

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE323E

Navn / kandidatnr.: Karianne Roland Persson / 68

Nytte og nærhet

En eksempelstudie fra hjemmetjenesten etter innføring av Tillitsmodellen

Dato: 15.05.19

Totalt antall sider: 96

Abstract

This master's thesis provides a description of how nurses have had their mandate changed after the implementation of the Trust Based Model in the homecare service. This implementation has seen the abandonment of the ordering-offices, which under the previous order/ performer-model were tasked with the administration of the homecare services in the municipality. The administration of the services has after the implementation of the Trust Based Model been transferred to the nurses working in the field, carrying out the actual homecare service. This thesis aims to examine how the nurses' assessments are influenced by ethics and judgement, and what formal qualifications the nurses have to carry out the designated tasks. The central question of this thesis is;

“How do nurses in the homecare service maintain the responsibilities of the dual role they have taken on after the implementation of the Trust Based Model?”

The theoretical framework in this thesis is based on vocational theory, ethical philosophy, the Norwegian national educational framework for nursing as well as applicable law. The study is a qualitative example-study of the homecare service in one of the boroughs of Oslo, where the Trust Based Model was implemented in January 2017. The main findings of the thesis originate from interviews with nurses who have taken on the dual role. The study takes a descriptive approach, and the use of matrixes as a tool has been particularly important. Analysis of the data has been done using tools from empirical analysis.

The empirical findings of this thesis show that the nursing education to a certain degree contributes to the nurses' competencies to maintain the different roles as required by the Trust Based Model. The knowledge and skills described by the nurses is to a large part referenced to Lögstrups ethics with an individualistic approach to attend to the needs of the patients. To the nurses who participated in this study, the nursing education have provided a sound understanding of the legal and judicial aspects to their work. Based on this they should be on firm legal footing when evaluating the needs of the individual patients. Aptitude for ethical reflection has proven important to understand how and why nurses make their decisions. Rules and regulations, as mandated by law, to a large part refer to nurses' individual judgement of the situation in question. The application of judgement has, in this thesis, been presented as a partly hermeneutical process by components that can be formally influenced. The application of judgement when dealing with tasks as discussed in this thesis requires formal organizational and socioeconomical training. Further, it requires a sound understanding of economical

causality as well as the limits of the office of homecare services. The theoretical qualifications, as described in the Norwegian national educational framework for nursing, has only been achieved to a lesser degree.

The author proposes the following theoretical contribution:

The transfer of administrative tasks on nurses who are working directly with patients increases the need for formal competencies to be able to carry out the assigned tasks, duties and responsibilities.

Keywordd; Profession, Trust Based Model, Ethics, Care, Administration

Forord

En forutsetning for å arbeide innen offentlig sektor bør være at man trives å arbeide i organisasjoner i endring. I løpet av MBA- studiene har innovasjon vært et aktuelt tema innen flere av studienes emner. Mitt inntrykk fra tidligere var at private virksomheter er ledende i innovativt arbeid. En av foreleserne meddelte, til min store glede, at offentlig sektor i norsk sammenheng er langt fremme innen organisasjonsinnovasjon. Offentlig sektor er særlig innovative i arbeid med organisasjonsutvikling og oppgaveforvaltning. Ikke alle reformer har hatt like stor suksess, men likevel tenker jeg at endring er bedre en stillstand. Endring er et uttrykk for et ønske om å forbedre. Jeg er stolt over å arbeide som sykepleier i en av Norges største virksomheter som stadig forsøker å imøtekomme ansatte, samfunnet og brukeres behov. Denne studien har for meg vært en spennende reise i ny og gammel historie i egen organisasjon og profesjon.

Det er mange jeg vil takke som har bidratt i denne masteroppgaven:

Min veileder, Hin Hoarau Heemstra. Uten hennes veiledning hadde denne oppgaven manglet rød tråd og struktur. Hun har tålmodig lyttet, lest og gitt konstruktive tilbakemeldinger.

Jeg vil takke min arbeidsplass som har dannet utgangspunkt for studien. Tålmodige kollegaer har stilt opp til intervju, som har delt av sine erfaringer og tanker. Takk til bydelsdirektøren som har gitt både tid og meningsytringer med ønsket om «å gjøre meg god». Tusen takk for viktige bidrag og forbruk av tid.

Takk til mamma og pappa for barnepass og gode diskusjoner vedrørende oppgavens problematikk. En særlig takk til mamma som også har bistått som kritisk leser.

Jeg vil til slutt takke min samboer som har lyttet tålmodig og gitt meg nødvendig tid til å skrive denne masteroppgaven.

Sammendrag

Denne masteroppgaven gir en beskrivelse av hvordan sykepleiere i hjemmetjenesten har fått endret mandat etter innføringen av Tillitsmodellen. Innføringen av Tillitsmodellen har medført avskaffelse av Bestillerkontorene som under Bestiller- utfører modellen ivaretok ressursforvaltningen av hjemmetjenester i kommunen. Oppgaven med forvaltningen av tjenester er etter Tillitsmodellen overført til sykepleiere i hjemmetjenesten, som også ivaretar omsorgsoppgaver hjemme hos brukerne. Oppgaven tar sikte på å undersøke hvordan etikk og dømmekraft påvirker sykepleierens vurderinger, og hvilken formell kompetanse sykepleierne innehar for å ivareta av de ulike oppgavene. Problemstillingen i oppgaven er;

«Hvordan håndterer sykepleiere i hjemmebaserte tjenester den todelte rollen ved tjenestetildeling etter innføringen av Tillitsmodellen?»

Det teoretiske rammeverket i oppgaven tar utgangspunkt i profesjonsteori, etisk filosofi, nasjonal rammeplan for sykepleierutdanningen og aktuelt lovverk.

Studien er en kvalitativ eksempelstudie av hjemmetjenesten i en bydel i Oslo hvor Tillitsmodellen ble implementert januar 2017. Funnene i studien fremkommer hovedsakelig gjennom intervju med sykepleiere som arbeider med den todelte rollen. Studien har en deskriptiv tilnærming hvor blant annet matriser som arbeidsverktøy har vært særlig viktig. Analyse av datamaterialet er gjennomført ved bruk av verktøy fra empiribasert analyse.

De empiriske funnene i denne studien viser at sykepleierutdanningen i noen grad medvirker til sykepleierens kompetanse for å ivareta de to rollene. Kunnskapen sykepleierne beskriver har i stor grad nærhetsetiske referanser med en individualistisk tilnærming for ivaretagelse av brukerne. Sykepleierutdanningen har for sykepleierne i studien medvirket til god kjennskap til formelle lovkrav. På bakgrunn av denne kjennskapen fremstår de som faglig trygge i rollen som omsorgsarbeider ved vurderinger av brukernes behov for tjenester. Evne til etisk refleksjon har vist seg som viktig ved økt forståelse for hvordan sykepleierne fatter beslutninger. Lovkravene henviser i stor grad til sykepleierens utøvelse av dømmekraft. Utøvelse av dømmekraft er i studien fremstilt som en vekselvis hermeneutisk prosess ved komponenter som kan formelt påvirkes. Bruk av dømmekraft ved forvaltning av ressurser fordrer formell organisatorisk og samfunnsøkonomisk kompetanse. Dette innebærer kunnskap som forutsetter evnen til å se økonomiske sammenhenger og kjennskap til virksomhetens rammer. Kunnskapskravene som er beskrevet i rammeplanen for sykepleierutdanningen med hensyn til formell kompetanse innen forvaltning av tjenester er i liten grad ivare tatt.

Forfatteren foreslår følgende teoretiske bidrag:

Overføring av forvaltende oppgaver på sykepleiere som jobber tett på brukere av tjenesten medfører behov for økt kompetanse. Et bærekraftig velferdssamfunn betinger at sykepleierne fatter beslutninger med nødvendig kompetanse om tjenestens kostnader, virksomhetens rammer og organisatoriske strukturer i offentlig helsevesen.

Nøkkelord: profesjoner, Tillitsmodellen, etikk, forvaltning og omsorg

Innholdsfortegnelse

Abstract	i
Forord	iii
Sammendrag	iv
Innholdsfortegnelse	vi
Oversikt over tabeller, figurer og vedlegg	viii
1. Innledning.....	1
1.1 Samhandlingsreformen.....	1
1.2 Finansiering	2
1.3 Bestiller- utfører- modellen	3
1.4 Tillitsmodellen	4
1.4.1 Tillitsmodellen i hjemmetjenesten i Oslo.....	4
1.4.2 Tillitsmodellens effektmål.....	5
1.5 Forskning av modellen	6
1.6 Problemstilling og forskningsspørsmål	7
2. Teori og litteratur	8
2.1 Dømmekraft	8
2.2 Utdanning	10
2.2.1 Studier av nyutdannede sykepleiere	10
2.3 Sykepleierens todelte rolle	11
2.4 Omsorgsarbeider	11
2.4.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi	12
2.4.2 Omsorgsarbeid og dømmekraft	13
2.5 Samfunnsmandat	13
2.5.1 Profesjoner og forvaltning.....	14
2.5.2 forvaltning og dømmekraft.....	14
2.6 Etikk	15
2.6.1 Nærhetsetikk og fordeling av tjenester.....	17
2.6.2 Konsekvensetikk	18
2.7 konvensjoner og rutiner.....	19
2.7.1 Helse og omsorgstjenesteloven	19
2.7.2 Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven	20
2.7.3 Kvalitetsforskriften.....	21
2.8 Tildeling av tjenester	22
2.9 Oppsummering	22
3. Metode.....	23
3.1 Kvalitativ metode	23
3.2 Forskningsstrategi	24
3.3 Utvalgsprosessen	25
3.3.1 utvalg 1	25
3.3.2 utvalg 2	26
3.4 Intervju som metode for innhenting av data.....	26
3.4.1 intervjuguide utvalg 1	27
3.4.2 Intervjuguide utvalg 2	28

3.5 Forberedning og gjennomføring av intervju	28
3.6 Transkribering	31
3.7 Analyse av data	32
3.8 Intensiv analyse	32
3.8.1 Matriser som analyseverktøy	33
3.8.2 Prosessen ved kategorisering av data	34
3.8.3 Kategoriutvikling	34
3.8.4 Åpen koding	35
3.8.5 Aksial koding	35
3.8.6 Selektiv koding.....	36
3.9 Validitet, reabilitet og objektivitet	36
3.9.1 Refleksjon rundt prosessen.....	38
3.10 Egen rolle og etiske momenter	40
4. Empiri og funn	41
4.1 Tillit og ansvar	41
4.2 Håndtering av den todelte rollen	44
5. Drøfting av funn	56
5.1 Myndighet gav mestring.....	56
5.2 «Å gi omsorg» -relasjon i omsorgsarbeid	56
5.2.1 Moral- kollektivism eller individualisme	57
5.2.2 Tid som en ressurs	58
5.2.3 Faglig trygghet i arbeidet med å gi omsorg.....	59
5.2.4 Omsorgsarbeiderens rolle beskrevet i rammeplanen for sykepleierutdanningen....	59
5.3 Tolkingsrom og etiske overveielser	60
5.3.1 Etisk refleksjon og tildeling av tjenester	61
5.4 Kunnskap og forvaltning	62
5.4.1 Ivaretagelse av politisk tillit	63
5.4.2 Rasjonalitet i forvaltningen	65
5.5 Sykepleierens dømmekraft ved tildeling av tjenester	66
6. Konklusjon	69
Litteraturliste	72

Oversikt over tabeller, figurer og vedlegg

Tabeller

1. Etiske teorier
2. Oversikt respondenter
3. Kategorier for dømmekraft

Figurer

1. Dømmekraft
2. Mestring
3. Rollen som omsorgsarbeider
4. Samfunnsmandatet ved forvaltning

Vedlegg

1. Informasjonsskriv utvalg 1
2. Informasjonsskriv utvalg 2
3. Intervjuguide
4. Matrise, *Omsorgsarbeider*
5. Matrise, *Forvaltning*
6. Matrise, *Administrativt perspektiv*

1. Innledning

Profesjonenes ulike mandat har i de senere år vært i søkelyset ved offentlige debatter. Hvordan organisasjoner som sykehus, skole og kommunehelse driftes og organiseres er alltid aktuelt tema både politisk og fra profesjonene selv. Organiseringen har stor påvirkning på blant annet profesjonenes makt og myndighet ved disponering av tid og ressurser. Tid og ressurser er ofte knappe goder i offentlig sektor. Hva skal finansieres over fellesskapets goder? Hvem skal forvalte disse og hvordan skal godene fordeles? I det offentlige velferdssystemet er profesjonene de viktigste aktørene for drift og administrasjon. Ulike politiske strømninger har alltid påvirket virksomhetenes organisering og de profesjonelles posisjon. Markedskrefter, stordriftsfordeler, mål- og resultatstyring med både mer og mindre kontroll har preget organiseringen. Sykepleieprofesjonen er en av mange profesjoner innen offentlig sektor som parallelt med utviklingen i helsesektoren generelt har endret seg i takt med samfunnsutviklingen og politiske strømninger. Siste store endring er Samhandlingsreformen og innføringen av Tillitsmodellen.

Jeg vil før jeg presenterer problemstillingen gi en historisk beskrivelse av bakgrunnen for innføringen av Tillitsmodellen. Jeg vil begynne med å redegjøre for hvilke politiske insentiver som lå bak innføringen av Samhandlingsreformen og de endringene denne har medført for kommunehelsesektoren og hjemmetjenesten. Videre redegjør jeg for hvordan hjemmetjenesten var og fremdeles er organisert i de fleste store kommuner og flere bydeler i Oslo. Deretter vil jeg beskrive de politiske insentivene som lå bak innføringen av Tillitsmodellen og hvorfor man fra et politisk ståsted ønsket en endring i oppgaveløsingen i kommunen. Oppgavens problemstilling er utarbeidet med bakgrunn i hvordan dette har medvirket til endringer i sykepleiernes arbeidsoppgaver i hjemmetjenesten.

1.1 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble gradvis innført med oppstart 1. januar 2012, og er den reformen som har hatt størst effekt på helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Noe av de viktigste elementene ved reformen var å gjøre spesialisthelsetjenesten mer spesialisert og i større grad overføre sykehusoppgaver til kommunen. Spesialisthelsetjenesten er sykehus finansiert av staten. Reformens opphavsmann daværende helseminister Bjarne Haakon Hansen uttalte følgende i forbindelse med innføring av reformen: «*Manglende samhandling er den viktigste grunnen til at syke eldre, mennesker med kroniske sykdommer, rusproblemer og psykiske lidelser lett blir tapere i dagens helse- Norge*». (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009 (forord). Statsråd Bjarne Håkon Hansen sitt ønske var at pasientene skulle bli: «*midlertidig*

utskrevet til spesialisthelsetjenesten» (ibid), før de raskt vendte tilbake til kommunen for videre ivaretagelse, pleie og rehabilitering. Bakgrunnen for uttalelsen var hans ønske om at kommunen opprettholder ansvaret for pasienten ved innleggelse på sykehus. Dette skulle blant annet medføre kortere innleggelser, redusere ventetider og sørge for at pasientene i størst mulig grad kunne behandles i eller i nærheten av eget bosted. I praksis har Samhandlingsreformen blant annet medført at pasienter som skrives ut fra sykehuset er mer ressurskrevende enn tidligere. Pasientene som ansees som ferdig behandlet av spesialisthelsetjenesten er sykere. Dette vil kunne kreve tettere oppfølging av pasienten med behov for mer avansert medisinsk behandling etter endt sykehusopphold enn forut for reformen.

1.2 Finansiering

Kommunen er i hovedsak finansiert ved frie inntekter gjennom skatteinntekter fra egne innbyggere og rammefinansiering fra staten. Rammefinansieringen skal legge til rette for at den enkelte kommune ut fra lokale behov selv kan prioritere ressursbruk mellom ulike tjenesteområder. Samhandlingsreformen medførte at kommunen fikk et økonomisk medansvar ved behandling i spesialisthelsetjenesten. Tanken var å øke bevisstheten i kommunene om kostnadene ved helsetjenester generelt og spesialisthelsetjenesten spesielt. Medfinansieringen skulle gi kommunen incentiver til å behandle på laveste effektive omsorgsnivå. Et viktig element i denne medfinansieringen er kommunens økonomiske ansvar for utskrivningsklare pasienter. Utskrivningsklare pasienter er pasienter som ansees ferdig behandlet av spesialisthelsetjenesten, men som er i behov av videre ivaretagelse. Før reformen ble pasientene liggende opp til syv dager på sykehus før de ble overført til kommunen. Etter reformen er kommunen pålagt å finne et forsvarlig tilbud 24 timer etter at pasienten er meldt utskrivningsklar (Helse og omsorgstjenesteloven, 2019, § 11) . Kommunene ble etter reformen tilført midler som tilsvarte sykehusenes kostnad per liggedøgn for utskrivningsklare pasienter a 5000 kroner. Tilsvarende sum pålegges kommunen i gebyr per «overliggerdøgn» hvis kommunen ikke skaffer et forsvarlig tilbud. Gebyrene skal medvirke at kommunen etablerer lokale lavterskeltilbud med lavere kostnad enn pris per liggedøgn på sykehus. (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009). Presset på korttidsopphold i kommunal institusjon resulterer i at kriteriene for innleggelse blir høyere. Flere pasienter returnerer direkte hjem til egen bolig etter endt behandling. Ivaretagelsen av disse pasientene utføres primært av hjemmetjenesten.

1.3 Bestiller- utfører- modellen

Hjemmetjenesten har vært organisert etter bestiller- utfører- modellen siden 2004 i pleieomsorgssektoren i de fleste store kommuner i Norge (Kommunens sentralforbund, 2004). Denne modellen kom som resultat av innføringen av konkurranse og markedskrefter i offentlig sektor. Utviklingen skjedde i forbindelse med at New Public Management- teorien (NPM) ble innført i offentlig sektor i hele den vestlige verden på denne tiden. Innføringen av NPM ble gjort i den tro at markedsmekanismer, konkurranseutsetting og kontraktbasert styring ville føre til økt produktivitet, kvalitet og større grad av brukerorientering. Et av modellens viktigste prinsipper er skillet mellom forvalter/ myndighetsutøvelse (bestilleroppgaver) og tjenesteproduksjon (utføreroppgaver). Overgangen til Bestiller-utfører- modellen hadde til hensikt å lette driftsenhetene og tjenesteyterne som følte de måtte velge mellom brukere ved fordeling av ressursene. Ressursfordelingen som da var lagt til utførerne medførte ulike tjenestetilbud innad i kommunene. Bestiller-utfører- modellen skulle sikre en rettferdig fordeling av ressursene med standardiserte kriterier ved å sette forvaltningen/ fordelingen av ressurser bort fra utførere av tjenesten. Saksbehandlere på Bestillerkontorene benyttet en såkalt «omsorgstrapp» til å vurdere tjenestebehovet til den enkelte bruker. Omsorgstrappen var et forsøk på en type standardisering som forsøkte sikre at iverksatte tiltak var i tråd med laveste effektive omsorgsnivå (Øydgard. G., 2018). Vedtakene ble utformet med beskrivelser av tjenestebehovet med tilmålt tid for utførelsen. Tidsangivelse og eksakte oppgavebeskrivelser ble definert i tiltak som hjemmetjenesten utfører hjemme hos bruker. Denne organiseringen av helsetjenester har medført begrepet «stoppeklokkeomsorg» og «minuttyranni» om hjemmesykepleien. Ivar Johansen som bystyrerepresentant for SV i Oslo beskrev Bestiller- utfører- modellen i hjemmetjenesten som et forsøk på å profesjonalisere velferden. Det har resultert i en avprofesjonalisering av arbeidsstyrken (Johansen. I., 2014). Johansens bekymring var modellens manglende evne til å ivareta de ansattes evne til å utvise faglig skjønn i vurderingen av den enkeltes behov. Etter kommunestyrevalget i 2015 vedtok bystyret i byrådserklæringen 2015 at hjemmetjenesten var i behov for endring. Det nye byrådet ønsket en mer brukerrettet tjeneste, bedre utnyttelse av faglig kompetanse og en bedre utnyttelse av kommunens ressurser. I erklæringen står det:

Situasjonen i hjemmetjenesten i Oslo krever endringer. Faglige vurderinger og samarbeid mellom ansatte og de som mottar tjenester har kommet i bakgrunnen, byråkrati, stoppeklokker og for lite helhetlig omsorg er blitt normen. Stoppeklokkene skal fjernes og erstattes av en tillitsreform med

behovsprøvde omsorgsplaner, der den som trenger tjenesten og de ansatte utformer tilbudet sammen. (Oslo kommune, 2015 s. 45)

Byrådet vil gjennomføre en tillitsreform for å sikre bedre samhandling mellom ledelse og ansatte, en bedre utnyttelse av de ansattes kompetanse, mer brukerdeltagelse, bedre tjenester og en mer effektiv bruk av kommunens ressurser. De samlede rapporteringskravene i ulike sektorer skal gjennomgås, med sikte på å avbyråkratisere tjenesteproduksjonen. (Oslo kommune 2015, s.12)

1.4 Tillitsmodellen

Tillitsmodellen er antatt å bli en av de store reformbølgene i Skandinavia innen offentlig sektor (Aspøy. A., 2016). Tillitsmodellen er en politisk reform som tar sikte på å erstatte kontroll- og rapporteringsbasert styring med tillit i alle ledd i offentlige organisasjoner. Reformens hovedbudskap er å gi utstrakt tillit til medarbeiderne som skal medvirke til økt faglighet og engasjement. I Tillitsmodellen er hensikten at tillit til medarbeiderens vurderingsevne skal erstatte styring og kontroll. Innføringen i Norge er politisk forankret. Man har sett mot Danmark som begynte innføring av Tillitsreformen i deler av forvaltningen i 2013. Tillitsreformen i Danmark ble formalisert gjennom en avtale mellom regjeringen, kommunen og fagforeningen i 2013 og solgt inn av arbeidstakersiden som en modell. Modellen hadde fokus på det punkt i avtalen som understreker viktigheten av tillit til medarbeideren for å øke faglighet og innovasjon (Aspøy. A., 2016). Tillitsmodellen har sitt opphav fra Buurtzorg- modellen i Nederland. Buurtzorg- modellen er en modell for hjemmetjenester hvor oppgaver og ansvar delegeres til et gitt antall spesialutdannet personale. Modellen høstet gode tilbakemeldinger med blant annet økt tilgang på kompetent personell, høyere produktivitet og kvalitet, samt reduksjon av kostnader og reisetid (Sluttrapport for prosjekt tillitsmodellen, 2018).

1.4.1 Tillitsmodellen i hjemmetjenesten i Oslo

Prosjektet Tillitsmodellen i hjemmebaserte tjenester har sin bakgrunn i Bystyremeldingen Seniormeldingen: *Selvstendige, aktive og trygge eldre i Oslo* (ibid). Det nye byrådet i Oslo ønsket å utprøve Tillitsmodellen i noen utvalgte bydeler. I November 2016 startet Bydel Gamle Oslo, Grorud, Ullern og bydel Østensjø med et pilotprosjekt hvor deler av tjenesten ble omorganisert etter Tillitsmodellen. I tidsperioden fra 2017 til januar 2019 har flere bydeler i Oslo samt Tromsø kommune innført modellen i hjemmebaserte tjenester. Planen er at alle

bydelene i Oslo på sikt skal gå over til Tillitsmodellen. Det er ikke satt krav til tid for når alle bydelene skal omorganiseres. Enkelte bydeler har derfor valgt «å sitte på gjerdet» i påvente av evaluering av modellen. Tillitsmodellen medfører strukturelle endringer innad i virksomheten. Bestillerkontorenes forvaltende funksjon erstattes med omstrukturering til tverrfaglige team. Teamene består av saksbehandler, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere og hjelpepleiere. Teamene overtar tidligere ledelsesoppgaver med myndighet til å løse og delegere oppgaver samt innhente nødvendige ressurser og kompetanse. Endelig ansvar vil fremdeles ligge hos seksjonsleder. Sykepleiere i teamene er ansvarlig for oppstartsamtaler for vurdering av tjenestebehov. Utgangspunkt for samtalen er spørsmålet: «Hva er viktig for deg?» Tjenesten til den enkelte skal være helhetlig og sees i en sammenheng uten detaljstyring (ibid). «Hva er viktig for deg?» er en nasjonal satsning som innebærer at helsearbeidere skal flytte fokus fra «Hva feiler det deg?» til «Hva er viktig for deg?» Hensikten er ønsket om høyere grad av brukermedvirkning i hvordan helsetjenester i både spesialisthelse- og kommunehelsesektoren utformes. Et av de viktigste aspektene ved «Hva er viktig for deg?» er fokuset på mestring. Helsearbeidere skal i større grad enn tidligere bidra til at pasienter og brukere mestrer eget liv ut ifra mål de selv utformer.

1.4.2 Tillitsmodellens effektmål

Noen av de viktigste effektmålene med Tillitsmodellen er å gi brukeren økt tilfredshet med tjenestene som ytes. Sykepleiere som utfører oppstartsamtaler er gitt myndighet til å innvilge tjenester. Tjenestene beskrives i oppgaven som tiltak. Sykepleiere som utfører oppstartsamtaler er de samme pleierne som også utfører tiltakene som brukerne innvilges. Hensikten med avbyråkratisering av tjenesten er mindre kontroll og rapportering og inngår som et av effektmålene. Saksgangen avkortes ved å plassere saksbehandler som en del av teamet. Vedtakene som utformes av saksbehandlerne er ikke lengre avgrenset på tid. Sykepleierne iverksetter tiltak som skal være gjenstand for kontinuerlig evaluering. Dette skal medvirke til økt effektivisering og bedre tilpasning av tjenestene. Effektivitet er et sentralt mål for Tillitsmodellen, og skal føre til reduksjon i bruken av ressurser. Ressursbruken i hjemmebaserte tjenester i kommunen er i all hovedsak tidsforbruk av helsepersonell.

Sykepleierens myndighet til å ta egne beslutninger skal medvirke til økt faglig stolthet og arbeidsglede hos medarbeiderne. Tillitsmodellen i hjemmesykepleien har til hensikt at byråkrati og kontroll erstattes med tillit til den ansattes evne til å vurdere brukerens hjelpebehov. Dette resulterer i at sykepleieren i hjemmetjenesten inntar en ny og todelt rolle:

- Ansvar for å ivareta og tildele nødvendig helsehjelp til brukerne
- Effektiv utnyttelse av kommunens ressurser og en rettferdig fordeling av samfunnets kollektive helsegoder.

1.5 Forskning av modellen

Fakultet for helse og sosialvitenskap v/Vitensenteret Helse og Teknologi fra Høgskolen i Sørøst-Norge utførte i 2017 en rapport med erfaringer fra minipiloteringen av selvstyrende team i bydeler i Oslo. Rapporten gav prosjektet gode resultater med blant annet funn som indikerte at tjenestene ble mer fleksible og kunne justeres etter behov (Eide, T., Nilsen, E., Gullslett, M., Olafsen, A., Aaberge, A., Eide, H., 2017). Det ble også beskrevet signifikant økning av brukertrygghet. Blant risikofaktorene ble det avdekket at team-organiseringen forutsetter administrative ressurser i teamet med klare oppfordringer til kursing i tillitsbasert ledelse av mellomledere og coaching av teamlederne i teamene (ibid). Tina Øllgaard Bentzen er Ph. D student ved Roskilde Universitet arbeider med en doktoravhandling om Tillitsreformen. Hun skriver i en artikkel i Den offentlige.dk at tillitsreformen egentlig betyr mer samarbeid mellom tillit og kontroll (Bentzen. T., Ø., 2015). Bentzen beskriver kontroll som et viktig element for å understøtte utførelsen av kjerneoppgaven og sentralt for å sikre de ansattes og innbyggernes rettsikkerhet. Ifølge hennes undersøkelse trives ofte ansatte å jobbe under en viss grad av kontroll. Videre beskriver Bentzen hvordan utøvelse av kontroll er viktig for å opprettholde det offentliges tillit til hvordan offentlige ressurser forvaltes.

Ved Bestiller- Utfører- modellen hadde Bestillerkontorene stram kostnadskontroll som en ekstern part med ansvar for innvilgning av ressurser. Kontrollaspektet ved Tillitsmodellen i hjemmetjenesten ivaretas hovedsakelig av teamet. Organiseringen av virksomheten etter Tillitsmodellen gjør det vanskelig for lederne å kontrollere de ansattes vurderinger av brukernes tjenestebehov da disse utføres individuelt ute hos brukeren. Organiseringen medfører at virksomhetens ledere er avhengig av at den enkelte sykepleier og teamet som helhet, har en felles forståelse for virksomhetens mål. Forskning av Tillitsmodellen avdekker brukerfordeler samt noen potensielle administrative svakheter. Mindre administrativ kontroll medfører en ansvarsoverføring på sykepleierne for prioritering av hvem som skal få hva. Ansvarer kan medføre behov for kunnskap om forvaltning og evne til etiske overveielser.

