemaet er mottatt. Dersom spørreskjemaet mistes, kan man få et nytt. Utdelingen skjer i uke 5 og 6. Purring kan gjøres etter en uke med en frist på ytterligere en uke. Følgende opplysninger skal registreres i forbindelse med administreringen av spørreskjemaundersøkelsen (gjøres av kontaktperson):

Antall ansatte totalt:	Antall ansatte totalt som oppfyller inklusjonskriteriene:	Antall ansatte som har fått utdelt spørreskjema:	Antall spørreskjema i retur etter ordinær innsamling:	Antall spørreskjema i retur etter purring:	Antall spørreskjema i retur totalt:

VEDLEGG 7

UiO : **Institutt for helse og samfunn**
Det medisinske fakultet



Informasjon og forespørsel om å svare på spørreskjema om samhandling mellom bestillerenheten og utførerensheten

Jeg er student ved Universitetet i Oslo, og i forbindelse med min mastergradsoppgave i sykepleievitenskap ønsker jeg å kartlegge hvordan samarbeid og informasjonsutveksling foregår og vurderes av ansatte i hjemmesykepleien og ansatte ved tildelingskontoret. Jeg ønsker derfor å utføre en spørreundersøkelse blant ansatte i hjemmesykepleien og ansatte ved tildelingskontoret i [REDACTED]

Ved å svare på dette spørreskjemaet bidrar du til at vi får mer kunnskap om bestillerenshetens og utførerenshetens samarbeid og informasjonsutveksling rundt personer med behov for hjemmesykepleie. Spørsmålene i spørreskjemaet dreier seg om nye brukere, samt kjente brukere som har behov for endrede tjenester.

Funnene som fremkommer i denne studien vil bidra til kunnskap om hvordan en kan sørge for gode samhandlingsrutiner, noe som på sikt vil kunne gagne brukerne.

Studien er del av et større prosjekt: «Bridging the information gap (BIG) in patient transitions in health care» (NFR-prosjekt 196365).

Jeg håper du kan bruke 10 - 15 minutter til å svare på spørreskjemaet og returnere det i samlekonvolutten. Det er frivillig å delta i studien og dersom du velger å ikke delta, trenger du ikke oppgi noen grunn. Svarer du på spørreskjemaet, vil det fungere som informert samtykke. Planlagt avslutning på delprosjektet er 01.06.12. Universitetet i Oslo er ansvarlig for behandlingen av dine opplysninger. Det vil ikke være mulig å tilbakeføre svarene du gir eller identifisere deg personlig. Opplysninger som blir innhentet vil bli slettet når dette delprosjektet avsluttes. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Dersom du har spørsmål om undersøkelsen, kan du kontakte:

Hanne Marie Rostad på h.m.rostad@studmed.uio.no eller på telefon 93 22 41 89.

Forsker Line Melby, ved Institutt for Helse og Samfunn, avdeling for Sykepleievitenskap er veileder på oppgaven: line.melby@medisin.uio.no.

Takk for hjelpen med å svare på spørsmålene.

Svarfrist for innlevering: 24.02.2012. Når du har fylt ut spørreskjemaet - legg det i samlekonvolutten.

Med vennlig hilsen

Hanne Marie Rostad
Masterstudent/sykepleier

Line Melby
Forsker