

# Palliativ omsorg i primærhelsetjenesten, og omorganiseringens konsekvenser i hjemmesykepleien

Av

Roar Johansen

Nils Kjenstad

Avhandling avlagt ved

Handelshøjskolen i København for graden

Master of Public Administration 2015





**HINT**

**SAMTYKKE TIL HØGSKOLENS BRUK AV MASTER-/BACHELOR-  
/KANDIDAT- OG PROSJEKTOPPGAVER**

Forfatter(e):       Roar Johansen og Nils Kjenstad \_\_\_\_\_

Tittel:               Palliativ omsorg i primærhelsetjenesten, og omorganiseringens  
konsekvenser i  
hjemmesykepleien \_\_\_\_\_

Studieprogram:    MPA \_\_\_\_\_

Kryss av:



Vi/jeg samtykker i at oppgaven gjøres tilgjengelig på høgskolens bibliotek og at den kan publiseres på internett i fulltekst via BIBSYS Brage, HiNTs åpne arkiv



Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre  
Kan frigis fra: \_\_\_\_\_

Dato:



underskrift

underskrift

underskrift



underskrift

underskrift

underskrift

## **FORORD**

Denne avhandlingen utgjør den avsluttende delen av Master of Public Administration (MPA) som ble gjennomført over en periode på 2,5 år. Den første delen ble gjennomført i regi av HiST og HiNT, og den andre i regi av CBS. Studiet ga oss først en god innføring i kjernefagene Økonomi, Statsvitenskap og Organisasjon og ledelse. Deretter ble vi introdusert for Samfunnsvitenskapelig metode, Strategisk ledelse og Europeisk integrasjon og offentlig styring. Vi ønsker å takke for gode forelesninger, engasjerte forelesere og for nyttige studiereiser til sommerskolen i Egmond aan Zee, Nederland, og samlinger i København og Maastricht/Brussel. Vi har erfart gleden og verdien av å ha et godt studentmiljø, interessante diskusjoner og mange hyggelige aktiviteter også utenfor klasserommet. En stor takk til dere alle!

Vi ønsker å takke alle informanter som lot oss ta del i deres erfaringer og oppfatninger av palliativ omsorg i hjemmesykepleien etter oppstart av samhandlingsreformen. De har gjennom sine bidrag gjort empirien interessant og nøyaktig. Vi vil spesielt takke kommunalsjefene innen helse, Anita Nilsen og Aud Palm i henholdsvis Nesodden kommune, og Frogn kommune, som la forholdene til rette for at vi kunne gjennomføre intervjuene.

Roar Johansen ønsker å takke sin arbeidsgiver, Nesodden kommune, som har lagt alt til rette for at han kunne gjennomføre studiet på beste måte. Han ønsker også å takke alle kollegaer innen palliativ omsorg i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten, som har bidratt med gode innspill, diskusjoner og betraktninger.

Vi ønsker også å rette en stor takk til tålmodige familiemedlemmer som har stilt opp, både i forelesningsperioden, under studiereisene og i perioden mens vi skrev masteroppgaven. Uten dere hadde ikke dette studiet latt seg gjennomføre.

Sist, men ikke minst ønsker vi å takke vår dyktige veileder Ove Gustafsson, som har formidlet teori og metode på en engasjerende måte og lærerik måte.

## **Abstrakt**

### **Tittel:**

«Palliativ omsorg i primærhelsetjenesten, og omorganiseringens konsekvenser i hjemmesykepleien»

Dette har vært en studie av reaksjoner blant medarbeiderne når palliativ behandling implementeres i hjemmesykepleien, og hvordan arbeidsmiljøet blir påvirket av denne prosessen.

### **Bakgrunn:**

I denne masteroppgaven undersøkte vi konsekvensene av samhandlingsreformen i den kommunale hjemmetjenesten, da med fokus på behandling av palliative kreftpasienter. Samhandlingsreformens konsekvens har vært en oppgaveforskyvning av pasientbehandling og oppfølging, fra sykehus til kommunehelsesektoren. I vår casestudie studerte vi hvordan hjemmetjenesten har opplevd oppgaven om et sømløst forløp til den palliative pasienten uavhengig av omsorgsnivå. Vi samlet informanter fra hjemmesykepleien i to nabokommuner, som har organisert den palliative omsorgen på ulike måter. På den måten fikk vi muligheten til å utføre en komparativ studie, for å få en bredde i våre funn.

### **Teori:**

For å kunne gjennomføre en god analyse av hvilke reksjoner implementeringen av samhandlingsreformen har ført til og hvilke strukturelle endringer som også har vært en følge av dette, har det vært viktig med et godt teoretisk bakteppe for argumentasjonen vi kom fram til. Kommunens måte å håndtere de nye utfordringene vil være preget av den strukturelle rammen kommunen befinner seg i, endringsprosessene som er gjennomført og hvordan den strukturelle endringen har preget arbeid, utvikling og implementering. Vi så det hensiktsmessig å ha ny-institusjonell teori som utgangspunkt for analysen, med fokus på tre-pilar systemet, effektivitet og legitimitet. Vi brukte de underliggende teoriene vi har presentert som et nyttig teoretisk utgangspunkt, for å analysere problemstillingene vi laget i denne oppgaven.

### **Metode:**

Det ble benyttet en komparativ kvalitativ metode med casestudie, der 6 informanter er fra kommunen vi ønsket å undersøke, og 5 informanter er fra en sammenligningskommune. Datamaterialet ble analysert tematisk og ved hjelp av både lydopptak og transkribering under selve analyseringen. Vi fant den hermeneutiske tilnærmingen naturlig, da fortolkningen og relasjonene som inngikk i prosessen, var sentralt for hvordan situasjonen ble håndtert.

### **Konklusjon/resultat:**

Kommunene vi undersøkte, valgte ulike måter å strukturere hjemmesykepleiens tjenester på. Nesodden oppga trykghetsfølelse av å ha en kompetansegruppe lett tilgjengelig, og økt interesse for de palliative pasientgruppene. Positiv omtale og tilbakemeldinger ble oppfattet som belønninger for deres innsats. Informantene fra Frogn, ga uttrykk for å oppleve økte krav om kompetanse og engasjement som motivasjon i jobben. De savnet også en sterkere ledelse innenfor det palliative satsningsområdet. Alle informanter savner innovativ og økonomisk satsning, for å kunne øke kvalitet og sikkerhet i jobben. Vi tror at videre forskning bør satse på en kvantitativ studie, som inkluderer alle kommuner i landet. Undersøkelseskjemaer kan avdekke ulike funn, basert på befolkningsdata, geografi og økonomiske ressurser. Dette vil skape et god oversikt over hvor vellykket implementeringen av kommunal palliasjon har vært.

# **INNHold**

<b>1. Forord.....</b>	<b>3</b>
<b>2. English summery.....</b>	<b>9</b>
<b>3. Innledning.....</b>	<b>11</b>
3.1 Bakgrunn for valg av case.....	12
3.2 Begrepsforklaringer og beskrivelser.....	13
3.2.1 Beskrivelse av samhandling og samhandlingsreformen.....	13
3.2.2 Beskrivelse av den palliative omsorgen før og etter samhandlingsreformen.....	14
3.2.3 Beskrivelse av hjemmetjenesten.....	15
3.2.4 Beskrivelse av palliasjon og palliative pasienter .....	16
3.2.5 Oppgaveforskyvning.....	17
3.2.6 Avgrensninger .....	18
3.3 Problemstilling.....	19
3.3.1 Hvilke typer reaksjoner oppstår i forbindelse med implementering av nye spesialistoppgaver i den kommunale hjemmetjenesten?.....	19
3.3.2 Har prosessen med endring fra et stabilt miljø, til den nye dynamiske og komplekse ført til en utvikling av organisasjonsstrukturen?.....	20
3.4 Presentasjon av caset.....	21
3.5 Kort om teori.....	26
3.6 Kort om metode.....	27
3.6.1 Case studiet.....	27
3.6.2 Datagrunnlag.....	27
3.7 Oppgavens struktur .....	29
3.8 Oppsummering.....	29
<b>4. Teori.....</b>	<b>30</b>
4.1 Bakgrunn for teoretisk oppbygning.....	30
4.2 Organisasjonsstruktur 1.....	37

4.3 Organisasjonskultur.....	39
4.4 Institusjonaliseringsprosessen.....	40
4.5 Nyinstitusjonalismen.....	43
4.6 Medarbeider-reaksjoner.....	45
4.7 Legitimitet.....	47
4.8 Endring.....	49
4.9 Organisasjonsstruktur 2.....	51
4.10 Endring gjennom spredning.....	54
4.11 Integrering.....	57
4.12 Organisasjonens evne til tilpasning.....	59
4.13 Formalisering.....	62
4.14 Oppsummering.....	66
<b>5. Metode.....</b>	<b>67</b>
5.1 Metodevalg.....	67
5.2 Forskningsdesign.....	68
5.3 Datakilder.....	71
5.4 Forskningsprosess.....	72
5.5 Forberedelser.....	72
5.6 Intervjuguide.....	73
5.7 Intervjuene.....	73
5.8 Troverdighetskriterier.....	76
5.9 Oppsummering.....	78
<b>6. Analyse.....</b>	<b>80</b>
6.1 Problemstilling og hovedfunn.....	80
6.2 Analysen.....	85
6.3 Problemstilling 1, forskningsspørsmål 1.....	89

6.4 Problemstilling 1, forskningsspørsmål 2.....	95
6.5 Problemstilling 1, forskningsspørsmål 3.....	108
6.6 Problemstilling 2, forskningsspørsmål 1.....	114
6.7 Problemstilling 2, forskningsspørsmål 2.....	119
6.8 Problemstilling 2, forskningsspørsmål 3.....	123
<b>7. Diskusjon og implikasjoner av funn.....</b>	<b>126</b>
<b>8. Forslag til videre forskning.....</b>	<b>127</b>
<b>9. Referanser.....</b>	<b>129</b>
<b>10. Vedlegg.....</b>	
10.1 Invitasjon til deltagelse i studien.....	134
10.2 Informert samtykke.....	136
10.3 Intervjuguide.....	137
10.4 Transkribering informant 1.....	142
10.5 Transkribering informant 2.....	145
10.6 Transkribering informant 3.....	148
10.7 Transkribering informant 4.....	153
10.8 Transkribering informant 5.....	157
10.9 Transkribering informant 6.....	161
10.10 Transkribering informant 7.....	164
10.11 Transkribering informant 8.....	168
10.12 Transkribering informant 9.....	170
10.13 Transkribering informant 10.....	172
10.14 Transkribering informant 11.....	176
<b>11. Figuroversikt.....</b>	
11.1 Kommunekart og inspirasjon.....	21

11.2 Antall palliative pasienter i Nesodden.....	23
11.3 Det palliative Team i Nesodden.....	25
11.4 Den konseptuelle virksomhetsmodellen.....	31
11.5 Tilpasset interessentmodell.....	32
11.6 Motivasjonelle drivkrefter.....	34
11.7 Endring og organisasjonssystem.....	35
11.8 Forenklet organisasjonskart Nesodden.....	37
11.9 Eksempel på 3 pilarsystemet i Nesodden.....	43
11.10 Reaksjonsprosess på endringer.....	45
11.11 Kartlegging av virkemidler for organisasjonsendring.....	50
11.12 Differensiering og de-differensiering.....	52
11.13 Normativ spredning.....	55
11.14 Endring ved hjelp av institusjonelle entreprenører.....	57
11.15 Politiske endringsstrategier.....	61
11.16 Organisasjonskart Nesodden.....	75
11.17 Organisasjonskart i hjemmetjenesten i Nesodden.....	76
<b>12 Tabelloversikt.....</b>	
12.1 Gruppering av støttestab.....	53
12.2 Spredningsform.....	54
12.3 Oppsummering av metodiske valg.....	70
<b>13 Bilder og illustrasjoner.....</b>	
13.1 «Omorganisering av støttestabens funksjoner, fra stabilt til dynamisk miljø»...62	
13.2 «Det palliative team».....	101



## **2 ENGLISH SUMMERY**

“Palliation medicine in the primary health care, and the consequences of reorganizing the municipal home nursing services”

We analyzed studied various ways to perform palliation care in the municipal health care system, and its impact on the home health care system.

### **Context**

Since the Coordination reform was implemented on January 1<sup>st</sup> 2012, the municipal health care system has been given increased responsibility for the health care services. The municipalities are now required to provide more palliative treatment and care, due to the transfer of tasks between specialist health services and primary health and care services in Norway. We present the background of the study, its mandate and the main features of its prosecution. We review the main contents and present the analyses in the different chapters. We outline the data and the records on which the study is based.

### **The study`s main questions**

The key questions posed in this study relate to the migration and changes in tasks in palliation care services in the municipalities in relation to the specialist health service. The changes are specified as tasks or responsibilities that are transferred and taken over by the municipally.

Of central importance are questions relating to possible work implications of changes in the municipally portfolio of responsibilities and a gradual integration of new client categories, especially cancer patients receiving palliation care.

Q1: What kind of reactions might appear in the municipality home nurses working environment, at the implementation of new specialist tasks?

Q2: What are the implications on the organizational structure, stemming from a change in the municipality work environment from stability to the dynamic complexity?

### **Method**

We take a qualitative methodical approach in our case studies, by conducting individual interviews and collecting data from home nursing employees at Nesodden and Frogn municipalities. The participants contributed with their extensive experience in working with palliation care at the municipally home care. The data was analyzed by thematic analyses.

## **Results**

We would like to present the following analysis from our studies: The home nurses in Nesodden and Frogn experienced an increase of interest and pride in their work along a rise in palliative care competence. The two municipalities Nesodden and Frogn perform palliation care differently and enable us to generalize our results. Nesodden has established their own palliation team consisting of an oncologist and an oncology nurse, while Frogn has given the palliation care tasks to all home nurses at the municipally. The result raises ethical issues in reallocation of labour recourses allocation and its consequences. Another critical issue is how to treat all chronic ill patients fairly in the municipally system, when certain diseases require more attention than others. Finally we found a rise in labour autonomy and responsibility as another outcome of the municipality level reorganization of work structure.

### 3 INNLEDNING

*“You matter because you are you. You matter to the last moment of your life, and we will do all we can not only to help you die peacefully, but to live until you die.”*

Cicely Saunders, (1918-2005)

I denne masteroppgaven vil vi undersøke noen av konsekvensene av implementering av samhandlingsreformen i hjemmetjenesten, problemstilling 1 (P1) og problemstilling 2 (P2). Samhandlingsreformen krever økt fokus på kompetanse, tilfredsstillende bemanning og effektiv organisering. I nasjonal strategi for kreftomsorg har fokuset vært å flytte pasientbehandling og oppfølging fra sykehus til kommunesektoren. Omorganisering av arbeidsmiljøet, se teorigapittel 4.9, av palliativ omsorg i kommunehelsetjenesten som case, kan eksemplifisere ulike faktorer i en endringsprosess.

I vår casestudie i Nesodden, belyser vi moderniseringsprosessen i velferdsstaten, med teorier om endringsledelse som ramme. Dette er en prosess og et eksempel på New Public Management (NPM) der beslutningsmyndigheten omrokkres og utførelsen av tjenestene skifter behandlingsnivå fra helseforetak til kommune. En av de største utfordringene er å sørge for at kvalitet og effektivitet opprettholdes uavhengig av institusjon (Ringen 1987).

### **3.1 BAKGRUNN FOR VALG AV CASE**

Vi har begge erfaring med kreftbehandling i primærhelsetjenesten, den ene som behandler og den andre som nær pårørende av kreftpasient. Dette gjør at vi har ulike erfaringer og oppfatninger av tjenesten i caset. Den ene av oss arbeider som kreftlege i det palliative temaet i Nesodden, og har hatt denne stillingen i tre år. I dette arbeidet har det vært mye fokus på pasienter og ønsket om å utvikle deres tilbud i hjemmeomsorg, mens det har vært mindre diskusjoner om hvordan disse oppgavene påvirker medarbeiderne og deres arbeidshverdag i hjemmesykepleien.

Dette har også gitt oss mulighet til å kombinere flere av våre felles interessefelt, nemlig kommunehelsetjeneste og omorganiseringsledelse.

Vår case er den hjemmebaserte palliasjonsbehandlingen, og måten denne organiseres på av hjemmesykepleien. Vi har valgt å sammenligne to nabokommuner i Akershus; Nesodden og Frogn, som har funnet ulike måter å gjøre tjenesten på, og undersøkelsesenheten er medarbeiderne i hjemmesykepleien, der vi blant annet har undersøkt tilfredshet ved egen stilling, og hvordan lederne har evnet å informere godt nok gjennom prosessen.

Vi ønsker å belyse mulige konsekvenser av samhandlingsreformen, når palliative pasienter skal overføres fra sykehus til kommune for videre oppfølging og behandling. Hvordan påvirker dette arbeidsmiljøet blant ulike medarbeidere (reaksjoner, P1), og hvordan fungerer ulike måte å organisere dette arbeidet på (utvikling, P2).

## 3.2 BEGREPSFORKLARINGER OG BESKRIVELSER

### 3.2.1 Beskrivelse av samhandling og samhandlingsreformen

#### *Samhandling:*

*«Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en rasjonell og koordinert måte»*

*(St.m.nr. 47, s. 13)*

Samhandling som tema har fått økt fokus gjennom Samhandlingsreformen (st.meld.nr 47 2008-2009), som er et verktøy i regjeringens politikk for å møte nåværende og kommende helseutfordringer. Selve ordet "samhandling" er et norsk begrep og defineres som vekselvirkning mellom to eller flere personer som handler i forhold til hverandre.

Helsevesenet står overfor store utfordringer i årene framover. Flere blir gamle, flere blir syke og trenger hjelp over lang tid og flere sykdommer kan behandles med ny teknologi. I flere år har man sett at utviklingen ikke lengre er bærekraftig. Det satses fortsatt på sykehusene, men mye av veksten i ressurser må gå til å bygge opp gode tjenester med solid kompetanse der folk bor. Dette var foranledningen til at arbeiderpartiet i regjering, ved helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen introduserte ideen om samhandlingsreformen. For å gjennomføre reformen, ble det anbefalt å øke veksten i legeressurser og at en større andel av forventet vekst i helse- og omsorgssektorens budsjetter skulle komme i form av frie inntekter til kommunene. Kommunene fikk også økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter fra 2012. I utviklingen av den kommunale helsetjenesten skulle man spille på bredden av kompetansen i de ulike faggruppene. Tre hovedtrekk bak reformen var:

Å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor.

Man skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker.

Særlig viktig med god samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner, og mellom avdelinger og enheter innen sykehus og kommuner. Gode samarbeidsavtaler og samlokalisering i lokalmedisinske sentre skal bidra til det.

I vår case innen samhandlingen vil vi bruke enkelte begrep som brukes om hverandre, og som kan være utydelig og kan forveksles. En avklaring synes derfor å være nødvendig, potensielt for å tydeliggjøre forskjellene mellom begrepene, samt også for å definere oss selv i dette begrepsmessige landskapet. Herunder følger våre valgte definisjoner på begreper som er sentrale i avhandlingen, og som vi kommer til å forholde oss til underveis.

### 3.2.2 Beskrivelse av den palliative omsorgen før og etter samhandlingsreformen

Helt siden 1990-tallet har det vært et helsepolitisk mål å redusere antall innleggelser og liggedøgn på sykehus (Galtung, Kjerstad, Kristiansen (2002)). Ifølge Nasjonal Helse- og omsorgsplan skal: «En større del av helsetjenestene skal ytes i kommunene, forutsatt at kvaliteten er like god eller bedre, og at det er kostnadseffektivt». Den 01.01.12 ble den varslede samhandlingsreformen – stortingsmelding 47- iverksatt. Hovedmålet til reformen var å gi rett behandling på rett sted til rett tid. Denne reformen krever god og tett samhandling og kommunikasjon mellom hovedaktørene helseforetak og kommune.