1.6 Problemstilling og forskningsspørsmål

Sykepleiere i hjemmetjenesten befinner seg i en ny og todelt rolle med potensielle motsetninger. Den ene rollen innebærer det som tradisjonelt har karakterisert profesjonen ved sykepleierens menneskebehandling mandat som omsorgsarbeider. Den andre rollen er ny for utøvende sykepleiere i hjemmetjenesten og innebærer ivaretagelsen av sykepleierens samfunnsmandat som forvalter av kommunens ressurser. Sykepleierne er autorisert for ivaretagelse av begge mandatene på bakgrunn av sin profesjonsfaglige kompetanse ervervet gjennom utdanning. Oppgaven er en kvalitativ studie av hvor vidt sykepleierens ulike mandater kan gå på bekostning av hverandre. Den undersøker også behovet for ny kunnskap for å kunne løse nye oppgaver. Studien er en analyse av sykepleierens kjennskap, kunnskap og ivaretagelse av oppgavene. Dette har resultert i problemstillingen:

Hvordan håndterer sykepleiere i hjemmebaserte tjenester den todelte rollen ved tjenestetildeling etter innføringen av Tillitsmodellen?

Problemstillingen vil bli besvart ved hjelp av to forskningsspørsmål:

- Hvorfor er etisk refleksjon sentralt i arbeidet med fordeling av tjenester?
- Hvordan utøver sykepleiere i hjemmetjenesten dømmekraft ved vurdering av tjenester

Jeg vil videre redegjøre for hvordan jeg teoretisk vil besvare forskningsspørsmål og problemstilling.

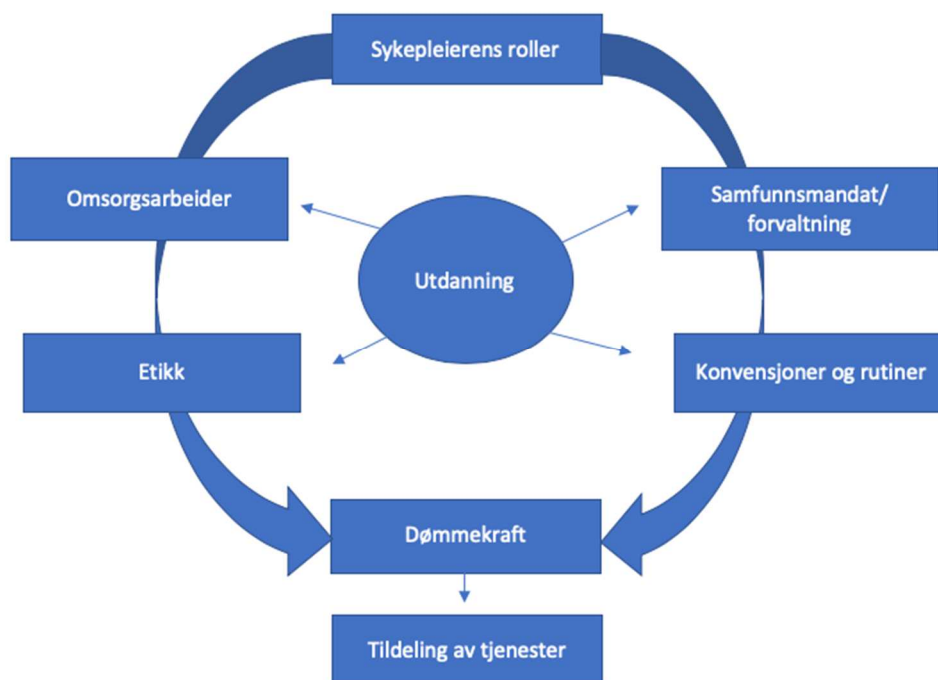
2. Teori og litteratur

Jeg har valgt å bruke profesjonsteori som den teoretiske bakgrunnen for problemstillingen og forskningsspørsmålene. Jeg har særlig vektlagt synspunkter med hensyn til sykepleiernes bruk av dømmekraft. Profesjonsstudier innebærer analyser av profesjonenes utvikling i et historisk perspektiv. Innen profesjonsteori problematiseres profesjonelle mandater med bakgrunn i etisk filosofi. De profesjonelle beskrives som en organisasjon med samfunnsmessig oppdrag som er forankret i et politisk mandat. I denne oppgaven blir dette mandatet beskrevet som sykepleierens samfunnsmandat som forvalter av samfunnets ressurser. Profesjonsteoretisk beskrives profesjoner som jobber med mennesker som menneskebehandlende profesjoner. Rollen som menneskebehandler vil i denne oppgaven bli beskrevet ved sykepleierens rolle som omsorgsarbeider.

2.1 Dømmekraft

Dømmekraft kan beskrives som evnen til å vurdere. I denne studien vil dømmekraft brukes synonymt med teoretiske beskrivelser av begrepet *skjønn*. Innen profesjonsteori beskrives dømmekraft med ulike innfallsvinkler. Enkelte teoretikere hedrer dømmekraften ved den profesjonelle autonomien som tillater profesjonsutøveren å benytte sin kompetanse. Andre ser på den som velferdsstatens svake punkt med bakgrunn i dens uregjerlighet. Jeg ønsker å belyse ulike synspunkter på dømmekraft for deretter å redegjøre hvordan disse har påvirkning på sykepleierens ulike roller. Jeg har i denne oppgaven valgt å ta utgangspunkt i Svein Aage Christoffersens forståelse av dømmekraft. Christoffersen beskriver dømmekraften som en form for klokskap der en rekke forskjellige evner og egenskaper er i sving (Christoffersen, S. A., 2008). Klokskapen er ikke en emosjonell, men intellektuell prosess som betinger at følelser inngår i prosessen. Dette beskriver Christoffersen som en hermeneutisk vekselvirkning mellom de elementene som inngår i prosessen i utøvelse av dømmekraft. Den moderne oppfatningen av begrepet hermeneutikk har opprinnelse fra Wilhelm Dilthei og omfatter det å forstå fenomener (Alnes, J., H., 2018). Christoffersen omtaler hermeneutikk som forståelselære og hvordan man vekselvis må forstå delene for å forstå helheten og motsatt. Han beskriver dømmekraften som inndelt i forhold mellom teori og praksis i sammenheng med etikk, teori og menneskesyn. Hos Christoffersen fremstilles dømmekraften som utgått fra en kombinasjon av utøverens profesjonelle og private identitet. Dømmekraften blir til dels avhengig av individet som utøver i kombinasjon med den profesjonelle kompetansen. Hos Christoffersen utgår dømmekraften som resultat av seks ulike

komponenter. Sykepleierens menneskesyn og verdier, forbilder og eksempler, personlig erfaring/ karakter og dyd, yrkeserfaring og praksis, konvensjoner og rutiner samt faglig kunnskap inkludert etikk. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Christoffersens tilnærming på bakgrunn av hans forståelse av dømmekraft som en vekselvis hermeneutisk prosess mellom ulike sentrale komponenter. Denne tilnærmingen ønsker jeg å benytte i denne studien for å øke kunnskapen om sykepleierens bruk av dømmekraft ved tildeling av tjenester. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i komponentene konvensjoner og rutiner og faglig kunnskap inkludert etikk. Valget av å fokusere på disse komponentene spesielt begrunnes med konvensjoner og rutiner som utgangspunkt for de standardiserte og formelle krav som inngår i sykepleierens utøvelse av dømmekraft. Det er også disse elementene som kan formelt påvirkes gjennom sykepleierens profesjonsutdanning og politisk ved forankring i lover og forskrifter. Jeg anser ikke de øvrige komponentene hos Christoffersen som mindre viktige, men disse vil være gjenstand for individuell variasjon og kan ikke i like stor grad formelt påvirkes. Jeg har fremstilt de ulike komponentene i en figur slik jeg forstår sykepleierens prosess ved tildeling av tjenester.



(Figur 1, *Dømmekraft*)

Figuren danner videre strukturen i det teoretiske rammeverket i oppgaven. Jeg vil begynne med å redegjøre for hva sykepleierutdanningen innebærer med hensyn til rollen som

omsorgsarbeider og forvalter av ressurser. De øvrige komponentene i figuren vil deretter bli redegjort for enkeltvis.

2.2 Utdanning

Gjennom utdanning skal sykepleierne få innsikt og kompetanse til å håndtere de ulike rollene som følger med profesjonen. I tidsperioden 2011- 2012 kom stortingsmeldingen *Utdanning for velferd* som beskriver helse og velferd som et spørsmål om kompetanse (Kunnskapsdepartementet, 2012). Meldingen redegjør for de helsepolitiske utfordringer Norge står overfor med blant annet befolkningsøkning og overføring av medisinske oppgaver til kommunen. Stortingsmeldingen beskriver behovet for sykepleieres etiske bevissthet og vurderingsevne. Den beskriver også det økende behovet for kunnskap vedrørende hele helse- og velferdssystemet for å evne å forstå sin egen rolle i en større helhet. Målet er å utdanne helse- og sosialarbeidere som sikrer at hver enkelt bruker får den hjelpen de skal ha, samtidig med å videreutvikle et bærekraftig velferdssamfunn (ibid). Utdanning er profesjonens faglige forankring. Stortingsmeldingen beskriver behov for sykepleiere med formell kompetanse innen organisatoriske og samfunnsøkonomiske emner.

2.2.1 Studier av nyutdannede sykepleiere

Forskning viser at arbeidsgivers forventning til nyutdannede sykepleiers kompetanse ikke samsvarer med den faktiske kunnskapen sykepleieren innehar etter endt utdanning (Alsvåg, H., Førland, O., 2006). Studien var en kohort- studie av nyutdannede sykepleiere på Vestlandet i Norge hvor studentene ble spurt hva de syntes burde vektlegges mer og mindre i utdanningen. Tendensen var at mange av studentene ønsket seg mer håndfast kunnskap og mindre «luftfag». Blant annet var ønsket om mer ledelseskompetanse gjentatt. «Luftfag» er i studien beskrevet som etikk, teori og sykepleievitenskap. Studentene ønsket seg i større grad klinisk og administrativ kompetanse og mindre etikk og teori. I rammeplanen for sykepleierutdanningen fremkommer det at av totalt 180 studiepoeng utgjør 30 studiepoeng samfunnsvitenskapelig emner. Samfunnsvitenskapelige emner er inndelt i fem delemner hvor to av disse innebefatter særlig kunnskap om politikk, administrering og finansiering av helseoppgaver. 105 av 180 studiepoeng innebefatter kunnskap om etikk, vitenskapsteori og forskningsmetodikk (Kunnskapsdepartementet, 2008). Alsvåg og Førland poengterer i sin drøfting at man kunne anta, at det for en uerfaren student, ikke fremstår som relevant å benytte etiske refleksjon til overveielse ved moralske dilemmaer. Denne erkjennelsen kan kreve modning og erfaring. Kunnskap om disse emnene er likevel viktig og utgjør grunnlaget

for de sykepleievitenskapelige fagene som profesjonen er tuftet på. Studien avdekker likevel en tendens til at nyutdannede sykepleiere i større grad ønsker organisatorisk kompetanse til utføring av administrative oppgaver. Utdanningsinstitusjonene som utdanner sykepleiere arbeider innenfor en nasjonal rammeplan for sykepleierutdanning. I rammeplanen er det beskrevet eksplisitte mål for kompetanse studenten skal inneha etter endt utdanningsforløp. Kompetansemål i rammeplanen som er særlig relevante for studien vil bli beskrevet i sammenheng med relevans for de ulike komponentene. Jeg vil videre redegjøre for de utfordringer og motsetninger som kan oppstå ved sykepleierens todelte rolle.

2.3 Sykepleierens todelte rolle

Per Nortvedt ser på de menneskebehandlingende profesjonene som i ett spenningsfelt mellom samfunnsoppdraget med politiske forpliktelse og hensynet til den enkelte (Nortvedt, P., 2005). Han mener de ulike og tidvis motstridende forventningene medfører at sykepleieren befinner seg i en dobbeltrolle. Dobbeltrollen innebærer vanskelige prioriteringer mellom behovet for nær og god pleie ut ifra faglige kunnskapskrav, og samfunnets krav til kostnadseffektivitet. Begrepet *bakkebyråkrati* var innført av forfatteren Michael Lipsky allerede på 1980- tallet. Lipsky beskrev bakkebyråkratenes dilemma ved innfrielse av politiske målsettinger parallelt med ivaretagelsen av individuelle saker. Idealistisk vil bakkebyråkratiene behandle saker individualistisk, men i praksis må de behandles kollektivt (Lipsky, M., 2010). Lipskys beskrivelse av bakkebyråkraters dilemma beskriver også sykepleiere i hjemmetjenesten sitt potensielle dilemma ved tildeling av helsetjenester. Hvilke interesser skal ivaretas, det kollektive godet eller individuelle behov? Sykepleierens rolle er knyttet til et tillitsbasert ansvar hvor den ene parten er avhengig av den kompetanse sykepleiere besitter. Brukeren stoler på at sykepleieren forvalter denne tilliten til det beste for brukeren med bakgrunn i sin profesjonskompetanse. Sykepleieren har samtidig makt overfor brukeren ved å besitte velferdsgoder som den andre er i behov av. Sykepleieren må ta stilling til hvilke behov som skal imøtekommes og fungerer som portvakt for tjenester i velferdsstaten (Molander, A., Terum, L., 2008). Jeg vil videre redegjøre for rollen som omsorgsarbeider og samfunnsmandat enkeltvis for å teoretisk belyse hva de ulike rollene innebærer.

2.4 Omsorgsarbeider

Sykepleieren som omsorgsarbeider innebærer teorier om omsorg og etikk og har gjennom tiden blitt flettet sammen til et individuelt helhetlig omsorgsansvar som har bidratt til norske sykepleieres selvforståelse (Neumann, C., B., Olsvold, N., Thagaard, T., 2016). Begrepet omsorg er omdiskutert og sentralt i filosofien. Dette kan ha sammenheng med begrepets

fundamentale forutsetning for hvordan mennesker lever sammen. Omsorg som generelt begrep innebærer den dagligdagse omsorgen mellom mennesker og trenger ikke relateres til sykepleie. I sykepleien profesjonaliseres omsorgen og viser seg ved sykepleiens vilje til å hjelpe andre til å bruke sine egne ressurser (André. B., 2017). I rammeplanen for sykepleierutdanningen er omsorg, pleie og behandling beskrevet som hjørnesteiner i sykepleierens kompetanse (Kunnskapsdepartementet, 2008).

2.4.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsen er norsk sykepleier og filosof. Martinsen har vært sterkt medvirkende til sykepleiens helhetlige omsorgsansvar. Martinsen med sin omsorgsfilosofi er den teoretikeren med mest innflytelse på begrepet omsorg i Norge (Lyngfoss. S., Hauge. S., 2014) Martinsen har et stort forfatterskap bak seg og skrev i 1991 boken ” Omsorg, sykepleie og medisin” som er en av de mest brukte bøkene i undervisningssammenheng siden 1990- tallet (ibid). I hennes bøker belyses etikk og omsorg ved betydningen av mellommenneskelige relasjoner og ivaretagelsen av situasjonsbestemte behov som sykepleieren står i. Martinsen beskriver omsorg som et relasjonelt begrep med utgangspunkt i et kollektivistisk menneskesyn (Martinsen. K., 2003)

Kollektivistisk menneskesyn

Et kollektivistisk menneskesyn tar utgangspunkt i at mennesker er grunnleggende avhengige av hverandre. Slik blir omsorgen ikke bare relasjonell, men et moralsk begrep da forholdet mellom mennesker er preget av makt og avhengighet. I sykepleieprofesjonen viser dette maktforholdet seg i makten profesjonen utgjør i møtet med den syke hjelpetrequende. Sykepleierens utøvelse av makt må i henhold til omsorgsmoralen utelukkende medføre godt for brukeren (ibid). Maktposisjonen sykepleieren innehar kan dermed ikke brukes for å begrense tjenester av økonomiske eller andre hensyn, hvis dette kan forulempe eller forringe brukerens opplevde livskvalitet. Dette fordrer sykepleierens evne til å utvise solidaritet med evne til å sette seg inn i den andres situasjon. I rammeplanen for sykepleierutdanningen beskrives solidariteten gjennom sykepleierens forhold til omsorg for den syke ut fra hvordan det erfarer å være syk. Etter endt utdanning skal sykepleieren ha handlingskompetanse til å møte den enkelte med varhet, innlevelse og moralsk ansvarlighet. Sykepleierens makt innebærer myndighet over forvaltningen av kommunens ressurser. Omorganiseringen til Tillitsmodellen hvor sykepleierne selv skal disponere egen bruk av tid som en ressurs. I Martinsens omsorgsfilosofi er tilstedeværelse og evnen til å «se» grunnleggende for å yte god

omsorg. Omsorgen beskrives ikke som det samme som sykepleie, men som det grunnleggende for sykepleiemorale (Austgard. K., 2002)

2.4.2 Omsorgsarbeid og dømmekraft

Martinsen mener dømmekraft oppstår mellom faget, den mellommenneskelige relasjonen og tilliten mellom pleiere og pasient. Hun kritiserer helsevesenets bruk av instrumentell tid og mener denne gir den faglige dømmekraften vanskelige kår. Dette så man som en konsekvens av organiseringen etter Bestiller- Utfører- modellen. Hun påstår videre at man ved å gjøre tiden til en ressurs som sykepleieren disponerer over, risikerer at «timetid» forveksles med «hjerteslag». (Martinsen. K., 2011). Dette kan forstås som at Martinsen frykter at fokuset på tid gjør at man glemmer å lytte til pasienten. Denne påstanden aktualiseres ved omorganiseringen i hjemmetjenesten til Tillitsmodellen hvor sykepleiere disponerer egen tid, og hvor tiden representerer en målbar ressurs. Tillitsmodellen har ikke medført at man kan øke offentlige ressurser, og sykepleieren har en forpliktelse overfor arbeidsgiver og samfunn til å forvalte et kollektivt gode. Rollen som forvalter inngår i sykepleierens samfunnsmandat. Jeg vil videre redegjøre for hva sykepleierens samfunnsmandat innebærer.

2.5 Samfunnsmandat

I rammeplanen for sykepleierutdanningen står det beskrevet at sykepleieren skal handle med faglig forsvarlighet som forutsetter en forståelse for helsetjenestenes oppbygning og oppgaver. Sykepleieren skal ha kjennskap til rammebetingelser som styrer virksomheten. (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Sykepleiere, i likhet med andre profesjoner i det offentlige, forvalter et felles gode som er et politisk legitimert samfunnsmandat (Nordhaug, M., 2014). Samfunnets felles goder er behovsbaserte rettigheter, og her knyttet til helsehjelp. Behovet for helsehjelp er stort og økende. Økende levealder medfører en økning av antall eldre. Økt levealder og befolkningsvekst medfører flere år med nedsatt helse og sykdom fra tilstander som ikke er dødelige (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2013). Sykdomsmønsteret i befolkningen vil bli preget av dette. I nærstående fremtid vil antallet yrkesaktive som skal forsørge andelen ikke yrkesaktive reduseres dramatisk (SSB, 2014). Fordeling av ressurser for ivaretagelse av et bærekraftig velferdssystem gjøres særlig gjeldende ved denne utviklingen.

Samfunnsmandatet innebærer at helsehjelpen som ytes befolkningen skal utføres med faglig forsvarlighet. Mandatet innebærer også prioriteringshensyn av felleskapets goder med bakgrunn i knapphet på ressurser. Behovet for prioriteringer vil øke i takt med det økende

behovet for hjelp. Samfunnsmandatet fordrer således faglig autonomi ved prioriteringer (Nordhaug, M., 2014). Politisk legitimitet fordrer også gjennomføring av Tillitsmodellens effektmål, noe som innebærer effektivisering av tjenesten og reduksjon i bruken av ressurser. Forvaltning av samfunnets kollektive ressurser innebærer behovet for rettferdig fordeling.

2.5.1 Profesjoner og forvaltning

Offentlig forvaltning omtales som byråkrati og administrasjon. Forvaltning er ikke lovgivende virksomheter som er utøvere av tjenester for stat, fylker og kommuner (Bernt, J., F., 2018). Forvaltningen produserer i hovedsak produkter og tjenester som samfunnet kan benytte uten å måtte betale eller gjøre gjengjeld for disse. (Solstad, E., 2009). Sykepleieren som forvalter innebærer administrering av den helsetjenesten de produserer til innbyggerne. Harald Grimen mente at sykepleieren først og fremst skulle ivareta arbeidsoppgaven ved faget og forvaltningen. (Grimen, H., 2008). Grimen beskriver grunnlaget for profesjonene som politisk legitimert ved det samfunnsoppdraget profesjonene har. Dette innebærer at profesjonene må kunne garantere at oppgavene blir utført i henhold til god standard for utøvelsen. Ved brudd på den politiske tilliten vil oppdraget ikke lengre tilfalle profesjonen (Grimen, H., 2008.) Videre beskriver han profesjonelt arbeid som basert på utøvelse av dømmekraft.

2.5.2 forvaltning og dømmekraft

Grimen beskriver dømmekraft som en uunngåelig side ved profesjonsarbeid som anvender det han kaller en generell kunnskap som blir beskrevet i handlingsregler. I denne oppgaven beskrives handlingsregler som standardisering ved tildeling av tjenester. Standardisering gir sjeldent et entydig svar på hva som bør gjøres i enkelttilfeller (ibid) Denne ubestemtheten medfører at det ikke finnes grunnlag for en profesjons krav om legitim kontroll av enkelte arbeidsoppgaver. I boka *Profesjonsstudier* refererer Grimen og Molander til den politiske filosofen Thomas Hobbs som beskriver dømmekraft som en vurdering av noe som krever «særlig god vurdering». Thomas Hobbs mener handlingen som dømmekraften resulterer i, må vurderes på bakgrunn av om den er formålstjenlig (Grimen, H., Molander, A., 2008).

Formålstjenlighet

Ved formålstjenlig mener Thomas Hobbs at man må vurdere handlingen opp mot en målestokk. For sykepleiere i hjemmesykepleien forutsetter formålstjenlighet en målestokk som man kan måle handlingen i forhold til. Forvaltning av tjenester i hjemmesykepleien måles etter bruk av ressurser i og utenfor institusjon, brukerrettet tid per ansatt og brukertilfredshet. Grimen og Molander beskriver byrder ved dømmekraften som spenninger

mellom dømmekraft og komparative konsistenskrav som ved likebehandling og reproduserbarhet.

Likebehandling og reproduserbarhet

Likebehandlingsprinsippet forutsetter standardiserte normer og regler for hvordan tildeling av tjenester utføres med bakgrunn i hvordan tidligere saker har blitt behandlet (ibid). Dette vil i praksis innebære en sammenligning av brukere, brukeres totalsituasjon som ved diagnose, pårønderressurser etc. En fordeling etter likebehandlingsprinsippet vil kunne medføre en reduksjon av vilkårlighet og variasjon ved tildeling av tjenester. Reproduserbarhet forutsetter at to ulike sykepleiere vurderer samme situasjon likt til ulik tid. Spenningen mellom dømmekraften og komparative konsistenskrav Grimen og Molander beskriver, kommer til uttrykk gjennom at uansett hvor nøye man resonerer vil to mennesker kunne ende opp med ulike vurderinger av samme situasjon (ibid). Overføringen av tjenestetidleging til sykepleieren med bakgrunn i deres utøvelse av dømmekraft kan dermed medføre vilkårlighet og variasjon. Dette vil kunne resultere i ulikt tjenestetilbud mellom kommuner, bydeler og den enkelte bruker.

Rollen som omsorgsarbeider innebærer ifølge Martinsen en relasjonell forpliktelse som innebærer en individualistisk tilnærming. En individualistisk tilnærming kan komme i konflikt med kravet om rettferdig behandling etter likebehandlingsprinsippet og ved sykepleiefaglig reproduserbarhet. Likebehandlingsprinsippets og standardisering som ved faglig reprodusering samstemmer ikke med hensynet til den enkeltes situasjon som individualisering forutsetter. Sykepleieren har dermed en etisk utfordring i hvilken rolle som skal gjøres gjeldende ved dilemmaer som innebærer prioriteringer. Jeg vil videre redegjøre for etiske tilnærminger ved fordeling av helsetjenester.

2.6 Etikk

Sykepleiere skal etter endt utdanning kunne identifisere etiske dilemmaer i samfunnet. De skal kunne reflektere over etiske problemstillinger, ha etisk handlingsberedskap og kunne avsløre verdikonflikter. (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Etikk stammer fra det greske ordet ethos og det latinske ethicus som oversettes til sedvane, karakter og personlighet (Sagdahl, M., 2018). Etikdens formål er å studere hvordan man bør handle, og å forstå begrepene vi bruker når vi evaluerer handlinger, personer som handler og utfall av handlinger. Etikk er kjent som moralfilosofi og er en av de mest sentrale områdene innen filosofi (ibid). Sykepleierens todelte rolle kan innebære behov for etisk

handlingsberedskap ved potensielle verdikonflikter. Tabellen gir en oversikt over ulike normative etiske retningslinjer.

Etiske teorier	Filosof	Prinsipper	Fokus	Moral
Konsekvensetikk/ nytteetikk	Betham, Mill, Hare	Handlings- og prinsipporientert etikk. Universelle prinsipielle handlingsnormer	Vekt på virkningene av handlingen	Utilitarisme, formålsrasjonalitet. Spør om virkningene av handlingen er slik man ønsker de skal være. Allmenne normer og regler for rett og galt
Rettferdighets- etikk/ Pliktetikk	Kant, Habermas, Kohlberg	Handlings- og prinsipporientert etikk. Universelle prinsipielle handlingsnormer	Vekt på virkningene av handlingen	Spør om handlingens motiv, aktørens sinnelag eller intensjon
Refleksiv dydsetikk	Aristoteles, Bollnow, Macintyre	Personorientert etikk. Den handlende persons kvaliteter	Vekt på personen som utfører handlingen	Den handlendes karakter fremfor regler og prinsipper. Moral er en dyd som læres gjennom erfaring.
Holdningsetikk (relasjonell dydsetikk)	Asheim, Macintyre	Relasjonsorientert etikk. Situerte betingelser, kontekstuelle fordringer	Vekt på selve handlingen	Spør om selve handlingen følger eller bryter med etiske regler.
Nærhetsetikk	Løgstrup, Levinas			
Omsorgsetikk	Noddings, Gilligan			

(tabell 1, Etiske teorier)

Jeg har valgt å redegjøre for konsekvensetikk og nærhetsetikk som tilnærming til verdikonflikter ved forvaltning av helsetjenester. Bakgrunnen for valget er hvordan de ulike etiske tilnærmingene vil kunne medføre ulik prioritering ved fordeling av ressurser. Begge

filosofiene innebærer relevans for problemstillingen. Nærhetsetikkens historiske relevans for sykepleieprofesjonen danner mye av grunnlaget for sykepleierens rolle som omsorgsarbeider. Konsekvensetikken aktualiseres ved sykepleierens samfunnsmandat som forvalter av fellesskapets ressurser.

2.6.1 Nærhetsetikk og fordeling av tjenester

Sykepleieren som omsorgsarbeider er i oppgaven beskrevet ved Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Martinsens etiske tankesett er nært knyttet opp til den danske filosofen og teologen Knud Ejler Løgstrup (1905-1981). Løgstrup var en viktig filosof innen nærhetsetikken og er en sentral filosof i sykepleiefaget. Nærhetsetikken inngår i den relasjonsorienterte etikken hvor selve handlingen særlig vektlegges. Løgstrups etiske hovedverk er *Den etiske fordring* fra 1956. Boka beskriver Løgstrups syn på etikkens grunnlag. I hans teori bunner etikken i menneskenes erfarte virkelighet og de grunnleggende fenomener i det å være menneske. Løgstrup forklarer de grunnleggende fenomener som tillit, medlidenhet, barmhjertighet, talenes åpenhet og håp. De grunnleggende fenomenene omtaler han som de spontane og suverene livsytringene, og som grunnleggende gode. Hans mest kjente sitat lyder: *Den enkelte kan aldri med et annet menneske at gjøre uden at han holder nået af dets liv i sin hånd* (Løgstrup. K.E, 1991, s. 25) Med dette mener Løgstrup at det ved den etiske fordring blir den enkeltes ansvar å ivareta den tilliten som følger, når et menneske overgir ansvar for sitt liv til en annen. Man skal velge godt for sine medmennesker og ikke for seg selv (Brinchman. B. S., 2008). Den etiske fordring forteller ikke hvordan man skal ivareta sin neste, men at hver enkelt situasjon er unik og må vurderes deretter. I følge Løgstrup er det utelukkende i relasjonen sykepleieren finner svar for hva som er riktig handling. Ved tildeling av helsetjenester må ivaretagelse av tilliten være avgjørende.