Før etablering av samhandlingsreformen, ble palliative pasienter i all hovedsak behandlet ved helseforetakene, og de fleste pasientene fikk mulighet til lengre opphold ved de palliative avdelingene. Den høyeste kompetansen for palliative pasienter finnes på region- og universitetssykehus ifølge Haugen, Jordhøy og Hjermsstad (2011). Det ble opprettet eget kompetansesenter for lindrende behandling på hvert regionsykehus, med særlig ansvar for forskning, fagutvikling, undervisning og opplæring. Spesialkompetanse i palliasjon blir tilbudt i Norge, og ellers i Norden, gjennom palliative team med base på sykehus. Dette har også en ambulant funksjon med besøk til hjem og sykehus, samt konsulentvirksomhet i sykehusets avdelinger (Haugen, Jordhøy og Hjermsstad, 2011). Pasientene skulle oppholde seg og bli behandlet der kompetansen ble ansett som best, og det var ved sykehusene.

Etter samhandlingsreformens inntog, har den palliative behandlingen endret seg. Kreftforening opprettet i 2012 et fond på 30 millioner for kreftkoordinatorstillinger, som kommunene kunne søke på. Dette skulle være starten på å bygge opp et kommunalt tverrfaglig palliativt team, som skulle erstatte mye av behovet for oppfølging fra regionsykehusene. Det kommunale temaet, bestående av kreftkoordinator, hjemmesykepleie, fysioterapeut og ikke minst fastleger skulle ivareta den palliative pasienten i hjemkommunen, og yte behandling i pasientens hjem og på sykehjem. I «Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester» (Helse- og Omsorgstjenesteloven) som trådte i kraft 01.01.2012 tillegges kommunene et større ansvar for at pasientene med langvarige og koordinerte tjenester får Individuell Plan (IP). I følge de nasjonale retningslinjene fra helsedirektoratet skal hjemmetjenesten nå organisere palliasjon på følgende måte: «Ansvaret for hjemmebasert omsorg skal i all hovedsak ligge hos den kommunale omsorg- og pleietjenesten (hjemmesykepleien) og fastlege. Enkelte steder finnes særskilte ordninger, som for eksempel Fransiscushjelpen i Oslo, som er et ambulerende team». I tillegg anbefales det at det etableres et kompetansenettverk av sykepleiere, der man finner minst en spesialistsykepleier i palliasjon fra hjemmetjenesten, sykehjem og fra sykehusavdeling (nasjonale retningslinjer for palliasjon).

### 3.2.3 Beskrivelse av hjemmetjenesten

Hjemmesykepleien er en kommunal tjeneste som har gjennomgått store endring de siste årene. Hjemmetjenesten er en lovpålagt kommunal oppgaven som beskrives på denne måten:

Kommunens lovbestemte sykepleietjeneste omfatter oppgaver innenfor forebyggende helsearbeid med spesiell vekt på opplysende og rådgivende virksomhet samt kurativ behandling og pleie, opptrening og rene pleiefunksjoner.

Tilsatte i sykepleietjenesten må arbeide i nær kontakt med det øvrige helsepersonell i kommunen. Det må videre være nært samarbeid med kommunal sosialtjeneste, offentlig tannhelsetjeneste og helseinstitusjoner. (Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste (for-1983-11-23-1779)

Tidligere var hjemmesykepleie drevet av ulike religiøse organisasjoner og frivillige enkeltpersoner. I 1982 ble hjemmesykepleien en lovpålagt helsetjeneste for kommunene (Fermann og Næss 2008, Kommunehelsetjenesteloven).

Den raske veksten og utviklingen av hjemmebaserte tjenester i landets kommuner, har gitt en stor grad av variasjon og lokale løsninger. Mange kommuner har gjennomført flere og til dels store organisasjonsendringer over relativt kort tid. Hjemmetjenesten styres av kommunalsjef innen helse, og mellomleder omtales som enhetsleder. Pleierne utgjør den største gruppen, som består av sykepleiere, hjelpepleiere, hjelpepleiere som er kliniske spesialister, omsorgsarbeidere, hjemmehjelpere og assistenter. Disse yter bistand overfor brukere som har behov for hjemmesykepleie, hjemmehjelp, trygghetsalarm eller annen bistand i kortere eller lengre perioder. Hjemmetjenesten er døgnbemannet med fagpersonell 24 timer i døgnet.

Det anbefales at minst én sykepleier fra pleie- og omsorgstjenesten i hver kommune utpekes som ressursperson for pasienter med palliative behov. Ressursperson skal kunne bistå det øvrige personalet i hjemmesykepleien med råd og veiledning, og kan om nødvendig også delta i stellesituasjonen (Standard for palliasjon. 2004)

Utøverne av hjemmetjenesten påvirkes i stor grad av de nye spesialiserte oppgavene. Det kreves mer kompetanse og å kunne utføre flere arbeidsoppgaver selvstendig. Tidspresset kan også øke i takt med nødvendige prosedyrer og utvidede rutiner Oppfatning av roller og ansvarsfordeling endres i takt med nye oppgaver, og nye pasientgrupper. På grunn av kommunalt selvstyre og mål om desentralisering, har kommunene stor frihet til å forme tjenestene etter lokale forhold (Fermann og Næss 2011). Vi vil vise hvordan nye pasientgrupper og omorganisering utfordrer hjemmesykepleiens arbeidsmiljø.

### 3.2.4 Beskrivelse av palliasjon og palliative pasienter

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med alvorlig sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet.

På grunn av generell økning av sykdomstilfeller og en voksende og stadig eldre befolkning øker antall kreftpasienter i vårt land. Moderne kreftbehandling medfører at flere pasienter lever lenger med sin sykdom. Disse forhold fører til at antall pasienter med behov for palliativ behandling, pleie og omsorg øker. Mange kreftpasienter har andre sykdommer i tillegg til kreftsykdommen, og dette fører ofte til at behandlingen og omsorgen blir mer komplisert.

Ca. 95 % av pasientene på palliative enheter er kreftpasienter. Også i primærhelsetjenesten dominerer denne gruppen blant de palliative pasientene.

I noen anbefalinger er den palliative pasientpopulasjonen avgrenset til å omfatte pasienter med antatt forventet levetid mindre enn 9-12 måneder. Den palliative fasen er en prosess som starter når det erkjennes at sykdommen er uhelbredelig, og avsluttes når pasienten dør (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (28.06.2013)).

Den palliative fasen kjennetegnes ved;

- komplekse symptombilder med bakgrunn i både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle forhold. Disse skyldes først og fremst pasientens aktuelle sykdom og situasjon, men andre kroniske sykdommer og/eller tidligere behandling kan virke inn.
- hyppige og raske endringer i symptombildet
- akutte tilstander og komplikasjoner som krever rask vurdering og behandling
- tap av fysisk funksjon og økende hjelpe- og pleiebehov
- sviktende organfunksjon(er).
- endret farmakokinetikk/-dynamikk

Ifølge WHO defineres palliasjon slik:

*“Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable*



*assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.”*

Internasjonale undersøkelser har vist at de fleste pasienter i en palliativ situasjon ønsker å tilbringe så mye tid som mulig i hjemmet, og at over halvparten ønsker å dø der (Higginson (2004)). For å kunne møte pasientenes og de pårørendes behov, kreves dermed individuelle tilpasninger og et samspill mellom hjemmeomsorg, mer langvarig pleie i sykehjem, behandling i vanlig sykehusavdeling og, i mange tilfeller, medvirkning fra helsepersonell/enheter med spesiell kompetanse i palliasjon. Dette krever samarbeid og systemer på tvers av helseforetak og kommune, der den lokale utformingen også tar hensyn til befolkningsmessige og geografiske forhold. En organisert kompetansebygging og -spredning er også nødvendig for å videreutvikle fagfeltet palliativ medisin (Haugen, Jordhøy, Engstrand, Hessling, Garåsen (2011)). De konkrete endringene vi tar for oss er ulike reaksjoner som oppstår når hjemmetjenesten endrer fokus fra generell pleie og omsorg til spesialiserte oppgaver. Endringene er fortsatt pågående, og som en konsekvens begrenser vi oss derfor til å analysere ulike reaksjoner som har foregått underveis i prosessen, og ser bort fra det endelige resultatet i slutten av endringene. Vi anser dette som interessant og utfyllende forskning til denne studien. Undersøkelsesenheten er primærhelsetjenesten i kommunen, og pleierne er informasjonsenheterne

### **3.2.5 Oppgaveforskyvning**

Oppgaveforskyvning (internasjonalt er et begrep kjent som «task shifting») innebærer å endre personellsammensetning, ut ifra hvilke oppgaver som legges til de ulike profesjonene. Oppgaveforskyvning kan føre til effektivitetsgevinster når oppgaver og aktiviteter blir utført på så lavt nivå som mulig, og uten at dette går på bekostning av kvalitet. Oppgaveforskyvning kan på denne måten være ressursbesparende ved at personellressurser frigjøres på et høyt nivå.

Oppgaveforskyvning har som tema blitt gjenstand for mer oppmerksomhet internasjonalt, enn i Norge. Verdens helseorganisasjon har viet temaet mye fokus de siste årene, først og fremst i forhold til hvordan utviklingsland kan løse sine helsepersonellbehov. Men oppgaveforskyvning har også blitt foreslått som en mulig løsning for rikes lands helsepersonellutfordringer (The World Health Report 2006).

Flere innlagte, kortere liggetid og sterk økning i poliklinisk virksomhet i somatiske sykehus, gir et økt press på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. I somatiske sykehus er redusert liggetid realisert gjennom økt tid på sykehjem. Endret utskrivningspraksis handler mer om bedre behandlingsmetoder og teknologi– enn at kommunene har overtatt spesialisert behandling fra spesialisthelsetjenesten. Man kan si at kommunene har tatt på seg flere oppgaver ut fra en ny omsorgsfilosofi – godt hjulpet av reformer innenfor sektoren, enn at det har skjedd en oppgaveforskyvning mellom helseforetak og kommunehelsetjeneste.

### **3.2.6 Avgrensninger**

I vår casestudie har vi valgt å kun fokusere på enkelte faktorer ved konsekvenser av samhandlingsreformen, i all hovedsak på palliative pasienters omsorgsforflytning fra sykehus til hjemmesykepleie. I denne prosessen har vi valgt å studere medarbeiderreaksjoner og endringer i hjemmetjenestens arbeidsmiljø. På grunn av begrensninger i forhold til tid og ressurser har vi avgrenset våre analyser i forhold til andre interessentene som ellers ville vært naturlig å studere her, slik som pasientene og deres pårørende, toppledelsen og politikere. Vi har heller ikke fokusert på organisasjonens ytre omgivelser, og beskriver ikke dette nærmere i denne oppgaven.

### 3.3 PROBLEMSTILLING

Både ledelsesstruktur og ansvarsområder i hjemmetjenesten er i stadig endring, og nye oppgaver må implementeres i arbeidsmiljøet.

Problemstillingen vi vil belyse er prosessen med endring i utførelsen av hjemmetjenesten, fra et stabilt miljø, til den nye dynamiske og komplekse.

Vi ønsker å få innsikt i prosessene *før*, *under* og *etter* omorganisering av den palliative kreftomsorgen i Nesodden kommune.

#### 3.3.1 Problemstilling 1 (P1)

**Hvilke typer reaksjoner (aktuell forfatter, kapittelanvisning) oppstår i forbindelse med implementering av nye spesialistoppgaver i den kommunale hjemmetjenesten?**

Omorganiseringen preges av ulike prosesser, slik som differensiering, desentralisering og strategisk tekning. Vi har spesielt fokusert på ulike reaksjoner i arbeidsmiljøet, under prosessen med overføring av palliative pasienter til hjemmetjenestens ansvarsområde se kapittel 3.2.3 side 16. Med reaksjoner mener vi medarbeidernes opplevelse av ledelse- og strukturendring, og hvordan dette kommer til uttrykk i medarbeidernes arbeidshverdag. Påvirker dette lederens legitimitet, og vil dette få utslag i medarbeidernes motivasjon til ytterligere organisasjonsendring?

Forskningsspørsmål 1.1 (F1.1): I hvilken grad var medarbeiderne i hjemmesykepleien på forhånd informert om samhandlingsreformen, og hvordan ble palliasjon som målrettet behandlingsgruppe implementert av lederne? Her ønsker vi å undersøke prosessen rundt kommunikasjon og implementering.

Forskningsspørsmål 1.2 (F.1.2): Hvordan har palliasjonsomsorgen påvirket medarbeidernes hverdag med strukturendringene, og hvordan er deres motivasjon til organisasjonsendringer over tid? Her ønsker vi å belyse hvordan palliasjonsarbeidet påvirker medarbeidernes som vilje og motivasjon.

Forskningsspørsmål 1.3 (F.1.3): Hvilke tiltak mener medarbeiderne kunne bedret innsatsen i virksomheten ytterligere, og vi ønsker å belyse om det er fordeler/ulempene med den nye kommunale palliasjonsomsorgen?

Avhengig variabel er adferd etter at samhandlingsreformen er etablert. Eksempler på uavhengige variabler er lover, regler og krav om kompetanseheving (Teorikapittel 4.4 Institusjonaliseringsprosessen).

### 3.3.2 Problemstilling 2 (P2)

#### **Har prosessen med endring fra et stabilt miljø, til den nye dynamiske og komplekse ført til en utvikling av organisasjonsstrukturen (Bolman og Deal, kapittel 4.9)**

Pleiepersonalets strukturelle ramme endres fra trygge faste oppgaver og grupperinger, til større variasjon og frihet ved utførelse av oppgavene. Krevende pasienter trenger større grad av individualisering, både for behandling i hjemmet og tilrettelegging for pleietiltak. Oppgavene til pleierstaben i hjemmesykepleien har tradisjonelt sett hatt en høy grad av formalisering. Det vil si at de fleste oppgavene har vært beskrevet med klare prosedyrer og regler, men med en viss fleksibilitet ut ifra den enkelte brukers behov. Vi har spesielt ønsket å fokusere på utviklingsprosessen med høyere grad av gruppering og spesialisering på gruppenivå.

F2.1: Har strukturendringen i jobbhverdagen ført til andre måter å utføre jobben på i forhold til ansvar, frihet eller selvstendighet, og har virksomheten blitt bedre egnet til å takle nye utfordringer etter endringene?

F2.2: Var virksomheten forberedt på å takle reorganiseringen, og hvordan påvirker dette andre instanser tilknyttet hjemmetjenesten, i forhold til formalisering og opplevd ansvarsnivå?

F2.3: Har palliasjonsomsorgen påvirket engasjementet i arbeidsmiljøet, og er palliasjonsoppgavene like kjent i alle nivå i virksomheten?

Avhengig variabel her vil være medarbeidernes endrede adferd som resultat av virksomhetens organisasjonsendring. Eksempler på uavhengig variabel vil være formell organisasjonsstruktur, institusjonens omgivelser og kommunale ressurser.

### 3.4 PRESENTASJON AV CASET



Figur 1

Vi har valgt to kommuner, Nesodden og Frogn som empiriske felt i vårt casestudie, for å kunne sammenligne ulike måter å organisere palliasjon i hjemmetjenesten. Vi har valgt nettopp disse to, fordi de har ulike måter å organisere den palliative på. Dette gjør at vi kan vurdere om selve organiseringen av oppgavene vil påvirke måten hjemmesykepleien opplever sin arbeidshverdag. Ved å begrense caset til to kommuner får vi ikke en totalitetsvurdering, men en dypere innsikt i personal og organisering.

Samlet består kommunesektoren av 430 kommuner i Norge, med 19 fylkeskommuner. Kommunene representerer det lokale, mens fylkeskommunen representerer det regionale. En kommune kan defineres som en subnasjonal organisasjon som løser offentlige oppgaver gjennom et lokalt demokrati (Hagen og Sørensen 2006:14). Vi har hovedsakelig analysert Nesodden siden den ene av oss har arbeidsforhold og god kjennskap til kommunen og dens virke. Frogn er brukt for sammenligning, siden Frogn er nabokommune og har noenlunde likt innbyggertall.

Nesodden er en kommune i Akershus med over 18 000 innbyggere og med et areal på 60,8 km<sup>2</sup>. Dette er i norsk målestokk litt over gjennomsnittlig størrelse (10000), Kommunen er en typisk vekstkommune, selv om 10 siste år har vært relativt moderat (ca 10 %). Nesodden kommune ligger på en halvøy med Oslofjorden på vestsiden og Bunnefjorden i øst. Sjøgrenser mot Oslo i nord, Asker, Bærum og Røyken i vest, og Oppegård i øst. I sør grenser kommunen til Frogn. Noen bruker uttrykket «indrefilet» om kommunen, siden den ligger vakker og frodig til, og

speiler seg mot Oslo. Andre kaller kommunen en ”blindtarm”, da kommunen er langt unna alle andre kommuner, og ofte forbigås når ny industri eller andre satsinger etableres. Det nærmeste spesialisttilbudet for palliative pasienter i kommunen ligger i Ski kommune, der gamle Ski sykehus drives av A-hus og har en palliativ avdeling med 3-4 senger. Lokalsykehuset for Nesodden er A-hus i Lørenskog. Kommunen har også et sykehjem (Nesoddtunet sykehjem), der et større pasientrom disponeres av det palliative teamet i hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien i Nesodden kommune er delt i to geografiske områder, Øst og Vest. Sonene er samlokalisert og hver av dem disponerer 20 årsverk. Det er ansatt en avdelingsleder samt fagleder i hver sone. Personalet består av sykepleiere og helsefagarbeidere.

Nesoddens visjon er; «Sammen skaper vi det gode liv», og de felles verdiene er; Likeverd, allsidig samfunn, økologisk balanse og nærhet til naturen.

I følge kommuneplanen for 2011-2023 er det nedfelt under «Innsatsområdet og mål for tjenester og brukere» at kommunen skal jobbe for fortsatt høy kvalitet på tjenestene og bedre services gjennom et mer helhetlig tjenestetilbud. Det er ført opp under helhetlig tjenestetilbud at kommunale tjenester skal gi befolkningen minst like god eller bedre tilbud enn dagens.

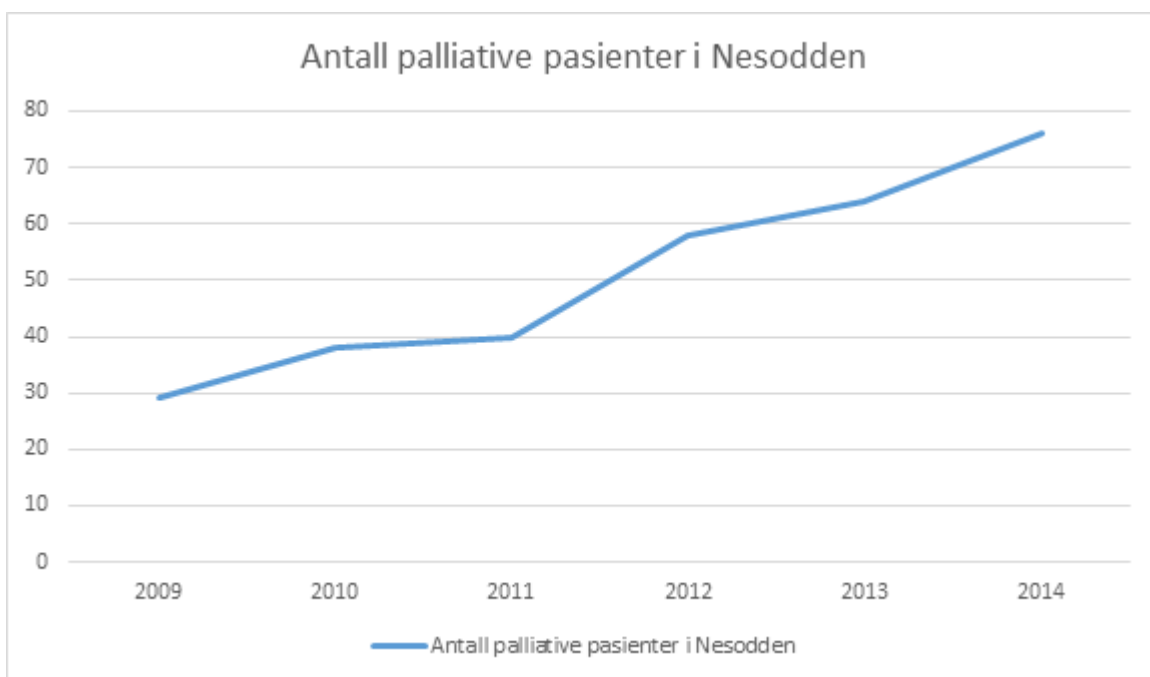
Frogn er en kommune i Akershus som ligger i regionen Follo, med nærmere 15.000 borgere og et areal på 85,7 km<sup>2</sup>. Kommunes organisasjon består av om lag 850 årsverk. Frogn grenser til Nesodden i nord, Ås i øst og Vestby i sør. Også Frogn har et innbyggertall som er noe over en gjennomsnittlig norsk kommune. I likhet med Nesodden, er det nærmeste palliative tilbudet på Ski, og palliativt senter på A-hus Lørenskog. Kommunen har i tillegg et nytt sykehjem (Ullerud Sykehjem), samt et eldre sykehjem (Grande sykehjem). Begge sykehjemmene utfører palliativ pleie og omsorg, men har ingen faste senger for palliative pasienter.

Profesjonalitet, raushet, engasjement og respekt er Frogn kommunes verdier som ligger til grunn i kommuneplanen, og i samtlige av kommuneorganisasjonens virksomheter.

Samhandlingsreformen er en reform av helse- og sosialtjenestene i Norge som ble presentert av daværende Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen i Jens Stoltenbergs andre regjering gjennom Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Samhandlingsreformen ble gradvis innført med startskudd 1. januar 2012. Målet var blant annet å få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen, og flytte tjenester nærmere der folk bor. For brukerne var intensjonen at det skulle bli lettere å få helsehjelp lokalt, og bistand til koordinering av behandling og oppfølging. Tilbudet i kommunene skulle bli bredere. For å løse den utfordringen i forhold til kreftomsorg, legges ansvaret for oppfølging til en egen kommunal kreftkoordinator. Disse stillingene har i stor grad vært etablert og økonomisk støttet av kreftforeningen. En kreftkoordinator kan bidra til å styrke koordineringen av kreftomsorgen og samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Denne skal bistå pasientene i kommunen, bygge kompetanse lokalt og

samarbeide med ulike aktører for tilrettelagte og samkjørte tilbud. Kreftkoordinatoren skal ikke løse alle slike oppgaver alene, men ha et «sørge for» ansvar, slik at tjenesten er samkjørte og i tråd med det den enkelte har behov for. Koordinatoren skal også ha oversikt over de tilbudene som finnes både lokalt og eksternt, gi informasjon, råd og veiledning angående diagnoser, behandling, rehabilitering, ernæring mv. Det skal være et nært samarbeid mellom kreftkoordinator og legetjenesten i kommunen.

Nesodden kommune har valgt en litt annen måte å bygge opp kreftomsorgen. I tillegg til å ansette en kreftkoordinator i 100% stilling, har de også ansatt en onkolog i 50 % stilling, samt bygd opp et team bestående av fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom og prest. I tillegg deltar flere frivillige, deriblant en massør. Denne måten å jobbe i team i kommunen, er det første i Norge av sitt slag, og har i vårt arbeid vært gjenstand for observasjon av endringsprosesser i arbeidsmiljøet. Kommunen har nesten 20000 innbyggere, og tilhører Follo området i Akershus fylke. Ifølge Nesoddens hjemmesykepleies statistikker, finner vi en tydelig økning av antall palliative pasienter siden oppstart av samhandlingsreformen:



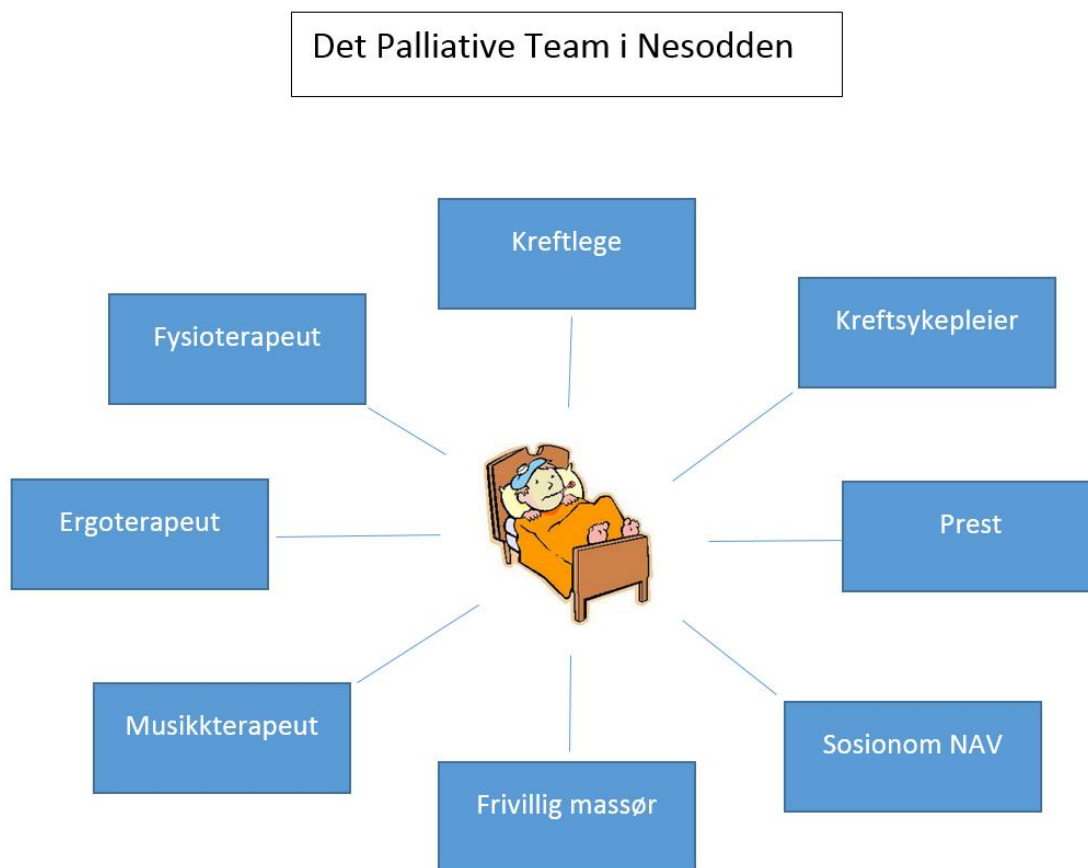
Figur 2

For å kunne ha en komparativ studie, har vi sammenlignet kreftomsorgen i Nesodden og Frogn kommune. Dette er viktig for å kunne se ordningen i Nesodden med et kritisk blikk, og for å kunne sette våre funn i relasjon til noe som er teoretisk sammenlignbart.

Vi ønsker å gjøre en systematisk sammenlikning av de samme fenomener i ulike organiseringsmåter i disse to kommunene. Vi håper at det komparative aspektet kan avdekke fordeler og ulemper på å organisere palliasjonsarbeidet på ulike måter.

Frogn har nesten tilsvarende innbyggertall som Nesodden og har valgt en annen måte å jobbe med kreftomsorg. Frogn ansatte en kreftkoordinator i 50 % stilling i januar 2013, og fra 2014 i 100 % stilling. I tillegg søkte kommunen om prosjektmidler for palliasjon, og fikk støtte både fra helsedirektoratet og fylkesmannen i Akershus på ca 500 000 kr. Disse midlene har i hovedsak vært benyttet fagdager med undervisning med eksterne spesialister, internundervisning og implementering av ulike «verktøy». I tillegg har ansatt fått tilbud om deltagelse på kurs/kongresser innen palliasjon. Kommunen har også ansatt en prosjektleder som lønnes av disse midlene. Kommunen har to sykehjem, og ved begge steder er det sykepleiere som utdannet seg som kreftsykepleiere. Ved Grande sykehjem er det en sykepleier som i 20 % av sin stilling bare jobber med palliative pasienter. Det foreligger også en plan om å etablere to øremerkede palliative senger ved Ullerud sykehjem i 2016. Ved å ansette en sosionom i stillingen som kreftkoordinator og bruke fastlege som medisinsk ansvarlig, har de valgt å lage en tverrfaglig samarbeidsarena i stedet for å ansette et team som jobber sammen på samme sted. Teamoppbygging rundt kreftomsorgen i Frogn er fortsatt ulik Nesoddens opplegg med en tettere spesialistgruppe med ambulerende funksjon, men ressursene i kommunen finnes allerede ved ulike instanser og benyttes ved behov. Ifølge kreftkoordinator ble det i 2014 registrert 20 nye palliative pasienter som er fulgt opp der. Av disse døde 11 samme år. Det er sannsynlig at Frogn hadde flere palliative pasienter dette året, men som ikke ble fulgt opp, eller registrert ved hjemmetjenesten. Kommunen har ingen felles registreringssystem basert på antall pasienter med ulike diagnoser enda.





Figur 3

Selv om kreftkoordinator har en styringsfunksjon i kreftomsorgen, er det ved begge kommuner ofte hjemmetjenesten som i stor grad yter omsorg og stell av pasientene. Nesodden har valgt å nyansatte flere med kreftkompetanse, mens Frogn har satset på ulike tiltak for å øke palliativ kompetanse generelt blant de ansatte. I forbindelse med vår første problemstilling, har vi brukt caset som empiri for å analysere reaksjonene blant de ansatte i hjemmetjenesten i de to kommunene. Da implementeringen har ulike innfallsvinkler, ville vi se om dette førte til ulike reaksjoner i hjemmetjenesten. I vår andre problemstilling bruker vi caset for å se nærmere om arbeidsmiljøet i Nesodden og Frogn har blitt endret ved nye og kompetansekrevede oppgaver.

### 3.5 KORT OM TEORI

Vi har valgt å bruke institusjonell teori (DiMaggio, Powell (1983)) som en ramme for våre to problemstillinger i Nesodden kommune. Denne ledelseslitteraturen bygger blant annet på teater som metafor for å forstå organisasjoner. «Det meste av livet i organisasjoner følger et omhyggelig utarbeidet manus, vi opptrer på scenen i organisasjonens godkjente kostymer og følger spillets regler i form av aksepterte atferdsregler» (Boje, Luthman og Cunliffe (2003)). I vår første problemstilling (P1), vurderer vi medarbeidernes reaksjon på nye arbeidsoppgaver og utfordringer, der vi drøfter konsekvenser av strukturell endring (Bolman, Deal (2009)). Her har vi spesielt valgt å se på differensiering og integrering. I denne sammenhengen referer differensiering til arbeidsfordeling; hvem skal gjøre hva og hvorfor. For at medarbeiderne skal kunne mestre de nye oppgavene knyttet opp mot økte kompetansekrav, er det naturlig å tenke at også arbeidsfordelingen i gruppen vil måtte tilpasses. Vi har ønsket å se om denne endringen kan utløse ulike reaksjoner under prosessen, og hvordan dette påvirker deres arbeidshverdag. Vi belyser begrepet integrering her, i forbindelse med problematikken rundt hvordan innsatsen til den enkelte skal fordeles. I den første problemstillingen belyses utfordringen med organisasjonens evne til tilpasning. Vi studerer atferdstruktur blant medarbeiderne, ved endringer av organisasjonsstruktur ved Minzbergs fire beslutningsområder: design av stillinger, gruppering av stillinger, koordinering og styring og sentralisering/desentralisering. I den andre problemstillingen (P2) ser vi på hvordan organisasjonsstrukturen kan påvirkes av både ytre og indre faktorer. Her vil vi drøfte de tre pilarer for verdier og trender i utvikling av samfunnet og da også de institusjonelle omgivelsene (Scott, (1995))

## **3.6 KORT OM METODE**

Studien har en eksplorativ tilnærming der strategien er å søke etter fruktbare spor å gå videre på. Handlingsplanen for å tolke dataen er utarbeidet på bakgrunn av formålet med studien.

### **3.6.1 Case studie**

Vi har valgt en kvalitativ tilnærming, hvor vi undersøker hendelser og erfaringer under omstillingsprosessen i hjemmetjenesten. Vår case er en innovativ løsning på endrede oppgaver knyttet til primærhelsetjenesten. Følgelig er det et begrenset antall involverte vi har hatt mulighet til å intervju. Dette er strukturerte dybdeintervju, både av ledere, hjemmetjenesten og deres samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten. Temaet i intervjuet fokuserer på egenopplevde endringer i arbeidsmiljøet under prosessen vi har beskrevet. I tillegg ønsket vi å utføre en komparativ studie, der vi så på en annen sammenlignbar kommune som har løst omstillingsprosessen på en annen måte. Dette kan knyttes opp vårt første forskningsspørsmål, der vi ser på konsekvensene av implementering av spesialiserte helsetjenester i kommunen. Særlig interessant er det å drøfte eventuelle ulike oppfatninger og reaksjoner blant medarbeiderne, når man sammenligner de to kommunene. Vår kvalitative tilnærming har mulighet til å kunne beskrive reaksjonene og om det har betydning for utførelsen av pasientbehandlingen. I den andre problemstillingen belyser vi hvordan medarbeiderne oppfatter overgangen fra stabilt miljø, til nytt, dynamisk og komplekse oppgaver. Ved å gjøre en komparativ studie, kan vi her drøfte om ulike innfallsvinkler til kompetansekrav og utførelse kan medføre ulik utvikling av organisasjonsstrukturen.

### **3.6.2 Datagrunnlag**

Nesodden kommes palliative team oppfattes som en innovativ løsning der endrede oppgaver knyttes til palliasjon innen primærhelsetjenesten. Vi har hatt ett begrenset utvalg involverte vi har hatt mulighet til å intervju. Vi har basert våre data på åpne individuelle intervju velegnet for akkurat slike tilfeller med få enheter som skal undersøkes. Vi så at denne datainnsamlingsmetoden var et naturlig valgt også ut i fra vårt ontologiske, epistemologiske og metodiske standpunkt. Det er fordelaktig med strukturerte intervju, der vi vil ha åpenhet for at respondentene kan komme med relevante opplysninger ut over det vi ønsker å belyse. Vi er åpne for at det er essensielle faktorer ut over de tema vi ser for oss, noe vi er bevisste på og åpne for å inkludere i intervjuene.

Selv om formen på intervjuene stort sett ble strukturerte med forberedte tema og intervju spørsmål, ønsket vi å kunne «fange opp» ustrukturerte aspekter ved intervjuene ved å gi respondentene mulighet til å komme med egne refleksjoner og meninger. Det kunne vært optimalt å intervju interessenter på alle nivå, fra toppledelse, mellomledelse til arbeidsgruppen. En annen interessant gruppe her vil være den politiske ledelsen, for eksempel fra helse- og

omsorgsutvalget i kommunen. I tillegg kunne det også være interessant å intervjuere representanter fra brukergruppen, altså pasienter og deres pårørende. Andre tverrfaglige samarbeidspartener som fastleger, kommunale fysioterapeuter, ergoterapeuter, NAV og spesialisthelsetjenesten ved helseforetaket er også aktuelle i denne sammenhengen. På grunn av hensyn til tid og ressurser vil vi konsentrere oss om medarbeidergruppen samt mellomledere. Til tross for dette regner vi med å få ulike svar på intervjuet, da gruppen i hjemmesykepleien er relativt heterogen ut ifra kompetanse og erfaring. Det er derfor sannsynlig at de vil ha ulike oppfatninger av konsekvensene fra samhandlingsreformen og ansvaret for palliativ pleie.

### **3.7 OPPGAVENS STRUKTUR**

I kapittel 4 går vi dypere inn i den teoretiske rammen for oppgaven og kommer med antagelser om funn. Kapittel 5 er empirikapittelet hvor vi presenterer dataene og en detaljert beskrivelse av prosessene. Kapittel 6 vil være analysedelen hvor vi retter et analytisk og teoretisk fokus på våre funn. I kapittel 7 vil vi oppsummere hovedfunnene og trekke konklusjoner. Begrensninger i oppgaven diskuteres samt en vurdering av de teoretiske og praktiske implikasjonene av studiet. Avslutningsvis gis noen forslag til videre forskning.

### **3.8 OPPSUMMERING**

I denne masteroppgaven vil vi undersøke konsekvensene av samhandlingsreformen i den kommunale hjemmetjenesten, da med fokus på behandling av palliative kreftpasienter. Samhandlingsreformens konsekvens har vært en oppgaveforskyvning av pasientbehandling og oppfølging, fra sykehus til kommunehelsesektoren. I vår casestudie har vi valgt å studere hvordan hjemmetjenesten har opplevd oppgaven med å imøtekomme kravet om et sømløst forløp til den palliative pasienten uavhengig av omsorgsnivå. Vi har studert to nabokommuner i caset, som har brukt ulike måter å organisere den palliative omsorgen på. Ved hjelp av kvalitativ tilnærming, har vi analysert medarbeidernes reaksjoner og deres oppfatning av endring av arbeidsmiljø.

## 4 TEORI

*”Men make their own history, but they do not make it just as they please; they do not make it under circumstances chosen by themselves, but under circumstances directly encountered, given, and transmitted by the past”*

Karl Marx

### 4.1 Bakgrunn for teoretisk oppbygning

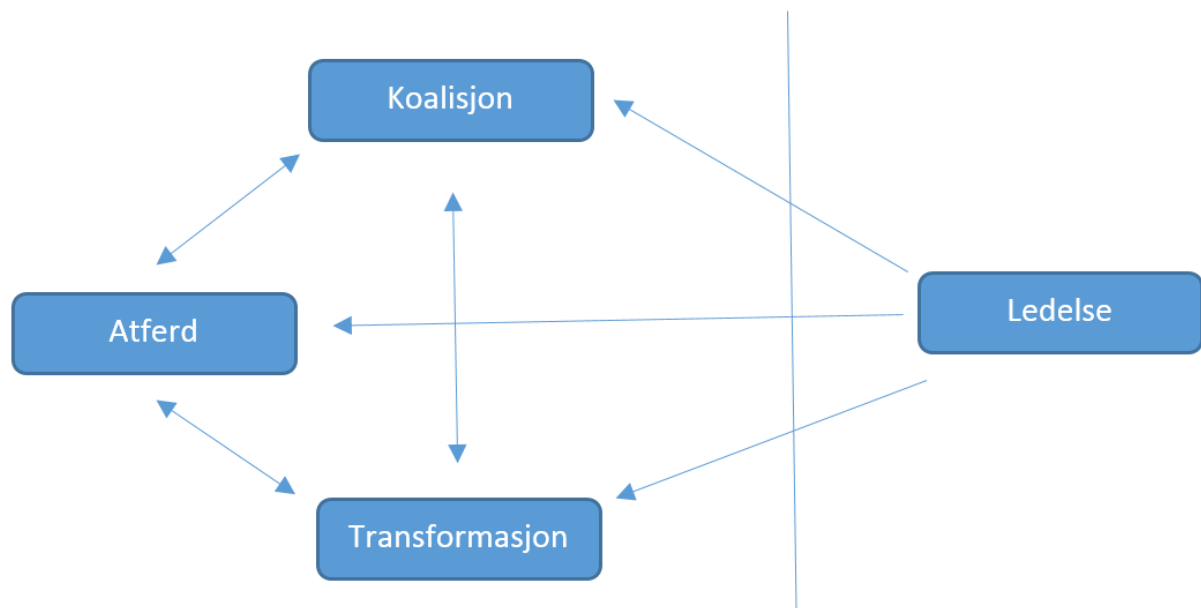
Denne oppgaven tar utgangspunkt i temaet «palliativ omsorg i primærhelsetjenesten, og omorganiseringens konsekvenser i hjemmesykepleien», og vi har utarbeidet to problemstillinger og seks forskningsspørsmål (se kapittel 3.3). Med grunnlag i reliabel, og valid data fra caset i Nesodden kommune, har vi i analyse kapittelet 6 relatert/sammenholdt data med teori (se kapittel 4). Teoriene er valgt fra forskningslitteratur som har tilsvarende eller lignende problemstillinger som utgangspunkt.