Målet om velgjørenhet ved de suverene livsytringene medfører at sykepleieren må tildele tjenester som innebærer medlidenhet, tillit og håp hos den andre. For sykepleiere i hjemmesykepleien vil dette medføre en individualistisk tilnærming for innfrielse av nærhetsetiske prinsipper. Graden av tillit og avhengighet i relasjonen vil således øke ansvaret overfor brukeren.

Nærhetsetikk og moral

Tradisjonelt innen filosofisk etikk skiller man mellom moral og etikk hvor moralen fremstilles som noe man lever i og etikken som det man argumenterer i (Martinsen. K., 1993) Løgstrup skiller derimot mellom moral og moralisme hvor han omtaler moralismen som moralens

spesielle måte å være umoralsk (ibid). Moralismen sier Løgstrup er å være mer bundet av regler enn av mennesker. Ved å være mer opptatt av regler, prinsipper og egen fortreffelighet enn av andre, blir man moralistisk. Dette skjer som følge av at oppmerksomheten flyttes fra den andre og situasjonen den befinner seg i, til de regler og prinsipper man er bundet av, og sin egen rolle i situasjonen. Løgstrup påstår at jo mer vi generaliserer, desto fjernere blir vi fra de menneskene som blir berørt av våre handlinger (Christoffersen. S., A., 2005).

Standardisering av tjenester etter lover og forskrifter strider mot en nærhetsetisk filosofi. Tildeling av tjenester må gjøres på bakgrunn av tillit mellom sykepleier og bruker i det relasjonelle ansvaret for velgjørenhet for den andre.

2.6.2 Konsekvensetikk

Konsekvensetikk og moral

Konsekvensetikken regnes som teleologisk etikk med fokus på mål og konsekvenser. Konsekvensetikken måler handlingens moral etter om den fører til flere gode enn dårlige konsekvenser (Brinchman. B. S., 2008).

Utilitarisme og moral

Utilitarisme (se tabell 1) utspringer fra konsekvensetikk hvor handlingen bedømmes ut fra dens konsekvenser. Handlingen begrunnes med mest mulig nytte for flest mulig.

Regelutilitarisme begrunnes med mest mulig nytte for flest mulig på bakgrunn av almene regler og normer (ibid). Almene normer og regler er i oppgaven beskrevet som lover og forskrifter i kapittel 2.7. *Konvensjoner og rutiner*. For sykepleiere i hjemmetjenesten vil dette innebære at handlinger etter oppfylte lovkrav skal begrunnes i nytte for flest mulig.

Nytteperspektivet i hjemmetjenesten innebærer fordeling av ressurser. Fordeling av ressurser vil innen konsekvensetisk filosofi forde samfunnsøkonomisk informasjon.

Formålsrasjonalitet og tildeling av tjenester

Formålsrasjonaliteten utartes fra utilitarismen og er en form for konsekvensetikk (ibid). New Public Management teorien som Bestiller- Utfører modellen var et utspring fra er drevet av sterke rasjonalistiske administrative konsepter (Pettersen. I., J., 2001) I et formålsrasjonelt perspektiv er det forutsatt en kobling mellom økonomisk informasjon og hvordan man tar beslutninger. Rasjonelle handlinger krever at utøveren har fullstendig informasjon vedrørende beslutningen som skal tas. Formålsrasjonell modell legger til grunn at beslutningstakeren, i dette tilfellet sykepleieren, har informasjon om alle alternativer som eksisterer, og har fullstendig oversikt over konsekvenser ved beslutninger (ibid). For sykepleiere i tjenesten vil dette innebære oversikt over tjenestens kostander og alle tilgjengelige alternativer for tildeling

av tjenester. Alternativer til tjenester kan innebære frivillighet som kan ivareta brukerens behov, brukerens egne ressurser eller pårønderressurser som ikke er i bruk. Sykepleieren må også ha kjennskap til hvilke økonomiske konsekvenser tiltak som iverksettes innebærer. Hva er kostnaden og hva er alternativkostnaden. Hvis konsekvensen av å ikke hjelpe en bruker med mat medfører innleggelse på sykehus er dette en alternativkostnad som sykepleieren må ta med i vurderingen. Fullstendig informasjon er i praksis sjeldent tilfellet, de fleste beslutninger utføres med begrenset rasjonalitet. For sykepleiere i hjemmetjenesten vil dette vise seg vanskelig ved at informasjon om alle omstendigheter rundt brukeren ikke alltid er tilgjengelig. Formålsrasjonalitet benyttes derfor også ofte i virksomheter med konkrete input/output hvor man enkelt kan måle verdier av hver enkelt innsatsfaktor.

En formålsrasjonell tildeling av tjenester vil i hovedsak innebære at sykepleierens bruk av ressurser medfører at virksomheten når sine mål. Tillitsmodellen har klare effektmål som innebærer økt tilfredshet ved tjenesteytingen, høyere grad av brukermedvirkning, effektivisering av tjenesten og reduksjon i bruken av ressurser. Den rasjonelle handlingen fordrer at det ligger normer til grunn for hva som er rasjonelt. Disse normene vil i hjemmetjenesten innebære lover og forskrifter for hva som er riktig vurdering ved tildeling av tjenester og er i oppgaven beskrevet som konvensjoner og rutiner.

2.7 konvensjoner og rutiner

Konvensjoner og rutiner forstås som lover, regler og vedtatte allment anerkjente retningslinjer (Christoffersen. S. A., 2008). I rammeplanen for sykepleierutdanningen står det beskrevet at sykepleieren skal kjenne forvaltningsnivåene og beslutningsstrukturene i helse- og sosialsektoren samt relevante lover, forskrifter og avtaler (Kunnskapsdepartementet, 2008). Jeg har valgt å presentere de lover og forskrifter som innebærer den formelle standardiseringen av tildeling av tjenester i hjemmetjenesten. Sykepleierens utøvelse av dømmekraft vil kunne forklares og forsvares gjennom forskrifter og lovverk.

2.7.1 Helse og omsorgstjenesteloven

Alle innbyggere i Norge er gjennom lov underlagt folketrygdens syketrygddel som gir rettslig krav på nødvendig helsehjelp fra kommunen ved Helse og omsorgstjenesteloven § 3-1 (Helse og omsorgstjenesteloven, 2019 § 3-1) Denne beskriver kommunens rettslige plikt til å ivareta innbyggerne i kommunen med nødvendig helsehjelp. Begrepet nødvendig helsehjelp kan favne både bredt og smalt. Et sentralt spørsmål blir hvilke kriterier som ligger til grunn for begrepet nødvendig. Utførere av tjenesten og brukere av helsetjenester vil kunne ha ulik

oppfatning av hva som inngår i nødvendig helsehjelp. Lovforarbeidet til Helse og omsorgstjenesteloven beskriver at kommunen plikter å holde tjenester av medisinsk forsvarlig standard. Videre står det beskrevet at det ikke er å forvente at alle kommuner skal kunne levere helsetjenester utover minste krav til standard. (Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunen, (1981- 82), Ot.prp. nr 66). Minste- krav til standard er videre beskrevet slik:

”-fastleggingen til standard må overlates til praksis, og sees på bakgrunn av den økonomiske situasjonen i helsesektoren generelt, og i den enkelte kommune spesielt, slik den til en hver tid fortoner seg...”

(Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunen, 1981- 82, Ot.prp. nr 66, s.31)

.....Hjelpeplikten vil være begrenses til det som økonomi, tilgang på helsepersonell og utstyr gjør mulig” (Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunen, 1981- 82, Ot.prp. nr 66, s.31)

Ved at fastleggingen til standard overlates til praksis på bakgrunn av kommunens økonomiske situasjon og tilgangen på helsepersonell blir det dermed overlatt til kommunen selv å definere hva minste- kravet til standard innebærer. Det er likevel rimelig å anta at det vil være overordnede føringer ved allmenmoralske regler og normer som sikrer et minimum. Kommunene står altså ikke fritt i å definere minste-krav til standard, men gis anledning til å styre helsetilbudene relativt fritt underlagt normative forventinger. Dette kan medføre forskjeller i tjenestetilbudet kommunene imellom. De kommunene og bydelene i Oslo hvor man har valgt å innføre Tillitsmodellen i hjemmetjenesten, er det i praksis sykepleiere i tjenesten som utfører vurderingen av nødvendig helsehjelp. Forsvarlighetskravet i Helsepersonelloven gir en noe mer inngående beskrivelse av sykepleierens lovpålagte ansvar.

2.7.2 Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven

Forsvarlighetskravet i Helsepersonelloven § 4 beskriver helsepersonellens lovpålagte ansvar og bør tolkes i forlengelsen av Helse og omsorgstjenesteloven. Denne beskriver sykepleierens lovpålagte ansvar som:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. (Helsepersonelloven, 2018 §4).

Helsepersonelloven benytter begreper som *omsorg* og beskriver situasjonsbestemt hjelp som lovpålagt krav til helsepersonell. Kravet er gjenkjennelig fra et nærhetsetiske perspektiv som hos Martinsen og Løgstrup. Begrepene er omfangsrike og henviser til velgjørenhet for den enkelte. Omsorgsbegrepets omfang kan medføre juridiske utfordringer. Brukerens opplevde omsorg vil være situasjonsbestemt og kan vanskelig konkretiseres ved lov. Pasientens situasjon vil likevel være avgjørende for hvilke krav til omsorg brukeren har. Omsorg i lys av omsorgsfilosofien er helhetlig og nærmest uendelig, mens omsorg i forsvarlighetskravet henviser til et minstekrav ved eksistensielle behov som mat og drikke. Føringer vedrørende ressursbruk er beskrevet i Helsepersonelloven § 6 som:

Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasient, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.
(Helsepersonelloven, 2018, §6).

§ 6 henviser til en fornuftig ressursbruk, men begrepet unødvendig tidstap eller utgift er lite konkret eller situasjonsbeskrivende. Ordlyden i forsvarlighetskravet gir rom for tolkning. Kvalitetsforskriften gir derimot en mer detaljert beskrivelse av sykepleierens lovpålagte ansvar med bakgrunn i brukers krav om ivaretagelse av grunnleggende behov.

2.7.3 Kvalitetsforskriften

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (2003) gir en mer detaljert beskrivelse av tjenesteytingen. Forskriftene er først og fremst en sikring av at individer som mottar helsetjenester blir ivaretatt på en forsvarlig måte. Nødvendig helsehjelp fra et brukerperspektiv beskrives her som ivaretagelse av grunnleggende behov, selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Det henvises i forskriftene til kommunene selv å utarbeide skriftlige prosedyrer som søker å sikre at brukerne får tilfredsstilt sine grunnleggende behov. Forskriften beskriver 16 punkter med kvalitative krav sykepleieren skal sikre for brukere som mottar omsorgs- og sosialtjenester fra kommunen. Kravene er likevel beskrevet med generell art. Den beskriver brukers krav på pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand. Respekt for enkeltindividet og opprettholdelse av "normal" livsførsel med hensyn til sosial tilrettelegging er tydelig vektlagt. Begrepet nødvendig pleie og omsorg blir repetert også her. Begrepet henviser til sykepleierens vurderingsevne og er ikke standardisert i den grad at forskriften kan benyttes som mal for hvilke tjenester den enkelte er berettiget. Utover de spesifikke brukerkrav som er beskrevet i kvalitetsforskriften blir tildeling av tjenester avhengige av sykepleierens dømmekraft.

2.8 Tildeling av tjenester

Studiens formål er en undersøkende tilnærming til hvordan praksis ved tildeling av tjenester gjennomføres. Tildeling av tjenester er i studien beskrevet gjennom sykepleierens todelte rolle som en vekselvis hermeneutisk prosess som innebærer omsorgsarbeid, etisk refleksjon, kunnskap om relevante lover og forvaltning av ressurser. Studien har ikke til formål å undersøke hvem som får hvilke tjenester. Den har heller ikke til hensikt å skille mellom rett og gal praksis. Det er altså ikke utfallet av prosessen som er relevant for denne studien, men selve prosessen som undersøkes.

2.9 Oppsummering

Jeg har i dette kapitlet gitt en beskrivelse av hvordan man teoretisk kan forstå sykepleierens håndtering av den todelte rollen. Jeg har beskrevet sykepleieren som omsorgsarbeider gjennom sykepleieteoretiske referanser ved Kari Martinsen. Jeg har beskrevet forvaltning og den politiske forpliktelsen som ligger i samfunnsmandatet. Jeg har beskrevet hvordan etisk filosofi kan medvirke til ulike vurderinger ved sykepleierens utøvelse av dømmekraft. Jeg har beskrevet den formelle standardiseringen ved tildeling av tjenester gjennom beskrivelse av lover og forskrifter. Ved rammeplanen for sykepleierutdanningen har jeg beskrevet de ulike komponentene og profesjonelle kompetansekrav. Jeg vil videre redegjøre for hvordan jeg systematisk har arbeidet med å innhente og analysere data, etiske momenter og min egen rolle som forsker.

3. Metode

Denne masteroppgaven er et resultat av hvordan jeg i løpet av dette MBA- studiet har fått mer kunnskap om og innsikt i organisasjoners indre liv. Jeg opplever etter snart avsluttet studie en økt forståelse for hvordan organiseringen av virksomheter har påvirkning helt på individnivå. Studienes økonomiske emner har medvirket til høyere bevissthet og kunnskap vedrørende økonomi og forvaltning. Fra tidligere har jeg bachelorgrad i sykepleie og studier ved helseledelse og helseadministrasjon fra universitetet i Oslo. Forvaltning av helsetjenester og sykepleieetikkk er begge temaer som engasjerer meg profesjonelt og privat. Underveis i MBA-studiene opplevde jeg at min egen virksomhet i hjemmetjenesten i en bydel i Oslo gjennomførte en omfattende omorganisering fra Bestiller- Utfører- modellen til Tillitsmodellen. Jeg fikk muligheten til å være en del av en omorganisering med observasjoner gjennom kunnskap fra studier. Da jeg endelig skulle begynne arbeidet med å skrive masteroppgave, var jeg ikke i tvil om at oppgaven skulle omhandle tematikk vedrørende denne. Innføring av Tillitsmodellen er i oppstartsfasen, dette medfører et kunnskapsbehov for hvilke konsekvenser det kan ha for sykepleiere som utfører tjenesten. Det foreligger per i dag få norske studier av praktiseringen Tillitsmodellen da den fremdeles er lite utbredt på nasjonalt nivå. Det finnes i større grad danske studier av modellen, men den offentlige organiseringen i Danmark skiller seg på mange viktige punkter fra den norske. Det var derfor naturlig for meg å velge en kvalitativ metode for innhenting av ny kunnskap. Dette kapitlet vil gi et overblikk over valg av metode, forskningsdesign, utvalg og mine egne refleksjoner i arbeidet med oppgaven.

3.1 Kvalitativ metode

Interpretivisme representerer all kvalitativ forskning, basert på Webers metode (1968) med bakgrunn i *Vehrstehen*- å forstå et fenomen (Mehmetoglu. M., 2004). Forskningen forsøker å forstå meningen bak menneskers handling. Kvalitativ forskning har til hensikt å ende opp med hypoteser, til forskjell fra kvantitativ forskning som tester hypoteser. Kvalitativ forskning innebærer «face to face» forskning, da forståelsen forutsetter nærhet. Hensikten er å forstå og forklare et fenomen basert på et fåtall av caser (personer/ steder). Forskeren må dermed gjøre en fortolkning av tekst for deretter forsøke å forstå et fenomen (ibid). Creswell har definert kvalitativ forskning som en prosess som er basert på metodologiske forskningstradisjoner. Prosessen innebærer å bygge et komplekst helhetlig bilde. Deretter består prosessen av analyse av ord etter beskrivelser av respondentenes detaljerte syn. Prosessen skal foregå i studiens naturlige setting (ibid)

Jeg har forsøkt å etterleve Creswel sin definisjon i denne studien. Jeg har fremstilt et komplekst holistisk bilde som innebærer en bred teoretisk fremstilling av sykepleierens todelte rolle og den kompleksiteten rollene innebærer. Jeg har gjennom intervjuer med respondentene innhentet nødvendig data i deres naturlige setting som sykepleiere i hjemmetjenesten. Jeg har deretter gjennomført en detaljert analyse ved transkribering av data med fokus på analyse av meningsbærende ord og uttalelser.

3.2 Forskningsstrategi

Eksempel-studie

Jeg har valgt eksempel-studie som min forskningsstrategi. Eksempelet mitt er min arbeidsplass, en bydel i Oslo, hvor de for to år siden omorganiserte til Tillitsmodellen. Jeg har valgt å bruke eksempel-studie på bakgrunn av hvordan metoden forsøker å forstå et fenomen enkeltvis uten nødvendighet av å skulle generalisere funnene. Dette er en såkalt *iboende* eksempel-studie. Jeg anser det likevel som at studien har overføringsverdi til andre virksomheter hvor profesjonsutøvere innehar den todelte rollen som menneskebehandler og forvalter. På bakgrunn av problemstilling falt valget av eksempel naturlig, da denne bydelen er den som har praktisert Tillitsmodellen i hele den hjemmebaserte tjenesten over lengst tid. Valget av problemstilling er gjort på bakgrunn av egen interesse. Interessen har utspring fra en generell tendens i samfunnet med overføring av oppgaver på profesjonene, samt min egen erfaring av dette som sykepleier. Robert Yin er en av de mest kjente eksponenter av sosiale eksempel-studier. Han beskriver eksempel-studier som utsatt for kritikk da de til dels samler inn store mengder data som gjør det mulig for forskeren å fritt fortolke dataene. Kritikken kommer fra mer positivistiske forskere som mener eksempel-studier innebærer en lite rigid forskningsdesign. Yin forslår derfor at man bør ha en klar plan for forskningsdesign før man innhenter data (Easterby-Smith, M., Thorpe, R., Jackson, P., R., Jaspersen, L., 2018). Wolcott (1994) mener forskerens fortolkning av data kan motvirkes ved en deskriptiv fremstilling av materialet (Mehmetoglu, M. 2004).

Deskriptiv metode

En deskriptiv metode kan være å presentere rådata fra intervjumaterialet slik at informantene selv uttrykker sine meninger til leseren. Dette er en strategi hvor forskeren fjerner seg fra materialet og presenterer utgangspunktet for analyse og fortolkning. Jeg har i denne oppgaven benyttet råmaterialet til å synliggjøre hvordan jeg har trukket konklusjoner i funn. Jeg har også valgt å legge ved matrisene (se vedlegg) som ble utarbeidet i analysen og som inneholder råmaterialet kategoriene i analysen er basert på. Yin (1989) sier at deskriptiv

metode krever at forskeren gir en «tykk» beskrivelse av teori som oppretter det helhetlige rammeverket som skal følges gjennom hele studien. Et valid teoretisk utgangspunkt skal dannes og identifiseres før forskningsspørsmålet. I denne studien har jeg benyttet en forenklet figur av Christoffersens figur for dømmekraft (se kapittel 2.1 *Dømmekraft*). Figur 1 *dømmekraft* (s. 9) har dannet grunnlaget for oppbygningen av det teoretiske rammeverket. I innhenting av data har jeg benyttet teorien som grunnlag for intervjuguiden. Jeg har arbeidet systematisk med de ulike komponentene fra teori, datainnsamling, analysen og i beskrivelsen av funnene for å kunne svare på problemstillingen. Datainnsamlingen er innhentet ved intervju med respondenter med erfaring, det har bidratt til å svare på problemstillingen.

3.3 Utvalgsprosessen

Et kvalitativt forskningsprosjekt kan ikke bli bedre enn dataene selv (Mehmetoglu. M., 2004). Det som var viktig for meg var å finne et utvalg som hadde erfaring med den todelte rollen. Valget falt på min egen arbeidsplass. Etter samtale med andre bydeler forsto jeg fort at Tillitsmodellen ikke var tilstrekkelig implementert i deres virksomhet. Dette kunne medføre at sykepleierne ikke hadde godt nok utgangspunkt for å kunne beskrive hvordan de håndterte den todelte rollen. Noen bydeler befant seg også midt i omorganisering og det kaos det kan medføre for en organisasjon i store endringer. I samtale med min veileder konkluderte jeg med at det var fornuftig å fokusere på egen arbeidsplass da denne representerer det beste utvalget med hensyn til erfaring med Tillitsmodellen. Jeg vurderte det til at min problemstilling ikke medførte problematiske utfordringer med hensyn til ivaretagelse av kollegaers integritet som profesjonsutøvere, fordi tilnærmingen min er undersøkende og ikke et forsøk på å avdekke rett eller gal praksis.

3.3.1 utvalg 1

Sykepleierne

Med utgangspunkt i problemstillingen var det ikke relevant med kjønn, etnisitet eller sykepleierens alder. Jeg vurderte om respondentenes erfaring med overgangen fra Bestiller-utfører modellen var en nødvendig forutsetning. Jeg konkluderte med at det viktigste var at de hadde erfaring med å arbeide etter Tillitsmodellen. Erfaring er ikke tatt med som en av komponentene i det teoretiske rammeverket eller figuren for tildeling av tjenester. Det er dermed ikke sagt at erfaring ikke er en viktig komponent med hensyn til variasjon i hvordan sykepleiere håndterer rollen sin. Sykepleierens erfaringsgrunnlag har derfor vært av relevans i enkelte betraktninger, men jeg har valgt å holde fast i fokus på kompetanse og krav som kan formelt påvirkes.

Det eneste kriteriet som jeg vurderte som en viktig forutsetning for mitt utvalg av respondenter var om de hadde utdannet seg ved en institusjon i Norge. Dette fordi nasjonal rammeplan for sykepleierutdanningen er et fokus i oppgaven for hvilke forutsetninger sykepleiere skal ha for å inneha den todelte rollen som Tillitsmodellen medfører. Derfor er alle sykepleierne i utvalget utdannet ved en institusjon i Norge i løpet av de siste ti årene. Utvalget består av en relativt homogen gruppe med hensyn til formell kompetanse, profesjon og arbeidsoppgaver. De vil som enkeltindivid likevel representere store interne variasjoner med hensyn til livssituasjon og individuelle erfaring ved å være menneske og sykepleier.

3.3.2 utvalg 2

Bydelsdirektøren

Intervju med bydelsdirektøren var et viktig bidrag for å trekke inn det administrative perspektivet på sykepleierens todelte rolle. Tillitsmodellen er resultat av et politisk initiativ som bydelsdirektøren er direkte underlagt. Det administrative perspektivet kunne derfor medvirke til å se eventuelle interaksjoner eller motsetninger mellom hvordan organiseringen var tiltenkt mot hvordan den praktiseres. Bydelsdirektørens betraktninger ville være av relevans med hensyn til en overordnet forventning til sykepleierens håndtering av faglige og administrative arbeidsoppgaver, inkludert bruk av ressurser.

3.4 Intervju som metode for innhenting av data

Semistrukturert intervju med deskriptiv tilnærming

Ved innsamling av data har jeg benyttet semistrukturert intervju. Semistrukturert intervju innebærer at man utarbeider en intervjuguide med en rekke spørsmål som danner rammen for intervjuet. Ved at intervjuet er semistrukturert må forskeren i størst mulig grad forsøke å få til en dialog med informanten. Intervju som forskningsmetode har gjennom tiden vært gjenstand for kritikk fra et samfunnsvitenskapelig perspektiv (Kvale. S., Brinkmann. S., 2015). Noe av kritikken omhandler metodens subjektivitet og faren for at funnene blir personavhengig og ensidige. Kvale og Brinkmann beskriver dette derimot som noe av den kvalitative forskningens styrke ved å betrakte intervjuerens person som det primære forskningsredskapet til innhenting av kunnskap. Forskerne kan ved å erkjenne metodens ensidighet og subjektive perspektiv belyse aspekter ved fenomenet som undersøkes (ibid). Jeg har i denne oppgaven forholdt meg til en deskriptiv tilnærming som metode. Dette fordrer at intervjuguiden utarbeides på bakgrunn av et teoretiske rammeverk. Jeg jobbet systematisk med å utarbeide spørsmål som hadde sammenheng med teorien.

Utarbeidelse av intervjuguiden

Utarbeidelse av intervjuguiden innebar å utarbeide spørsmål som var åpne og ikke lukkede. Hensikten med dette er å ikke overføre mine antagelser på respondentene ved å stille «ja» og «nei» spørsmål. Denne typen formuleringer avskriver respondentens mulighet for utfyllende besvarelse hvis dennes oppfatning hverken er «ja», eller «nei». Respondenten må ta en «kunstig» beslutning på forskerens antagelser. En annen fallgrube er å stille ledende spørsmål. Kvale og Brinkamnn har følgende eksempel: «Hvilken hånd vil du ha» på hvordan man kan lede respondenten til å ta stilling til noe man kanskje i utgangspunktet ikke forholder seg til. Kanskje man hverken ønsker den ene eller den andre hånden? Dette var en av utfordringene mine med både utformingen av intervjuguiden, samt gjennomføringen av intervjuene. Jeg personlig hadde klare motsetninger mellom de ulike etiske perspektivene og den todelte rollen. Jeg måtte derfor vokte meg for å lede respondentene til å tro at dette var noe de bevisst/ ubevisst reflekterte over. Jeg utarbeidet derfor åpne spørsmål med utgangspunkt i «hvordan» fremfor «hvorfor». Jeg benyttet også bevisst ikke teoretisk begreper som ville kunne lede respondenten til å svare på mine antagelser. Jeg har forsøkt å benytte et gjenkjennelig språk som gjenspeiler ulike problemstillinger som sykepleierne møter i sin arbeidshverdag. Jeg tror min egen kjennskap til rollen som sykepleier har vært en styrke. Jeg har gjennom egen erfaring forsøkt å identifisere situasjoner sykepleiere står overfor og som medfører relevans for problemstillingen

3.4.1 intervjuguide utvalg 1

Erfaringer/ sykepleierne

Oppbygningen av guiden ble gjort med tanke på å starte med en naturlig innledning for en vanlig dialog. Jeg begynte innledningsvis å kartlegge sykepleierens erfaringsgrunnlag ved hvor lenge de har jobbet som sykepleiere i hjemmesykepleien og når og hvor de ble utdannet. Jeg gikk videre derfra med åpne spørsmål om *-Hvordan Tillitsmodellen medførte endring i rollen som sykepleier? Og -Hvordan tildeling av tjenester ble utført?* På bakgrunn av svarene begynte jeg å stille spørsmål opp mot det teoretiske rammeverket. Jeg forsøkte å få sykepleierne i en dialog om hvordan de utførte vurderinger ved tildeling av tjenester med bakgrunn i begrepene *-relasjon, makt/ myndighet, lover og regler og politikk/ økonomi.* Hensikten var å kartlegge hvordan de forholdt seg til de ulike begrepene med hensyn til tildeling av tjenester, og fra hvor de hadde kunnskap om de ulike begrepene. Avslutningsvis stilte jeg spørsmål om hvordan de opplevde at utdanningen hadde bidratt til kunnskap om de ulike begrepene, inkludert *etikk.*

3.4.2 Intervjuguide utvalg 2

Erfaringer bydelsdirektør

Min godkjenning fra NSD innebar lik intervjuguide for begge utvalgene. Dette var også et bevisst valg da jeg ikke ønsket å stille andre spørsmål til bydelsdirektøren enn jeg hadde til sykepleierne. Hensikten var å ha et sammenligningsgrunnlag mellom et overordnet perspektiv på den todelte rollen og hvordan den ble praktiser. Jeg ble likevel nødt for å omformulere og fjerne noen av spørsmålene, da direktøren ikke har egen erfaring med tildeling av tjenester. De spørsmålene som ikke berørte direkte praksis av å være sykepleier ble i intervjuguiden til bydelsdirektøren omformulert til tanker fra et overordnet perspektiv.

3.5 Forberedning og gjennomføring av intervju

Forberedning av Intervju med sykepleierne

Ettersom jeg til slutt konkluderte med å bare intervju sykepleiere på min egen arbeidsplass var det enkelt å komme i kontakt med informantene. Jeg forsøkte å rekruttere informanter fra ulike seksjoner, dette for å få et mest mulig variert bilde på hvordan tildeling av tjenester ble praktisert. Bydelen har inndelt hjemmesykepleien i tre «mestringsseksjoner» som er hovedsakelig geografisk inndelt innad i bydelen. Det er også tre spesialavdelinger. Den ene seksjonen er seksjon for demente, en seksjon hvor man primært fokuserer på hverdagsrehabilitering og tjenesteavverging samt en seksjon for alvorlig syke mennesker med kort forventet levetid. Jeg arbeider selv i sistnevnte seksjon som fagsykepleier og saksbehandler. Jeg ønsket primært å intervju en sykepleier fra hver seksjon med unntak av Hverdagsrehabiliteringen. Årsaken til at jeg ikke ønsket å intervju noen fra denne seksjonen er den avvikende måten de arbeider på. Denne seksjonen er primært inne hos brukerne i kun en kort periode, i snitt 14 dager. Dette medfører at den todelte rollen er mindre fremtredende. Pleierne i denne seksjonen vil i mindre grad etablere en relasjon til brukeren. Pleierne er innstilt på at bekjentskapet til brukeren er kortvarig. Jeg lyktes med å rekruttere tre pleiere fra Mestringsseksjonene, en fra seksjon Demens og to fra seksjon Alvorlig sykdom. På bakgrunn av dette representerer utvalget et godt bilde fra hele hjemmetjenesten i bydelen. Jeg intervjuet fem sykepleiere og en fagsykepleier.