Vi har valgt nyinstitusjonell teori (Scott, 2011) som en teoretisk overbygning for å trekke sammen de tendenser som analysene av de enkelte forskningsspørsmålene har gitt oss. I tillegg til teori, har vi også benyttet informasjon fra intervju, kommunenes helseplaner og Roar Johansens erfaringer som onkolog i krefteamet i Nesodden. Dette vil gi oss et mer helhetlig bilde av hva som skjedde i vår case Nesodden kommune i perioden 2012 – 2015.

#### Den konseptuelle virksomhetsmodellen

Teorien kan relateres til begge forskningsspørsmål. Denne modellen kan forklare de ulike faktorene som påvirker både personalets reaksjoner og oppfatninger av endringsprosessene, på lik linje som konsekvensene av endringen til det dynamiske miljøet i arbeidshverdagen.

Vi har valgt å bruke den konseptuelle virksomhetsmodellen som utgangspunkt, for å forklare rammene rundt prosessene og vilkårene i Nesodden kommune når samhandlingsreformen ble iverksatt. Kommunen er i en kontinuerlig dynamisk prosess, der mange aktører og faktorer påvirker organisasjonen.



Figur 4

Alle organisasjoner er komplekse, selv om graden av kompleksitet kan variere. Organisasjoners kompleksitet, slik Selznick (1957) beskriver dem, ligger i de mange uklare og ofte kryssende interessene som preger menneskene som har oppgaver i organisasjonen. Dette påvirker deres evne eller vilje til følge de offentlig godkjente mønstrene i organisasjonen. En organisasjon gjennomgår endringer hele tiden. For å overleve og utvikle seg, må en organisasjon stadig tilpasse seg nye krav fra omgivelsene og det må stadig utvikles belønninger til interessentene.

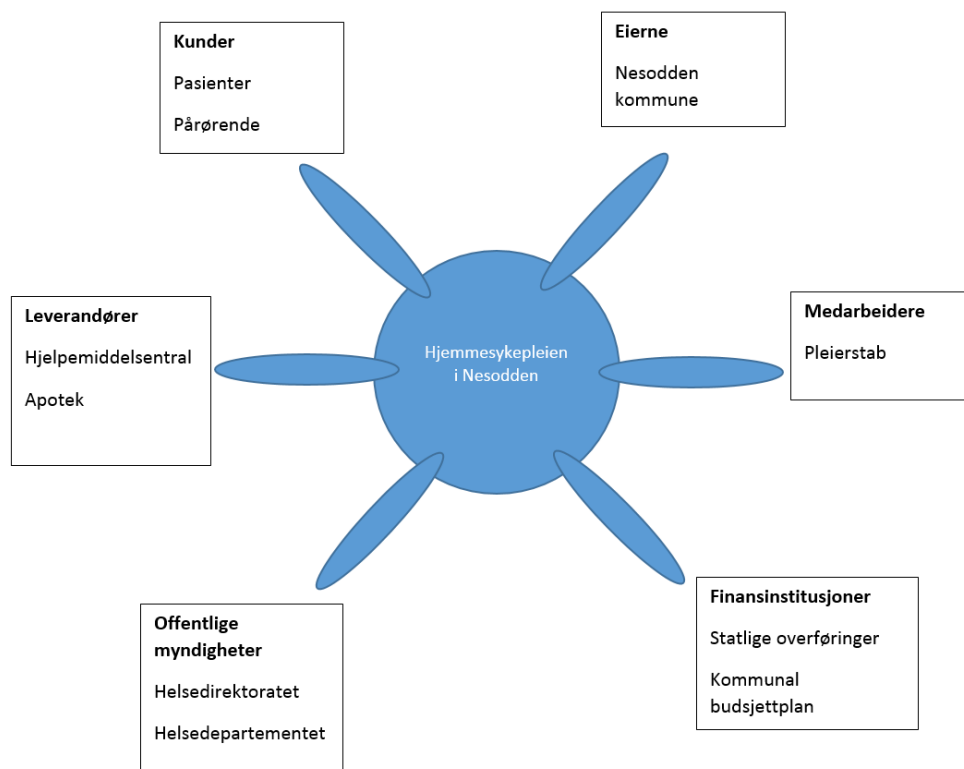
Den konseptuelle virksomhetsmodellen er utviklet av Busch, Johnsen, Valstad og Vanebo som deler en organisasjon inn i fire deler; koalisjonssystemet, transformasjonssystemet, atferdssystemet og ledelsessystemet.

**Koalisjonssystemet;** representerer forholdet mellom organisasjonen og de ulike interessentene. Organisasjonen vi studerer er representert med kommunene Nesodden og Frogn. Interessentene i vår case er pasientene, pårørende og politikere, og utøvere i vårt tilfelle er representert ved hjemmetjenesten. Kontrakter som regulerer bidrags- og belønningsbalansen er viktige, og dette kan være både formelle og psykologiske kontrakter. De formelle kontraktene er formelle og skriftlige og gir rettslig beskyttelse for et avtalt tidsrom. De psykologiske kontraktene representerer uskrevne forventninger mellom deltagerne i koalisjonen. Når en stor reformendring kommer, slik som samhandlingsreformen i vår case, skaper det både forventninger og krav gjennom kontrakter. For eksempel vil interesseorganisasjoner for pasientgrupper i kommunen har forventninger for sine medlemmer, og disse vil bli uttrykk gjennom media, politikere og direkte henvendelser til ledelsen. I Nesodden finnes «eldrerådet», en gruppe eldre som fremmer pensjonistene politisk i kommunen. De har etterspurt konkrete tiltak for kreftpasienter i kommunen, noe som tydelig har blitt kanalisert til kommunestyret og ledelsen i kommunen. I tillegg finner man psykologiske uskrevne

forventninger til den enkelte innbygger, når de kommer i en situasjon de ønsker kommunen skal løse.

Det er viktig med en ledelse som er opptatt av kommunikasjon for å skape energi i forhold til endring. Gjennom tett kommunikasjon, deltagelse og involvering mellom nøkkelinteressenter vil den strategiske ledelsen kunne skape troverdig forventninger, innlevelser og støtte for endring (Busch, Johnsen og Vanebo, (2009)).

Med utgangspunkt i interessentmodellen (Dehlin, Busch, Vanebo, (2010)) har vi lagd en interessentmodell tilpasset hjemmesykepleien i Nesodden. Modellen er et utdrag av hvilke interessenter som er tilknyttet hjemmesykepleien, og skal fungere som en oversikt over de mest sentrale aktørene i koalisjonen.



Figur 5

**Transformasjonssystemet**; består av oppfyllelse av kontraktene mellom interessentene og i vårt tilfelle vil dette si at de enkelte utøverne av hjemmetjenesten skal få belønninger i henhold til kontraktene. Ved innføring av samhandlingsreformen, ble det satt som en forutsetning av kommunene skulle få økte ressurser for kompetanseheving til de ansatte. Systemet skal fungere slik at alle bidrag som kommer inn (endret arbeidsmiljø, økt opplæringsnivå, større innsikt i sykdomslære), skal transformeres/omdannes til belønning (i vår case økt kompetanse, økt

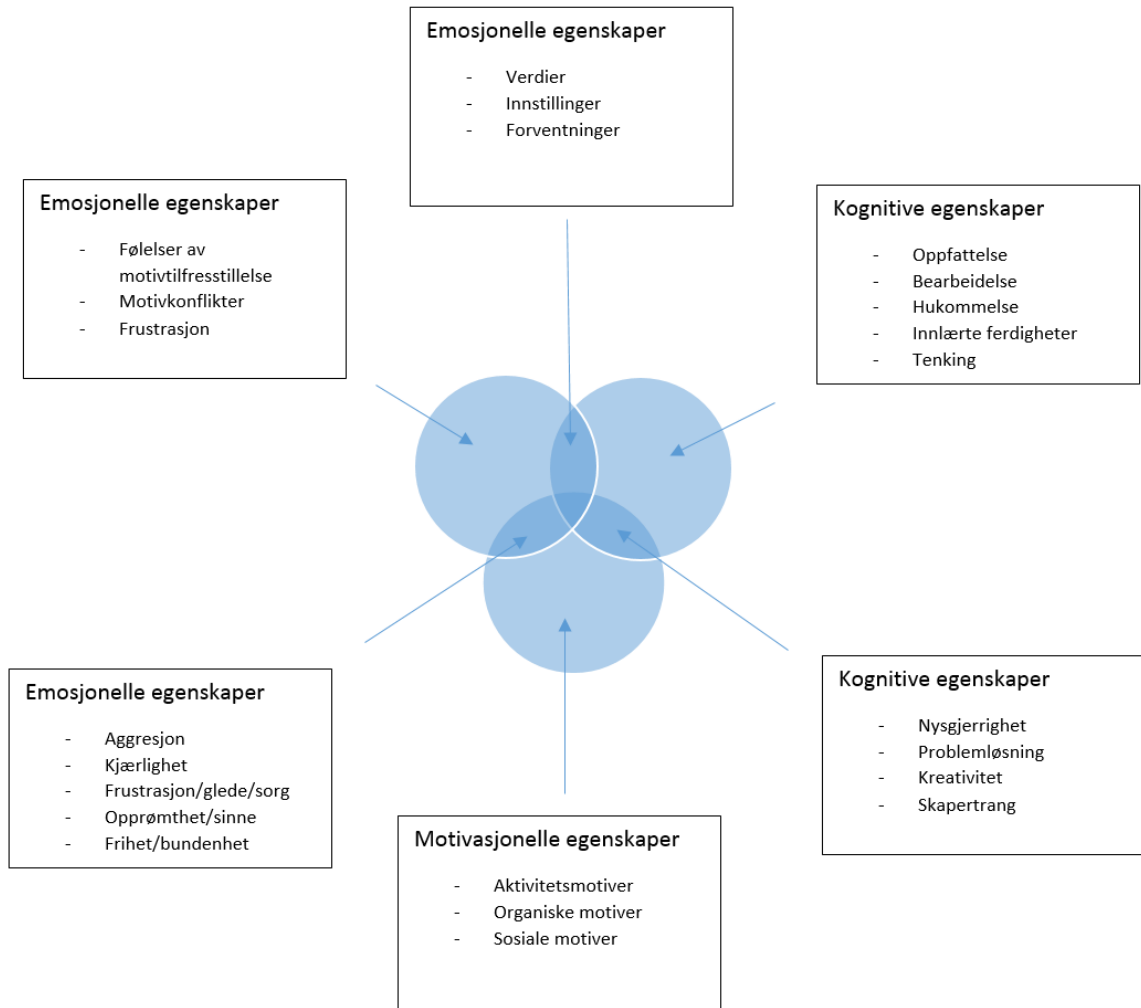


effektivitet og bedre pleie for pasientene). Kvaliteten av transformasjonssystemet er i stor grad avhengig av hvilke bidrag som overføres fra interessentene. Det vil være viktig å skaffe seg de interessentene som er opptatt av de belønninger som organisasjonen er i stand til å produsere.

**Atferdssystemet**; er representert av menneskene i koalisjonen, både medarbeidere (i vår case medarbeidere i hjemmetjenesten) og representanter for andre interessegrupper. Verdier og normer dras ofte inn i forhandlinger, og kan også være kjernen til konflikter. Nesodden har som slagord «sammen skaper vi det gode liv», noe som indikerer et kollektiv ansvar og felles interesser. Organisasjonskulturen kan også skape en felles virkelighetsopplevelse, som kan føre til en forståelsesramme og fortolkningsmønster som påvirker alle relasjoner med interessentene. Det beskrives også en sterk sammenheng mellom organisasjonskulturen og servicenivå. For eksempel vil medarbeidernes kompetanse og motivasjon prege relasjonene til interessentene. I vår case vil vi analysere hvordan hjemmetjenestens medarbeidere i Nesodden opplever endret kompetansekrav og økt selvstendighet som kriterier for at de kan utføre palliativ pleie på best måte. Når vi skal analysere forholdet til interessentene, må vi derfor ta hensyn til den menneskelige faktoren. Motivasjonen til medarbeiderne kan ifølge K.B. Madsen (1975) deles inn i tre deler:

1. Motivasjonelle egenskaper; altså hvilke behov som styrer adferden til aktøren. Dette kan kalles drivkraften til om aktøren skal endre sin adferd eller om den skal motsette seg endringene.
2. Kognitive egenskaper; innenfor kognitive egenskaper har vi blant annet evnen til å vurdere årsaks-virkning sammenhenger. Samtidig kan det være egenskaper som intelligens, læring, hukommelse, problemløsning, kreativitet, nysgjerrighet og evne til å sortere ny informasjon. Enkelte av disse egenskapene har en overlapping med motivasjonelle egenskaper; nysgjerrighet, problemløsning og kreativitet.

3. Emosjonelle egenskaper; vil si det følelsesmessige fundamentet for våre handlinger, slik som kjærighet, hat, glede, sorg osv.



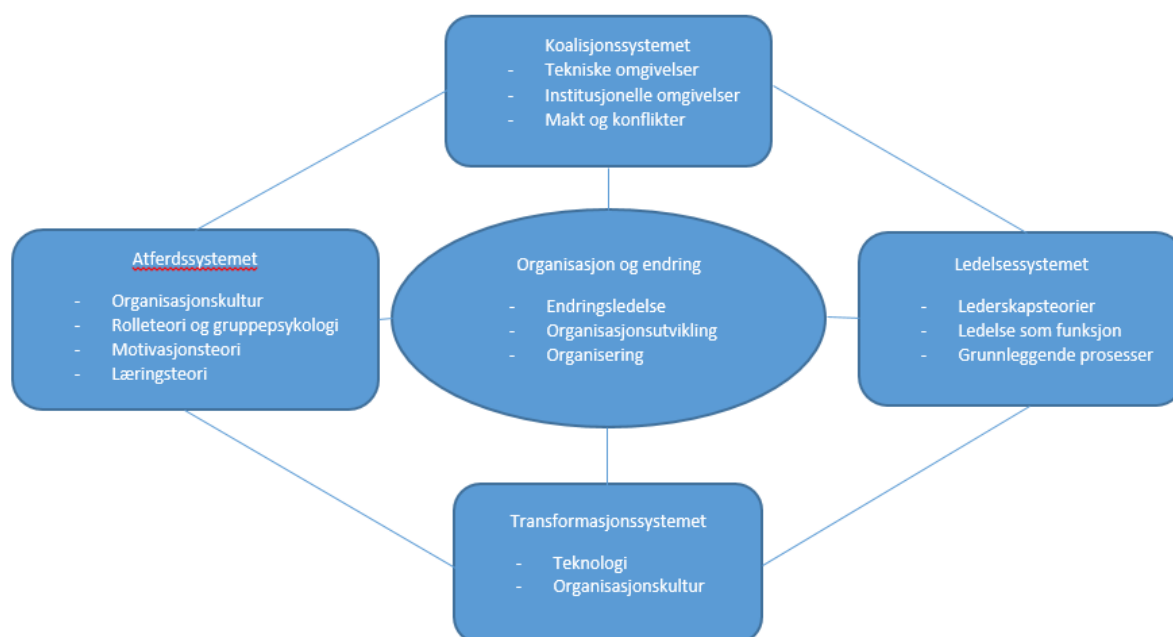
Figur 6

Figuren viser hvordan disse motivasjonelle drivkreftene utgjør vår personlighet og handlinger.

Denne modellen henger tett sammen med Frederick Herzberg's (1966) motivasjonelle faktorer og hygienefaktorer, der han konstaterte at det ikke er gunstig å øke antall lite stimulerende oppgaver i en allerede lite tilfredsstillende jobb, bare ved å øke belønningene. Han foreslo at det ville være mer gunstig å gi arbeidstakerne større frihet og myndighet sammen med større utfordringer og mer tilbakemeldinger. Vi ønsker å bruke Herzberg's faktorer for å undersøke om palliativ omsorg i Nesodden har ført til større frihet og myndighet. For gode opplevelser menes (motivasjonsfaktorer): prestasjoner, anerkjennelse, ansvar, forfremmelser og læring. For negative opplevelser menes (hygienefaktorer): regler og retningslinjer i bedriften, kontroll og arbeidsvilkår.

**Ledelsessystemet;** et system som skal sørge for å gjennomføre forhandlinger med interessentene (medarbeiderne i hjemmetjenesten), og oppfylle inngåtte kontrakter. Dette er en ledelsesfunksjon, og ikke den enkelte leder. Vi kan si at ledelsen skal arbeide med koalisjonsstyring og kontraktstyring. Ledelsen må etablere styringssystemer som gjør det mulig å følge opp produksjonen av belønninger til den enkelte interessent (medarbeidersamtaler, deltagelse på kurs og lignende). Det vil være viktig å prioritere motivasjonsarbeid og god faglig støtte kontinuerlig, for å kunne møte de utfordringer endringene fører med seg. Vi ønsker å analysere implementeringsprosessen blant lederne i Nesodden, med fokus på samhandlingsreform og palliative oppgaver. Spesielt har vi ønsket å se på om lederne sørget for gode og balanserte forhandlinger med medarbeiderne i hjemmetjenesten. Det er interessant å se hvordan dette er fulgt opp, for eksempel mulighet for å gå på kurs eller bedre tilgjengelig dialog med mellomledere i kommunen.

Design av stillinger, spesialisering og formalisering er en del av organisasjonsstrukturen, under transformasjonssystemet. Busch, Vanebo og Dehlin (2010) setter transformasjonssystemet som en del av organisasjonen som helhet med de andre inndelingene: Atferdssystemet, ledelsessystemet og koalisjonssystemet. En visuell representasjon av sammenhengen mellom disse «gruppene» kan ses nedenfor.



Figur 7

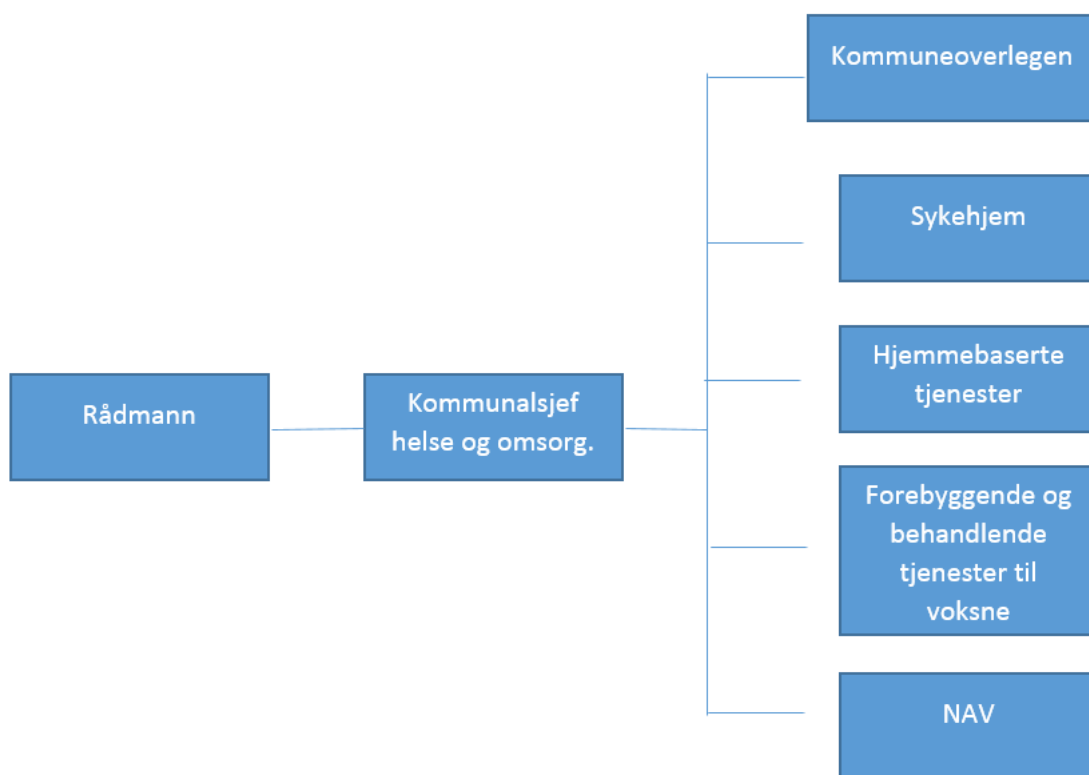
Når man opererer med teorier og problemstillinger innenfor flere av disse «gruppene», er det viktig å poengtere at det er en sammenheng mellom de ulike gruppene. Det kan være vanskelig å trekke generelle slutninger innenfor en gruppe uten å ta hensyn til de andre. Av den grunn vil

vi bruke denne modellen som et bakteppe for vår analyse av caset i denne oppgaven, og forholde oss til de relevante gruppene.

## 4.2 Organisasjonsstruktur 1.

### Teori relatert til P2, F2

Strukturen i en organisasjon sier mye om hvordan samspillet i en organisasjon er, hvordan organisasjonskartet ser ut og hvem er ansvarlig for hva. Organisasjonskartet har som regel en hierarkisk oppbygning og beskriver hvordan oppgaver og ansvar er fordelt mellom de ulike stillingene, og hvordan disse forholder seg til hverandre. Organisasjonskartet skal derfor ha en regulerende effekt i forhold til adferden til aktørene, og skape stabilitet og forutsigbarhet i oppgaveutførelsen og fremdriften i organisasjonen. Det legges en klar struktur for hvem som skal samarbeide med hvem og hvorfor, og man har formelle rutiner for håndtering av fravikelse fra dette.



Figur 8

*Forenklet organisasjonskart for Nesodden kommunes virksomhetsavdeling for helse, beskrevet av onkolog i kommunen; Roar Johansen*

En organisasjon skal også sørge for en koordinering av arbeidsdeling og inndeling av organisasjonen, noe som styres av en formell strukturell ordning. Fra Mintzberg (1983) er det fem koordineringsmekanismer:

1. Gjensidig tilpasning;

En prosess der mennesker tilpasser adferden etter de man er avhengig av, skjer dette uformelt.

2. Direkte innsyn;

Et kontrollsystem der man får tilsyn på oppgaveutførelse og resultater direkte i arbeidet.

3. Standardisering av arbeidsoppgaver;

Dette vil si standardisering av prosedyrer, regler og rutiner, med den hensikt å gjøre oppgaveutførelsen lik mellom de ulike tilfellene.

4. Standardisering av resultater;

Her er det gitte krav til måloppnåelse.

5. Standardisering av kunnskap;

Krav til hvilke kunnskaper og ferdigheter de ansatte skal ha.

Vår oppgave tar for seg en gruppe som jobber relativt selvstendig og vi ser derfor ikke at direkte innsyn passer for vår case. De resterende punktene kommer naturlig til syne gjennom krav fra samhandlingsreformen, arbeidsmiljø og utvikling av arbeidsplassen.

Med tanke på hva vi ønsker å oppnå med denne oppgaven ser vi det hensiktsmessig å fokusere på følgende mekanismer:

1. Gjensidig tilpasning; kan vi se en endring i arbeidsmiljøet for medarbeiderne i hjemmetjenesten etter samhandlingsreformen, hvordan påvirker nye palliative oppgaver og rutiner den enkelte tjenesteutøver i Nesodden?
2. Standardisering av arbeidsoppgaver; samhandlingsreformen har overført mange oppgaver fra spesialisthelsetjenesten ut til kommunene. Har dette ført til økt standardisering av oppgavene for hjemmetjenesten?
3. Standardisering av resultater; måling med dokumentasjon og statistikk er en av mange ulike måter å standardisere resultater på. Hvordan har dette blitt implementert i Nesodden, og påvirker dette arbeidshverdag til den enkelte?
4. Standardisering av kunnskap; nye spesialistoppgaver krever ny og spisset kompetanse. Har palliativ omsorg ført til standardisering av kunnskap og nivå i kommunen?

Dette utdypes i kapittel 4.13

### **Endring av formelle strukturer**

Hvis en organisasjon ikke oppnår de forventede resultatene burde det være mekanismer som sørger for at dette bidrar til en organisasjonsendring. Samhandlingsreformen er et godt eksempel på dette, med at reformen satte nye krav til kommunehelsetjenesten. Hadde ikke kommunehelsetjenesten reagert på og tilpasset seg disse endringene, ville resultatene ikke møtt forventningene til myndighetene. Det ble ikke lagt formelle krav til hvordan endringene myndighetene la frem skulle tilpasses, og dermed åpnet det for frihet rundt de strukturelle

endringene som skulle skje. Samhandlingsreformen har konkrete oppgaver, men det er en vedtatt forutsetning at det vil være variasjoner i hvordan reformen gjennomføres lokalt. Dette bringer oss over til spørsmål om hvordan Nesodden har tilrettelagt endringene for at det skal bidra til nytenkning og innovasjon.

### 4.3 Organisasjonskultur

#### Teori til P2, F2

Handlingene til mennesker som arbeider tett sammen kan få et felles mønster, som sammen med samspillet og de uformelle sidene i organisasjonen utgjør organisasjonskulturen. Vi ønsker i vår oppgave å se på organisasjonskulturen i hjemmetjenesten i Nesodden, og om samspillet har blitt påvirket av palliative pasienter og påfølgende oppgaver? Organisasjonskultur er definert av Edgar Schein som følger:

*«Et mønster av grunnleggende antakelser – skapt, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir å betrakte som sant og til at det læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til disse problemene»*

Jacobsen og Thorsvik

Schein's definisjon tar frem fem poeng som vi kan dele inn som følger:

1. Vi knytter begrepet kultur opp mot en spesiell gruppe i organisasjonen før vi kan diskutere organisasjonskultur.
2. Kulturen utvikles, og påvirkes av læring av ekstern tilpasning både gjennom hvordan organisasjonen forholder seg til omverdenen og hvordan organisasjonen tilpasses omgivelsene.
3. Organisasjonskulturen opprettholdes bare hvis den ansees å være korrekt, dette reguleres gjennom tanker, følelser og oppfattelse av problemer og hvordan man skal takle dem.
4. Organisasjonens verdier legger grunnlaget for handlingsmønstre og arbeidsutførelse på de ulike nivåene i organisasjonen, disse verdiene kan være motstridende og bør håndteres gjennom en retningsgivende hierarkisk ordning. Motivasjonen til de ansatte vil kunne strykes gjennom av verdiene bidrar til måloppnåelse og gjennom at de føler en tilhørighet gjennom å følge verdisystemet.
5. Artefakter gjennom fysiske gjenstander, språk, tekst og adferd.

## 4.4 Institusjonaliseringsprosessen

Teori relatert til P2, F2

En institusjon betyr den form, eller den måte, et samfunn har valgt å organisere eller innrette et system av regler for menneskelige handlinger (Philip Selznick (1948, 1957)). Han beskrev en institusjonaliseringsprosess, der han skilte mellom a) rasjonelle verktøy for å tilfredsstille interessentenes behov, og b) mer organiske systemer som tilpasset seg de sosiale normene blant interessentene og generelle krav fra omgivelsene. Han observerte at organisasjonene forsøkte å tilpasse seg verdiene i de eksterne omgivelsene. Den samme dynamiske prosessen finner vi i vår case med Nesodden. At kommunene samarbeider på tvers av organisatoriske grenser internt og eksternt er ikke noe nytt, men samhandlingsreformen utfordrer likevel ledelsen til å fremme samarbeid og felles prosjekter. Selznick beskrev fire egenskaper ved karaktertrekk som utvikles i institusjonsprosessen:

1. Historiske produkter; de utvikles over lang tid og vil preges av organisasjonens historiske bakgrunn.
2. Integrerte produkter; de omfatter mange sider ved organisasjonen (kulturelle, strukturelle, politiske og ledelsesmessige forhold)
3. Funksjonelle; de bidrar positivt til løsningen av organisasjonens tekniske oppgaver
4. Dynamiske; de stadig er under forandring, fremmer ny innsats og skaper behov for nye løsninger

Selznick mente at institusjonaliseringsprosessen skaper en utvikling som både gir høy effektivitet og legitimitet. Denne prosessen er veldig gjenkjennelig i Nesodden. Kommunens legitimitet og funksjon er preget av en lang utviklingstid og prosess, bestående av alle produkter som Selznick beskriver. Institusjonell teori har vokst frem innenfor sosiologien siden 1970, og søker å forklare hvordan organisasjoner ikke bare er rasjonelle produksjonssystemer, men hvordan de også fungerer som sosiale institusjoner, i likhet med familier og politiske system (Jaffee, (2001) Scott, (2001)). Det er ikke bare internt at institusjonaliseringen påvirker omgivelsene, organisasjonene er også omgitt av et institusjonelt miljø. For å oppnå støtte og legitimitet fra samfunnet må organisasjonene tilpasse seg et sett av krav, regler og forventninger, som utgjør det institusjonelle miljøet (Jaffee, (2001)).

De institusjonelle omgivelsene vil være essensielle for en organisasjons videre utvikling og drift, sett opp mot caset som ligger til grunn for denne oppgaven er omgivelsene særdeles viktige. Forventninger fra pasienter og pårørende, utvikling av ny teknologi, struktur og kunnskap vil være hovedområdene som styrer de institusjonelle omgivelsene. Nesoddens evne til å implementere reformens nye oppgaver, krever en bred innsats fra mange instanser i kommunen. Prioritering av de nye oppgavene krever en bred oppslutning, både fra politikere,



ansatte og innbyggere. W. Richard Scott (2001) presenterte i sin bok «Institusjons and Organizations» de tre pilarene for verdier og trender i utviklingen av samfunnet og da også de institusjonelle omgivelsene. I denne oppgaven vil teorien om de tre pilarene brukes for å analysere hvordan hjemmetjenestens palliative behandling har utviklet seg, og hvordan det har påvirket medarbeidernes arbeidsmiljø. Scott (2001) mener institusjoner er flersidige, varige sosiale strukturer, som består av varige symbolske elementer, sosiale aktiviteter og materielle ressurser. Disse har særegne egenskaper; de som motstår forandring, og de som ivaretas og reproduseres over generasjoner. Institusjonene innehar disse egenskapene på grunn av prosessen som settes i gang av regulative, normative og kognitive elementer. De tre pilarene sørger for stabilitet og mening i et sosialt liv (Scott, (2001), Jaffee, (2001)). Scott (2001) mente opprinnelig at pilarene var uavhengige av hverandre og virket hver for seg. I ettertid er det flere som har argumenter for at pilarene overlapper hverandre, og at de andre pilarene vil påvirkes av utviklingen innenfor en pilar (Hoffman, (1999), Hirsch, (1997)).

Vi ønsker her å beskrive hvordan Nesodden kommune som organisasjon opptrer i en dynamisk institusjonell prosess. Kommunen er ikke bare politisk styrt, men må forholde seg til en rekke faktorer, slik som fagfolk og ansatte, innbyggere og eksterne interessenter. Kommunen utsettes stadig for press og forventninger, og utvikler seg over tid, og må derfor betraktes som dynamisk. Nesodden var også før oppstart av samhandlingsreformen en institusjon, bestående av regulative, normative og kognitive elementer (Scott (2011)). Introduksjon av den nye reformen kan oppfattes som en «legal carrier», som bringer nye lover og regler inn i institusjonen. Men til tross for en ny lov, kom det ikke en tilførsel av nye ansatte eller midler. Kommunen måtte møte reformen med tilpasninger, med utvikling av ny kompetanse, nye rutiner og prosedyrer. Denne prosessen kan beskrives som en «kognitiv carrier», som bringer ny kultur og oppfatninger av Nesodden. Vi ønsker i vår studie å undersøke om kommunens pilarer har endret seg siden oppstart av samhandlingsreformen i 2012.

### **Den regulerende pilaren**

Denne pilaren omfatter hovedsakelig lover og regler som påvirker institusjonene på en eller annen måte. Det kan være gjennom for eksempel arbeidsmiljøloven, skatteloven eller andre tilsvarende lovverk. I vår case er det i hovedsak reformen og «Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester» (Helse- og Omsorgstjenesteloven) som representerer den regulerende pilaren. Når det gjelder den palliative omsorgen i Nesodden og etablering av et palliativt team, er det blant annet regulert av de nasjonale retningslinjene for palliasjon.

Den regulerende pilen omhandler oppfølging av regler, overvåking av regler og evnen til å forme nye regler. Denne prosessen kan være helt formell, som for eksempel pålegg gjennom eksterne lover. Det kan også være en uformell prosess, der for eksempel uskrevne regler/forventninger til oppførsel og sanksjoner i form av sosial skam og ekskludering (Scott,

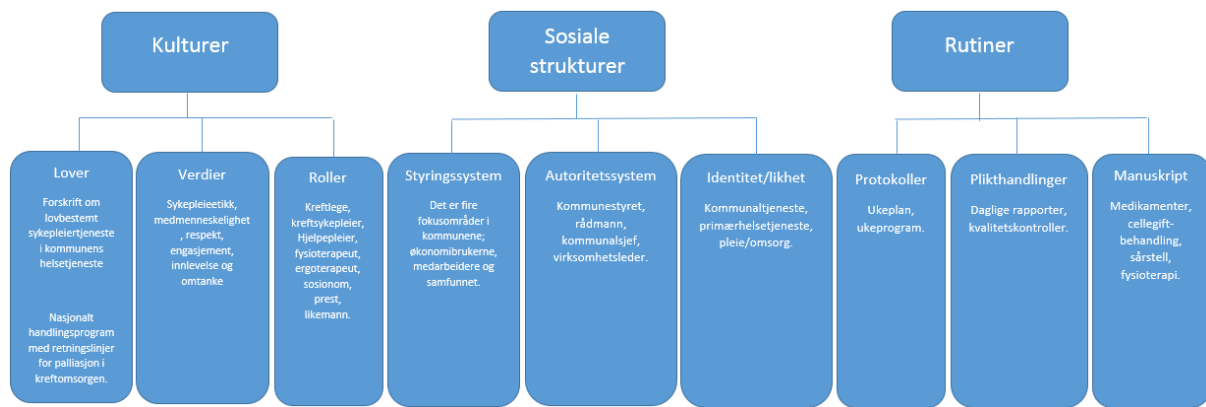
(2001)). Den regulative og normative pilaren støtter i mange tilfeller opp om hverandre ved at den tvingende mekanismen i den regulative pilaren legitimeres og begrenses av det normative rammeverket, ved at den gir makten autoritet (Scott, (2001)). Den regulative dimensjonen formidles gjennom regler, lover, styringssystem, protokoller og standardprosedyrer og artefakter som følger konkrete spesifikasjoner (Scott, (2001), Jaffee, (2001)). Når et nytt helsetilbud utvikles i kommunen kun basert på nye forskrifter og reformer, vil motivasjonen domineres av den regulative pilaren.

### **Den normative pilaren**

Den normative pilaren tar for seg forpliktelsene den ansatte føler ovenfor institusjonen, gjennom forventningene til arbeidsutførelse, eller oppgaver ut over arbeidsutførelsen. Dette kan være handlinger og adferd som forventes av brukerne, som kan svekke institusjonens legitimitet hvis det ikke blir fulgt opp. Noen normer og verdier er felles for alle, mens andre gjelder bare for de som er i utvalgte stillinger og posisjoner. Det spesielle med normative forventninger er at det dannes egen roller for disse posisjonene eller stillingene, roller som oppleves som eksternt press eller eksterne forventninger (Scott, (2001)). Normative systemer både begrenser og åpner for muligheter for organisasjoner og individer i sosiale sammenhenger. Den normative dimensjonen formidles gjennom forventninger og verdier, autoritetssystemer, og roller og artefakter som møter visse standarder (Scott, (2001), Jaffee, (2001)). Motivasjonen kan sies å være dominert av den normative dimensjonen, når organisasjonen kun rapporterer for å tilfredsstille eksterne forventninger eller eksterne press. Eksterne forventninger i vårt tilfelle kan for eksempel være helseforetaket, som forventer at Nesodden over tar palliasjon behandlingen etter de nye forskriftene.

### **Den kognitive pilaren**

En mental modell for hvordan en institusjon skal se ut, oppføre seg eller handle i ulike situasjoner. Den kognitive modellen baserer seg på en felles forståelse av kultur og oppfatninger, noe som medfører at felles handlinger blir tatt for gitt og utføres på en bestemt måte fordi; «alle vet at det er slik det skal gjøres, og at dette er eneste måte å gjøre det på». Et annet handlingsalternativ faller en ikke inn (Scott, (2001)). Sosiale roller oppstår i denne sammenhengen ikke som et resultat av eksternt press, men fordi det følger visse handlingsmønstre til visse roller. Man kan si at i en kognitiv situasjon, er det ikke nødvendig å spørre seg selv hva som skal gjøres, fordi handlingen virker opplagt som det eneste alternativet. Den kognitive dimensjonen formidles gjennom forbilder, kategorier, identiteter, handlingsmønstre og artefakter som har symbolsk verdi (Scott, (2001)). I vår case i Nesodden er det for eksempel forventninger fra pasienten hva kreftlege skal gjøre hjemme hos en pasient, i forskjell til en kreftsykepleier.



Figur 9

### Eksempel på 3 pilarsystemet i Nesodden, etter Scott 1995

Scott beskriver også et annet begrep i sammenheng med den kognitive pilaren, kalt nyinstitusjonalisme (Scott, (1995)).

#### 4.5 Nyinstitusjonalismen

Teori relatert til P2, F2

Nyinstitusjonell teori kjennetegnes ved at det vektlegger sosialt skapte konvensjoner og deres betydning for å forstå fenomener, innenfor, så vel som mellom organisasjoner og rollen kognitive prosesser og symbolske systemer har når det gjelder vår oppfatning av verden (Scott (1995)). Han påpekte at organisasjonen oppnådde legitimitet ved å ikke bryte for mye med de dominerende forestillingene som er knyttet til det bildet organisasjonen gir av seg selv. Scott mente dette var en regulerende mekanisme der handlinger eller organisasjonstrykk forkastes uten refleksjoner dersom de ikke er i samsvar med det som tas for gitt. I nyinstitusjonalismen beskrives at institusjonelle arrangementer reproduseres. Dette skjer fordi individer ofte ikke kan forestille seg alternativer der institusjoner ikke bare begrenser våre valg i en situasjon, men at de utgjør kriteriene som blir lagt til grunn for hvilke valg vi gjør (Powell og DiMaggio (1991)). Nyinstitusjonalistene fokuserer mer på ideer, regler og kunnskapssystemer i strukturen og handlingen til en organisasjon, enn tidligere teorier som fokuserte mer på ressurser, teknologi og produksjonssystemer (Gabrielsen, (1998)). Ved innføring av palliativ omsorg i kommunen, har man utfordret både ressurser og kunnskapssystemer. Nye oppgaver med spesialistkompetansekrav krever en oppgradering av kunnskapssystemet, og økte ressurser i form av personell og finansiell støtte. I Nesodden valgte kommunen å ansette onkolog og brukte midler på kurs og undervisning i det palliative teamet, mens Frogn kommune satset på å tilby videreutdanning generelt til alle involverte ansatte. I vår case ønsker vi å belyse om dette har ført til en reproduksjon av det institusjonelle arrangementet, og om dette er ulikt mellom Nesodden og Frogn.

Det finnes mange uskrevne regler om hvordan en organisasjon skal være. Standarder innenfor dette aspektet får ofte sterke egenverdier, det vil si at de blir meningsbærende symboler som organisasjoner ved å adoptere kan oppnå ulike former for legitimitet i forhold til omgivelsene (Kvåle, Wæraas, (2006), Olivier, (1991)). Når slike adopteringer skjer er det ofte rasjonalisert ved at man tenker at reglene og holdningene som utvikles er basert på rasjonalitet og vitenskapelig fakta. Ifølge nyinstitusjonell teori er dette allikevel ikke en nødvendighet, men vi observerer en isomorfi over tid som gjør at organisasjoner kan fremstå som like. En organisasjon kan bevisst unnlate å praktisere den implementerte standarden fordi organisasjonen er klar over at krav om effektiv produksjon ikke alltid lar seg forene med krav fra omgivelsene (Brunsson, Olsen, (1990)). Brunsson (1989) sier at i slike tilfeller kan man snakke om en dekobling mellom oppskrift og realitet og kaller dette for en «organisatorisk hykleri». Med dekobling menes det at den institusjonelle standarden blir avvist enten bevisst eller ubevisst som en følge av enten kunstige, enkle og unaturlige løsninger i forhold til den virkelige, komplekse og naturlige praksis (Zucker, (1987)). Med samhandlingsreformen blir slik «organisatorisk hykleri» vanskelig med tanke på kvalitetssikring og kravene til resultater i implementeringen, eventuelle forskjeller i hva organisasjonen lover utad og hva som er vanlig praksis vil fort bli oppdaget av noen som er tilknyttet organisasjonen. Dette kan i vårt tilfelle være brukere, politikere, mellomledere, leger, avdelingsledere, ansatte eller andre som har innsyn i den daglige praksis i organisasjonen.