Forberedning av intervju med bydelsdirektøren

Det var ikke vanskelig å rekruttere bydelsdirektøren til et intervju da han, på forespørsel fra meg, tidlig i prosessen meddelte ønske om å delta. Bydelsdirektøren fikk utlevert spørsmålene en dag i forkant slik at han kunne på forhånd vurdere om disse kunne medføre en rollekonflikt med hensyn til hans ansvar for politisk lojalitet. Han var også på forhånd informert om at jeg

ikke kunne garantere for hans anonymitet. Det følte derfor redelig av meg som forsker å gi han anledning til å forberede seg før intervjuet. I kontrakten med bydelsdirektøren utformet jeg en særlig avtale hvor han fikk rett til innsyn i utsagn og meningsytringer som jeg valgte å bruke i studien. På denne måten fikk han anledning til å sensurere utsagn som kunne medføre problemer for hans posisjon som øverste leder av en offentlig organisasjon med klare politiske føringer.

Valid studie (se også s. 37 Validitet)

Ved kvalitativ forskning er det et viktig spørsmål hvor mange informanter man trenger for en valid studie? Kvale og Brinkmann beskriver utfordringer ved for få og for mange. For få informanter kan medføre utfordring ved å kunne generalisere og dermed kunne teste hypotesen på ulike grupper (Kvale, S., Brinkmann, S., 2015). Blir utvalget for stort vil dette kunne medføre utfordring ved å foreta en dyptgående analyse. Ved beskrivelse av et fenomen vil det være nødvendig å intervjuer frem til metningspunktet, det vil si til det ikke fremkommer ny kunnskap. Tid og ressurser er også et hensyn som må tas med i betraktningen. Da jeg skriver oppgaven alene, og har valgt å transkribere intervjuene selv, ble tid en vesentlig faktor. Jeg gjorde en fortløpende vurdering i løpet av intervjuprosessen om det fremkom ny informasjon av relevans for problemstillingen. Etter å ha intervjuet fem sykepleiere og en fagsykepleier og transkribert alle, utenom ett av intervjuene hvor jeg manglet lydopptak, følte jeg meg trygg på å ha nådd et metningspunkt som gav grunnlag for å gjennomføre en analyse. Et grunnlag for at studien ble valid var at ingen av besvarelsene medbrakte store avvik fra foregående intervjuer. Selv om besvarelsene selvsagt innebar individuelle variasjoner var det min oppfatning at problemstillingen var godt dekket.

Gjennomføring av intervju med sykepleierne

Informantene mottok ikke spørsmålene på forhånd med unntak av bydelsdirektøren. Sykepleierne fikk et informasjonsskriv som innebar en beskrivelse av problemstillingen og oppgavens formål. Det var også viktig for meg å understreke at intervjuet ikke hadde til hensikt å avdekke rett og gal praksis, slik at de ikke skulle føle de måtte svare det de tenkte var «riktig» eller forventet, men «tørre» å svare hvordan de faktisk vurderer ved tildeling av tjenester. De fleste av informantene hadde ikke forhold til meg som kollega. Det gjorde det enkelt med hensyn til at vi ikke hadde kjennskap til hverandre. De intervjuene hvor informantene kjente meg kollegialt ble gjennomført uten vanskeligheter. Min stilling som fagsykepleier og saksbehandler har liten påvirkning på hvordan informantene håndterer rollen sin. Jeg er ikke ansvarlig for seksjonens budsjetter. Som saksbehandler har jeg ansvar for

utforming av vedtak som gjøres på bakgrunn av sykepleierens vurderinger. Jeg har ikke rolle eller posisjon til å overprøve sykepleierens vurdering. Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass i hjemmesykepleiens lokaler. Det var for meg logisk å ha intervju om sykepleierens arbeidshverdag i den settingen hvor de arbeider i det daglige. Et av intervjuene lyktes jeg ikke å ta lydopptak av. Dette intervjuet er derfor heller ikke transkribert eller analysert. Informasjon som fremkom fra dette intervjuet har ikke medvirket til funn i denne studien. Informasjonen har likevel medvirket til å bekrefte og eller avkrefte generelle tendenser.

Gjennomføring av intervju med bydelsdirektør

Intervjuet med bydelsdirektøren ble utført i lokalene til administrasjonen. Jeg redegjorde for tilsvarende momenter ved oppgaven for bydelsdirektøren med hensyn til oppgavens undersøkende tilnærming. Jeg oppdaget i etterkant av intervjuet at jeg hadde unnlatt å stille bydelsdirektøren spørsmål vedrørende ivaretagelse av brukerens krav om likeverdige tjenester. Dette er derfor ubesvart.

Tabelloversikt intervju respondenter

respondenter	Stilling	Varighet intervju	Antall sider transkribert	Ansatt under omorganisering	År siden utdanning
Respondent 1	Sykepleier	35 min,	16	nei	2
Respondent 2	Fagsykepleier	37 min	13	ja	4
Respondent 3	Sykepleier	30 min.	15	nei	5
Respondent 4	Sykepleier	33 min.	12	ja	10
Respondent 5	Sykepleier	40 min	Ikke lydopptak	ja	5
Respondent 6	Sykepleier	29 min	10	nei	2
Respondent 7	Bydelsdirektør	31 min.	14	ja	Ikke relevant

(Tabell 2, Oversikt respondenter)

Erfaringer ved prosessen

Det vil alltid være en fare ved intervju at informantene deler informasjon ut ifra hvordan de tenker de utfører en oppgave, fremfor hvordan de faktisk utfører den. Det var derfor viktig for meg å forsøke å få informantene til å beskrive informasjonen ved hjelp av et eksempel. Dette

viste seg nyttig da eksempler gir et konkret bilde av informantenes praksis.. Jeg forsøkte i liten grad å bruke fremmed terminologi i spørsmålsutformingen. Jeg erfarte likevel at en del av begrepene jeg hadde valgt er omfangsrrike. Dette medførte at jeg måtte til dels spesifisere hva jeg ønsket de skulle svare på. På spørsmål om: «*Kan du beskrive relasjonen du har til brukerne*»? Opplevde jeg at jeg måtte utdype hva jeg mente med relasjon. Jeg endret derfor spørsmålsformuleringen underveis til: «*Hva er viktig for å etablere en relasjon til brukerne*»? Den samme opplevelse hadde jeg med hensyn til spørsmålet: «*Hvordan forholder du deg til politikk og økonomi ved tildeling av tjenester*»? Et gjentakende spørsmål ble hva jeg mente med politikk. Jeg spesifiserte dette med «*politiske føringer for hjemmetjenesten*». Jeg erfarte at oppfølgingsspørsmål hadde høyere tendens til å virke ledende. Jeg har derfor noen ganger lagt ved spørsmålsformuleringer der hvor jeg har valgt å legge ved rådata for å underbygge funn. Min personlige erfaring og utvikling ved hvordan gjennomføre et godt intervju har vært stor.

3.6 Transkribering

Kvale og Brinkmann beskriver transkribering som *svekkede, dekontekstualiserende gjengivelser av direkte intervjusamtaler* (Kvale. S., Brinkmann. S., 2015). Dette vil med andre ord si at intervju innebærer en abstraksjon av selve intervjuet i to faser. Første fase innebærer en abstraksjon fra den fysiske samtalen til lydbånd. I denne abstraheringen medfører tap av fysiske gester som kroppsspråk, holdninger og gester (ibid). Den neste abstrahering er fra lydbånd over til skriftspråk. I denne abstraheringen mister man stemmeleie, intonasjon og åndedrett. Jeg valgte å transkribere alle intervjuene selv. Jeg har opplevd det som en nyttig måte å bli kjent med datainnsamlingen på. Til tider innebar denne gjennomgangen av lydbåndene observasjoner som ikke var tilstede under selve intervjuet. Min erfaring var at man under intervjuet hadde hodet to steder samtidig. Ønsket om å styre intervjuet i riktig retning med å stille gode spørsmål som var dekkende for problemstillingen, medførte til tider en nedsatt evne til å lytte til informantenes besvarelse. Dette fikk jeg god anledning til under transkriberingen. Ofte ble jeg overrasket i etterkant over hva de faktisk hadde svart. Tidvis ble jeg også irritert over min manglende evne til å være observant på aktuell tematikk. Jeg har valgt å gjengi besvarelsen så ordrett jeg har klart. Jeg har derfor beskrevet i teksten både «*sukking*», «*latter*», «*ehhh*» og pauser (beskrevet med ..). jeg har i ingen grad lagt til fortolkning eller omformulert besvarelsen til et mer akademisk språk, eller ilagt meninger jeg ikke har hatt direkte samtykke for gjennom intervjuet. Jeg har etter beste

evne forsøkt å være tro mot informantene og det samtykke de har gitt til å kunne bruke deres ytringer i min forskning

3.7 Analyse av data

Noe av den største utfordringen med kvalitativ forskning er å ramme inn kompleks informasjon som er til dels bundet av den konteksten de er hente fra, slik at de gir overbevisende informasjon til leseren. (Easterby- Smith, M., Thorpe, R., Jackson, P., R., Jaspersen, L., 2018) Dette krever en forklaring overfor leseren hvordan analysen har blitt gjennomført og hvordan man har trukket konklusjoner. Før datamaterialet kan bli analysert må datamaterialet organiseres. Det finnes i følge Mehmetoglu ikke noen klar fasit for hvordan datamaterialet i kvalitativ forskning skal analyseres. Det blir derfor opp til hver enkelt forsker å engasjere seg i konstruksjonen av sin egen analysemåte (Mehmetoglu. M., 2004) Analysen i eksempel-studier betraktes som halvstrukturert. I den kvalitative litteraturen er det Merriam 1988, Yin 1989 og Stake 1995 som har laget hvert sitt rammeverk for analysestrategier av casestudier. Jeg har i denne studien valgt å benytte Merriam sin strategi for eksempel-studier. I følge Merriam er den første fasen i eksempel-studie å sortere, kategorisere og strukturere dataene så de blir lett tilgjengelig for analyseprosessen. Neste steg er å konstruere kategorier som skal hjelpe leseren å fortolke dataene. Jeg har valgt å benytte matriser i dette arbeidet. Siste steg er i følge Merriam utvikling av teorier. Dette innebærer å abstrahere dataene ytterligere for deretter å lage konsepter som kan forklare fenomenet (Mehmetoglu. M., 2004) Jeg har valgt å bruke verktøy fra empiribasert analyse i abstraheringsprosessen ved å utarbeide konsepter ved bruk av aksial og selektiv koding. Arbeidet med matrisene innebærer en beskrivelse som er i tråd med etnografisk forskningsstrategi ved å bruke rådata til å formidle til leseren. Dette medfører at leseren selv kan tolke data uten forskerens fortolkning (ibid). Rådata har blitt benyttet på samme måte for å synliggjøre spesifikke uttalelser som har medvirket til å trekke konklusjoner.

3.8 Intensiv analyse

Komponentene i figur 1 for *dømmekraft* (s. 9) har vært utgangspunkt for oppbygging av det teoretiske rammeverket og datainnsamlingen ved intervjuguiden. Det var derfor logisk å begynne analysen med å dele inn datamaterialet i kategorier ut ifra komponentene i figuren. Jeg begynte med å ta utskrift av de transkriberte intervjuene og deretter klippe ut de delene av intervjuet som omhandlet de aktuelle komponentene -*samfunnsmandat/forvaltning, omsorgsarbeider, konsekvensetikk, konvensjoner og rutiner, nærhetsetikk, utdanning, den todelte rollen ved Tillitsmodellen og dømmekraft*. Jeg skrev de ulike komponentene på lapper

og hang på veggene hvor utklipp fra intervjuene som omhandlet de ulike komponentene ble heftet på rundt. Erfaringen var at det var vanskelig å selektere data. De ulike komponentene fremsto med store mengder datainnsamling som gjorde det utfordrende å finne sammenhenger. Jeg begynte dermed prosessen på nytt etter en grundig gjennomgang av egen teori og problemstilling. Jeg bestemte meg for å lage matriser med ulike kategorier som jeg hentet fra teorien. Jeg brukte som et eksempel referanser fra teorien for å gjenkjenne hvilke etiske vurderinger sykepleierne gjorde ved tildeling av tjenester. Med hensyn til utdanningen benyttet jeg rammeplanen for sykepleierutdanningen. Denne beskriver nasjonale mål for kompetanse utdanningen skal innebære angående forvaltning, etikk og omsorgsarbeid. Tilsvarende gjorde jeg med øvrige komponenter, hele tiden med referanser til teorien. Arbeidet medførte en grundig gjennomgang av både teori og data og medførte en grov inndeling av datamaterialet. I dette arbeidet dukket det opp gjentakelser av utsagn, ord og uttrykk fra ulike sykepleiere innenfor enkelte kategorier. Noen kategorier fremsto med store mengder data, disse kategoriene ble videreutviklet med underkategorier. Andre kategorier sto tomme eller med besvarelser uten direkte relevans for problemstillingen. Disse kategoriene ble det da naturlig å velge bort. Det videre arbeidet innebar å lage nye matriser med nye kategorier.

3.8.1 Matriser som analyseverktøy

Miles og Hubert (1994) beskriver matriser i kvalitativ data som en kryssing av to eller flere dimensjoner for å se hvordan de interagerer (Averill, J., B., 2002). Matriser som analyseverktøy kan bidra til å understøtte en studies troverdighet. Deskriptive matriser gjør det mulig for forskeren og fremstille kategoriserte data i celler for å tydelig kunne observere hva som fremkommer. En strategi er å benytte sitater fra respondenter i de ulike cellene. Denne bruken av matriser gjør det mulig å vise systematiske likheter, ulikheter og trender i respondentenes svar (ibid). Bruken av matriser i min studie viste seg nyttig ved å kunne gi leseren en god beskrivelse av på hvilket grunnlag jeg utarbeidet kategorier. Ved å benytte rådata i matrisene under de ulike kategoriene ble det enklere å lete etter sammenhenger og teste hypoteser. Ved selektering av data var en viktig del av prosessen å stille spørsmål med dataens relevans. Dette kalles såkalt formålsutvelging av data. Dette arbeidet forutsetter at forskeren har god innsikt i hva studien forsøker å finne ut av (Mehmetoglu, M., 2004). I denne prosessen var det derfor viktig å sørge for at selekteringen gav leseren god innsikt i hva respondentene hadde svart, som har medvirket til kategoriseringen som ble brukt, og til å beskrive funn og trekke konklusjoner.

3.8.2 Prosessen ved kategorisering av data

Forskningsspørsmålene innebar en undersøkelse av etikkens sentrale rolle og hvordan sykepleierne utøver dømmekraft ved tildeling av tjenester. Sykepleierens beskrivelse i datainnsamlingen dannet grunnlaget for underkategoriene. På spørsmål om etikk svarte sykepleierne ut ifra hvordan de etablerte og håndterte relasjonen med brukerne. En av underkategoriene til etikk ble derfor relasjon. Bruken av teoretiske kategorier og kategorier som fremkommer fra datainnsamlingen samsvarer med en aduktiv tilnærming.

Aduktiv prosess

Den første kategoriseringen ble gjort hovedsakelig deduktivt hvor jeg forsøkte å finne teoretiske referanser i datainnsamlingen. I prosessen med å utvikle underkategorier brukte jeg materialet fra datainnsamlingen for å besvare problemstillingen. Denne prosessen er i tråd med en induktiv tilnærming. Kombinasjonen av de to tilnærmingene medfører en aduktiv prosess. Med dette menes at man forholder seg til teorien når man leter etter kategorier i datainnsamlingen og samtidig leter i datainnsamlingen etter kategorier for å svare på problemstillingen. Dette samsvarer med et deskriptivt utgangspunkt i det teoretiske rammeverket. Samtidig har funnene i oppgaven vært gjort eksplorativt hvor man åpner opp for funn med bakgrunn i datainnsamlingen.

3.8.3 Kategoriutvikling

Jeg utarbeidet et matriseskjema med utgangspunkt i rollen som forvalter og deretter et matriseskjema med utgangspunkt i rollen som omsorgsarbeider. Kategoriene som utgjorde de ulike kolonnene ble: *rolleavklaring, relasjon, individualitet, lik rett, lov og tjenester, makt, tillit/ansvar, resursfordeling og utdanning*. Ved å skille de ulike rollene i hver sin rad med like kategorier i kolonner bortover fikk jeg synliggjort meningsyttringer som samsvarte eller sto i kontrast med hverandre. De to matrisene gjorde det mulig å se sykepleierens beskrivelse av hvordan de håndterte arbeidsoppgaver og gjorde vurderinger med bakgrunn i den enkelte rollen. Det ble for eksempel mulig å sammenligne sykepleierens beskrivelse av hvordan utdanningen hadde gitt de nødvendige kompetanse for ivaretagelse av rollen som omsorgsarbeid og forvalter. Ved å bruke rådata fra intervjuene fikk jeg synliggjort nyansene i besvarelsene som omhandlet den aktuelle kategorien. Dette medførte at jeg opplevde å være sannferdig overfor respondentene ved å la de snakke direkte til leseren. Leseren gis også anledning til å undersøke på hvilken bakgrunn jeg har valgt å kategorisere dataene. Til sist lagde jeg et nytt matriseskjema hvor jeg besvarte de samme kategoriene med datainnsamlingen fra intervjuet med bydelsdirektøren. Hans uttalelser er personlige, men

representerer et administrativt perspektiv på de samme kategoriene sykepleierne hadde svart på. Jeg hadde dermed tre ulike beskrivelser av de samme kategoriene og to ulike perspektiver på håndteringen av de ulike rollene. Matrisene utgjorde et godt sammenligningsgrunnlag. Skjemaene ble også nyttige i den videre kodingen for å bekrefte eller avkrefte viktigheten av kategorier.

3.8.4 Åpen koding

Åpen koding innebærer en mikroanalyse av datamaterialet for å dele dataene inn i mindre enheter (Mehmetoglu. M., 2004). Jeg leste grundig gjennom datasamlingen for å finne ord og handlinger respondentene hadde beskrevet som medvirket til å forklare hvordan de håndterte den todelte rollen. Jeg brukte problemstilling og forskningsspørsmålene aktivt for å finne indikatorer som kunne beskrive fenomenet. Jeg utarbeidet i denne prosessen et tankekart med fargekoder som beskriver de ulike indikatorene med ulike farger på bakgrunn av om de beskriver rollen som omsorgsarbeider eller forvalter. De indikatorene som overlappet de to rollene fikk sin egen farge. Denne prosessen var en nyttig måte å bli kjent med dataene og lete etter interaksjoner og gjentakende uttrykk og handlingsbeskrivelser. Jeg leste kontinuerlig gjennom hva respondentene hadde svart for å være sikker på at indikatorene var et resultat av respondentenes beskrivelse og ikke mine tolkninger. Det administrative perspektivet spilte også en viktig rolle ved beskrivelse av et overordnet perspektiv. Dette perspektivet var ikke lenger sidestilt fra datasamlingen fra sykepleierne, men medvirket i like stor grad til å finne aktuelle indikatorer.

3.8.5 Aksial koding

Målet med denne kodingen er å lage forbindelser mellom kodene i den åpne kodefase (Mehmetoglu. M., 2004). Straus og Corbin (1990) som har videreutviklet Glaser og Straus (1967) sin systematiske analyse av empiribasert teori, beskriver den åpne kodingen som tredelt. Den åpne kodingen innebærer at forskeren bruker datamaterialet til å finne indikatorer som abstraheres videre til konsepter og deretter kategorier. Jeg opplevde i prosessen med den åpne kodingen at indikatorene mine var abstrahert tilstrekkelig og som gode nok beskrivelser til å kunne benyttes direkte som kategorier i den aksiale kodingsfasen. På denne måten opplevde jeg å i større grad å være tro mot respondentenes besvarelser, uten å risikere at disse var mine fortolkninger. Studiens omfang med kun syv respondenter medførte også at behovet for selektering og abstrahering ble mindre. Den aksiale kodingen innebar derfor å finne indikatorer som kunne medvirke til å forklare de ulike komponentene ved tildeling av tjenester. De indikatorene som innebar høy grad av interaksjon ble formulert om til en

kategori som var beskrivende for hva respondentene hadde svart. Meningsbærende ord som var gjentakende ble også brukt som kategorier. Jeg hentet frem kategoriene fra matriseskjemaet som jeg visste gjenspeilet komponentene for tildeling av tjenester og dannet grunnlaget for det teoretiske rammeverket. På denne måten jobbet jeg bevisst i denne fasen mot å systematisere kategoriene mine for å kunne svare på problemstillingen. Jeg laget deretter visuelle framstillinger av indikatorene som beskrev fenomenene til de ulike komponentene til figuren for dømmekraft.

3.8.6 Selektiv koding

I følge Straus og Corbin (1990) innebærer den siste analytiske fasen i empiribasert teori en selektiv koding såkalt kjernekode. Dette innebærer en ytterligere abstrahering av den aksiale kodingen. Hensikten her er å finne de viktigste kategoriene som kan medvirke til å utvikle teorien og beskrive fenomenet (Mehmetoglu, M., 2004) Jeg brukte de viktigste kategoriene fra den aksiale kodingen til å beskrive hvordan sykepleierne håndterte de ulike komponentene i figur 1, *dømmekraft* (s. 9). Jeg laget kjernekode for alle komponentene enkeltvis for å beskrive for leseren de viktigste kategoriene som beskrev akkurat denne komponenten. Jeg jobbet hele veien aduktivt hvor jeg med utgangspunkt i både teori og datamateriell arbeidet med å finne sammenhenger og interaksjoner som inngikk i de viktigste kategoriene. I beskrivelse av aktuelle funn under de ulike komponentene har jeg også valgt å benytte tekstbokser med råmaterialet fra datainnsamlingen, dette for å vise leseren meningsytringer og respondentenes eksempler som har medvirket til utvikling av kategorier. Til sist laget jeg tabell 3, *Kategorier for dømmekraft* (s.66). Denne fremstiller systematisk de viktigste kategoriene for hvordan sykepleierne håndterer vurderinger basert på dømmekraft, for tildeling av tjenester etter Tillitsmodellen. Når tabellen var ferdig var det som at brikkene i et puslespill falt på plass. Jeg følte meg trygg på at informasjonen fra respondentene var videreført med troverdighet til tabellen, fordi jeg tiden søkte bekreftelse på kategoriene fra datainnsamlingen. Med bakgrunn i kjernekode og den endelige tabellen som systematisk viste sammenhengen mellom alle de viktigste kategoriene kunne jeg redegjøre for mitt teoretiske bidrag.

3.9 Validitet, reliabilitet og objektivitet

En forutsetning for at konklusjonene i kvalitativ forskning skal være troverdighet avhenger av at kriteriene for validitet, reliabilitet og objektivitet er tilfredsstillende oppfylt (Mehmetoglu, M., 2004).

Validitet

Innebærer både en intern og ekstern komponent. Intern validitet innebærer at konklusjoner ved årsakssammenhenger ikke kan skyldes andre faktorer enn de som er konkludert med (ibid). For denne studien innebærer dette at sykepleierens dømmekraft ved vurderingen for tildeling av tjenester ikke gjøres på bakgrunn av andre faktorer enn de som er beskrevet i oppgaven. I denne oppgaven har jeg valgt å beskrive komponenter ved tildeling av tjenester som kan formelt påvirkes ved enten utdanning eller lovverk. Jeg har vært sannferdig overfor respondentene med bakgrunn i det de har beskrevet med hensyn til disse komponentene. Sykepleierens utøvelse av dømmekraft vil kunne bli påvirket av andre faktorer som personlig og profesjonell erfaring, religiøs overbevisning etc. Disse vil selvfølgelig kunne ha innvirkning på hvordan sykepleieren utøver dømmekraft da det er vanskelig å skille mellom et privat og profesjonelt «jag». Noen av disse komponentene vil kunne overlappe og påvirke hverandre. Med bakgrunn i de komponentene som kan formelt påvirkes er jeg trygg på at jeg har beskrevet årsakssammenhenger som utelukker andre faktorer. Respondentene beskrev gjennom intervjuene spesifikt hvor de hadde kunnskap fra og hvordan denne hadde påvirkning på tildeling av tjenester.

Generaliseringsprinsippet

Validitet innebærer også et eksternt aspekt som innebærer generaliseringsprinsippet. Med dette menes at årsakssammenhengen i denne studien bør være gjeldende i liknende settinger. I denne oppgaven er eksempelet avgrenset til en bydel i Oslo som har valgt å organisere hjemmetjenesten etter Tillitsmodellen. Sykepleier i andre bydeler og kommuner som har studert i Norge har den samme formelle kompetansen og arbeider under det samme lovverket. Det foreligger rimelig grunn til å anta at konklusjonene i denne oppgaven har overføringsverdi til andre hjemmetjenester med tilsvarende organisering. Det kan være verdt å merke seg at det eksisterer lokale rutiner og både små og store variasjoner i hvordan de ulike bydelene og kommunene har valgt å innføre Tillitsmodellen. Selv innad i bydelen i dette eksempelet kunne jeg avdekke variasjoner i hvordan Tillitsmodellen ble praktisert mellom de ulike seksjonene. På bakgrunn av oppgavens omfang og tidsressurser har jeg valgt å ikke fokusere på dette her. Enkelte av variasjonene kan nok i noen grad forklares ved at omorganiseringen er implementert i ulikt tempo i de ulike seksjonene.

Reabilitet

Reabilitet avhenger av at andre enn meg selv kan lese datasamlingen og trekke de samme konklusjonene. Mehmetoglu beskriver reabilitet som at studiens konklusjoner er konsistente

og kan reproduseres (ibid). Ekstern reabilitet innebærer at hvis hele forskningen gjentas på et annet sted og til en annen tid vil forskerne trekke de samme konklusjonene. Kvalitativ forskning innebærer i stor grad at forskeren bruker seg selv som et delinstrument til å forstå fenomenet som undersøkes. Reproduserbarhet med den type nøyaktighet vil derfor i stor grad være usannsynlig. Jeg har i denne forskningen forsøkt å være tro mot respondentenes uttalelser gjennom hele analysen. Jeg opplever at det å forske på egen arbeidsplass medfører en ekstra forpliktelse til å være redelig overfor respondentene som også er mine kollegaer. Det er stor sannsynlighet for at minst en vil komme til å lese oppgaven og det har derfor vært viktig for meg at de kan gjenkjenne uttalelsene sine i konklusjonen. I arbeidet med analysen har jeg følt at respondentene har «kikket meg over skulderen». Det har medført at jeg i liten grad har fortolket datamaterialet. Denne sannferdigheten overfor datamaterialet medvirker til at andre vil kunne lese datamaterialet å trekke tilsvarende konklusjoner.

Objektivitet

Handler om at forskeren må unngå å la sine egne oppfatninger, fordommer, interesser eller perspektiver få farge studiens funn og resultater (Mehmetoglu. M., 2004). Jeg skal være så ærlig å si at underveis i prosessen opplevdes dette utfordrende. En grunn til dette var at jeg kjente organisasjonen og de organisatoriske svakhetene godt gjennom eget arbeid.

Utarbeidelsen av intervjuguiden var nyttig i denne prosessen ved å fokusere på at det var respondentenes uttalelser som skulle medføre til konklusjoner og funn. Ved å være veldig bevisst på om spørsmålene mine var ledende tok jeg også et oppgjør med min egen forutinntatthet. En tvil kom underveis i innsamlingen da jeg plutselig følte at jeg ikke så noen sammenheng som kunne gi tilstrekkelig svar til å forklare fenomenet. Svaret til flere av respondentene var også på mange måter overraskende ut ifra hva jeg hadde forventet. Antagelser jeg hadde hatt om utfordringer sykepleierne opplevde ved den todelte rollen var enten ikke tilstede, eller artet seg annerledes enn først antatt. Dette viste seg under transkribering av intervjuene som en nødvendig berikelse og en ny mulighet til å ta et oppgjør med min egen oppfatning. Konklusjonen min er utelukkende basert på kategorier som gjenspeiler datamaterialet.

3.9.1 Refleksjon rundt prosessen

Arbeidet med denne oppgaven har først og fremst vært lærerikt. Jeg vil i dette kapittelet gi en kort beskrivelse av prosessen med valg av problemstilling, teori, forskningsstrategi, resultater og funn.

Begynte tidlig

Tema og teori for oppgaven fant jeg tidlig. Jeg har fra starten av valgt å holde på problemstillingen med kun små endringer. Forskningsspørsmålene har i større grad blitt endret og spisset underveis. Teamorganiseringen Tillitsmodellen innebærer var en sentral del av oppgaven frem til halvveis i prosessen. Valget falt på å utelukke teamorganiseringen. Dette på grunn av kompleksiteten det innebar, noe som kunne være en studie i seg selv. Jeg valgte derfor å snevre studien inn til hvordan den enkelte sykepleier håndterte rollen sin individuelt.

Etikk og kompleksitet

Etikk som et av hovedtemaene har vært utfordrende. For det første er etikk et stort tema med mange ulike retninger. Teoretisk seleksjon ble vanskelig da jeg opplevde et umettelig behov for å informere leseren om hvordan etikk og dømmekraft er blitt beskrevet. Til slutt har jeg falt ned på å begrense den teoretiske beskrivelsen til to filosofier med tydelig beskrivelser av hvordan de vil ha ulik påvirkning på handlingen ved tildeling av tjenester (s. 15). En annen utfordring ble å undersøke hvordan sykepleierne resonerte etisk. Valget falt på å stille spørsmål som kunne beskrive sykepleierens valg og handlinger og analysere disse i lys av etisk filosofi. En handling vil sjeldent kunne sorteres inn under den ene eller andre filosofien. Funnene fra problemstillingene krevde tolkning mot filosofienes ulike begrepsbruk. Det var vanskelig å utforme tabeller og andre analytiske strategier som ved kvantitativ forskning for å underbygge funn. Funnene er derfor beskrevet som indikasjoner for hvordan sykepleierne reflekterer.

Å skrive alene

Det er utfordrende å skulle være sin egen motivator. Engasjementet for oppgaven har vært sentral for egen gjennomføringsevne. Engasjementet kan også stå i veien for objektivitet. Jeg har hatt nær familie og veileder fra studiested som støttespillere. De har veiledet meg til å ikke legge føringer for utformingen av forskningen. Metodisk har det vært ensomt å analysere store mengder datamateriale. Jeg har i stor grad lent meg på teorien i søken etter funn. Fordelen ved å skrive alene er at man kjenner etter hvert datamaterialet veldig godt, det har derfor vært mulig å også jobbe induktivt. Min egen uerfarenhet med å jobbe metodisk har krevd at jeg har måttet bruke tid på å bli kjent med ulike strategier for analyse. Arbeidet med analysen har derfor vært en organisk prosess hvor jeg stadig har lært både materialet og strategiene bedre å kjenne. Strukturen i oppgaven med bakgrunn i teorien har vært viktig hjelp for å holde fast i sammenhenger og problemstilling gjennom hele prosessen.

3.10 Egen rolle og etiske momenter

Jeg reflekterte lenge med hensyn til min egen rolle i egen organisasjon. Det kan medføre etisk dilemma for meg som arbeidstaker hvis studien avdekker funn som danner grunnlag for kritikk i hvordan organisasjonen løser sin oppgavefordeling. Spesielt hvis denne viser seg uforenlige med de etiske prinsipper som danner grunnlaget for sykepleierprofesjonen. Studien må inneha tilstrekkelig objektivitet til å sikre oppgavens reabilitet. Spørsmålet jeg måtte stille meg selv var om jeg ville mestre kunsten å være kritisk nok til min egen virksomhet, og bydelsdirektøren som min øverste leder. Jeg falt til slutt ned på at studien er undersøkende av hvordan sykepleieren håndterer den todelte rollen. Den undersøkende tilnærmingen har gjort min egen rolle enklere. Studien har heller ikke et kritisk blikk på Tillitsmodellen som organiseringsform, men vil kunne avsløre svakheter. Formålet med studien er å undersøke hvordan tildeling av tjenester utføres i praksis, og på hvilket formelt grunnlag disse gjøres.

Jeg måtte også forsikre meg om at jeg hadde evne til å være tilstrekkelig objektiv. Som nevnt i forrige kapittel medfører forskning på egen arbeidsplass at man har god kjennskap til organisasjonen fra innsiden. For å sikre egen objektivitet bestemte jeg meg for å intervju sykepleiere som jeg ikke jobbet med til daglig, og hvor jeg hadde liten eller ingen kjennskap til hvordan de eller seksjonen praktiserte tildeling av tjenester. Etter hvert som jeg ble trygg på intervjuguiden og egen rolle som forsker valgte jeg også å intervju to sykepleiere ved egen seksjon. Jeg følte meg på det tidspunktet trygg på at spørsmålene mine og min egen rolle ikke sto i veien for å sikre nødvendig objektivitet.

Den siste særlig utfordringen var den tilliten mine kollegaer viste meg ved å delta i studien. Som tidligere nevnt har jeg etter beste evne forsøkt å gjengi deres ytringer i prosessen ved abstrahering og kategoriseringen. Det har på bakgrunn av den kollegiale tilliten og oppgavens reabilitet vært viktig at ikke konklusjoner og funn kommer som en overraskelse på respondentene. Jeg føler at denne tilliten er godt ivaretatt. Prosessen med denne studien har vært en nyttig og lærerik erfaring. Jeg har lært min egen organisasjon bedre å kjenne, samtidig har jeg innhentet ny kunnskap om hvordan sykepleiere håndterer sin nye arbeidshverdag i hjemmetjenesten.

4. Empiri og funn

Jeg vil i dette kapitlet presentere funn fra datasamlingen. Jeg vil beskrive funnene gjennom kategorier som beskriver hvordan respondentene arbeider med å løse ulike arbeidsoppgaver. Jeg vil begynne med å redegjøre for funn som beskriver hvordan sykepleierne opplever endringer som følge av omorganisering til Tillitsmodellen. Jeg vil deretter beskrive funn ved kategorier som beskriver sykepleierens håndtering av rollen som omsorgsarbeider og samfunnsmandatet ved forvaltning.

4.1 Tillit og ansvar

Et viktig moment i denne oppgaven er overgangen til Tillitsmodellen og rolleendringen modellen har medført for sykepleierne. Den generelle tendensen blant respondentene var at de trivdes med å jobbe tillitsbasert. Noen faktorer som medvirket til økt trivsel var det tette samarbeidet i laget med høy grad av tverrfaglighet. Samarbeid var et begrep som ble gjentatt av flere av respondentene for å beskrive hvordan de løste ulike arbeidsoppgaver. De fleste respondentene beskrev også økt tilfredshet ved ansvaret av å bestemme hvilke tiltak og omfang av tiltak som ble iverksatt hos bruker. En av respondentene beskrev dette som:

-jeg syntes det er veldig fint at man kan være med å påvirke på en måte tjenesten og hverdagen til brukeren. – man ser at det skjer fremgang da, ved at man har gjort riktige valg, eller satt i gang de riktige tiltakene.

En annen respondent opplevde det som «*deilig*» at man etter omorganiseringen slapp å gå gjennom Bestillerkontoret, hvor hun opplevde at «*man måtte liksom fighte litt for det*» hvis man så at det var økte behov. Beskrivelsene til respondentene samsvarer med direktørens beskrivelse av hvordan man i administrasjonen observerte behovet for et skifte.

Tekstboks 1

K: Hvilke erfaringer har du med prosessen og gjennomføringen av omorganisering til Tillitsmodellen med nedlegging av Bestillerkontorene?

B: Det var stort, mye, omfattende, spennende viktig og riktig... Så her kan det jo sies mye.

K: Derfor jeg jo satt opp disse punktene under da, for å peile inn på hva jeg tenker på. Det var jo en stor prosess.

B: Det ene er, det er en stor prosess fordi volumet vårt er så stort. Så en organisasjonsendring involverer mange mennesker, brukere med omfattende tjenesteomfang. Så bare det i seg selv gjør det komplisert på et vis, og komplekst. Det som er spennende med denne typer omlegginger, det er at man begynner å så tvil om det vi har gjort før klokt, som vi har vært sånn absolutt troende til. Jeg vet ikke hvor langt du har gått inn i New Public Management, men troen på resultatledelse og at det har virket, det tror vi alle sammen. Vi er skrudd sånn, det har blitt på en måte nesten en sånn naturlov. Det her virker, er vi tydelige på hvor du skal hen, beskriver resultatet, så vil alle bevege seg effektivt mot det resultatet. Og hele samfunnet vårt gjenspeiler den type tenkning, -tatt oss tretti år og få på plass. I dag ser vi at det har noen skadeeffekter. Hvordan skal vi utfordre på det? Og Bestiller- Utfører modellen som er et godt eksempel på hvordan resultatledelse og dermed New Public Management virker når du får rendyrket det og får det effektivt og bra, funksjonelt. Da ser det sånn ut. Ok, så har det sine dårlige effekter. Og som vi da ikke skal tro på lenger. Hva skal vi tro på da? – Det gjør denne typen omstilling ekstra komplisert. Også fordi vi ikke vet helt hvor vi skal gå hen, selv om vi har prøvd å kikke på andre. Danmark er tvunget av andre grunner enn oss, og derfor erfarte de svakhetene tidligere enn oss på grunn av økonomi. De hadde ikke pengene så de kunne ikke fortsette som de gjorde før. De måtte finne en annen modell for å løse det. De så på en måte sløsingselementene i folks kapasiteter, innsikt, det å få bruke seg selv, alt det gikk jo tapt i en sånn type modell. Så de sa nei, det må finnes bedre måter å organisere dette og vi må lete etter den. Så vi hadde noen å se på sånn delvis i hvert fall.

K: Var de cirka likt organisert? Eller hadde de en type Bestiller- Utfører i Danmark forut for?

B: De har vært like gode på sånn New Public Management, som oss, men til slutt kan du ikke bli mer effektiv. Det virker ikke lenger. Og du får også disse skyggeeffektene når du rendyrker det. Som folks behov for å oppleve at de betyr noe, få eierskap og engasjement, som blir borte eller redusert fordi vi blir bare et instrument for å få noe til å skje. Det tror jeg på en måte har vært det som har vært utfordrende for type fagprofesjoner, type sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeuter og andre. Hvis du bare blir et instrument hvor noen andre kloke har ment, som godt kan være ganske klokt, får du ikke noe eierskap til det selv, og du får ikke brukt din egen kapasitet. Du blir pasifisert, og det er NPM tanke en for lite vektlagt form for sløsing. Du blir en utfører som ikke gjør refleksjon på er dette lurt, riktig smart, effektivt, fanger du opp andre ting, ser du sammenhengene.

For det første er vi kjempestore og det ER galskap det vi gjorde. Men jeg tenker at vi hadde ikke noe alternativ til det da. Vi kunne ikke fortsette med ikke å ta ansattes evner og kompetanser på alvor. Så vi gjorde det. Og vår nye reise har startet. Jeg tror det vil gi mening, mestring og mot hos både ansatte og brukere av tjenestene våre. Blir fint det.

Direktøren beskriver utfordringsbildet ved den type Bestiller- Utfører_ modellen som også fremkommer fra byrådserklæringen. Pasifiseringen av utførerne medførte tap av engasjement

og eierskap til jobben. Utførerne slutter å reflektere over hvordan og hvorfor man utførte oppgaver. Man fratok dem muligheten til å utnytte egen kapasitet. Et interessant poeng er beskrivelsen av resultatledelse som er så effektivisert at den ikke lengre er effektiv.

Organiseringen har nådd sitt maksimale effektivitetsnivå og fra det fungerer den mot sin hensikt. Den kapasiteten utførerne representerer utnyttes ikke lenger effektivt ved at andre bestemmer hvordan ressursene disponeres.

Kulturendring

Omorganiseringen til Tillitsmodellen representerer en stor overgang både for ledere og utførere. En av respondentene beskriver overgangen som:

-Alltid var det noen som fortalte meg hva jeg skulle gjøre hos brukeren. Det var veldig godt forklart. Så plutselig skulle du tenke sjøl, hva det var viktig for brukeren ut ifra noen rammer da. Fordi, men vi visste ikke noe, hvilken ramme det var.

Respondenten beskriver den kulturelle utfordringen ved overgangen til Tillitsmodellen for utførerne. Med hensyn til arbeidsoppgaver som omhandlet tildeling av tjenester var det en generell tendens at svarene var mer diffuse. Flere av respondentene pekte på saksbehandlerne som ansvarlige for å tildele tjenester, og beskrev i den forbindelse et samarbeid med disse. På bakgrunn av respondentenes besvarelse er det grunn til å mistenke at enkelte seksjoner i mindre grad har lyktes med å implementere Tillitsmodellen tilstrekkelig. Flere av respondentene beskrev også ledere som hadde vanskelig for å slippe kontrollen på bruken av ressurser. Saksbehandlere som under Bestiller- utfører- modellen hadde vedtaksrett og beskrev for utførerne hvilke arbeidsoppgaver som skulle ivaretas, ble av flere av respondentene beskrevet som myndige i tjenesteutforming. Alle respondentene beskrev likevel i større eller mindre grad at de per i dag hadde ansvar for å vurdere og tildele tjenester til brukerne.

Mestringsfokus

Det nye «Hva er viktig for deg?» fokuset kom tydelig frem hos respondentene. Alle respondentene beskrev i ulike sammenhenger fokus på «Hva er viktig for deg?» i forbindelse med hvordan de løste arbeidsoppgaver hjemme hos brukere. Dette momentet ved studien var kanskje det som overrasket mest, og er på mange måter et bifunn med hensyn til problemstillingen. Samtidig virket det som dette mestringsfokuset var et viktig bidrag med hensyn til å beskrive hvilke rammer utforming av tjenester skal gjøres innenfor. Det fremkom tydelig at sykepleierne trivdes med å arbeide med mestring ute blant brukerne og at

mestringsfokuset bidro til økt mestring også hos pleierne. En av respondentene beskrev dette ved at målet for tjenesten var mestring «-så alt blir på en måte ivaretatt rundt». På bakgrunn av studiens omfang har jeg valgt å ikke etterfølge dette funnet videre, men henviser til videre forskning.

4.2 Håndtering av den todelte rollen

Relasjon

I intervjuene fikk sykepleieren tidlig spørsmål om hva jobben deres innebar. Respondentene beskrev arbeidsoppgaver som innebar begreper som *-helhetlig omsorg, omsorg og trygghet, å se mennesket og behovene og utføre sykepleie*. Respondentene beskrev faktorer ved deres arbeidsoppgaver som indikerer relasjonsorientert tilnærming til rollen som sykepleier.

Bakgrunnen er respondentenes beskrivelse av betydningen av relasjon i arbeidet de utfører. Flere av respondentene beskrev relasjonsbygging som en del av sykepleierfaget og behovet for å etablere en relasjon for å ivareta omsorgsrollen. En beskriver betydningen av å etablere en relasjon som nødvendig for å kunne gi nødvendig helsehjelp. Denne respondenten beskriver at hun prioriterer å bruke tid på småprat som hun poengterer ikke inngår som nødvendig helsehjelp, men en forutsetning for å bygge en relasjon. Investeringen av tid i ikke helsesrelaterte arbeidsoppgaver medvirker til å bygge relasjonen så sykepleieren kommer i posisjon til å utføre nødvendig helsehjelp.

En av respondentene beskrev sin opplevelse av makt som:

-det er jo en ganske stor makt sånn sett. Men vi ønsker å gjøre det beste for brukeren. Og se deres behov da.

Respondenten poengterer at rollen innebærer mye makt, som forvaltes til brukerens beste.

Tre av respondentene pekte på tillit som en forutsetning for å etablere en relasjon med brukerne. De andre beskrev at de bygde relasjon med bakgrunn i å lytte, samvær, empati og dialog. Flere av respondentene beskrev medmenneskelighet i hvordan de møtte brukerne. I tekstboksen gir respondenten en beskrivelse av hva som er viktig i relasjon med brukeren

Tekstbok 2

K: Kan du beskrive den relasjonen du har til brukerne?

R: Ehh, det er jo veldig forskjellig fra bruker til bruker.

K: ok

R: Ehhh, relasjon? Ja, hvordan da tenker du? Hvordan jeg er, liksom eller hvordan man på en måte har en relasjon?

K: Ja, hva er viktig i den relasjonen?

R: Hva som er viktig i den relasjonen, det er noe annet. Det tenker jeg for da er det jo det å skape tillit. Vi kommer jo inn i et annet hjem. Og man skal, holdt på å si, oppføre seg deretter (ler)

K: (ler)

R: Ehhm, ja, jeg tenker at man må på en måte se bruker, og deres behov. Ja, trå varsomt.

K: mmm

R: Hos noen kanskje, eller egentlig hos alle. Men man blir jo kjent hos brukeren da. Og vet hvordan de vil ha det og. Hvis de sier ikke gå på kjøkkenet så gjør vi ikke det. Ja, sånn.

Men jeg tenker det viktigste er å skape tillit.

K: Hvordan tenker du man gjør det?

R: Være ydmyk. Se litt ehhh, ja, hvordan buker ønsker det. Snakk med bruker. Ehhh, og hør på bruker. Ehhm ja, ha et smil. Være hyggelig. Sånne ting.

Respondenten beskriver tillit som den viktigste komponenten i relasjon med brukeren. Denne tilliten skaper hun ved å ivareta brukerens ønsker, kommunisere og lytte til bruker med en ydmyk tilnærming.

En av respondentene beskrev relasjonen til en bruker, som hun hadde pleiet gjennom mange år, hvor relasjonen hadde utviklet seg til et slags vennskap. I forbindelse med omorganiseringen skiftes fokus til at sykepleieren skal fokusere på brukerens mestring. Respondenten forteller at denne overgangen ikke fungerte hjemme hos denne brukeren. Rollen som respondenter beskriver som profesjonell var blitt vanskelig å ivareta. Dette medførte at det ble vanskelig å begrense tjenesteomfanget ved å motivere til at brukeren skulle overta oppgaver selv, selv om brukeren var fysisk i stand til, men ikke ønsket det. Respondenten ble nødt til å overføre denne oppgaven til en kollega. Respondenten beskriver hvordan den relasjonelle forpliktelsen kan komme i veien for rollen som forvalter av ressurser. En annen respondent beskriver dette som beskrevet i tekstboksen.

Tekstboks 3

K: Hvilke tanker gjør du deg når du vurderer behov for tjenester da?

R.: Hvilke tanker?

K: Ja

R: Nei, det er jo. Når man bruker mye tid sammen med brukere, som man gjør når man jobber ute så får man jo relasjon. Og den kan kanskje stå litt i veien for et, ja, for en faglig, objektiv vurdering av behov, kanskje..

K: Kan du beskrive hvorfor eller hvordan det skjer?

R: Ja, at man, når man på en måte etablerer en relasjon så, ja, ja hvordan skal man beskrive det da? At det rett og slett bare, du blir jo ikke en pårørende, det er jo ikke det jeg mener, men at du blir litt blanda da.

K: Av?

R: Av... ja.. at de kanskje muligens.. kanskje du tenker at de burde få mere hjelp enn det som kanskje er nødvendig. Det kan hende.

K: Hva innebærer den relasjonen da?

R: Hva den innebærer... hva tenker du på da?

K: Kanskje litt vanskelig spørsmål, men hva tror du er viktig i den relasjonen da? For å ha en relasjon med brukeren, hva er viktig?

R: For å ha en relasjon... legge fra seg noe av den profesjonelle avstanden, eller distansen eller som det blir når man er kun profesjonell.

Respondenten beskriver tilsvarende opplevelse av relasjonen som i veien for en faglig objektiv vurdering. Også her fremstilles den «profesjonelle» rollen som et hinder for relasjonen. Begge respondentene skiller relasjon fra profesjonalitet som at de to faktorene ikke passer sammen. Det er viktig å tilføye at respondentene som pekte på profesjonelle utfordringer ved den relasjonelle tilnærmingen til brukerne, ikke beskrev utfordringene som et stort problem for hvordan de håndterte sine arbeidsoppgaver.

Individualitet

Respondentene i studien gir beskrivelse som indikerer at de forholder seg til tiden de disponerer som en ressurs som representerer en kostnad. Det fremkommer likevel av de fleste uttalelsene at det er den enkeltes behov som prioriteres. En beskriver sin egen disponering av tid slik:

-men jeg må innrømme, når man er ute og ser hva en trenger og, kanskje vi vil prøve det, så tenker jeg ikke på økonomi. Det gjør jeg ikke.

Respondenten avviser det økonomiske fokuset hvis det observeres behov man ønsker å hjelpe brukeren med. Det ligger likevel en antydning av skyld i formuleringen av en innrømmelse. Sykepleieren indikerer med dette en refleksjon vedrørende bruken av ressurser og at det

individuelle fokuset er et bevisst valg. En annen respondent beskriver disponeringen av tid som:

-jeg tenker heller ikke på hva vi har kapasitet til, noe man kanskje burde gjøre. Men det er liksom. Jeg vet, ja assa, vurderinger assa, det er jo brukeren som er viktigst oppi det her. Og det er jo hva de trenger da.

I denne uttalelsen kommer det individuelle fokuset tydelig frem. Det er brukeren som er viktig, ikke bruken av ressurser. Her fremkommer den økonomiske bevisstheten som nærmest en skyldfølelse ved utsagnet «noe man kanskje burde gjøre». Respondenten er med dette klar over at det ligger et økonomisk ansvar ved disponeringen av tidsressursen. Det fremstår som et bevisst valg å ha den enkelte brukers behov som et endelig fokus. Respondenten gjør en bevisst prioritering i bruken av egne ressurser til ivaretagelse av den enkelte bruker når det avdekkes behov. En beskriver fokus ved vurdering av tjenester ute hos brukere slik:

-når jeg er hos en bruker så tenker jeg på han eller hun, sånn individet og lager tiltaksplan ut ifra det.

Respondenten beskriver den individuelle tilnærmingen. Tiltaksplanen representerer tjenester. Tjenestene lages med utgangspunkt i den individuelle vurderingen.

Et av spørsmålene respondentene ble spurt innebar hvordan de sammenlignet behov mellom ulike brukere når de tildelte tjenester. Ingen av respondentene beskrev at de fokuserte på å sammenligne brukere. To av respondentene beskrev at de ofte forsøkte å sette lik tid til samme type oppdrag. Svaret til en av respondentene er gjengitt i tekstboksen.

Tekstboks 4

K: Hender det at du sammenligner da, at du tenker bruker og tjenester ut ifra behov? At du sammenligner behovene?

R: Mmm, tenker du da hvis det er to brukere som begge skal ha strømper for eksempel?

K:Ja, for eksempel

R: Mm ja, på en måte, men det er mere, jeg tenker på en måte ikke sånn at strømpene er selve besøket. På en måte. At jeg tenker at jeg er der for personen som er der, der og da. Mmm. Så det er ikke så mye sammenligning kanskje egentlig. Nei, jeg tror ikke det

Respondenten beskriver at det ikke er oppdraget i seg selv som er viktig. Det er ivaretagelse av personen den er der for. Behovene og relasjonene beskriver respondentene som varierende

og de sammenligner lite. Respondentene beskriver individualistisk tilnærming for å imøtekomme den enkeltes behov.

«Å gi omsorg»

Begrepene fra den aksiale kodingen som medførte til kategorien *-å gi omsorg* som- beskrivende for sykepleierens håndtering av rollen innebar *-empati, nødvendig helsehjelp, helsefremming og løse behov-*. En av respondentene beskriver arbeidet som sykepleier ved:

å se mennesket, se de behovene som er der, hjelpe de til å gjøre noe med dem, hjelpe de å hjelpe seg selv, ofte kanskje være et medmenneske, men samtidig ha rollen som hjelper.

Ivaretagelse av situasjonsbestemte behov beskrives av respondenten i observasjonen av å først se behovene for deretter å imøtekomme dem. Profesjonaliseringen av omsorg fremkommer ved respondentens ønske om å hjelpe brukeren til å hjelpe seg selv. Med andre ord ved at brukeren får hjelp til å bruke egne ressurser. I beskrivelse av å være et medmenneske er det klare empatiske referanser. Å være et medmenneske fordrer at man er sammen, at man ser den andre og ser situasjonen med den andres øyne. Mange av respondentene svarte at arbeidsoppgaven deres var å gi omsorg.

Tekstboks 5

K: Hvordan gir man omsorg

R4: Ja, da må man være litt sånn, da må man sense veldig føler jeg da. Og du må være observant, og du må føle deg frem på en måte. Det blir en sånn slags, i en, ja, man må føle seg fram. Hva er det pasienten vil. Ikke nødvendigvis, ikke ønsker, ikke nødvendigvis hva han eller hun sier at de ønsker, men.. man må nesten prøve å lese personen.

Beskrivelsen til respondenten i utdraget fra intervjuet beskriver omsorgen som kompleks. Kompleksiteten ligger i det uvisse, det usynlige, nærmest åndelige ved å «sense». En annen respondent beskriver det som at den andre skal kunne «kjenne følelsen jeg har for deg». Respondentens beskrivelse av omsorg gjør det vanskelig å putte den i rammer. Den krever at sykepleieren har evne til å se den andre utover åpenbare behov. Respondenten beskriver omsorg som å avdekke behov den andre kanskje ikke greier å redegjøre for selv. Respondentene beskriver rollen som omsorgsarbeider ved *-å gi omsorg-* ved evnen til å *-se-* og *-sense-* den andres behov. Respondenten var også opptatt av at omsorg også hadde egen

verdi og at arbeidsoppgaven kunne innebære å sørge for at brukeren tok imot omsorg i vanskelig faser av livet.

Faglig trygghet

Respondentenes beskrivelser av håndteringen av rollen som omsorgsarbeider kan beskrives med faglig trygghet. De fremstår som trygge i rollen på bakgrunn av gode beskrivelse av hvordan de arbeider med ivaretagelsen av hver enkelt bruker. Gjennom utdanning beskriver alle respondentene at de har god kjennskap til etikk og sykepleieteori. Enkelte beskriver også at de syntes etikk og sykepleieteori var overraskende omfattende.

-det var liksom veldig mye som de skulle lære oss om etikk. Så var det kanskje mange som følte at det ikke var så veldig viktig med etikk for det var så veldig mye annet som man måtte vite

Generelt beskrev respondentene at de opplevde at de hadde gode kunnskaper om rollen som omsorgsarbeider.

-vi hadde i forbindelse med det medmenneskelige, vi er jo omsorgspersoner. Så.. hvordan du skulle ivareta den andre

Respondentene ble under intervjuet spurt om de hadde opplevd å måtte prioritere mellom brukere. Samtlige svarte ja. På spørsmål om hvordan de prioriterte var det hos alle faglig begrunnet. Evne til egenomsorg og risikovurderinger var bakgrunnen for hvordan respondentene prioriterte en bruker foran en annen. Behov for hjelp til ernæring ble prioritert før et sårstell som kunne vente til dagen etter. Hvis en bruker krevde lengre tid så valgte respondenten å være der til jobben var gjort. Pleieren beskrev en bevissthet om at dette gikk på bekostning av en annen bruker hvor man visste at oppdraget kunne utføres på kortere tid. Ved behov investerte sykepleieren ekstra tid hos denne brukeren en annen dag. Behovet for nødvendig helsehjelp ble av flere av respondentene beskrevet som grunnlaget for tjenesten. De beskrev egen evne til å kartlegge brukerens grunnleggende behov ved helhetlig omsorg som ved å se den enkelte. Primære behov fremkom ved gode faglige vurderinger ved behov for prioriteringer.

Nødvendig helsehjelp

Respondentene pekte videre på nødvendig helsehjelp som sitt ansvar for ivaretagelse av nødvendige lovkrav.

-Nødvendig helsehjelp, det som er høyst nødvendig for i forhold til at brukeren skal få tilfredsstilt, eller skal få leve.

Alle respondentene gav entydig beskrivelser av at de opplevde at utdanningen hadde medvirket til kjennskap om aktuelle lover for deres profesjon. Flere beskrev nødvendig helsehjelp og helsetiltak for hvordan de tildelte tjenester. Flere av respondentene beskrev at de aktivt brukte lovdata eller forhørte seg med andre når det var ting de var i tvil om. Beskrivelse av brukerens rettighet på nødvendig helsehjelp var entydig.

Økonomisk bevissthet

Respondentene viste gjennom intervjuene at de var bevisst vedrørende tjenestens kostnader. De var opptatt av å kartlegge hva som var brukerens behov gjennom samtaler om «Hva er viktig for deg?». Alle de spurte beskrev et ansvar for å bidra til å hjelpe brukere med å imøtekomme deres behov og fremme deres helsesituasjon. Flere av respondentene beskrev at de gjennom å fremme mestring hos brukeren kunne medvirke til en mer økonomisk tjeneste. En beskriver dette som:

-man er jo opptatt av å gi litt sånn hjelp til selvhjelp. Og det er veldig viktig tenker jeg. Selvfølgelig er det viktig med sånn i forhold til at man skal, ja, økonomiske hensyn kanskje, hvis man tenker at folk skal klare seg mest mulig selv.