Man kan se på institusjonaliserte organisasjonsoppskrifter som meningsbærende symboler, altså at de ikke lenger bare er verktøy for oppgaveutførelse men at de har oppnådd legitimitet og spredningskraft på grunn av at de symboliserer de kvalitetene og verdiene samfunnet etterspør. Organisasjonene blir altså symbolet på fornuft, styring, effektivitet, vitenskap og demokrati. Rørvik (1998) kaller dette for symbolperspektivet.

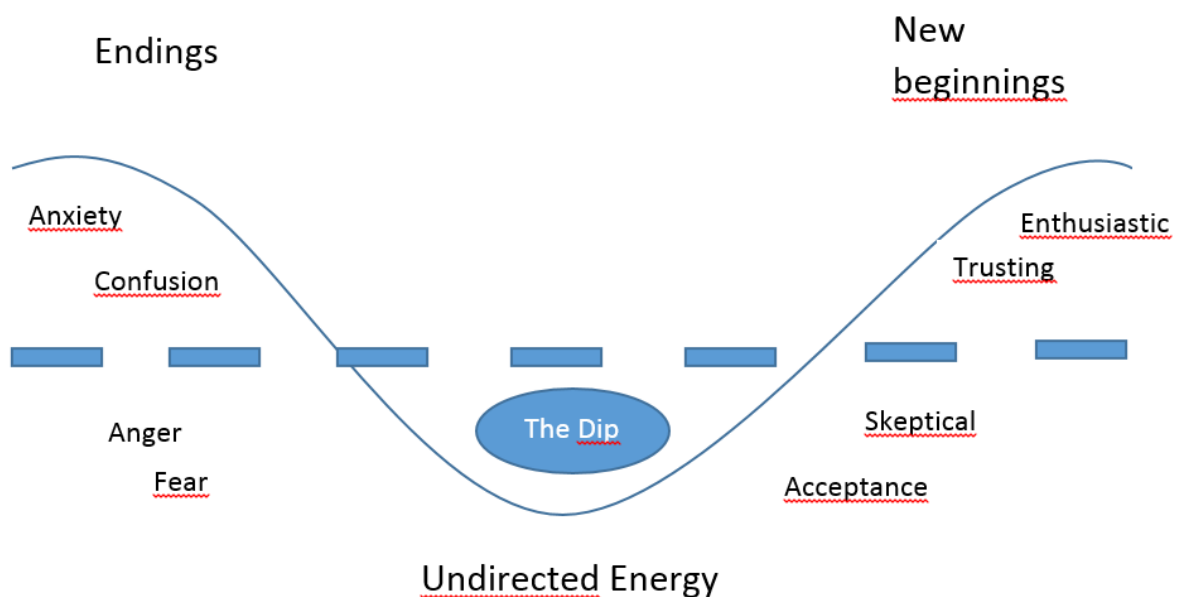
Beslutninger om iverksetting av nye organisatoriske konsepter vil ofte tas ut fra hva som oppfattes som legitim, internt eller eksternt, enn ut fra rene instrumentelle vurderinger. Dette vektlegger nyinstitusjonalismen på betydningen av legitimitet ved innføring av konsepter, også benevnt som institusjonelle standarder. En organisasjon vil ofte slutte seg til motepregede institusjonelle standarder (Abrahamson (1996), Czarnaiawska, Sevon (1998), Rørvik (1998)) fordi dette gir ekstern legitimitet i organisasjonsverdenen. Dette vil også påvirke oppslutningen for de gamle standardene.

Behovet for å sikre at organisasjonens og aktørenes handlinger oppfattes som legitime, er en viktig drivkraft for ledere av alle organisasjoner, og er derfor et aspekt ved organisasjoner som endringsagenter må ta hensyn til (Busch, Johnsen, Valstad, Vanebo (2007)). Institusjonell teori bygger på en rekke antagelser, blant annet at man kan sidestille effektivitet og legitimitet (Busch, Vanebo, Dehlin (2010)). Begge deler hevdes å være en nødvendig forutsetning for at en organisasjon skal kunne opprettholde sitt eksistensgrunnlag.

## 4.6 Medarbeider-reaksjoner

Teori relatert til P1, F1 og F2

Organisatoriske endringer fører til en reaksjonsprosess hos individer (Kyle, (1993)) Ofte skjer ikke endringene slik de opprinnelig var planlagt, og dette kan føre til motstand hos endringsmottaker som enten er aktiv eller passiv (Shayon (2008)). Scott og Jaffe (1998) deler reaksjonsprosessen i en endring i fire stadier; fornektelse, motstand, gradvis tilnærming og tilknytning. Fornektelse kan forklares med at individene i organisasjonen nekter å godta at endringene er nødvendig. I motstandsfasen blir individene sinte og prøver å finne noe å skyldes på. Samtidig nekter man å gi slipp på vante måter å gjøre ting på. Ved gradvis tilnærming slutter man å nekte for at endringene ikke er unngåelig, man erkjenner det tapte og sørger over det. Sluttfasen går ut på å akseptere hvorfor endringene er nødvendige, og å leve videre. Varigheten og motstanden kan variere i ulike prosesser, og enkelte kan bli sittende igjen i en av mellomfasene. Det er derfor viktig at endringsledere forstår disse fasene, og lærer seg å være tålmodige og hjelpe medarbeiderne gjennom fasene (Scott, Jaffe (1998)).



Figur 10

Man kan også dele reaksjonene på endring inn i ulike typer. Fra Bovey og Hede (2001) har vi følgende fire reaksjonstyper:

1. Persepsjoner;  
har påvirkning på endringen gjennom at reaksjonene de berørte har vil kunne påvirke utfallet, dette gjelder også for hvordan de berørte oppfatter endringen. Altså kan det

oppstå både negative og positive holdninger, som kunne vært regulert av lederne gjennom en god kommunikasjonsprosess i endringsfasen.

2. Affeksjoner;

dette er følelser som er relatert til handling.

3. Motstand;

Kyle (1993) sier at det kan være følgende tegn på motstand:

- Forvirring
- Umiddelbar kritikk
- Benekting
- Slu medvirkning
- Sabotasje
- Lettvint enighet
- Imaging
- Taushet
- Åpent opprør

Videre beskriver han at motstanden avhenger av to faktorer:

1. I hvilken grad individer mener de har kontroll over endringen?
2. I hvilken grad endringen påvirker individer?

Her bør det poengteres at motstand kan ha positive effekter, ved at motstanden blir tatt seriøst og håndtert på en slik måte at det reduserer en eventuell fremtidig motstand. På denne måten kan motstand gjøres om til noe som gagnar organisasjonen.

4. Kognisjon;

Berørte av endringen vil danne seg tanker og meninger om endringen og dens effekt for eget liv, derfor er det viktig at det utøves en god kommunikasjon mellom ledere og berørte før og under endringsprosessen slik at formålet med endringen blir tydeliggjort (Coghlan, (1993)).

### **Operasjonalisering av medarbeider-reaksjoner**

Ulike dimensjoner av medarbeider-reaksjoner kan operasjonaliseres ved at hjemmesykepleierne er bedt om å angi hvor godt ulike enkeltutsagn stemmer for dem og deres arbeidssituasjon innen to områder:

- Medarbeiders oppfatning av nye reformstrategier i primærhelsetjenesten. Vi ønsket å belyse hvordan nye reformer blir implementert i et arbeidsmiljø, og i hvilken grad nye medarbeidere reflekterer over nye strategier. For mange ansatte vil en ny reform bety endringer i rutiner, prosedyrer og

identitetsfølelse med jobben, og vi har hatt som mål å påvise om hjemmesykepleierne i Nesodden har reflektert over dette.

- Medarbeiders oppfatning av hvordan lederne har fungert i endringsprosessen. Ofte har medarbeidere større fokus på selve arbeidsendringen i hverdagen, enn å vurdere ledernes egenskap til å lede prosessen. Vi ønsket å be medarbeiderne vurdere dette i vår casestudie, og om dette var en generell oppfatning blant alle.

## **4.7 Legitimitet**

Teori relatert til P1, F1 og F2

I følge Weber (1924) forbindes begrepet legitimitet med hvordan noe oppfattes som, rettslig eller moralsk gyldig, anerkjennelsesverdig og rettferdiggjort. Legitimitet utgjør en viktig faktor innen nyinstitusjonalismen, slik beskrevet tidligere. En organisasjonsendring kan påvirke organisasjonens legitimitet, både positivt og negativt. Legitimitet burde derfor være et fokusområde for de fleste ledere, på samme tid kan legitimitet være en begrensning for handlingsrommet til ledere, for eksempel ville dødsstraff være utenkelig i Norge selv om dette er en måte å bekjempe kriminalitet i USA. Under begrepet legitimitet finner vi i institusjonell teori fire klassifiseringer av legitimitet (Scott (1995), Suchman, (1995)).

### **Pragmatisk legitimitet**

Organisasjonen bidrar med en tjeneste eller et produkt som samfunnet anser å være nyttig. Man kan også forklare dette som at organisasjonen fremstår som en effektiv produsent av belønninger samfunnet etterspør.

### **Legal legitimitet**

Dette vil si at organisasjonen følger lover og regler som er gjeldende i samfunnet for øvrig. Her er det spesielt koalisjonssystemet og transformasjonssystemet som blir regulert av myndighetene, her tapes legitimiteten raskt hvis organisasjonen ikke følger disse lovene og reglene myndighetene har satt.

### **Normativ legitimitet**

Organisasjonen har normativ legitimitet hvis den følger normer om utførte handlinger, måten handlinger utføres på. Motsatt vil organisasjonen også miste legitimitet hvis den ikke følger disse normene. Suchman poengterer at sistnevnte kan skje på flere måter, for eksempel at bedriften ikke tar hensyn til at handlingene som utføres kan ha en negativ effekt for andre (for eksempel forurensning). Det kan også skje ved at bedriften ikke følger forventninger til utførelse av oppgaver, oppfølging av teknikker og prosedyrer, organisasjonens struktur eller

ved overførsel av en leders personlighet eller egenskaper. Sistnevnte vil si at en leder har en personlighet eller egenskap som ikke er i tråd med det man forventer organisasjonen og dermed kan organisasjonen assosieres med lederen.

### **Kognitiv legitimitet**

Når en organisasjon har legitimitet på grunn av «den alltid har hatt det», vil det være en form for kognitiv legitimitet. Altså en form for legitimitet som baseres på forventninger til hvordan ting skal være, eller knyttet til at organisasjonen er nyttig eller aktivitetene innenfor organisasjonen er følger visse normer. Den kognitive legitimiteten kan forsvinne fort hvis organisasjonen ikke følger forventningene vi har til den. For eksempel kan hjemmetjenesten i Nesodden raskt miste sin kognitive legitimitet, hvis de ikke innfrir kreftpasientenes behov eller klarer å utføre de tilbud som burde kommet med samhandlingsreformen. Hvis pasienter ønsker å bli pleiet hjemme og eventuelt dø der, forventer de at hjemmetjenesten skaffer hjemmesykepleiere med god palliativ kompetanse og kan skape en nødvendig trygghet på lik linje som på et sykehus eller sykehjem.

Det poengteres av det vil finnes sammensetninger av de ulike typene legitimitet, for eksempel kan vi lett se for oss en organisasjon som har både kognitiv og legal legitimitet. Sammensetninger av de ulike typene legitimitet er ikke noen begrensning, men kan være vanskelig å oppnå. Caset vi betrakter er et typisk eksempel på en organisasjon som har en sammensetning av de ulike typene legitimitet. Helseomsorg generelt vil ha et innslag av alle de ulike typene legitimitet, og være prisgitt disse. Et helseforetak som ikke følger opp lover og regler, eller rutiner for hvordan pasienter behandles, vil fort miste legal legitimitet. Det kan være utfordrende å opprettholde legitimitet under en endringsprosess, da det kan skje endringer på rutiner, logistikk, beslutningsnivå og regelverk.

### **Lederlegitimitet**

Når en leders makt i forhold til de ansatte aksepteres får han autoritet – makten er legitimert. Weber (1947) mente at når medlemmene i en organisasjon underkaster seg styring og maktutøvelse, så er det fordi de identifiserer seg med og aksepterer den måten organisasjonen er bygd opp på. De finner det legitimt at en leder har makt (Weber, (1947)).

Lederlegitimitet referer til i hvilken grad medarbeiderne opplever at lederen fortjener å gi retningsangivning og faktisk har innflytelse på dem. (Choi, Mai-Dalton (1998),(1999), Yukl, (1989)).

Her vil innflytelse si evnen lederen har til å påvirke en situasjon, dette blir da nært knyttet til makt. Vi ønsker ikke å gå nærmere inn på teori om og begrepet makt, da dette blir for omfattende å gjøre i denne oppgaven. Lederen kan gjennom evne til påvirkning opparbeide seg legitimitet, som for eksempel kan resultere i økt handlingsrom for lederen. Dette vil være



relevant for det palliative teamet vi fokuserer på i denne oppgaven, da mye av dets eksistensgrunnlag forutsetter handlingsfrihet og tillit i jobbhverdagen.

## 4.8 Endring

Teori relatert til P1,F2 samt P2,F3

**Endringskrefter og endringsevne:** endringsprosesser vil oppstå av ulike grunner, og dermed være unik for den setting den ble gjennomført i. Årsaken til dette er at det alltid vil forekomme ulikheter når det gjelder organisasjonskultur, endringsledere, lederstil, verdier, holdninger og atferd blant endringsmottakere (Rashid et al, (2004)). Endringsledelse handler med andre ord om mye annet enn det å endre organisasjonskartet, man må også forandre hele organisasjonskulturen og måten man gjør forretninger på (Kitchen, Daly, (2002)).

Innen organisasjonsendring eksisterer det mange ulike teorier som kan belyse vår problemstilling. Vi har valgt å avgrense teori i henhold til vårt tema, for å gjøre oppgaven konkret. Vi har derfor valgt Lewin's (1947) tre tilstander; opptining (unfreezing), omforming (changing) og konsolidering (refreezing). Fasene er basert på en ide om at organisasjoner er systemer, som kan gå inn og ut av labile og stabile tilstander (Kjøde (2004)).

**Opptining:** I første fase erkjenner organisasjonen behov for forbedring. Denne erkjennelsen kan være et resultat av en tydelig krise. Det kan også være et resultat av et forsøk på å beskrive trusler eller muligheter som ennå ikke er opplagt for folk flest i en organisasjon. Denne fasen kan kalles «løse-opp» fasen, når det løses opp i systemer og strukturer som opprettholder nå-situasjonen (Stangeland (2008)). I denne fasen gjøres de ansatte endringsklare «change ready» (Buono, Kerber (2010)). Det vil være viktig å skape forståelse og behov for endringen ved å skape et trossystem og en visjon som viser vei og involverer de ansatte til organisasjonsendring (Lewin (1957)).

**Omforming:** I andre fase defineres, velges og prøves det ut nye løsninger. Endringssjokket har roet seg fra fase en og man går gradvis over til en «semi-stabil» fase i endringsprosessen (Stangeland (2008)). I endringsfasen skal det implementeres tiltak for å få organisasjonen til å bevege seg i ønsket retning (Stangeland (2008), Hennestad (2002)). For at denne fasen skal føre til aksept for endring, burde organisasjonen eventuelt fjerne motstand som kan oppstå under en endringsprosess. Slik kan fokuset blant både de ansatte og lederne rettes mot endringsvilje og resultater (Burkhardt, Brass (1990)).

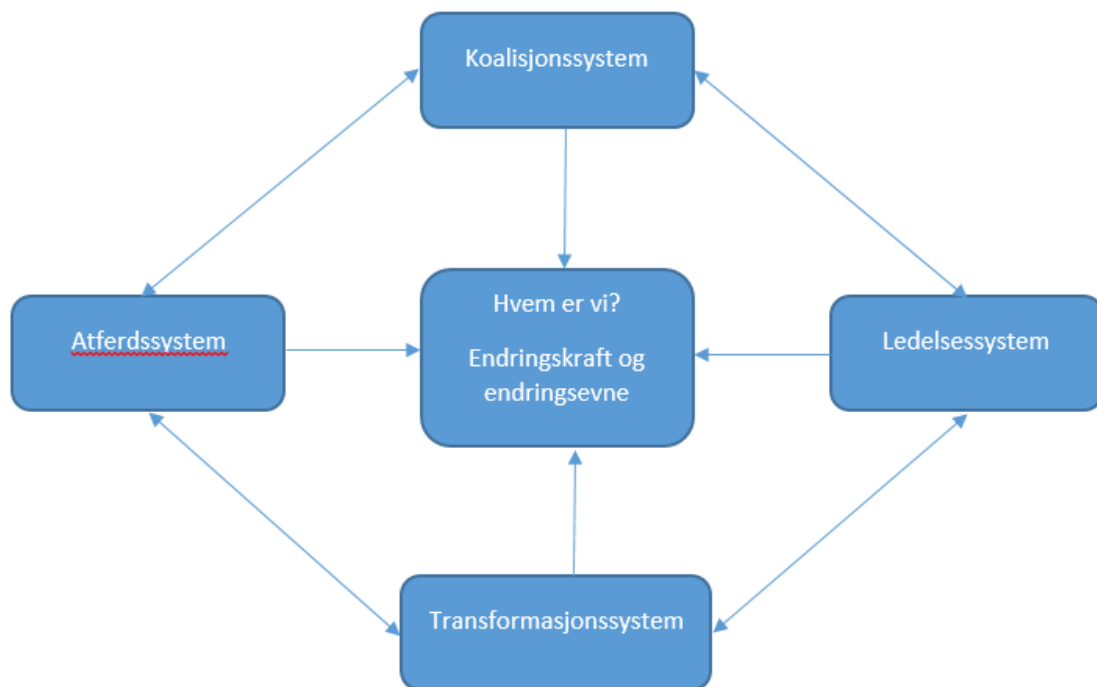
**Konsolidering:** Tredje fase gjenkjennes ved at nye løsninger møter målsettingene og blir forankret på alle nivå i organisasjonen. Denne fasen resulterer i at organisasjonen finner fram til en ny og relativt stabil tilstand (Jacobsen (2009)). Her stabiliseres nye systemer og adferdsmønstre, og det jobbes for å forhindre at organisasjonen går tilbake til gamle vaner (Stangeland (2008)). Schein (2010) mener at drivkreftene og årsakene til

organisasjonsendringene kan være avgjørende for hvor vanskelig det vil være å stabilisere (refreeze) virksomheten igjen.

Et viktig poeng ifølge Lewin (1947) er at organisasjonen må gjennomgå alle de tre fasene for å kunne få en vellykket endringsprosess.

### Endringsledelse

Når en organisasjon skal gjennomgå en endring er det viktig å være klar over sin nåværende situasjon angående muligheter for endring, i forhold til både størrelse og felt. For å kunne besitte denne informasjonen er organisasjonen nødt til å analysere sin nåværende situasjon, noe vi har en modell for nedenfor. Modellen skal fremheve hvilke virkemidler organisasjonen har til rådighet, gjennom de fire systemene; transformasjon, ledelse, koalisjon og atferd.



Figur 11

De ulike systemene vil være tilsvarende som presentert i (kapittel 4.1, Den konseptuelle virksomhetsmodellen) og gjennom disse kunne påvirkes for å starte eller påvirke en endring.

I Nesodden vil mulighetene for påvirkning av disse systemene være gjennom blant annet pasienter, pårørende, kommunen, pleierstaben, helsedirektoratet, helsedepartementet, apotek, hjelpemiddelsentral, ledere, mellomledere og befolkningen i kommunen. Her vil det være varierende grad av mulighet til påvirkning, for en gruppe kan direkte kontakt være en endringsstrategi. For andre kan det være forhandling av kontrakter, påvirkning gjennom media eller andre virkemidler rettet mot en spesiell gruppe.

For å kunne gjennomgå en vellykket endring må muligheten for endring av disse systemene være kartlagt, sammen med organisasjonens mål og visjon. Selv om det er muligheter for endring vil ikke det bety at disse endringene er hensiktsmessige, med andre ord vil poenget «Hvem er vi» være sentralt for å kunne styre endringene i riktig retning.

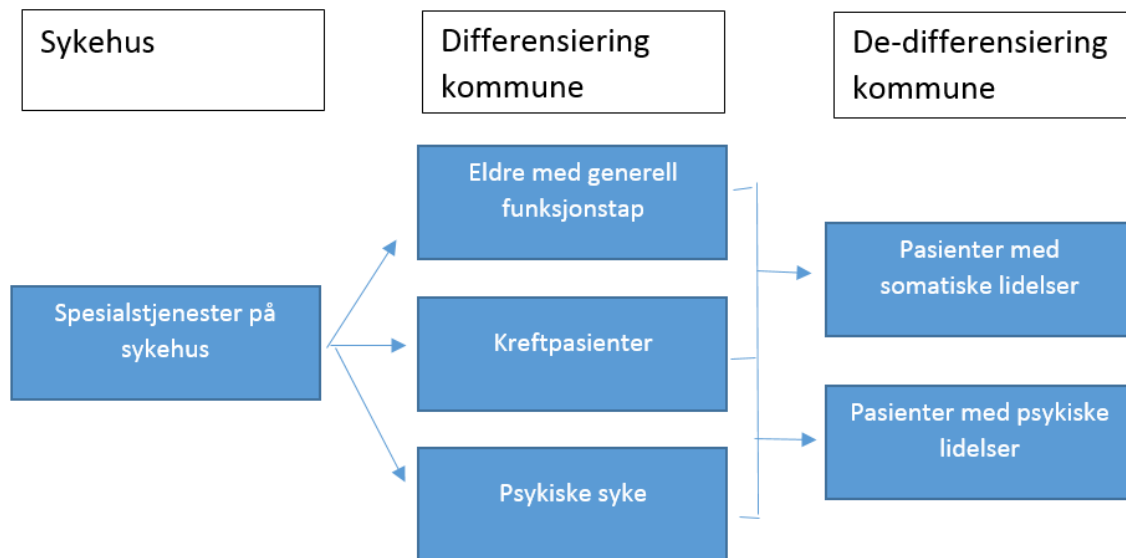
## **4.9 Organisasjonsstruktur 2**

### **Teori relatert til P2, F1**

Vi har valgt å studere to ulike prosesser som er nødvendige når nye oppgaver overføres til den allerede etablerte kommunehelsetjenesten. Vi kommer for det første til å drøfte problemet med strukturelle endringer, nemlig differensiering og integrering (Bolman, Deal (2009)). Differensiering refererer i denne sammenhengen til arbeidsfordelingen; hvem skal gjøre hva og hvorfor. Integrering er tatt frem i forbindelse med problematikken rundt hvordan innsatsen til den enkelte skal fordeles. I tillegg vil vi også belyse utfordringen med organisasjonens evne til tilpasning. I vår case med Nesodden ser vi at disse vurderingene vil bli essensielle for graden av suksess i og under omorganiseringen. Dette på grunn av mange ansvarsoppgaver med krav til ulik grad av kompetanse og/eller spesialisering.

## Teori relatert til forskningsspørsmål 2:

### Modell over differensiering og de-differensiering



Figur 12

### **Endring i form av differensiering og de-differensiering**

Endringene der kommunen har fått ett større men reorganisert ansvarsområde, er en form for de-differensiering. Flere ansvarsområder blir satt til samme gruppe/kommune, i stedet for en utvikling der vi ser høyere grad av gruppering og spesialisering sett på gruppenivå. For å gi et godt bilde av hva de-differensiering er det naturlig å forklare hva differensiering er; differensiering i en organisasjon vil si å fordele ansvar på flere grupper slik at de får muligheten til å spesialisere seg på sin egen produksjon/aktivitet (Clegg,s (1990), Rueschemeyer (1977)). Differensiering kan skje på ulike nivåer, alt etter organisasjonens størrelse og omfang. Ett eksempel på dette er den berømte produksjonslinjen som ble innført i bilindustrien, hvor vi ser differensiering på individnivå. I organisasjoner der de ulike delene av organisasjonen har et større ansvarsområde kan vi også se differensiering. Tanken er at dette vil øke produktiviteten og/eller organisasjonens evne til å levere tjenester. I Nesodden ser vi en tydelig differensiering, der hjemmesykepleiegruppen har endret seg fra å være en større homogen gruppe med relativt like oppgaver, til høyere grad av gruppering og spesialisering. I Frogn kommune har vi ikke sett denne utviklingen. Vi har forsøkt å finne medarbeidernes opplevelse av denne prosessen, og om dette har skapt ulike medarbeiderreaksjoner i de to kommunene.

De-differensiering blir da det motsatte. En samling av ansvarsområder fra flere spesialiserte grupper, samles i en felles enhet som naturlig lar seg sammenslå med de allerede eksisterende

gruppene (Cleggs (1990), Rueschemeyer (1977)). Dette kan være en effektiv strategi av flere grunner. Det kan være geografiske begrensninger, faglig overlapp eller rutinemessige grunner som gjør det til et godt alternativ for delte ansvarsområder. I følge Mintzberg vil en økt differensiering føre til et økt behov for integrering, på lik linje med at de-differensiering vil gi et mindre behov for integrering.

Bolman og Deal (2009) har beskrevet omorganisering som grupperinger av støttestaben, med følgende mulige måter å dele de inn på;

Gruppering etter:	
Kunnskap/ferdighet	Når oppgaver krever spesiell kompetanse
Arbeidstid	Tilfeller der man er avhengige skiftordninger
Produkt	For eksempel industri med produktlinjer
Kunder/klienter	For eksempel et sykehjem med avdelinger etter behov
Sted/geografi	Når gruppene fungerer optimalt når de er områdebegrenset
Prosess	Der gruppene jobber med oppgavene og deltar i utviklingen av produktet under vegs

Vi finner at dette er en hensiktsmessig referanseramme for å betrakte vår problemstilling, og vi vil bruke det som utfyllende teori til nevnte teori fra Mintzberg. Med denne omorganiseringen, vil vi også kunne møte ulike maktposisjoner som endrer seg i takt med strukturendring. Støttestaben, representert med pleierstaben, vil nå oppleve kompetanseheving og økt etterspørsel etter deres tjenester. I følge Mintzberg (1983), vil dette kunne føre til et forpliktende samspill, der pleierstaben får en sentral posisjon. Mellomledelsen på sin side vil eventuelt strebe etter desentralisering og økt maktposisjon. Her går vi litt inn på ledelsesdelen av omorganiseringen, dette på grunn av den åpenbare effekten dette har for den strukturelle omorganiseringen. Har vi mellomledere som har størst interesse for de underordnede, vil vi se en helt annen strukturell endring enn om de har størst interesse for å øke sin egen posisjon som mellomleder.

Caset vi skal studere er en institusjon som har undergått en stor endring. Denne endringen har blitt initiert på et regionalt nivå og kan betraktes på flere nivå. Vi jobber konkret med hvordan en kommune har håndtert endringene som har kommet, uten at det har vært stor grad av innflytelse direkte fra kommunen. Knytter vi dette opp mot teori om hvordan institusjoner endres, belyser enkelte utfordringer med slike store endringer. Campbell (2004) presenterer tre utfordringer knyttet til en slik institusjonell endring og analyse:

Hva er den beste måten å beskrive institusjonell endring på?  
Hvordan beskrives de underliggende mekanismene som skaper endringen?  
På hvilken måte kan spredning av ideer føre til institusjonell endring?

Vi er usikre på hvor stor vurdering av slike spørsmål som er gjort i forbindelse med samhandlingsreformen, men ser at en dypere studie av dette vil være for omfattende for denne oppgaven.

#### 4.10 Endring gjennom spredning

Teori relatert til P2, F1

Spredning skjer ved at eksisterende forestillinger om hvordan en organisasjon skal struktureres, blir implementert uten kritisk evaluering av den objektive effektiviteten av strukturen. Dette knyttes sterkt opp mot legitimitet, altså at slike strukturer ikke blir adoptert uten at de fremstilles som, eller anses å være effektive og rasjonelle. Disse strukturene som blir adoptert er allikevel ikke å anse som veiledere for hvordan store organisasjoner skal struktureres, mer gode oppskrifter for elementene/delene av organisasjonen. Røvik (1998) kaller dette fenomenet for isomorfisme, og er en forklaring på hvorfor mange offentlige bedrifter har samme strukturmodell i organisasjonene. Powell og Dimaggio (1991) har delt denne institusjonelle isomorfismen inn i tre kategorier:

Institusjonelle pilarer	Spredningsform
Regulative mekanismer	Tvangsmessig spredning
Normative mekanismer	Normativ spredning
Kognitive mekanismer	Imiteringsmessig spredning

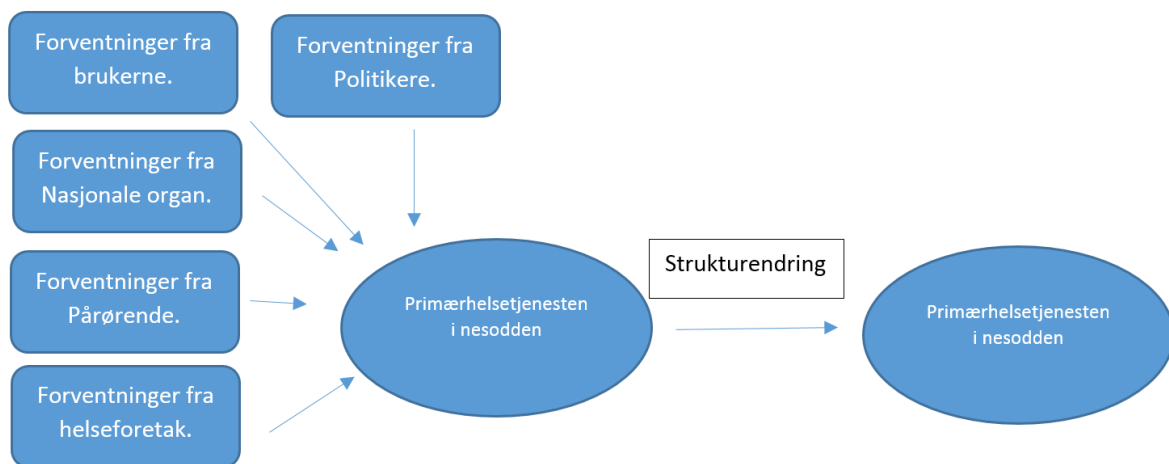
Røvik (2007) gjengitt av Busch et al (2010) forklarer prosessen med tilpasning med begrepet organisasjonsoppskrifter. Disse kan institusjonaliseres, det vil si at de vil få en egenverdi og tas for gitt. En spredning av oppskriftene mellom organisasjonene kan skje på flere måter:

1. Tvangsmessig spredning; en organisasjon blir tvunget til å følge oppskriften.
2. Normativ spredning; en organisasjon tilpasser seg normer ut ifra forventninger fra omgivelsene.
3. Imiteringsmessig spredning; organisasjonen kopierer andre organisasjoner i omgivelsene, gjerne for å framstå moderne og å øke sin legitimitet.

Tvangsmessig spredning vil si at en organisasjon er nødt til å følge gitte strukturer, for eksempel kan dette være påbud fra offentlige myndigheter. Slik spredning er nødt til å bli implementert hvis organisasjonen ønsker å bevare sin legale legitimitet, og kunne fortsette driften av organisasjonen. I vår case i Nesodden kan man si at samhandlingsreformen har vært et typisk

eksempel på en tvangsmessig spredning, der reformen pålegger klare rammer og innhold. Alle kommuner har vært pålagt å implementere dette.

Normativ spredning handler om å tilpasse seg normer som er gitt utenifra. I vår andre problemstilling har vi ønsket å se på de ansattes engasjement i hjemmetjenesten som et eksempel på normativ spredning. Dette kan skje gjennom at ansatte kommer inn i bedriften med normer som knyttes til organisasjonens arbeid og arbeidsutførelse. Det kan også skje ved at personer som har kontakt med organisasjonen har klare forventninger til hvordan virksomheten skal organiseres. Disse normene må organisasjonen da tilpasse seg etter, hvis den ønsker å ivareta sin legitimitet. Da Nesodden ansatte en onkolog, kan man si at det også endret forventningsbildet til den palliative tjenesten kommunene skulle tilby. Dette blir offentlig annonsert, både for politikere, administrasjon, og til befolkningen via lokalavis og sosiale medier.



Figur 13

Illustrasjon av normativ spredning som fører til en organisasjonsendring.

Imiteringsmessig spredning skjer ved at organisasjonen kopierer andre organisasjoners system. Tanken bak dette er å få en legitimitet ut fra forventningene til hvordan bedriften organiseres. Organisasjonen følger samme oppbygning som en bedrift som fremstår som vellykket eller moderne. I og med at Nesodden palliative team tilbyr mange av de samme tjenestene som et lignende team på sykehus, kan vi si teamet har fulgt en imiteringsmessig spredning.

## **Endring gjennom adoptering av organisasjonsoppskrifter**

Når en organisasjonsoppskrift kommer inn til en organisasjon presenterer Røvik (1998) tre måter dette kan skje på.

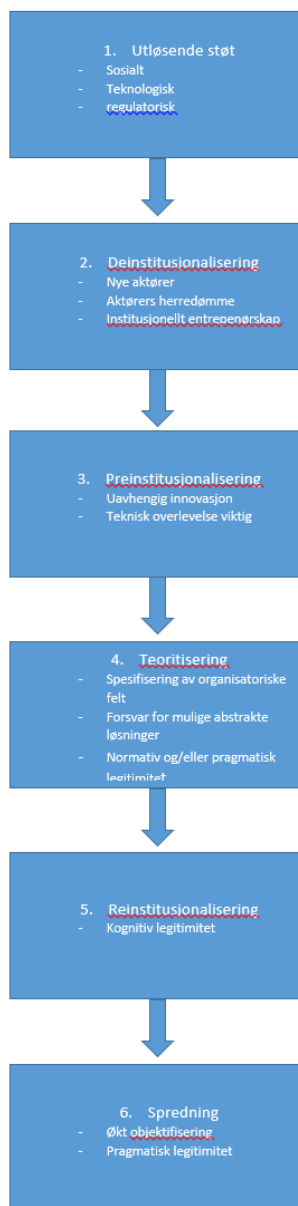
1. Adoptering; en enkel innføring av den nye oppskriften som er i tråd med organisasjonens eksisterende verdier.
2. Frastøting; organisasjonsoppskriften er ikke i tråd med verdiene som er etablert i bedriften. Dette kan være fordi oppskriften krever at organisasjonen må velge mellom effektivitet og legitimitet. At den strider enkelte deler av organisasjonen, for eksempel at den bare er tilpasset de tekniske omgivelsene.
3. Frikobling; det vil si at den formelle strukturen følger omgivelsene, og den uformelle strukturen er grunnlaget for handlingene som blir utført.

I Nesodden vil det palliative teamet som sagt følge oppskriften til lignende team på sykehus. En oppskrift hjemmesykepleien er kjent med og har kjennskap til fra før. Dette kan gi en økt legitimitet på grunn av at det følger en imiteringsmessig spredning, noe som vil kunne gjøre at oppskriften adopteres.

## **Endring gjennom translasjonsprosesser**

Tidligere har spredning av ideer vært knyttet til begrepet spredning eller diffusjon. Latour (1986) kom med en annen forståelse av hvordan slike ide-bevegelser foregår, og knyttet det til begrepet translasjon eller oversettelse. Tanken bak dette begrepet er at ideer eksisterer men tilpasses organisasjonen den blir implementert i, noe som skjer gjennom de ulike delene av organisasjonen. Disse ideene vil som regel ikke bli implementert i organisasjonen som helhet, men få eksistensgrunnlag gjennom delene som til sammen utgjør organisasjonen (Czarniawska, Sevon (1996)). Tanken om at ideer oversettes gir økt mening til hvordan ideer utvikles, siden et menneske vil ha en reaksjon når det blir presentert for en ide; man kan akseptere den, legge til elementer til den, avvike fra den eller la den ligge. Det er nærmest en naturlig prosess med translasjon av ideer som frembringer nye institusjoner som blir en del av organisasjoner.





Figur 14

## Endring ved hjelp av institusjonelle entreprenører

Dette betyr at aktører i den eksisterende institusjonen ser nytte av en endring i den etablerte institusjonen og har ressurser til å innføre endringer på en slik måte at de blir akseptert som en ny institusjon DiMaggio (1988). Dette forutsetter også at endringsagenten blir problemene som har oppstått.

1. Det utvikles nye ideer som blir presentert og mottatt av organisasjonen som mer hensiktsmessig enn tidligere praksis. Det oppstår en sosial validering med hensyn til pragmatisk verdi, og de nye ideene blir spredt blant aktuelle organisasjoner eksponert for flere felt, eller institusjoner som er distinkte fokusområder og at endringsagenten har frihet til å tenke kritisk og konstruktivt på institusjonen den er en del av. Figuren til venstre har seks punkter om muligheten for institusjonell endring uten press mot isomorfisme.
2. Destabilisering av en etablert praksis, dette kan være regelendring, teknologisk endring, konkurranseforhold eller sosiale omveltninger.
3. Andre aktører kommer på banen, eller en maktendring blant etablerte forhold forandres. Det blir presentert nye ideer som alternativer til eksisterende forståelsesgrunnlag.
4. Organisasjonene søker teknisk bærekraftige løsninger på opplevde problemer.
5. Spredningen har nådd et nivå der ideene blir tatt for gitt, og det har blitt utviklet en kognitiv legitimitet.

### 4.11 Integrering (P2,F2 og P1,F3)

Integrering er av Bolman og Deal (2012) beskrevet som en prosess der de enkelte arbeidstakers innsats skal koordineres etter at ansvaret er fordelt. Her vil mellomledere ha en viktig rolle i å fordele oppgaver etter kompetanse og gitte oppgaver. Selv om oppgavene både kan bli flere og mer krevende, er det gjerne slik at man ikke blir flere ansatte i støttegruppen. Da er utfordringen å kjenne til den enkeltes styrke og individuell egenskap, for å utnytte kompetanse og ressurser

optimalt. I motsatt fall vil vi kunne se tendenser til en fragmentert innsats, også beskrevet som suboptimalisering.

Gruppering i et arbeidsmiljø er en helt naturlig og logisk følge av måten arbeidsoppgavene blir organisert på. Dette kan skje på både positive og negative måter, og bør styres av ledere med god oversikt over de individuelle arbeidstakerne, og oppgavene som skal utføres.

Metoder for å unngå at grupperinger og individuell innsats mislykkes, er å satse på vertikal og horisontale samordninger. Støttestaben i Nesodden's hjemmesykepleie, ser ut til å følge modellen til Wellins (1990), der man finner selvstyrte grupper. Denne modellen har typiske trekk som følgende;

- De administrerer seg selv
- De fordeler arbeidet mellom seg
- De planlegger arbeidet og tidsbruken
- De tar produksjons- eller tjenesterelaterte beslutninger
- De tar tak i problemer som oppstår

I 1961 skrev Renis Likert at:

*«organisasjonskart ikke burde avbilde et hierarki av individuelle jobber, men et sett av team med innbyrdes forbindelser. Hvert team ville arbeide med stor effektivitet på egen hånd, og være knyttet sammen med de andre teamene av enkeltpersoner som funderte som bindeledd.»*

Videre poengteres det at for å legge til rette for slike selvstyrte grupper må det være tilstrekkelig uavhengighet og ressurser nok til at gruppene i felleskap kan ta ansvar for oppgavene de blir gitt. En annen forutsetning for de selvstyrte gruppene er at de har forståelse for hverandres oppgaver og ha kjennskap til gruppeprosesser.