Respondenten beskriver videre:

-vi disponerer jo innbyggernes skattepenger. Så vi må liksom prøve å fordele de klokest mulig.

Tilsvarende uttalelse fremkom også hos flere av de andre respondentene. En pekte også på kostnader ved å ha folk på jobb. Sykepleieren var tydelig på at reduksjon av tjenester hos en bruker medførte frigjøring av ressurser som kunne omdisponeres. I tekstboksen er et utdrag fra hvordan direktøren beskriver i intervjuet hvilke overordnede forventninger som ligger i sykepleierens profesjonelle mandat etter omorganiseringen.

Tekstboks 6

B: - vi gjør dem til ledere på et annet vis, vi gjør de mer økonomisk forpliktet til å se sammenhenger. Det er samme for meg om du snakker kroner eller personer, men ressursbruken blir de styrende på, -hvor de må gjøre valg, klokt og riktig. De skal være utviklingsledere som motiverer.

I bydelsdirektørens beskrivelse ligger det klare forventninger til at sykepleieren må kunne se økonomiske sammenhenger. Det økonomiske aspektet ligger i sykepleierens disponering av arbeidsressurser for ivaretagelse av brukernes behov. Flere av respondentene beskrev observasjoner og refleksjoner hvor de gav uttrykk for at de hadde innsikt i den økonomiske forpliktelsen. De pekte på faktorer ved tjenesten og organiseringen som gav uttrykk for en økonomisk bevissthet. Majoriteten av de spurte svarte at den økonomiske bevisstheten ikke var tilstede i arbeidet ute hos brukerne. Den relasjonelle forpliktelsen fremsto som en av utfordringene i dette arbeidet. En annen utfordring som pekte seg ut var lav formell samfunnsøkonomisk kompetanse.

Formell kompetanse

Fem av seks respondenter svarte at de ikke hadde lært om økonomi og politikk i løpet av studiet.

-det er veldig mye mer fokusert på det man skal kunne og det man skal vite om det man skal utføre. Også er det kanskje politikken som havner litt bak.

Ingen av respondentene beskrev at de gjennom utdanningen fikk økonomisk kompetanse med hensyn til forvaltning.

-vi hadde litte grann, men jeg tror ikke det var stort assa. I forhold til kommunehelsetjeneste eller spesialisthelsetjeneste, budsjettmessig da, hva får de i forhold til sånn type ting. Jeg tror det er ehh.. det er ikke store biter i studiene.

Mange av respondentene hadde likevel kjennskap til politiske føringer. De fleste hadde gjort seg kjent med disse gjennom media. Den formelle kompetansen innen samfunnsøkonomiske emner viste seg likevel som lav blant respondentene.

Direktøren peker på sykepleierens nye arbeidsoppgaver i kommunal helseomsorg. Han beskriver arbeidsoppgaver som innebærer utviklingsledelse og lagledelse som noe av det sykepleierne må håndtere i hjemmetjenesten. Direktøren understreker i dette egen avstand til utdanningsinstitusjonene. Det gir likevel en indikasjon på manglende samsvar mellom forventet og faktisk kompetanse.

-de utrunder folk til en jobb de ikke lenger skal ha. Og så vet jeg ikke nok om det for jeg er for lang unna utdanningsinstitusjonene.

Direktørens påstand innebærer ikke, med bakgrunn i intervjuet, at sykepleierne ikke lenger skal utføre tradisjonell sykepleie. Han beskriver sykepleiere som faglig trygge.

- det er en fordel med kompetanse som sykepleiere ikke sant, de er faglig trygge, de veit hva de skal stå i, ok, og så skal de lede ut i det.

På bakgrunn av direktørens uttalelser inngår evnen til å lede som en av de nye arbeidsoppgavene til sykepleiere i hjemmetjenesten.

Informasjon

Forvaltningen var i Bestiller- utfører- modellen lagt til saksbehandlere. Saksbehandler satt eksternt utenfor den operative driften av hjemmetjenesten. En av respondentene beskriver en manglende kompetanseoverføring fra saksbehandlerne til de selvstyrte lagene etter overgangen til Tillitsmodellen. Respondenten beskriver videre:

-det er mye lovverk inni der som vi ikke vet hvorfor det er, også gjør vi ting uten å stille spørsmål en gang. Fordi folk har vært, eller vi har vært fortalt hva vi skal gjøre.

Etter innføringen av Tillitsmodellen ble saksbehandlerne en del av det tverrfaglige teamet. Flere av respondentene beskrev at de aktiv søkte råd hos saksbehandler ved spørsmål om tildeling av tjenester. En av respondentene beskriver hvordan hun opplever makt og myndighet ved å tildele tjenester.

Tekstboks 7

K: Opplever du at du har makt og myndighet til å bestemme hvilke tjenester brukerne skal ha?

R: jeg kan føle meg usikker mange ganger fortsatt.

K: Hva skyldes det?

R: En tror jeg det er for eksempel, vi er ikke flinke nok til å ta i fra tjenester til brukeren når vi mener, vi kan begrunne det ganske godt at brukeren klarer seg selv. Men så er vi så redde, hvis det skjer noe med brukeren når de har vært inne i tjenesten, og vi har tatt fra han eller hun tjenesten, og så døde brukeren. Det er ikke, det tror jeg det er, eh.. jeg syntes det er veldig vanskelig fortsatt å på en måte den på en måte som har nok eh.. det syntes jeg er veldig vanskelig. Jeg synes, eh, det er ikke lett.

Også av og til så vet jeg faktisk ikke om jeg gjør riktig fortsatt. Og jeg mener jeg kan ha en begrunnelse for å være ganske sikker på at det er riktig. Og likevel så kjenner jeg at jeg er, jeg er så redd for det. At jeg gjør noe feil. Konsekvensen kan bli så store, det tenker jeg, det er.

Respondenten snakker i dette tilfellet om å redusere tjenester hos brukere. Hun er redd for at konsekvensene kan bli store hvis vurderingen hennes er feil. Respondenten peker på en usikkerhet ved ivaretagelse av ansvaret for å redusere tjenester. Respondenten beskriver gode

begrunnelser for at brukeren kan klare seg selv. Likevel oppleves det som risikabelt å trekke seg ut. Respondenten uttrykker en usikkerhet ved om valget er riktig når konsekvensene kan bli så store. Den samme respondenten beskriver behovet for å samarbeide i laget for å sikre gode nok begrunnelser ved vurdering av tjenester. Det fremkommer av intervjuene med respondenten mangelfull informasjon om systemet de arbeider i og med.

Tekstboksen viser et utdrag hvor en av respondentene beskriver en generell informasjonsmangel.

Tekstboks 8

K: Er noe du tenker på også i forhold til den daglige jobben du gjør. Da tenker jeg på politikk og økonomi.

R: Ja, det har mye å si. Alt er jo, assa, vi ser mye hos våre brukere, men vi har våre begrensninger. Og hvis vi ikke tenker på det så går det ikke rundt. Ikke sant. Vi må jo føre inn ting, vi må jo skrive hva vi gjør. Vi må jo vise, det er jo vanlig politikk. Det må jo gå rundt, vi betaler skatt, ass, men det er en helhetlig ehh, hva kan jeg si.

Kjennskapet til hvordan et land er bygd på «ler», og det er ikke mye, jeg tror mange misforstår litt om det er. Innbyggere, pasientene tror dette er en rettighet ikke sant. Men de vet ikke hvordan dette er bygd opp. Så hvis jeg ikke har tilstrekkelig informasjon om det, så kan jeg faktisk ikke stå der og si det er noe du trenger, assa, du må jo ha ganske mye informasjon om det for å kunne gi tilstrekkelig informasjon til andre. Jeg tro det har preget veldig mye av tjenesten og vi burde egentlig kunnet litt mer om det. Ærlig talt.

Respondenten peker på egen manglende informasjon, men også begrensede kunnskaper ute hos brukerne. Resultatet blir at sykepleieren ikke har tilstrekkelig informasjon til å kunne gjøre rasjonelle beslutninger med hensyn til brukerens rettigheter. Deling av kunnskap krever, som respondenten beskriver, at man har kunnskap selv.

Rasjonalitet

Respondentene fremstår gjennom intervjuene som faglig trygge i forbindelse med omsorgsarbeidet. Økonomisk er de fleste respondentene bevisst vedrørende ressursen de disponerer. Denne bevisstheten videreføres ikke konsekvent til respondentenes økonomiske beslutninger. Noen av respondentene beskriver økonomisk bevissthet som ikke eksisterende i arbeidet ute hos brukerne. «*Bare bruker og brukers behov, ikke hva det koster*» beskriver en av respondentene om hvordan den vurderer tjenester. Usikkerhet vedrørende konsekvenser av beslutningen ble også formidlet. I intervju med respondentene spurte jeg respondentene hvordan de praktiserte tildeling av tjenester med hensyn til likebehandling. Ingen av de spurte svarte at de i særlig grad tenkte på likebehandling ved tildeling av tjenester. De fleste kunne

beskrive tilfeller hvor de registrerte forskjeller ved hvordan noen hadde fått tildelt tjenester. Flere av respondentene beskrev kronikere, brukere med langvarig behov for tjenester, som en gruppe som var forfordelt tjenester. Den ene sykepleieren beskrev det som vanskelig å frata tjenester fra denne gruppen når de først var blitt tildelt og vandt med omfanget. En annen gruppe som ble beskrevet som forfordelt var brukere med sterke pårørende. Respondentene beskrev pårørende som «*pushet på som gjorde det vanskelig å si nei*». En respondent beskrev, «*-det er jo de som spør som får mest*». En annen beskriver

-vi ser brukerne på forskjellige måter siden det er mennesker. Det er vanskelig å ha objektive rammer mange ganger, så vi bruker skjønn.

Mangelen på objektive rammer medfører at sykepleiere må bruke skjønn som i studien beskrives ved dømmekraft. Klare objektive rammer for hvordan man skal hjelpe en annen er utfordrende, *-fordi vi er mennesker*. Flere av respondentene var bevisst på at brukerne hadde lik rett og at det i det lå en forutsetning om at de behandlet likt. En beskriver det som:

-det må man faktisk være veldig bevisst. På at man gir, at man legger de samme kriteriene til grunn da.. -kanskje ikke minst mulig, assa ikke tenke det, men assa, være fornuftig da.

Ved utmåling av spesifikke tiltak hjemme hos brukere beskrev en av respondentene at man forsøkte å tildele lik tid ved tilsvarende oppdrag. Dette medfører en type standardisering ved enkeltoppdrag som for eksempel å ta på støttestrømper. Denne standardiseringen ble vanskeligere jo mer kompleks oppgaven var. Fem av seks respondenter kunne heller ikke huske at de hadde i regi av virksomheten, gjennomgått eksplisitte mål for tjenesten. En av respondentene beskrev at det var gjennomgått mål for virksomheten via administrasjonen.

Kunnskap

Respondentene beskrev gjennom intervjuene behov for informasjon/ kunnskap for ivaretagelse av sine arbeidsoppgaver. De fremsto som kunnskapsrike med hensyn til ivaretagelse av omsorgen for den enkelte bruker. De fleste demonstrerte økonomiske kunnskap gjennom bevissthet vedrørende egen ressursbruk. Respondentene beskrev mangelfull organisatorisk- og systemkunnskap i form av manglende kunnskap om organisasjonens målsetting, organisasjonens økonomiske rammer ved kostnader og rutiner ved tildeling av tjenester. En av respondentene beskriver:

-plutselig skulle du ha masse ansvar, den følelsen av ansvar kommer liksom etterhvert, men du kan ikke systemene til å ivareta disse ansvarsområdene.

Manglende kunnskap kan medføre at ansvar føles utrygt. Den formelle kompetansen ervervet gjennom utdanning med hensyn til samfunnsøkonomisk forvaltning viste seg hos alle de spurte som lav. Det er likevel viktig å påpeke at respondentene gav tydelig uttrykk for ansvar og økonomisk bevissthet.

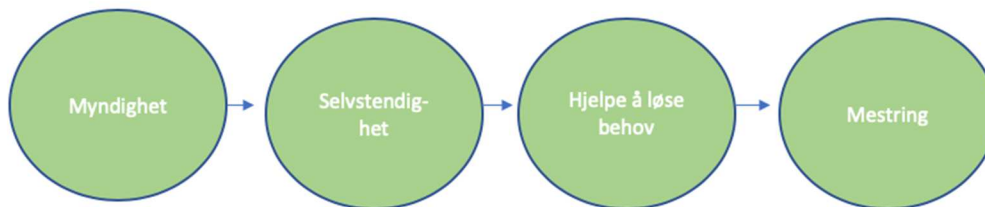
5. Drøfting av funn

Jeg vil i dette kapittelet drøfte funn opp mot det teoretiske rammeverket. Jeg vil begynne med å drøfte funn som beskriver hvordan sykepleierne opplevde overgangen til Tillitsmodellen.

Jeg vil deretter ta utgangspunkt i funnene mine i lys av komponentene fra figur 1 *dømmekraft* (s.9).

5.1 Myndighet gav mestring

Totalt sett fremkom det økt trivsel hos respondentene etter omorganiseringen til Tillitsmodellen. Respondentene uttrykte særlig trivsel med det tverrfaglig samarbeidet. De beskrev en økt faglig integritet med myndighet til å utforme tiltak med direkte påvirkning på hvordan tjenestene utformes.

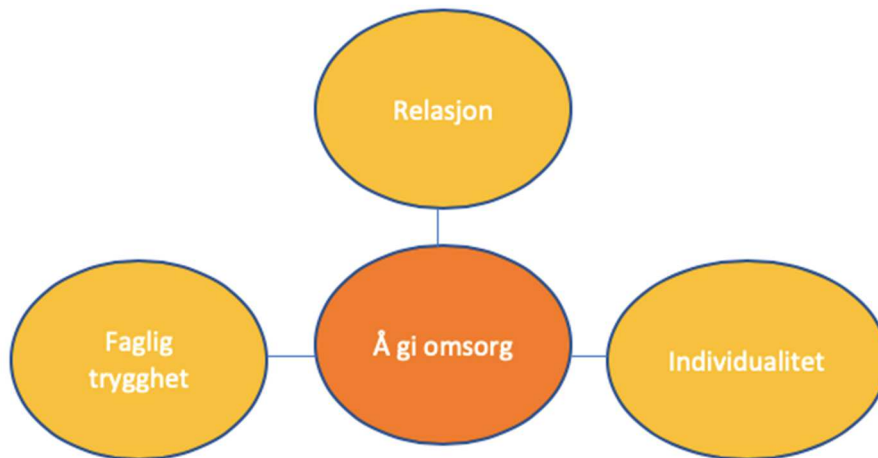


(figur 2, *Mestring*)

Figuren viser de viktigste kategoriene sykepleierne beskrev i forbindelse med endring av tillit og ansvar. Mestring er den kategorien som samlet sett betegner sykepleierens opplevelse. Mestringsbegrepet var også gjennomgående i forbindelse med hvordan de arbeidet ute hos brukerne. Respondentenes beskrivelser indikerer at Tillitsmodellen har lyktes med å oppnå en bedre utnyttelse av sykepleiernes ressurser ved ønsket om å fremme mestring hos de ansatte og brukerne.

5.2 «Å gi omsorg» -relasjon i omsorgsarbeid

Figur 3 fremkommer som et resultat av respondentenes beskrivelse av håndteringen av arbeidet som omsorgsarbeider. Kategoriene har lik relasjon til hverandre og lik grad av påvirkning på rollen. Kategoriene gjenspeiler respondentenes uttalelser. Figurens senter er beskrevet ved kategorien «å gi omsorg» som innebefatter de øvrige kategoriene.



(figur 3, *Rollen som omsorgsarbeider*)

Kari Martinsen fremstår i denne studien som en med sterk påvirkning på rollen som omsorgsarbeider. Dette fremkommer ved at flere av respondentenes beskriver Kari Martinsen som den sykepleieteoretikeren de husker best fra utdanningen. Begrepsbruken respondentene benyttet i beskrivelse av omsorgsarbeidet har tydelige referanser til Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Flere la vekt på tillit som en forutsetning for relasjon. Relasjon ble videre beskrevet som en forutsetning for å komme i posisjon til å gi omsorg. I etablering av relasjon benyttet respondentene begreper som *-å sense-* og solidaritet gjennom *-å se-* den andre. Solidaritet ble tydelig beskrevet hos respondenten som å ønske at brukeren skulle «*kjenne den følelsen jeg har for deg*». Dette gjenspeiler det Martinsen beskriver som et kollektivistisk menneskesyn hvor mennesker er grunnleggende avhengig av hverandre (Martinsen, K., 2011). Denne avhengigheten fordrer det Martinsen omtaler som omsorgsmoral.

5.2.1 Moral- kollektivism eller individualisme

Omsorgsmoralen fremkommer gjennom handlinger som medfører det beste for pasienten (ibid). Sykepleierens profesjonelle rolle innebærer makt fordi pasienten er avhengig av sykepleierens hjelp. I eksempelet i denne studien er brukeren ikke bare avhengig av sykepleierens hjelp for ivaretagelse av grunnleggende behov. Sykepleieren har makt til å vurdere og forvalte tjenester som skal dekke behovene. Vurderingen utføres på bakgrunn av sykepleierens utøvelse av dømmekraft i den enkelte situasjon. Sykepleieren har i dette et politisk legitimert samfunnsoppdrag som portvakt for tjenester i velferdsstaten (Molander, A., Terum, L., 2008). Dette maktforholdet er beskrevet av Lipsky (1980) som bakkebyråkratens dilemma. Dilemmaet innebærer valget av å innfri politiske målsettinger eller ivaretagelse av individualistiske behov. Idealistisk skriver Lipsky at bakkebyråkratene, i dette tilfellet

sykepleieren, ønsker å behandle saker individualistisk, men i praksis må de behandles kollektivt. Respondentene i denne studien sammenligner ikke tiltak gitt den enkelte bruker. De forholder seg til hver enkelt situasjon individuelt. De begrunner dette blant annet med at det er mennesker som blir vurdert i behov av hjelpetiltak. Jeg forstår det som at respondentene opplever menneskelige behov som vanskelige å standardisere og sammenligne. Løgstrup skiller mellom moral og moralisme. Han beskriver moralen som moralisme hvis mennesker blir mer bundet av regler enn av mennesker (Martinsen. K., 1993). Hans påstand er at jo mer man generaliserer desto fjernere blir man fra menneskene som blir berørt av handlingene. En av respondentene beskriver viktigheten av å *«legge fra seg den profesjonelle avstanden, eller distansen som det blir når man kun er profesjonell»*. Respondenten forteller dette i forbindelse med å etablerer en relasjon. Denne beskrivelsen kan sees i sammenheng med Løgstrups (1991) teori om moralisme. Respondentens opplevelse av hvordan den profesjonelle rollen medfører avstand tolker jeg som et uttrykk for at profesjonalitet innebærer en type generalisering. Generaliseringen medfører en avstand mellom sykepleier og bruker, og oppleves som et hinder for å etablere en relasjon. Uttalelsen fremstår som en konkret beskrivelse av noe av utfordringen ved den todelte rollen. Respondentene var i noen grad opptatt av ivaretagelse av kollektiv nytte. De ønsket at tildeling av tjenester skulle gjøre på bakgrunn av like kriterier. Flere av respondentene gav også uttrykk for at de forsøkte å sette lik tid til tilsvarende oppdrag. Standardiseringen ble beskrevet som vanskeligere jo mer kompleks oppgaven hjemme hos bruker er. I den grad respondentene beskrev at de standardiserte tjenester gjaldt dette enkle oppdrag som for eksempel tilberedning av mat, hjelp til støttestrømper eller å gi medisiner. Funnet i denne studien er at respondentene i hovedsak har en individualistisk tilnærming. Den individuelle tilnærmingen fremstår som viktig for sykepleierens håndtering av rollen som omsorgsarbeider.

5.2.2 Tid som en ressurs

De fleste respondentene beskrev at de hadde et økonomisk ansvar for å disponere egen tid som en ressurs. Martinsen kritiserer helsevesenets bruk av instrumentell tid og mener denne gir dømmekraften dårlige kår. Hun frykter at fokuset på tid medfører at sykepleieren ikke lytter til brukerne (Martinsen. K., 2011). Respondentene kom med konkrete eksempler hvor de disponerte tiden med utgangspunkt i observerte behov. Ved økte behov ble disse prioritert på bekostning av oppdrag hvor de visste behovene var mindre, eller kunne imøtekommes på et senere tidspunkt. Noen av respondentenes uttalelser i forbindelse med disponering av tid fremsto med en følelse av skyld. De var klar over at bruken av tid hos en kunne gå på

bekostning av tid hos en annen. Tid som en ressurs kan medføre det Martinsen beskriver som en forveksling mellom «timetid og hjerteslag» (Martinsen, K., 2011). Det er likevel et funn i denne studien at den enkeltes behov prioriteres foran økonomisk hensyn. Respondentene beskriver en individualistisk tilnærming på bakgrunn av situasjonsbestemte behov.

5.2.3 Faglig trygghet i arbeidet med å gi omsorg.

Faglige tryggheten fremstår i studien som en forutsetning for sykepleierens vurdering av brukerens omsorgsbehov. Det individualistiske fokuset resulterer i trygghet i beslutninger som medførte gode tjenester for den enkelte. Beslutninger ved tildeling av tjenester ble utført på bakgrunn av brukerens behov for nødvendig helsehjelp ved ivaretagelse av grunnleggende behov. Respondentene hadde også høyt fokus på ivaretagelse av mindre åpenbare behov. En gav beskrivelser av dette hvor hun prioriterte tid på «småprat» som ikke inngikk i det hun definerte som nødvendig helsehjelp. Hun begrunnet vurderingen med at det ikke var tiltaket som var viktig ved besøket, men besøket i seg selv. Beskrivelsen innebærer at respondenten forstår sin rolle som noe mer enn bare praktisk bistand ved ivaretagelse av primære behov. Tiden man er hjemme hos den andre representerer en verdi i seg selv. Flere av respondentene var på tilsvarende måte opptatt av å forklare omsorgens egenverdi. Respondentenes beskrivelser sammenfaller med den tradisjonelle oppfatningen av sykepleierens helhetlig omsorgsansvar (Neumann, C., B., Olsvold, N., Thagaard, T., 2016). Ivaretagelse av sykepleierens helhetlige omsorgsansvar forutsetter sykepleiere som er faglig trygge i rollen som omsorgsarbeider.

5.2.4 Omsorgsarbeiderens rolle beskrevet i rammeplanen for sykepleierutdanningen

Rammeplanen for sykepleierutdanningen beskriver omsorg, pleie og behandling som hjørnesteiner i sykepleierens kompetanse (Kunnskapsdepartementet, 2008). Dette innebærer ifølge rammeplanen evne til varhet, innlevelse og moralsk ansvarlighet. Moralsk ansvarlighet innebærer tolkning av hva god moral er. Med bakgrunn i begrepsbruken i rammeplanen tolker jeg det moralske ansvaret i samsvar med Martinsens omsorgsmoral (Martinsen, 2011). Respondentene i studien viser gode kunnskaper i tråd med rammeplanens målsetting. De viser evne til kommunikasjon, de beskriver ydmykhet i møte med brukeren og god moral i forvaltning av makt.

I rammeplanen for sykepleierutdanningen står det beskrevet at sykepleieren skal kjenne forvaltningsnivåene og beslutningsstrukturene i helse- og sosialsektoren samt relevante lover, forskrifter og avtaler (Kunnskapsdepartementet, 2008). Respondentene gav i samsvar med

rammeplanens forventninger utrykk for god kjennskap til relevante lover og forskrifter for ivaretagelse av brukerne. Utdanningen hadde i stor grad medvirket til dette. Respondentene gav beskrivelser av hvordan de gjorde faglige vurderinger i tilfeller hvor de måtte prioritere bruk av tid mellom ulike brukere. Brukernes evne til egenomsorg var høyt prioritert. De beskrev medisinskfaglige vurderinger på bakgrunn av hvilke konsekvenser manglende eller utsatt besøk ville få for den enkelte. Forebygging og mestring ble også nevnt som sentrale arbeidsoppgaver i henhold til lovverket. De fleste respondentene refererte til begrepet nødvendig helsehjelp for ivaretagelse av den enkelte bruker. Respondentene gav ikke entydige besvarelser for hva nødvendig helsehjelp ville innebære for brukerne. Dette kan ha sammenheng med tolkningsrommet rett til nødvendig helsehjelp gir. Kvalitetsforskriften representerer den mest detaljerte standardiseringen av tjenester i hjemmetjenesten ved omsorg og grunnleggende behov. Også denne gir mulighet for stor grad av tolkning. Respondentenes beskrivelse indikerer at de ivaretar kravene i kvalitetsforskriften. Funnet i denne studien er samsvar mellom respondentenes kompetanse og mål beskrevet i rammeplanen som innebærer omsorgsarbeid.

5.3 Tolkningsrom og etiske overveielser

Stortingsmeldingen *Utdanning for velferd* beskriver behovet for sykepleiere med etisk bevissthet og vurderingsevne (Kunnskapsdepartementet, 2012). Studien til Alsvåg, H., Førland, O., fra 2006 gjorde funn hvor studentene ønsket mindre «luftfag» i forbindelse med utdanningen. Studentene ønsket seg mer klinisk og administrativ kompetanse etter endt utdanning. «Luftfag» var beskrevet som etikk, teori og sykepleievitenskap. Nyutdannede studenter i studien til Alsvåg og Førland så ikke hensikten med at utdanningen innebar mye kunnskap om etisk filosofi. Respondentene i denne studien gir beskrivelser av en utdanning med stor vekt på etikk og sykepleievitenskap. Flere av respondentene opplevde at etisk filosofi var for mye vektlagt i utdanningen.

Lovens tolkningsrom og sykepleierens makt ved tildeling av tjenester innebærer behov for etiske overveielser i beslutningsprosesser. Funnet i denne studien viser at evne til etisk refleksjon er viktig. Etikdens formål er å studere hvordan man bør handle, forstå begrepene vi bruker når vi evaluerer handlinger, personer som handler og utfall av handlinger (Sagdahl, M., 2018). Tradisjonelt innen filosofisk etikk fremstilles moralen som noe man lever i og etikken som det man argumenterer i (Martinsen, K., 1993). Per Nortvedt (2005) beskriver de menneskebehandlingende profesjonene som i et spenningsfelt mellom samfunnsoppdraget med politisk forpliktelse og hensynet til den enkelte. I denne studien blir etikken argumentet som

beslutningen begrunnes i. Spenningsfeltet Nortvedt beskriver medfører at sykepleieren må kunne argumentere for hvilke beslutninger som treffes i forbindelse med tildeling av tjenester. Jeg har i denne studien analysert respondentenes argumenter for beslutninger med utgangspunkt i nærhetsetikk og konsekvensetikk

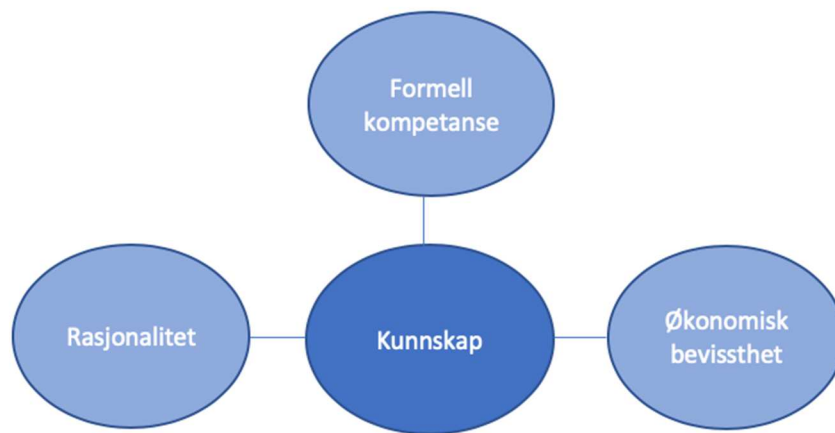
5.3.1 Etisk refleksjon og tildeling av tjenester

Kari Martinsen har hentet mye av sitt etiske tankesett fra Knud Ejler Løgstrup som er en viktig filosof innen nærhetsetikken. Martinsens forfatterskap og dens påvirkning på sykepleieutdanningen kan ha medvirket til den nærhetsetiske tilnærmingen respondentene beskriver i studien. Respondentene beskriver tillit som den viktigste forutsetningen for å etablere en relasjon. Relasjonen ble også beskrevet som en forutsetning for omsorgsarbeidet. Begrepsbruken i respondentenes argumentasjon ved vurderinger av brukernes behov samsvarer med Løgstrups beskrivelser. Hos Løgstrup inngår tillit som en av komponentene i det han beskriver som de suverene livsytringene (Løgstrup, K., E., 1991). Ivaretagelse av tilliten innebærer ivaretagelse av ansvaret som følger. I dette tilfellet innebærer det sykepleierens ansvar overfor brukeren. Ivaretagelse av ansvaret innebærer i følge Løgstrup at sykepleierens handlinger medfører det beste for brukeren. Hos Løgstrup ligger argumentet for handlingen i relasjonen. Respondentene i denne studien har argumentert for sine handlinger som ved :«*–bare brukers behov, ikke hva det koster*». Respondentene gav også beskrivelser av jo sterkere relasjon, jo høyere ansvar følte de for brukeren. For en av respondentene ble relasjonen beskrevet som så sterk at hun til slutt ikke evnet å ivareta rollen som profesjonell. Den profesjonelle rollen ble i dette tilfellet beskrevet som den forvaltende rollen. Ansvaret og tilliten hun hadde opparbeidet medførte at hun ikke kunne frata brukeren tjenester uten at dette gikk på bekostning av relasjonen. En tendens i denne studien var tilsvarende beskrivelser hvor brukere med langvarige tjenestebehov ble forfordelt tjenester. Jeg tolker det som at denne problemstillingen fremkom hos brukere hvor respondentene over tid hadde etablert sterke relasjoner. En av respondentene beskriver dette som «*jeg er X sykepleier og ikke X venn. For det skillet med omsorgen og vennskapet kan være ganske tynt. Så det kan oppleves vanskelig*». For sykepleiere i hjemmetjenesten utvikles relasjoner over tid. Dette skiller seg fra møtet mellom pleier og pasient ved institusjoner som sykehus og helsehus. Ved slike institusjoner er pasientene inne i korte perioder. Etablering av sterke relasjoner er noe som ofte utvikles over tid. I hjemmetjenesten kan brukerne ha tjenester i mange år. Konteksten hvor pleien foregår er hjemme i brukerens egen bolig, noe som kan forsterke denne tilknytningen. Funn i denne studien er at respondentene har en relasjonsorienterte

tilnærming til hvordan de begrunner beslutninger. Et annet moment er hvordan den relasjonelle tilnærmingen kan påvirke sykepleierens evne til å forvalte tildeling av tjenester, med ivaretagelse av kollektiv nytte. Sterke relasjonelle bånd medfører utfordring for ivaretagelse av samfunnsmandatet og en ressurseffektiv forvaltning.

5.4 Kunnskap og forvaltning

Respondentenes beskrivelser av håndteringen av arbeidet som forvalter hos brukerne har medvirket til figur 4. Kategoriene har lik relasjon til hverandre og lik grad av påvirkning på rollen. Kategoriene gjenspeiler respondentenes uttalelser. Figurens senter er beskrevet ved *Kunnskap* som innebefatter de øvrige kategoriene.



(Figur 4, *Samfunnsmandatet ved forvaltning*)

Stortingsmeldingen *utdanning for velferd* beskriver et økende behov for helse- og sosialarbeidere med kunnskap vedrørende hele helse- og velferdssystemet.

Stortingsmeldingen beskriver som målsetting at utdanningen skal bidra til kompetanse som sikrer at hver enkelt bruker får den hjelpen de skal ha, samtidig med å videreutvikle et bærekraftig velferdssamfunn (Kunnskapsdepartementet, 2012). Rammeplanen for sykepleierutdanningen beskriver som mål at sykepleieren skal ha kjennskap til rammebetingelsene som styrer virksomheten (Rammeplan for sykepleierutdanningen, 2008). Kun en av seks respondenter i utvalg 1 kunne beskrive en gjennomgang av relevante emner innen økonomisk og organisatoriske fag i utdanningen. En beskriver hvordan «*politikken kom litt bak alt det andre man måtte kunne som sykepleier*». En av respondentene beskriver «*-du må ha ganske mye informasjon for å kunne gi informasjon til andre*». Respondentens beskrivelser er av egen evne til å informere brukere og pårørende om helsevesenets oppbygning. Hun gir også beskrivelser av overgangen til Tillitsmodellen som utfordrende, da

hun ikke hadde kjennskap til virksomhetens rammer. Usikkerheten fremkommer sterkest i forbindelse med omfang av tjenester, ansvar og konsekvenser i forbindelse med å ta fra bruker tjenester. Bydelsdirektøren i denne studien beskriver sykepleiernes kompetansebehov ved evne til utviklingsledelse og se økonomiske sammenhenger. Studien til Alsvåg og Førland (2006) viste at administrativ kompetansen var noe studentene etterspurte. Den viste manglende samsvar mellom leders forventning til nyutdannede sykepleieres kompetanse og faktisk kompetanse. Bydelsdirektørens uttalelse om at «-de utrufter folk til en jobb de ikke lengre skal ha» indikerer noe av det samme i denne studien. Respondentene gav varierende besvarelser med hensyn til om de ønsket høyere formell kompetanse innen administrative emner i sykepleierutdanningen. Flere beskrev at de ervervet kunnskap om politiske føringer gjennom media. Et viktig spørsmål blir da om kunnskap om helsepolitiske emner via media kan erstatte en formell kompetanse. Kunnskap som sykepleiere selv må ta ansvar for å innhente vil kunne resultere i store individuelle variasjoner. Den vil også risikere å i større grad bli påvirket av ulike politiske retninger. Funn i denne studien indikerer at organisatorisk og samfunnsøkonomisk kunnskap er viktig for sykepleierens håndtering av samfunnsmandatet ved forvaltning. Denne kunnskapen er viktig for at sykepleierne skal kunne begrunne beslutninger ved tildeling av tjenester overfor brukere, pårørende og arbeidsgiver. Denne kunnskapen er også viktig for ivaretagelse av den politiske tilliten ved å forvalte fellesskapets goder. Funn i denne studien tilsier at formell organisatorisk og samfunnsøkonomisk kompetanse er mangelfull. Dette til tross for målsettinger beskrevet i stortingsmeldingen og nasjonal rammeplan.

5.4.1 Ivaretagelse av politisk tillit

Sykepleiere i hjemmetjenesten forvalter et felles gode gjennom et politisk legitimert samfunnsoppdrag. Det innebærer forvaltning av behovsbasert rettighet knyttet til nødvendig helsehjelp etter Helse og omsorgstjenesteloven, Forsvarlighetskravet i Helsepersonelloven og Kvalitetsforskriften. For kommunene medfører samhandlingsreformen et økt press på ivaretagelse av pasienter i og i nærheten av eget bosted. Samhandlingsreformen har resultert i at pasientene er sykere med høyere hjelpebehov og med økt behov for avansert medisinsk behandling. Befolkningsvekst er også en betydelig faktor som gir press på kommunene. På bakgrunn av dette blir behovet for prioriteringer nødvendig. Tolkingsrommet i lovverket innebærer at brukernes rettighet til nødvendig helsehjelp på sikt vil kunne innebære tjenester som dekker utelukkende behov fra et medisinsk faglig perspektiv. Den helhetlige omsorgen står med dette i fare for å bli redusert til primære behov. Tendensen i denne studien er likevel

at den helhetlige omsorgen holdes høyt. Respondentenes beskrivelser innebærer «-å se mennesket, se de behovene som er der, hjelpe de til å gjøre noe med dem».

De kommuniserer også en tydelig økonomisk bevissthet. I studien velger jeg å definere økonomisk bevissthet ved respondentenes forståelse for at tjenester i hjemmesykepleien koster penger og at tjenesten er et felles gode. Flere beskrev dette gjennom uttalelser som «vi disponerer jo innbyggernes skattepenger. Så vi må liksom prøve å fordele dem klokest mulig».

Harald Grimen beskriver profesjonenes, i dette tilfelle sykepleiernes, viktigste oppgave ved faget og forvaltningen (Grimen, H., 2008). Oppgaven fordrer ifølge Grimen god standard for utøvelsen. På bakgrunn av sykepleieteoretikere som Kari Martinsen kan ikke faget ivaretas uten den helhetlige omsorgen. Det er ikke tilstrekkelig med ivaretagelse av primære behov. Sykepleiefaget innebærer en helhetlig og individuell tilnærming som gjør standardisering vanskelig. Brukernes krav på nødvendig helsehjelp blir avhengig av sykepleierens utøvelse av dømmekraft. Hos Grimen og Molander (2008) blir den profesjonelle dømmekraft beskrevet som en byrde ved hvordan denne medfører vilkårlighet og variasjon. De sier videre at dømmekraftens byrde fordrer at forvaltning av ressurser gjøres på bakgrunn av handlingsregler ved standardisering.

Likebehandling

Grimen og Molanders beskrivelser av dømmekraftens byrde fremkommer ved spenninger mellom dømmekraft og komparative konsistenskrav som ved likebehandling og reproduserbarhet (Grimen, H., Molander, A., 2008). Likebehandling oppnås ved at like situasjoner behandles likt. Reproduserbarhet innebærer at to ulike sykepleiere vurderer situasjonen likt på ulikt tidspunkt. Respondentene i studien har beskrevet at de ikke sammenligner brukernes totalsituasjon og tidsbruk, men tiltak som tidligere nevnt, som hjelp til støttestrømper og å gi medisiner sammenlignes. Denne standardiseringen ble ivarettatt i tilfeller hvor oppgavene var mindre komplekse. Den fremtidige utviklingen i kommunehelsetjenesten innebærer at hjemmeboende med behov for tjenester er sykere. Dette medfører en økt kompleksitet i brukernes medisinske tilstand. Sykere mennesker krever mer kompleks behandling. Standardisering av tjenester kan i dette tilfelle bli mindre.

Reproduserbarhet

Respondentene beskrev et entydig ønsket om at vurdering av tjenester ble gjort på bakgrunn av et kollegialt samarbeid. En av respondentene beskriver «-lagene må ha den oppgaven sammen og da blir det dekket godt. Men ikke alene som sykepleier. Jeg tror ikke det er god

nok begrunnelse». Denne typen samarbeid vil kunne ivareta reproduserbarhetsprinsippet ved at man kollegialt oppnår en felles forståelse for hvilke kriterier som danner grunnlag for ulike tjenester. En annen respondent beskrev bruken av kriterier som: *«der må man faktisk være veldig bevisst. På at man gir, at man legger de samme kriteriene til grunn..»*. Ved en felles forståelse for kriterier for tjenester vil dette øke sannsynlighet for at like situasjoner vurderes likt. Men som en respondent beskrev: *«det skulle forundre meg om det liksom var helt sånn konsensus over hele linja, blant alle saksbehandlere...Og oss da. Ja, som jobber ute»*. På bakgrunn av lovverkets tolkningsrom vil det være rimelig å anta at respondenten har rett. En av respondentene begrunnet dette med: *«vi ser brukerne forskjellig fordi de er mennesker»*. Reproduserbarhetsprinsippet blir dermed vanskelig å opprettholde.

Man kan anta at Bestiller- Utfører- modellen i høyere grad ivaretok likebehandlings- og reproduserbarhetsprinsippet. Forvaltningen var adskilt fra utførerne, og saksbehandlerne hadde liten relasjon til brukerne. Bestillerkontorene brukte i større grad standardiserte kriterier ved tildeling av tjenester. Grimen og Molander (2008) referer til filosofen Thomas Hobbs i den grad standardisering ikke er ivaretatt. Ifølge Hobbs må forvaltning av tjenester besluttes på bakgrunn av om handlingen er formålstjenlig. For å kunne vurdere om en handling er formålstjenlig må den kunne måles mot en målestokk (Grimen. H., Molander. A., 2008). Respondentene har beskrevet at de ikke har kjennskap til virksomhetens mål gjennom sine ledere. På bakgrunn av manglende kjennskap til virksomhetens mål blir sykepleierens evne til måling av handlinger vanskelig. Jeg vil likevel poengtere at respondentene gjengav flere av virksomhetens mål i andre sammenhenger. Ansvar for at de ansatte kjenner til virksomhetens mål er hos arbeidsgiver. Hobbs sin tilnærming har klare referanser til en konsekvensetisk filosofi ved rasjonelle handlinger.

5.4.2 Rasjonalitet i forvaltningen

Harald Grimen (2008) beskriver grunnlaget for profesjonen som forankret i det politiske oppdraget. Han mener brudd på den politiske tilliten vil medføre at oppdraget ikke lenger vil tilfalle profesjonen (Grimen. H., 2008). Økonomisk rasjonalitet har i denne studien vist seg som en viktig faktor ved ivaretagelse av det politiske oppdraget. Sykepleierne i hjemmetjenesten må forvalte tjenester ressurseffektivt for ivaretagelse av et bærekraftig velferdssamfunn. Kommunehelsetjenestens imøtekommelse av nåværende og fremtidige behov innebærer en fordeling av knappe ressurser. Dette medfører et kompetansebehov hos sykepleiere i hjemmetjenesten gjennom økt kunnskap om økonomiske konsekvenser beslutninger medfører. Intervju med respondentene har avdekket til dels mangelfull

økonomisk kjennskap til virksomhetens rammer. Respondentene har også beskrevet lav formell økonomisk kompetanse. Mangelen på kunnskap ble beskrevet som årsak til hvorfor det var vanskelig å begrunne beslutninger overfor brukere og pårørende. Samtidig er det funn som tilsier at respondentene praktiserer sine arbeidsoppgaver med økonomisk bevissthet. De har blant annet beskrevet kjennskap til at ressurser brukt på et individ går på bekostning av et annet. Dette indikerer at sykepleieren er rasjonelle i den grad de er økonomisk bevisste. Respondentene beskrev samtidig at økonomiske faktorer ikke medvirket i vurderinger av brukernes hjelpebehov. Manglende formell samfunnsøkonomisk og organisatorisk kompetanse, og liten kjennskap til virksomhetens rammer, medfører liten grad av rasjonalitet i hvordan de fleste respondentene fattet beslutninger. Jeg vil videre beskrive de ulike rollene ved kategoriene i figur 3, *Rollen som omsorgsarbeider* og figur 4, *samfunnsmandatet ved forvaltning* har medvirket til hvordan jeg gjennom studien finner at sykepleierne utøver dømmekraft ved tildeling av tjenester.

5.5 Sykepleierens dømmekraft ved tildeling av tjenester

Christoffersens fremstiller dømmekraft som en vekselvis hermeneutisk prosess mellom ulike sentrale komponenter. Jeg har laget en tabell over mine funn. Tabellen innebærer de viktigste kategoriene som inngår i komponentene som kan formelt påvirkes ved sykepleierens utøvelse av dømmekraft ved tildeling av tjenester. Tabellen tar utgangspunkt i komponentene i figur 1, *Dømmekraft*

	OMSORGSARBEIDER	SAMFUNNSMANDAT/ FORVALTNING
Rolle	Å gi omsorg	Kunnskap
Etikk	Individualitet	Rasjonalitet
Konvensjoner/ rutiner	Nødvendig helsehjelp	Kjennskap til virksomhetens rammer
Kompetanse fra utdanning	Faglig trygghet	Formell organisatorisk og samfunnsøkonomisk kompetanse

(Tabell 3, Kategorier for dømmekraft)

Dømmekraft og de ulike rollene

I denne studien finner jeg at respondentenes utøvelse av dømmekraft ved de ulike rollene innebærer «å gi omsorg» og behovet for kunnskap. Rollen som omsorgsarbeider beskriver respondentene i samsvar med Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Respondentenes utøvelse av dømmekraft ved rollen som forvalter innebærer behov for kunnskap. Funn i studien gir indikasjoner om at de ulike mandatene i den todelte rollen kan komme i konflikt. Den relasjonelle tilnærmingen hvor respondentene beskriver stor grad av tillit og ansvar medfører utfordringer i tilfeller hvor tjenestebehov opphører. Respondentene skiller forvaltning og omsorg gjennom beskrivelser av profesjonalitet og omsorg. De beskriver at de legger fra seg profesjonaliteten når de skal etablere relasjoner. Denne profesjonaliteten beskriver de videre som vanskelig «å kle på seg» når relasjonen er etablert og behovet for tjenester ikke lengre er tilstede. Respondentenes dømmekraft blir dermed påvirket av forpliktelsene de opplever i omsorgsarbeidet. Dette medfører i noen enkelttilfeller at brukere opprettholder tjenester som respondentene faglig anser som ikke lengre nødvendige.

Etikk og dømmekraft

Etiske vurderinger har vist seg viktig ved sykepleierens utøvelse av dømmekraft. Dette for å kunne forstå hvordan sykepleiere fatter beslutninger ved tildeling av tjenester, og hvilke konsekvenser beslutningene medfører. Studien viser at respondentene har en individualistisk tilnærming. Rollen som omsorgsarbeider ivaretas med klare nærhetsetiske referanser. Samfunnsmandatet ved forvaltning har denne studien vist innebærer behov for rasjonalitet i hvordan treffe beslutninger. Respondentene i denne studien utøver dømmekraft med begrenset rasjonalitet begrunnet med et individualistisk fokus.

Dømmekraft ved bruk av konvensjoner og rutiner

Studien viser sykepleierens behov for kjennskap til konvensjoner og rutiner ved utøvelse av dømmekraft ved tildeling av tjenester. Vurderinger ved tildeling av tjenester fordrer kjennskap til lovverket og virksomhetens rammer. Lovverket er det formelle kravet sykepleierne må innfri ved arbeidet ute hos brukere. Virksomhetens rammer innebærer virksomhetens mål og budsjett. Liten kjennskap til virksomhetens rammer medfører at respondentene utøver dømmekraft med bakgrunn i brukerens behov for nødvendig helsehjelp.

Kompetanse fra utdanning påvirker sykepleierens dømmekraft

Dømmekraften respondentene utøver har i stor grad bakgrunn i kunnskap gjennom utdanning. Respondentene beskriver gode kunnskaper for dømmekraft i rollen som omsorgsarbeider. De

har kunnskap om etiske overveielser som innebærer ivaretagelse av den enkelt. De har gode faglige kunnskaper som gjør de trygge i vurderinger. De har kjennskap til nødvendige lover som de bruker ved tildeling av tjenester. Studien viser at formell organisatorisk og samfunnsøkonomisk kompetanse er en viktig komponent for hvordan sykepleiere tildeler tjenester. Studien viser en manglende kompetanse for utøvelse av forvaltende oppgaver. De har behov for kunnskap om helsevesenets oppbygning, virksomhetens rammer og å se økonomiske sammenhenger (Kunnskapsdepartementet, 2012). Respondentene har beskrevet varierende grad av usikkerhet innen de ulike faktorene. Dette fremkommer ved beskrivelser av usikkerhet i forbindelse med beslutninger som påvirker brukerens tjenester. Respondentene har også i liten grad beskrevet sin egen rolle fra et samfunnsperspektiv. Dømmekraft på bakgrunn av formell kompetanse innen forvaltende oppgaver har vist seg være lav. Utdanningens påvirkning på sykepleierens utøvelse av dømmekraft innebærer i hovedsak ivaretagelse av rollen som omsorgsarbeider.

6. Konklusjon

I denne studien har jeg gjort en analyse av hvordan sykepleiere håndterer den todelte rollen ved tjenestetildeling etter innføring av Tillitsmodellen. Jeg har svart på problemstillingen ved hjelp av to forskningsspørsmål. Det ene forskningsspørsmålet svarer på hvorfor etisk refleksjon er viktig ved tildeling av tjenester. Det andre spørsmålet har svart på hvordan sykepleiere utøver dømmekraft ved tildeling av tjenester.

Analyse av sykepleieres etiske refleksjon i dette arbeidet har i denne studien vist seg som viktig. Studiens analyse av hvordan etiske refleksjon påvirker sykepleiernes praksis, har gjort det mulig å forstå hvordan og hvorfor de treffer beslutninger. Det fremkommer gjennom studien at sykepleieren argumenterer for sine beslutninger med tydelige nærhetsetiske referanser. Dette innebærer en individualistisk og relasjonsorientert tilnærming (Løgstrup, K., E., 1991). Sykepleiernes etiske refleksjon beskriver ansvaret for opparbeidet tillit hos brukerne for ivaretagelse av deres situasjonsbestemte behov. Det individuelle fokuset prioriteres fremfor likebehandling, reproduserbarhet og kollektiv nytte. Dette medfører en risiko for variasjon (Grimen, H., 2008). Enkelte bruker kan i noen tilfeller bli forfordelt uten faglig begrunnelse. Funn i denne studien tilser at denne risikoen er «prisen å betale» for den faglige autonomien og prioritering av individuelle behov.

Sykepleierens utøvelse av dømmekraft har gjennom funn i studien vist seg som en kompleks og sammensatt prosess med behov for kompetanse. I studien har jeg analysert komponenter ved dømmekraft som kan formelt påvirkes. Lovverket har stor grad av tolkningsrom for innfrielse av sykepleiers ulike mandat i hjemmetjenesten etter Tillitsmodellen. I lovverket henvises det til sykepleierens utøvelse av god dømmekraft. Liten standardisering øker kompetansebehovet ytterligere for ivaretagelse av både brukere og samfunnets velferdsgoder. Sykepleieren har beskrevet kompetanse ervervet gjennom sin profesjonsutdanning. Studien avdekker både måloppnåelse og avvik. Målene er beskrevet i rammeplan for sykepleierutdanningen (2008) og stortingsmeldingen *utdanning for velferd* (2012).

Kunnskapsmålene som innebærer ivaretagelse av rollen som omsorgsarbeider fremstår med god måloppnåelse. Respondentene beskriver ivaretagelse av brukerens individuelle og grunnleggende behov i samsvar med formelle lovkrav.

Respondentene har ikke beskrevet formell kompetanse som er nødvendig for ivaretagelse av rollen som forvalter. De har beskrevet manglende samfunnsøkonomisk kompetanse, kjennskap til virksomhetens rammer og helsevesenets oppbygging.

Funn i denne studien avdekker at mandatene i den todelte rollen kan komme i konflikt med hverandre. Relasjonelle forpliktelser overfor enkeltindivider medfører i noen tilfeller en utfordring. Dette fordi sykepleieren samtidig skal ivareta en ressurseffektiv forvaltning. Det viser seg at relasjoner som har blitt opparbeidet over tid kan medføre en utfordring når oppgaven med forvaltning tilsier å redusere tjenester. Manglende kunnskap om virksomhetens rammer forsterker denne utfordringen. Dette viser seg ved respondentenes manglende evne til å argumentere for egne beslutninger overfor bruker og pårørende.

Studiens funn indikerer likevel økt trivsel med arbeidsoppgaver etter innføring av Tillitsmodellen. Mestringsfokuset har positive ringvirkninger for både bruker og utførere av tjenesten. Sykepleierne i studien ønsker både ansvaret for ivaretagelse av brukerne, og å forvalte ressurser. Ivaretagelse av den politiske tilliten som ansvaret innebærer er viktig (Grimen, H., 2008). Manglende kompetanse og tillit kan som ytterste konsekvens medføre at den forvaltende oppgaven flyttes ut av tjenesten.

Teoretisk bidrag

Den todelte rollen ved forvaltning og å ivareta enkeltindivid innebærer et spenningsfelt mellom den enkeltes behov og den kollektive nytten. Sykepleiere har gjennom utdanning sterke nærhetsetiske referanser som medfører at myndighet utøves med ivaretagelse av relasjonen og individuelle behov. Prinsipper som ved likebehandling, reproduserbarhet og kollektiv nytte blir ikke prioritert. Overføring av forvaltende oppgaver på sykepleiere som jobber tett på brukere av tjenesten medfører behov for økt kompetanse. Et bærekraftig velferdssamfunn betinger at sykepleierne fatter beslutninger med nødvendig kompetanse om tjenestens kostnader, virksomhetens rammer og organisatoriske strukturer i offentlig helsevesen.

Videre forskning

Innføring av Tillitsmodellen i hjemmebaserte tjenester er fremdeles i en tidlig fase. Det vil i nærmeste fremtid kunne gjøres studier av økonomisk utvikling i kommunen etter innføring av modellen. Dette fordrer at modellen er tilstrekkelig implementert over en viss tid. Det vil kunne være interessant å undersøke om ressursbruk per innbygger i kommunene og bydelene i Oslo øker eller minsker etter at forvaltningen av ressurser er lagt til sykepleierne. Brukertilfredshet og ansattes trivsel bør også undersøkes videre.

Utvalget i denne studien er i liten skala. Den vil likevel kunne avdekke en tendens med hensyn til sykepleiernes kunnskapsnivå om arbeidsoppgaver som innebærer forvaltning av

ressurser. Rammeplanen for utdanningen beskriver mål som respondentene i studien ikke beskriver som oppnådd. En større kvantitativ studie vil kunne avdekke om kunnskapsmangelen er en generell tendens blant sykepleiere utdannet ved norske utdanningsinstitusjoner.

Studien avdekker også funn som indikerer positive effekter ved mestringsfokus hos sykepleiere og brukere. Respondentenes fokus på «Hva er viktig for deg?» fremstår som sterkt medvirkende. Videre forskning med hensyn til effekten av mestringsfokuset vil kunne gi ny og viktig kunnskap.

Litteraturliste

- Alnes, J., H., (2018). Hermeneutikk. I *Store norske leksikon*. Hentet 12.11.2018 fra: <https://snl.no/hermeneutikk>
- Alsvåg, H., Førland, O., (2006). Sykepleierutdanningen i lys av nyutdannedes yrkeserfaringer, *Nordic journal of nursing Research & clinical studies*, 03/2006 (Volum 26), hentet fra: <https://doi.org/10.1177/010740830602600308>
- Andrè, B., (2017). Omsorg i sykepleien med en helsefremmende tilnærming, *Klinisk sykepleie* 01/2017 (Volum 31)
- Aspøy, A., (2016) Tillitsreform i Skandinavia, *Stat og Styring* 03/2016 (Volum 26) hentet 17.09.18 fra: https://www-idunn-no.eazy.uin.no/stat/2016/03/tillitsreform_i_skandinavia
- Austgard, K., (2002), *Omsorgsfilosofi i praksis: å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*, Oslo: Cappelen akademiske
- Averill, J., B., (2002), Matrix analysis as a complementary strategy in qualitative inquiry, *Qualitativ Health Research*, jul;12(6):, hentet 03.04.19 fra: [10.1177/104973230201200611](https://doi.org/10.1177/104973230201200611)
- Bentzen, T., Ø., (02.02 2015), Forsker: Der er brug for parterapi mellem tillid og kontrol, *DenOffentlige. Dk*, hentet 17.09.18 fra: <https://www.denoffentlige.dk/der-er-brug-parterapi-mellem-tillid-og-kontrol>
- Bernt, J., F., (2018). forvaltning, I *Store norske leksikon*. Hentet 6.05 2019 fra <https://snl.no/forvaltning>
- Brinchmann, B., S., (Red.) (2008), *Etikk i sykepleien*, 1. utg. Oslo: Gyldendal akademiske
- Christoffersen. S., A., (2011) *Profesjonsetikk, om etiske vurderinger i arbeidet med mennesker*, 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eide, T., Nilsen, E., Gullstett, M., Olafsen, A., Aaberge, A., Eide, H.,(2017) *Tillitsmodellen – erfaringer med mini-pilotering av selvstyrende team i tre bydeler i Oslo kommune*, Høgskolen i Sørøst-Norge.
- Easterby- Smith, M., Thorpe, R., Jackson, P., R., Jaspersen, L., (2018) *Management & business research*, 6. utg. London: Sage Publications Ltd
- Grimen, H., (2008), *Profesjon og profesjonsmoral*, i Molander. A & Terum. L., (2008), *Profesjonsstudier*, Oslo: Universitetsforlaget

Grimen, H., Molander, A., (2008) *Profesjon og kjønn*, i Molander. A & Terum. L., (2008), *Profesjonsstudier*, Oslo: Universitetsforlaget

Helse- og Omsorgsdepartementet, (2013), *Folkehelsemeldingen- God helse- felles ansvar*, (Meld. St. 34 (2012- 2013)), hentet 07.01.19 fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/>

Helse- og Omsorgsdepartementet, (2009), *Samhandlingsreformen, Rett behandling- på rett sted- til rett tid*, (Meld. St. nr. 47 (2008- 2009)), hentet 23.09.18 fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2019), Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m. M. (LOV-2011-06-24-30), hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%20og%20omsorgstjenesteloven>

Helsepersonelloven, (2018), lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64), hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2

Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunen, (1981- 82), Ot.prp. nr 66, hentet 10.11.18 fra: https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1981-82&paid=4&wid=b&psid=DIVL250&s=True&pgid=b_0219

Johansen, I., (2014, 28.11). Fra stoppeklokkeomsorg til tillitsreform, *Kommunal- rapport*. hentet 04.09.2018 fra:

https://kommunal-rapport.no/debatt/fra_stoppeklokkeomsorg_til_tillitsreform

Kommunens sentralforbund (2004), *Bestiller- utfører- organisering i pleie og omsorgssektoren- en veileder 2004*, hentet 10.03.18 fra:

http://www.ks.no/contentassets/09d8f2de6e0d451ca9cf0c7decce07b5/2344_034022_samlet-webutgave-veileder-bum-rev270404.pdf

Kvale, S., Brinkmann, S., (2015), *Det kvalitative forskningsintervju*, 3.utg. Oslo: Gyldendal akademiske

Kvalitetsforskriften for pleie og omsorgstjenester (2003), Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgssektoren for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i

kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (FOR-2003-06-27-792) hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Kunnskapsdepartementet (2008), *Rammeplan for sykepleierutdanning*, av 25.01.08, hentet 02.05.2019 fra:

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Kunnskapsdepartementet, (2012), *Utdanning for velferd*, (Meld. St. Nr. 13 (2011-2012)), (7-11). Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf>

Lipsky, M. (2010) *Street-level Beurocracy: Dilemmas of the individual in public Services*, opplag, 30 ANV EXP, (Xii) New York: Russell Sage Foundation

Lyngfoss, S., Hauge, S., (2014), Omsorg- handling eller føleri? En kritisk analyse av Kari Martinsens omsorgsteori, *Nordisk sykepleieforskning* 4(2014) nr. 3, hentet 10.12.18 fra:

<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2438309/2014Lyngfoss%20Hauge%20%20Hauge.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Løgstrup, K., E., (1991), *Den etiske fordring*, Oslo: Cappelens Forlag (Utg. første gang 1956).

Martinsen, K., (1993), *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*, Oslo: Tano

Martinsen, K., (2003), *Omsorg, sykepleie og medisin*, (2. utgave), Oslo: universitetsforlaget

Martinsen, K., (2011), Omsorg, sårbarhet og tid, *Klinisk sygepleie* 04/2011 (Volum 25), hentet 12.12.18 fra: [https://www-idunn-](https://www-idunn-no.eazy.uin.no/klinisk_sygepleje/2011/04/omsorg_saarbarhet_og_tid)

[no.eazy.uin.no/klinisk_sygepleje/2011/04/omsorg_saarbarhet_og_tid](https://www-idunn-no.eazy.uin.no/klinisk_sygepleje/2011/04/omsorg_saarbarhet_og_tid)

Mehmetoglu, M., (2004), *Kvalitativ metode for merkantile fag*, Bergen: Fagbokforlaget

Molander, A., Terum, L., (2008), *Profesjonsstudier*, Oslo: Universitetsforlaget

Neumann, C., B., Olsvold, N., Thagaard, T., (2016) *Omsorgsarbeidets sosiologi*, (17), Oslo: Fagbokforlaget

Nordhaug, M., (2014), Faglighet under press, *Sykepleien*, 24.04.2014, hentet 20.10.18 fra:

<https://sykepleien.no/2014/04/faglighet-under-press>

Nortvedt, P. (2005). Profesjonsetikkens grunnlag, *Senter for profesjonsstudier*, Arbeidsnotat nr. 7-2005, hentet fra: <http://www.hioa.no/content/download/21762/274635/file/7-2005,%20Nortvedt,%20Profesjonsetikkens%20grunnlag.pdf>

Oslo kommune, (2015), *Plattform for byrådssamarbeid mellom Arbeiderpartiet, Miljøpartiet De Grønne og Sosialistisk Venstreparti i Oslo 2015-2019*, (12, 45) hentet 06.03.18: <https://www.sv.no/wp-content/uploads/sites/2/2015/10/Byraadserklaering-web.pdf>

Sagdahl, M., (2018). *etikk, I Store norske leksikon*. Hentet 6.05 2019 fra <https://snl.no/etikk>

Solstad, E., (2009), Fusjoner i offentlig sektor, *Magma* 7/2009, hentet 03.05.19 fra: <https://www.magma.no/fusjoner-i-offentlig-sektor>

SSB, (2014), *Behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren*, 2014/14 hentet 02.04.19 fra: https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/170663?_ts=1452121e668

Tillitsmodellen -sluttrapport for Prosjekt Tillitsmodellen, (2018), hentet 01.12.2018 fra: <https://www.ivarjohansen.no/images/stories/Tillitsmodellen/Evaluering05102018.pdf>

Øydgard, G., (2018) Individuelle behovsvurderinger eller standardiserte tjenestetilbud? *Tidsskrift for omsorgsforskning* 01/2018 (Volum 4) hentet 01.02.2019 fra: https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2018/01/individuelle_behovsvurderinger_eller_standardiserte_tjenest

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Hvordan håndterer sykepleiere i hjemmebaserte tjenester den todelte rollen ved tjenestetildeling etter Tillitsmodellen ”?”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å øke kunnskapen om sykepleiere i hjemmetjenesten sin håndtering av nye ansvarsområder etter omorganisering til Tillitsmodellen. I dette skrevet mottar du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Studien er en masteroppgave som inngår i MBA- studiet ved Nord universitet. Omorganisering til Tillitsmodellen har medført en avslutning av Bestillerkontorene som tidligere var ansvarlig for å utmåle tjenestebehov hjemme hos brukerne. Denne oppgaven er nå lagt til sykepleiere i tverrfaglige selvstyrte team. Denne oppgaven er en studie av hvordan sykepleiernes todelte rolle med ansvar for å innvilge tjenester og ivareta brukernes omsorgsbehov fungerer i praksis.

Studiens problemstilling er *Hvordan håndterer sykepleiere i hjemmebaserte tjenester etter Tillitsmodellen den todelte rollen ved tjenestetildeling*. Studien benytter to underliggende forskningsspørsmål for å svare på problemstillingen.

1. Hvorfor er etisk refleksjon sentralt i arbeidet med fordeling av tjenester?
2. Hvordan utfører sykepleiere i hjemmetjenesten skjønnsmessige vurderinger?

Studien er en kvalitativ studie med semi-strukturerte intervjuer. Det er planlagt å intervju mellom 6 og 8 sykepleiere som arbeider med vurdering og tildeling av tjenester som også er utøvere av tjenesten. Dataene som fremkommer av intervjuene skal ikke benyttes til annet formål enn denne masteroppgaven.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Nord universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget til studien er tilfeldig utvalgt fra de bydelene i Oslo som har omorganisert til Tillitsmodellen

Hva innebærer det for deg å delta?

Det vil bestå av et intervju som vil ta mellom 30 og 60 minutter. Det vil bli benyttet lydopptak av intervjuet. Samtalen vil deretter bli transkribert og lagret på en passord-beskyttet lagringsenhet i et sektorsystem som er beskyttet av min arbeidsplass i Oslo kommune. All informasjon om deg som privatperson vil bli anonymisert.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Den eneste som vil ha tilgang på data som fremkommer av intervjuet er min veileder Hin Hoarau Heemstra og meg selv.
- Personopplysninger som fremkommer i intervjuet vil bli omkodet med en tallkode slik at informasjonen ikke kan spores tilbake til deg. Disse dataene med koder vil bli oppbevart adskilt fra øvrig data slik at de ikke kan kobles sammen.

Deltakerne som deltar i intervju vil ikke kunne gjenkjennes i eventuelle publikasjoner.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes etter innlevering den 15.05.19. Opplysningene som er lagret på data og lydopptak vil bli slettet 8 uker etter dette når oppgaven er ferdig sensurert.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Nord universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: Nord universitet ved Hin Hoarau Heemstra og eller Karianne Roland Persson kontaktes på mail:

hin.h.heemstra@nord.no eller kariannepersson@hotmail.com

Vårt personvernombud: personvernombud@nord.no Telefon 74 02 27 50

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Karianne Roland Persson
student

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Hvordan håndterer sykepleiere i hjemmebaserte tjenester den todelte rollen ved tjenestetildeling etter Tillitsmodellen ”?”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å øke kunnskapen om sykepleiere i hjemmetjenesten sin håndtering av nye ansvarsområder etter omorganisering til Tillitsmodellen. I dette skrivet mottar du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Studien er en masteroppgave som inngår i MBA- studiet ved Nord universitet. Omorganisering til Tillitsmodellen har medført en avslutning av Bestillerkontorene som tidligere var ansvarlig for å utmåle tjenestebehov hjemme hos brukerne. Denne oppgaven er nå lagt til sykepleiere i tverrfaglige selvstyrte team. Denne oppgaven er en studie av hvordan sykepleiernes todelte rolle med ansvar for å innvilge tjenester og ivareta brukernes omsorgsbehov fungerer i praksis.

Studiens problemstilling er *Hvordan håndterer sykepleiere i hjemmebaserte tjenester den todelte rollen ved tjenestetildeling etter Tillitsmodellen*. Studien benytter to underliggende forskningsspørsmål for å svare på problemstillingen.

1. Hvorfor er etisk refleksjon sentralt i arbeidet med fordeling av tjenester?
2. Hvordan utfører sykepleiere i hjemmetjenesten skjønnsmessige vurderinger?

Studien er en kvalitativ studie med semi-strukturerte intervjuer. Det er planlagt å intervju mellom 6 og 8 sykepleiere som arbeider med vurdering og tildeling av tjenester som også er utøvere av tjenesten samt bydelsdirektøren i bydel Nordstrand. Dataene som fremkommer av intervjuene skal ikke benyttes til annet formål enn denne masteroppgaven.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Nord universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget til studien er tilfeldig utvalgt fra de bydelene i Oslo som har omorganisert til Tillitsmodellen

Hva innebærer det for deg å delta?

Det vil bestå av et intervju som vil ta mellom 30 og 60 minutter. Det vil bli benyttet lydopptak av intervjuet. Samtalen vil deretter bli transkribert og lagret på en passord-beskyttet lagringsenhet i et sektorsystem som er beskyttet av min arbeidsplass i Oslo kommune. All informasjon om deg som privatperson vil bli anonymisert. Det vil fremkomme av oppgaven at jeg utfører undersøkelsen i bydel Nordstrand. Din tittel som bydelsdirektør vil bli benyttet hvis det fremkommer informasjon fra intervjuet med relevans for oppgaven. Det vil dermed

kunne være mulig å koble informasjon du meddeler under intervjuet tilbake til deg som privatperson ved din tittel som direktør. Hvis jeg benytter materiale fra intervjuet i oppgaven vil jeg informere deg om dette i forkant. Du vil bli tilsendt per mail eventuelt sitat eller meningsytring jeg ønsker å bruke i oppgaven. Jeg vil ikke publisere noe informasjon som fremkommer fra intervjuet uten godkjenning fra deg først.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Den eneste som vil ha tilgang på data som fremkommer av intervjuet er min veileder Hin Hoarau Heemstra og meg selv.
- Personopplysninger som fremkommer i intervjuet vil bli omkodet med en tallkode slik at informasjonen ikke kan spores tilbake til deg. Disse dataene med koder vil bli oppbevart adskilt fra øvrig data slik at de ikke kan kobles sammen.

Deltakerne som deltar i intervju vil ikke kunne gjenkjennes i eventuelle publikasjoner.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes etter innlevering den 15.05.19. Opplysningene som er lagret på data og lydopptak vil bli slettet 8 uker etter dette når oppgaven er ferdig sensurert.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: Nord universitet ved Hin Hoarau Heemstra og eller Karianne Roland Persson kontaktes på mail:

hin.h.heemstra@nord.no eller kariannepersson@hotmail.com

Vårt personvernombud: personvernombud@nord.no Telefon 74 02 27 50

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Karianne Roland Persson
student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Hvordan håndterer sykepleiere i hjemmebaserte tjenester den todelte rollen ved tjenestetildeling etter Tillitsmodellen*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. *10.07.19*

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Tema	Spørsmål	Oppfølgingsspørsmål	Spørsmål kategori	Hva ser vi etter?
Oppvarming	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleierens rolle etter tiliitsmodellen. - Overgang bestiller- utfører - Hvordan tjenester tildeles brukere. - Ikke rett/ gal praksis. - Alle svarene anonymiseres - Fritt til å trekke seg når som helst. Henvendelse direkte til meg. 	Har du spørsmål vedrørende intervjuet?	Innledning	
Bakgrunn	Kan du fortelle kort om deg selv?	<ul style="list-style-type: none"> - Hvor lenge har du arbeidet i hjemmetjenesten? - Hva er den profesjonelle rollen din? /Hva inneholder jobben din? - Ved hvilken utdanningsinstitusjon har du gjennomført din utdanning? - Når var du ferdig utdanner? - Hva slags brukergruppe jobber du mot? 	Innledende	Erfaring og rollen av informant.
Tiliitsmodellen	Respondentens tanker/erfaringer om tiliitsmodellen	Hvilke erfaringer har du med innføring av tiliitsmodellen? <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan medførte modellen endring i din rolle? - Hvordan utføres tildeling av tjenester til brukere? 	Intro	Organisatoriske endringer/ rolleendringer
Etikk	Hvilket etisk grunnlag er viktig for respondenten	<ul style="list-style-type: none"> - Kan du beskrive relasjonen du har til brukerne? - Hva betyr denne relasjonen? - Opplever du å ha ulik relasjon til de ulike brukerne? Varierer relasjonen? - Hvilken rolle tror du tillit spiller i relasjon med brukere? - Har du tanker om hvordan empati/medfølelse påvirker i relasjon med brukere? - Hvilken rolle tror du relasjon spiller ved tildeling av tjenester til brukere? - I hvilken grad opplever du å ha makt/myndighet til å bestemme hvilke tjenester brukeren er i behov av? - Kan du gi et eksempel på en situasjon hvor du har opplevd at tildeling av tjenester mellom ulike brukere har vært urettferdig? - Kan du gi et eksempel på en situasjon hvor du har opplevd at tildeling av tjenester mellom ulike brukere har vært rettferdig/ lik fordeling? - Har du tanker om tildeling av tjenester medfører prioritert mellom brukere? - Kan du gi et eksempel? - Hvordan opplevde du det/ hva slags tanker har du om det? - Hender det at du strekker deg og utfører tjenester utover nødvendig? - Kan du gi et eksempel? 		Ute etter å finne ut om hvilke tanker sykepleieren har som bakgrunn for fordeling av tjenester? Individuallistisk tilnærming eller fellesskapet. Likebehandling versus nærhet

		<ul style="list-style-type: none"> - Har du tanker om man sammenligner brukere med tilsvarende hjelpebehov, ved tildeling av tjenester? 		
Konvensjoner og rutiner	Respondentens forhold til lover og regler i tjenesten	<ul style="list-style-type: none"> - Har lederen din i hjemmetjenesten gjennomgått felles mål for tjenesten? Kkan du gi et eksempel? - Er målene viktige for deg? - På hvilken måte forholder du deg til lover og regler (ved tildeling av tjenester)? - Er det viktig for deg? - (Hva tenker du om begrepet nødvendig helseljepl)? - Hvordan holder du deg oppdatert på disse? - I hvilken grad opplever du at du har tilstrekkelig kunnskap om lover og regler? 	<p>Forsøker å finne ut sykepleterens kunnskap om aktuelle konvensjoner og rutiner. Hvordan forholder sykepleteren seg til disse I det daglige. I hvilken grad har utdanningen medvirket til kunnskap om disse.</p>	
Utdanning	Respondentens tanker om kunnskap ved utdanning	<ul style="list-style-type: none"> - Hvor har du kunnskap fra om aktuelle lover og regler? - Hva husker du at du lærte om helsepolitikk i utdanningen din? - Hva husker du at du lærte om økonomi i utdanningen din? - Opplever du at utdanningen din har gitt deg tilstrekkelig kunnskap om helsepolitikk og økonomi? - Hvilken påvirkning har politikk og økonomi på hvordan du hjelper brukere/ innvilger tjenester? - Kan du gi et eksempel? - Hvordan opplever du at utdanningen din har medvirket til kunnskap om etikk? - har du et eksempel? - Hva slags vurderinger gjør du når du skal tildene en bruker tjenester? - Har du noen tanker om tildeling av tjenester er personavhengig av den enkelte sykepleter? Hvis ja, har du en forklaring på hvorfor? 	<p>Avdekke om respondentene opplever at utdanningen har bidratt til en helsepolitisk forståelse. Kunnskap om forvaltning</p>	
Skjønnsmessige vurderinger	Respondentens tanker om fordeling av helsetjenester		<p>Hvordan utfører sykepleiere skjønnsmessige vurderinger ved tildeling av tjenester?</p>	
avslutning		Har du spørsmål vedrørende intervjuet?		

Vedlegg 4, Matrise omsorgsarbeider

	Rolleavklaring	Relasjon	Individualitet	Likebehandling	Konvensjoner/ Rutiner	Makt	Tillit/ Ansvar	Ressurs- fordeling	Utdanning	
O M S O R G S A R B E I D E R	[R4: den inneholder jo å utføre nødvendige helse tiltak]	[R4: Assa i sykepleierlaget så er det jo, relasjonbygging er jo en del av sykepleierlaget da.]	[R3: være ydmyk. Se litt ehht, ja, hvordan bruker ønsker det. Snakk med bruker. Ehht, og hør på bruker. Ehht ja, ha et smil. Være hyggelig. Sånne ting]	[R2: i forhold til meg da hvis jeg skal endre en teneste til noen jeg har blitt glad i. For det kan man ikke unngå. Men så er det dette her med, hva om jeg ikke er glad i den.]	[R2: målet mitt er mestring da. Hvis jeg jobber ut ifra det, så alt ting blir på en måte ehht, ivare tatt rundt.]	[R3: det er jo en ganske stor makt sånn sett. Men vi ønsker jo å gjøre det beste for brukeren. Og se deres behov da.]	[R1: det er veldig givende å jobbe på en måte så man ser en måte så man ser fremgang da ved at man har gjort på en måte riktig i valg, eller satt i gang de riktige tiltakene]	[R4: når man jobber ute så får man jo relasjon. Og den kan kanskje stå litt i veien for et, ja, for en faglig, objektiv vurdering av behov, kanskje.]	[R2: vi hadde i forbindelse med det medmenneskelige, vi er jo omsorgspersoner. Så.. hvordan du skulle ivareta den andre]	
	[R6: og gi helsehjelp omsorg]	[R4: forskning forteller oss at det er ganske viktig for folk at man som sykepleier da, eller som helsehjelper tør å ta steget å etablere en relasjon, man må jo føle seg litt frem.]	[R2: når jeg er hos en bruker så tenker jeg på han eller hun, sånn individet og lager tiltaksplanen ut ifra det]	[R6: de som har hatt tenester i mange, mange år, har ofte klart og karer seg til mer hjelp (ler). Og da er det veldig vanskelig å ta de bort i egen.]	[R2: Vi kan være ikke sånn restriktiv med hva som er lovverket, men vi kan gjøre så godt vi kan]	[R2: selv om saksbehandler er den på en måte vedtak og forstår liksom hva det inneholder, og som lovmessig da, så er jeg da en person som er med på, ja, ja, holde den røde tråden.]	[R1: Så kan vi selv på en måte avgjøre hvor mye tid man skal sette av da. Og det er også veldig altright.]	[R6: jeg prøver å tenke økonomi. Jeg er kanskje ikke den beste på det. Jeg er litt følsom.. (ler)]	[R1: det var liksom veldig mye som de skulle lære oss om etikk. Så var det kanskje mange som følte at det ikke var så veldig viktig med etikk for det var så veldig mye annet som man måtte vite.]	
	[R6: å se mennesket, se de behov som er der, hjelpe til å gjøre noe med dem, hjelpe personen å hjelpe seg selv ofte kanskje, være et medmenneske, men samtidig ha den rollen som hjelper da.]	[R2: men jeg tror det er liksom empati, og dette her med hvordan skal jeg utøve en god teneste med at det jeg gjør er riktig for deg. Og at du på en måte kan kjenne til den følelsen jeg har for deg.]	[R6: at man kan prøve å skape en best mulig teneste for den enkelte brukeren.]	[R6: vi ser brukerne på forskjellige måter siden det er mennesker, det er vanskelig på en måte å ha objektive rammer mange ganger, så vi bruker skjøn]	[R2: det hadde ikke vært min prioritering ut ifra faget da. Men så må jeg gjøre fordi de har sterke påtorende og så måtte jeg gjøre prioritertinger.]	[R2: lagene må ha den oppgaven sammen og da blir det dekket godt. Men ikke alene som sykepleier. Jeg tror ikke det er god nok begrunnelse. Vi må bruke litt flere personer, involvere flere personer i disse vedtakene i disse tildeling av tenester.]	[R1: man har litt sånn autoriteten, eller myndigheten da til å kunne gjøre noe fordi man har sett over så lang tid eller, ja, man har fått den samtalen med de.]	[R2: Og så av og til så vet jeg faktisk ikke om jeg gjør riktig fortsatt. Og jeg mener jeg kan ha en begrunnelse for å være ganske sikker på at det er riktig. Og allikevel så kjenner jeg at jeg er jeg er så redd for det. At jeg gjør noe feil. Kanskjevenn kan bli så store.]	[R3: jeg tenker heller ikke på hva vi har kapasitet til, noe man kanskje burde gjøre. Men det er jo liksom, jeg vet, ja assa vurderinger assa, det er jo brukeren som er viktigst oppi det her. Og det er jo hva de trenger da]	[R3: jeg husker vi hadde masse om etikk og så husker jeg de der, sykepleieteoritkern e. Der var etikk veldig, ja]
		[R2: det skiller med omsorgen og vennskapet kan være ganske tynt. Så det kan oppleves vanskelig]			[R4: vi har en del kronikere for eksempel. Som ja, jeg vet ikke, som kanskje jeg følger fått kanskje litt mer enn det som er høyest nødvendig... at de kanskje sammen med påtorende yter litt press da]				[R3: høre bruker og bruker s behov, men ikke hva det koster]	[R3: Teorier, sykepleieteorier, det var litt større enn det jeg hadde forventet at det skulle være faktisk.. så det er jo ganske stort ja.

Vedlegg 5, Matrise forvaltning

	Rolleravklaring	Relasjon	Individualitet	Likebehandling	Konvensjoner/ rutiner	Makt	Tillit/ ansvar	Ressursfordeling	Utdanning	
F O R V A L T N I N G	[R2]: Så det er mye situasjoner hvor vi «ler» kommer i konflikter med våres yrke og profesjon da og hvordan vi skal utøve den.]	[R2]: jeg er X sykepleier og ikke X ven. For det skille med omsorgen og vennskapet kan være ganske tynt. Så det kan oppleves vanskelig]	[R4: vi skal tilrettelegge til hver enkelt bruker] [R6: akkurat det den personen trenger der og da, er jo det man hjelper de med]	[R2]: Alle har lik rett. Og jeg synes det er en som får mer tjenester enn andre.]	[R1: så er det jo ganske vanskelig når man har kanskje påtørende som pusker veldig på for ting. Også ser man kanskje at dette er ting de ikke skal ha eller bør ha, også går det kanskje på bekostning av andre del]	[R2: det er mye lovverk inni der som vi ikke vet hvorfor det er, også gjør vi ting uten å stille et spørsmål en gang. Fordi folk har vært, eller vi har vært foralt hva skal vi gjøre.]	[R2: jeg tror det som har vært orient for min leder var å slippe kontrollen da. Og at ehhh... og kompetanseheving krever nye ressurser]	[R1: jeg syntes det er veldig fint at man kan være med på å en måte påvirke tjenesten og hverdagen til brukeren.]	[R3: jeg har kanskje sett at det har vært veldig, veldig mye tid som enkelte har fått. Også er det kanskje ikke behov for så mye. Det kan jo gå på bekostning av andre.]	[R1: nei, ikke noe særlig. Ikke noen egen forelesning om økonomi i hvert fall]
	[R4: vi også har begynt da å, ja innvilge de tjenester da, kan du si... - å ja også da, selvfølgelig også da å saks. Ikke saksbehandle, men vurdere behovet]	[R4: der må man faktisk være veldig bevisst. På at man gir, at man legger de samme kriteriene til ikke minst mulig, assa ikke tenke det, men assa, være fornuftig da.]	[R6: akkurat det den personen trenger der og da, er jo det man hjelper de med]	[R1: så er det jo ganske vanskelig når man har kanskje påtørende som pusker veldig på for ting. Også ser man kanskje at dette er ting de ikke skal ha eller bør ha, også går det kanskje på bekostning av andre del]	[R2: Og så plutselig sitter jeg med brukeren, jeg skal endre ting, jeg trenger ikke si noe til noen, men er det innator? Hvor mye, hvor mange besøk kan jeg gi til en bruker i forhold til lovverket?]	[R1: utfører som sørger for at ting er oppdatert. Og de, vi har jo ledere som pusker på det der med vedtakstider]	[R6: jeg syntes egentlig det er veldig deilig. Jeg husker jo fra før omorganiseringa da, det der at man måtte henge med til bestillerkontoret og... og da måtte man liksom fichte litt for det da. Men nå kan man bare gå inn og endre litt spjøl, når man ser at det trengs.]	[R4: vi disponerer jo innbyggernes skattepenger. Så vi må jo liksom prøve å fordele de klokest mulig. Assa, ja, bruke minst mulig.]	[R3: -helsepolitikk, ja. Økonomi. Det er ikke noe sånn jeg husker veldig godt, som jeg kommer på egentlig. Nei]	
	[R3:ehhnn, for det meste så går jo ting via saksbehandler. Vi må jo ha med saksbehandler stort sett på alt. Men også får vi noen ganger lov til å kjøre vårt eget løp.]	[R6: så kan man jo ofte dra ut tå på litt jeg tenker at det er jo kanskje ikke nødvendig helsehjelp, men det er nødvendig for den relasjonen for og få gi den nødvendige helsehjelpen]	[R2]: jeg prøver å være profesjonell når jeg kommer til en person, til pasienten. At jeg utfører en tjeneste med å fremme helse for eksempel.]	[R2: Kommer an på hvilken pasient det er «der», men jeg, det er det igjen, jeg skal behandle alle likt. Så det er litt vanskelig.]	[R4: -nødvendig helsehjelp, -det som er høyest nødvendig i forhold til at brukeren skal få tilfredsstillt, eller skal få leve.]	[R2: Men når du skal slippe, det å la ansatte lære å være, assa den tilhiten da som kreves er ikke så lett å gi tak av.]	[R1: jeg følger liksom sånn det er i dialog med kollegaer.]	[R1: jeg vet jo at økonomi er veldig opp i hvordan det blir for vår del, for det koster jo å ha folk på jobb. Og hvis man er flink å avslutte helt eller enkelte ting, så gjør jo det at tden for vår del kan brukes til andre, som er mer økonomisk da.]	[R1: økonomi er at hvordan det blir for vår del, for det koster jo å ha folk på jobb. Og hvis man er flink å avslutte helt eller enkelte ting, så gjør jo det at tden for vår del kan brukes til andre, som er mer økonomisk da.]	[R2: nei, det gjør jeg egentlig ikke, - men man trenger ikke bruke masse tid på det syntes jeg. For det er en del av det å skulle være innbygger]
	[R2]: [Alltid var noen som fortalte meg hva jeg skulle gjøre hos brukeren. Det var veldig godt forklart. Så skulle du plutselig tenke spjøl. Hva det var viktig for brukeren ut i fra noen rammer da. Fordi, men vi visste ikke noe, hvilken ramme det var. Men vi måtte nå velge.. og, ikke velge, men hjelpe brukeren å finne det ut selv.]	[R4: for å ha en relasjon... legge fra seg noe av den profesjonelle avstanden, eller distansen eller som det blir når man er kun profesjonell.]	[R1: jeg tror i hvert fall sånn i forhold til tjenestene og tid så er vi ganske sånn at vi setter av ganske lik tid da.]	[R2: Man skal jo gjøre det beste man kan for brukeren. Men det er viktig at man holder seg til det bruker har vedtak om da.]	[R1: Det er ikke sånn at jeg alene bestemmer hvem som skal ha hva. Men at vi gjør det sammen på en måte da.]	[R2: når du har vært veldig flink med den bestiller-utfører- modellen til den Tiltidsmodellen, er at ingen har ansvar for noen ting. Så plutselig skulle du ha masse ansvar, den følelsen av ansvar kommer liksom etterhvert, men du kan ikke systemet til å ivareta disse ansvarsområdene.	[R2: hvis jeg ikke har tilstrekkelig informasjon om det, kan jeg ikke stå der og si det er noe du trenger. Du må ha mye informasjon for å kunne gi tilstrekkelig informasjon til andre. Jeg tror det har preget veldig mye av tjenesten jeg tror det har preget veldig mye av tjenesten kunne mer om det.]	[R2: jeg syntes det er veldig fint at man kan være med på å en måte påvirke tjenesten og hverdagen til brukeren.]	[R2: nei, de fleste store oppgavene måtte vi jo referere til lover og regler. Eh, så man måtte jo sette seg inn i de da,]]	[R2: jeg studert her så jeg vet litt om lovverk]