Vertikal samordning; høyere nivåer koordinerer og kontrollerer arbeidet til underordnede ved bruk av virkemidler som formell myndighet, regler og retningslinjer, og ved bruk av planlegging og kontrollsystemer.

Horisontal samordning; mindre formaliserte og mer fleksible enn autoritetsbundne systemer og regler.

Arbeidsdelingen i en organisasjon er svært viktig for å oppnå effektivitet, og særlig har spesialisering vært en essensiell brikke. På mange måter har helsevesenet vært en pioner i så måte, men da særlig forbeholdt spesialisthelsetjenesten. Å introdusere denne metoden i primærhelsetjenesten, er en stor organisatorisk endring. I Nesodden ser vi fordeler med at selvstyrte grupper i større grad tar ansvar for spesialiserte oppgaver, der problemer løses

kontinuerlig uten diskusjon med ledere. Selvstyre grupper sørger for at oppgavene blir løst, og skaper en liberal holdning blant de ansatte. Det er allikevel nødvendig å føre en vertikal samordning, for at kommunen skal sikre seg at de administrative og politiske mål blir nådd. Her er særlig rapportering fra de ansatte og brukerevalueringer hyppig brukt. I vår case har pleierstaben stor detaljkunnskap om brukerne og de lokale utfordringene, men mindre overblikk over de nasjonale og fylkeskommunale målsetningene.

#### **4.12 Organisasjonens evne til tilpasning**

Teori forbundet med P1, F1.1 og P2, F2.1

Endringsevnen til organisasjonen deles inn i fire forskjellige grupper ifølge Busch et. al. (2007).

Evne til å justere kontraktene

Evne til å justere koalisjonssammensetningen

Makt og endringsevne

Evne til å tilpasse seg endringer i institusjonelle omgivelser

Første gruppe sier noe om hvor lett organisasjonen kan endre kontraktene med koalisjonspartnerne, her deles kontraktene inn i to undergrupper.

Hierarkiske kontrakter

Markedskontrakter

Førstnevnte er kontraktene som regulerer organisasjonen innad, slik som arbeidskontrakter som regulerer arbeidsforhold og myndighet i organisasjonen. Markedskontrakter er organisasjonens forpliktelser og krav til kunder, leverandører og andre interessenter.

Andre gruppe tar for seg organisasjonens mulighet til å endre koalisjonssammensetningen, noe som deles inn i tre muligheter

Konsentrasjon – en reduksjon i antall interessenter

Ekspansjon – en økning i antall interessenter

Justering – mindre justeringer i koalisjonssammensetningen for å tilpasse seg de nye forutsetningene.

Tredje gruppe går ut på hvordan organisasjonen kan endre og tilpasse kontrakter og koalisjonspartnere gjennom maktbaserte strategier.

Fjerde gruppe handler mye om transformasjonssystemet, hovedsakelig på grunn av at det er synlig for omgivelsene. Nye krav fra myndigheter slik som arbeidsmiljø, økonomisystemer, produksjonsopplegg og kontroll av forurensninger med mer, er faktorer som organisasjonen er nødt til å tilpasse seg og implementere. Den stadige utviklingen av krav slik som nevnt overfor

fører til at organisasjonen er nødt til å være fleksibel, og har valgt den «tidsriktige» måten å organisere seg på (Røvik (1998)).

I Nesodden ser vi en organisasjonskultur preget av faste rutiner og med relativt høy grad av formalisering. I følge Bolman og Deal er dette et utgangspunkt der man ofte observerer at organisasjonen ikke er lett mottagelig for radikale endringer. Implementering av nye rutiner og funksjoner krever en forståelse og akseptering fra mottageren av det nye systemet. Siden mange av endringene er bestemt av toppledere og på et høyere politisk plan, mangler ofte arbeidstakerne i støttestaben den langsiktige strategiske planen for endringen. Dette kan gi grobunn for mange reaksjoner, og det oppstår gjerne motstand mot nye rutiner, hvis logikken bak den ikke følger samtidig.

Informasjonen vil da kunne gå via flere ledd, og bli modifisert deretter. Mye av agendaen bak store endringen kan da gå tapt underveis. Etter hvert som byråkratiprosessen vokser og kompleksiteten øker, går kommunen mot et fagbyråkrati, eller eventuelt en divisjonalisert struktur. En divisjonalisert struktur gjenkjennes med relativt selvstyrte subgrupper i arbeidslivet, der toppledelse og støttestab opererer relativt adskilt.

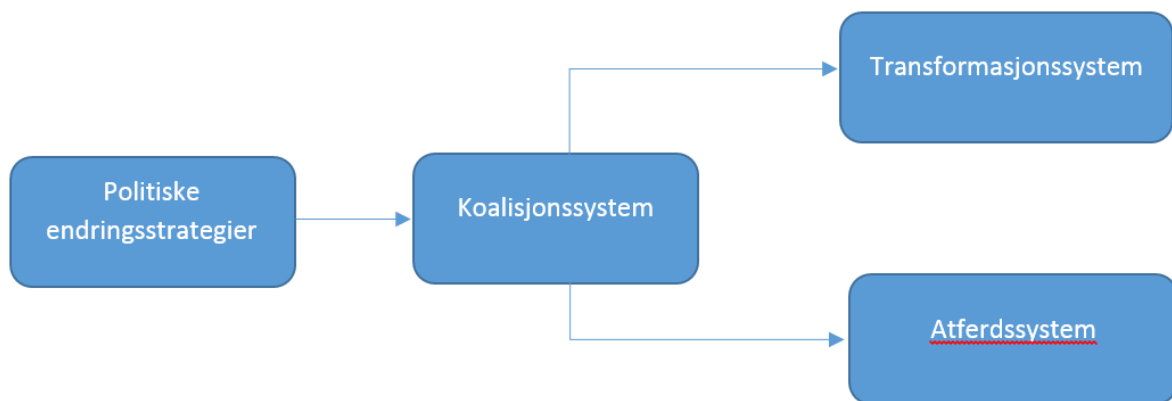
En annen situasjon er mulige konfliktsituasjoner som kan oppstå mellom toppledelse og mellomledelse. Mintzberg påpekte muligheten for spenninger mellom toppledere og mellomledere, særlig der man finner store støttestaber, og mange nivå mellom toppledelse og operasjonsnivå.

Under toppledelsen finner man den administrative komponenten, som i all hovedsak omrammer mellomlederne. I Nesodden inkluderer dette enhetsledere, soneledere og fagledere. Disse vil oppleve en forskyvning av ansvar og oppfølging av ny struktur og nye arbeidsoppgaver som skal fordeles blant støttestaben. Dette gir økt innflytelse og maktposisjon blant mellomlederne og krever et godt samspill mellom toppledelsen og mellomlederne. Det er oftest disse mellomlederne som går konkret inn i støttestaben og utfører de nye endringene og som må møte eventuell motstand mot ny struktur og ledelse. I følge Luthans, Yodgetts og Rosenkranz (1988) bruker mellomledere mye tid på nettopp å motivere, disiplinere og lære opp støttestaben. Deres legitimitet blant støttestaben er svært avgjørende for om endringsstrukturer lar seg realisere i praksis. En av flere utfordringer vil i midlertidig være at flere i støttestaben blir mer spesialiserte, og innehar mer faglig kunnskap enn mellomlederen. Hvis dette oppleves i støttestaben, kan det føre til ytterligere gruppering som blir mer selvstendig styrt. Nesodden har ansatt både lege og sykepleier som er spesialist innen kreftbehandling, og som innehar annen og mer spesialisert kompetanse enn mellomleder og toppleder. Generelt i kommunens helsevesen vil kompetanse blant støttestab og mellomledere komme tydelig fram, og er en kjerne til legitimitet av ledere på mellomledernivå. For å oppnå dette, vil kommunikasjon opp i «rangstigen» være essensielt da pleierne lett vil føle seg tilsidesatt og maktesløs om deres

innspill ikke blir hørt. Det kan være i form av vedtak i arbeidsforholdene som ikke er like gode i praksis som i teorien eller generelle endringer som er kritiske for et godt arbeidsmiljø. Her kommer vi litt tilbake til ledernes innsikt i oppgavene som skal utføres og arbeidsforholdene, denne innsikten er kritisk for at det skal bli en tilfredsstillende kommunikasjon og omorganisering.

Tilfellet i Nesodden er et eksempel på en organisering som har gått fra en høy strukturingsgrad til en organisasjon med større fleksibilitet i adferdssystemet. I følge Busch, Johnsen og Vanebo (2007) vil dette medføre at organisasjonen har en større evne til tilpasning enn tidligere, noe som kan lette arbeidet videre da det gjelder en industri som er i utvikling i tillegg til at ansvarsoppgavene vil variere fra pasient til pasient.

Modell for effekten av politiske endringsstrategier.



Figur 15

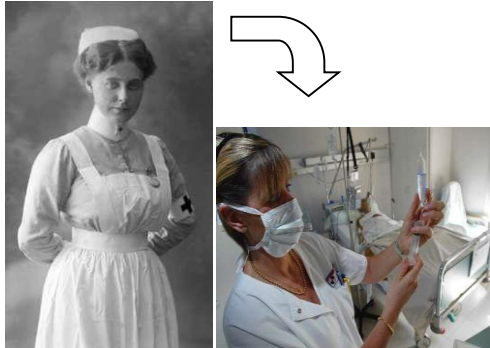
Denne modellen kommer ut fra organisasjonssynet presentert av Bolman og Deal (2004).

1. Organisasjonen er en koalisjon av ulike individer og interessegrupper.
2. Det er varige forskjeller mellom koalisjonsmedlemmene med hensyn til verdier, informasjon, interesser og virkelighetsopplevelse.
3. De viktigste beslutningene dreier seg om fordeling av knappe ressurser.
4. Knappe ressurser og varige forskjeller gjør at konflikter er en sentral faktor i organisasjonen, og at makt er den viktigste ressursen.
5. Mål og beslutninger vokser fram gjennom kjøpslåing, forhandlinger og kamp om posisjoner blant konkurrerende interesser.

## 4.13 Formalisering

### Teori relatert til P2, F2.1

1 Bilde «omorganisering av støttestabens funksjoner, fra stabilt til dynamisk miljø»



Støttestabens funksjon og rolle i dramatisk endring – fra å være alt fra husmorvikar til agent for pleie og omsorg, til å styre og utføre aktiv behandling og stell ved kreftsykdom, alvorlige hjerte og lungesykdom, og andre tilstander tidligere behandlet ved sammensatte sykehusavdelinger under kyndig vurdering og veiledning.

Blant støttestaben, herunder pleierstaben, vil nye funksjoner og økt krav til kompetanse bli en stor utfordring. En implementering av teorien fra Bolman og Deal (2009) om omgruppering av arbeidstakerne, vil kunne identifisere enkelte pleiere med økt kunnskap og motivasjon for de nye spesialiserte oppgaver. Pleiere som har annet fokus, slik som fleksibel arbeidstid, vil også kunne benyttes på en mer strategisk måte i henhold til nye oppgaver. I og med at støttestaben kommuniserer relativt sjeldent med toppledelse i kommunen, og kun tidvis med mellomlederne, vil man i en slik kommune som Nesodden finne en horisontal kommandolinje. Her vil fleksibilitet være nøkkelordet, med stor grad av individuell styring av tildelte arbeidsoppgaver. Ukentlige møter med en uformell tone vil bygge gruppefølelsen, og styrke nettverksbygging i enhetene. Enkelte grupper med økt kompetanse i faget kan sørge for fagutvikling og innehar såkalt samordningsansvar.

Blant støttestaben finner man en gruppering som er i ferd med å endre seg fra toppstyring og fastsatt struktur og oppgaver, til en teamstruktur med vekt horisontal og mangesidig kommunikasjon.

Her vil lederens evne til å formidle formålstanke spille stor rolle, og eventuelle reflektere en manglende kapasitet til åpen dialog på en arbeidsplass. For å unngå en potensiell konfliktsituasjon, settes det store krav til gjennomført ledelsesevne, både strukturelt og organisatorisk. Vi har i vårt eksempel valgt å fokusere på den strukturelle omorganiseringen som har skjedd, da dette er lettere tilgjengelig å undersøke nærmere og vil gi en høyere grad av målbarhet.

Overgangen til nye oppgaver med økt selvstendighet, krever en utvikling og omorganisering av organisasjonsstrukturen.

I følge Mintzberg (1983) er det fire spørsmål man bør vurdere;

Hvilke stillinger skal utformes?

Hvordan skal disse stillingene grupperes i større enheter?

Hvordan skal aktivitetene styres og koordineres?

Hvordan skal beslutningsmyndigheten fordeles?

### Design av stillinger

Her tar Mintzberg frem at dette handler om at for å utnytte kapasiteten til den enkelte arbeider, er det hensiktsmessig å utvide spektret av oppgaver arbeideren har ansvar for. En annen effekt denne ansvarsutvidelsen har, er at det vil gjøre både individ og grupper mer tilpasningsdyktige til endring og dermed styrke organisasjonens problemløsningsevne. Videre har det en positiv effekt for kommunikasjon mellom arbeiderne, da de har større innsikt i hverandres arbeidsoppgaver. I Nesodden har både sykepleiere med og uten spesialistutdanning mange av de samme oppgavene, selv om sykepleiere med mer kompetanse i større grad blir brukt som rådgiver og diskusjonspartner. Mintzberg tar så opp en ulempe med denne endringen, ved at en større bredde i arbeidet kan føre til en reduksjon i spisskompetanse på individnivå. Konklusjonen blir dermed at graden av spesialisering kan ha både positiv og negativ innvirkning på organisasjonsendring, etter hvilken endring som er aktuell.

### Gruppering av oppgaver

Gruppering av oppgaver er viktig med tanke på hvilke enheter som skal opprettes i organisasjonen, Mintzberg (1983) skiller mellom seks former for inndelinger:

Kompetanse

Funksjon

Tid

Produkt

Kunde

Geografisk lokalisering

I en organisasjon kan det være hensiktsmessig å lage en inndeling med utgangspunkt i en kombinasjon av de nevnte punktene. Det blir naturlig at inndelingen skjer ut i fra kravene som stilles av kundene, der man danner grupper etter kompetanse og funksjon, vil man kunne se grupper med tilnærmet samme basiskompetanse. Lager man derimot en gruppering etter kunde, geografisk lokalisering eller produkt, vil man få grupper med forskjellig basiskompetanse. Grupperingen bør derfor skje med tanke på hvilke problem man ser for seg at vil oppstå. Er det naturlig at man trenger en fleksibel og tilpasningsdyktig gruppe, kan det tenkes at en sammensetning med stor forskjell i basiskunnskaper har et fortrinn mot alternativet. Motsatt vil en gruppe med grundig forståelse for et kompetansefelt være godt egnet til å takle nye

utfordringer innenfor samme felt. Her vil lederens kjennskap til de ansatte og deres bakgrunn være et viktig moment, i tillegg må lederne ha god innsikt i hva de nye kravene innebærer i praksis samt en god forståelse for hvordan utviklingen vil skje. Dette sammen med en god vurdering av fremtidige krav til kompetanse danner grunnlaget for gode vurderinger under gruppesammensetningene. Selv om Nesodden har satset på palliativt team og bygd opp en kompetansegruppe, må det understrekes at det faktisk ikke eksisterer tydelige oppgavefordelingskontrakter mellom helseforetak og kommune. Dette gjør at toppledere og mellomledere i kommunen aktivt må delta i faggrupper som retter seg mot nabokommuner og helseforetak for å lage og følge krav og nasjonale retningslinjer for palliasjon. Det bør poengteres at i denne sammenheng vil lederne være under press for å holde seg innenfor visse rammer som begrenser handlingsrommet deres. Det kan være for eksempel økonomi, begrensninger i antall ansatte, manglende kompetansefelt i organisasjonen, og lite handlingsrom for å påvirke nevnte faktorer.

### **Styring og koordinering**

Styring betyr i denne sammenhengen hvor stor påvirkningsgrad stillingsinnehaveren har på sin egen stilling, gjennom hvilke resultater som skal oppnås. Denne styring kan skje på følgende måter ifølge Mintzberg (1983):

- Direkte overvåkning; overordnet setter føring for resultater og oppgaveutførelse.
- Gjensidig tilpasning; medarbeidere koordinerer arbeidet mellom seg.
- Standardisering av oppgaveutførelsen; jobben er styrt av et sett av regler.
- Standardisering av resultater; krav til resultatene.
- Standardisering av kunnskaper; krav til kompetanse innen en stilling.

Alle punktene overfor kan bli kombinert i en «styringsmiks», slik at styringsformen optimeres for situasjonen den er aktuell for.

### **Grad av sentralisering**

Dette punktet gjelder fordelingen av beslutningsmyndighet i organisasjonen. En sentralisert organisasjon har høy beslutningsevne på de øverste nivåene i organisasjonen, mens desentraliserte organisasjoner har beslutningsmyndighet på lavere nivå i organisasjonen. Tanken bak en desentralisert organisasjon er at det finnes mange stillinger som blir berørt av endringer utad, og hvis disse i høyest mulig grad har mulighet til å tilpasse seg endringene vil den totale endringen skje raskt. Motsatt tilfelle får vi for en sentralisert organisasjon der beslutningsmyndigheten «sent» blir berørt av endringene og derfor vil reagere sent på endringene.

Fra punktene som er gjennomgått ser vi at det ofte kan være en vurdering av effektivitet og legitimitet opp mot fleksibilitet (Mintzberg 1983), slik at det blir vurderingen av



organisasjonens fremtid som blir avgjørende for strukturelle spørsmål før og under en endringsprosess.

Her må man se på den enkelte arbeiders funksjon og oppgaver. I dag finnes det protokoller hvor klare instruksjoner beskriver pleiernes oppgaver og detaljerte beskrivelser om ulike tiltak hos brukeren. Når pasienter i større grad skal behandles og følges opp i eget hjem, utfordrer dette det tidligere systemet med detaljerte oppgavebeskrivelser. Ulike pasienter med behandlingsskrevende sykdommer trenger individuelle oppfølgingsregimer, som endrer seg i takt med sykdommens stadier. Ved redesigning av opprinnelige stillinger, vil man måtte ta hensyn til grad av spesialisering og grad av formalisering. Spesialiseringen vil kunne føre til en utvikling av høy kompetanse som er tilpasset de oppgavene pasientbehandlingen krever. Det vil likevel være naturlig med en horisontal jobbspesialisering, der oppgavene og kunnskapen utjevnes og fordeles på alle nivå. Arbeidsrollen som hjemmesykepleier er svært selvstendig og valgene som gjøres, bestemmes der og da, uten å kunne bli diskutert med en leder eller andre. Enkelte sykepleiere vil ha økt kompetanse med spesialistutdanning, og kan ta ansvar både for undervisning av kolleger og utførelse av spesialiserte oppgaver. Pleierens utdanning og kompetanse vil være viktig i muligheten for å redusere formaliseringsgraden. Den andre utfordringen er gruppering av oppgavene. Gruppen av pleiere er avhengige av hverandre og deres samarbeid essensielt for videreutvikling av organisasjonsstrukturen. Denne utviklingen er en del av moderniseringsprosessen i velferdsstaten, også beskrevet som en institusjonell ombygging av Olsen (1986). Dette er en del av New Public Management (NPM) der beslutningsmyndigheten omrokeres og utførelsen av tjenestene skifter primærrområder. En av de største utfordringene i denne prosessen, er å sørge for at kvalitet og effektivitet opprettholdes uavhengig av institusjon. Ringen (1987), skisserte fire ulike potensielle problemer i forbindelse med omorganisering: legitimitet, styrbarhet, økonomisk effektivitet, for stort aktivitetsområde. Dette vil bli eksemplifisert i analysen (kapittel 6.4)

#### **4.14 Oppsummering teori**

I dette kapitlet har vi presentert teorier, modeller og begreper som vi mener er relevante for en grundig vurdering av samhandlingsformens effekt for kommunehelsetjenesten. For å kunne gi en god analyse av hvilke reksjoner implementeringen av samhandlingsreformen har ført til og hvilke strukturelle endringer som også har vært en følge av dette er det viktig med et godt teoretisk bakteppe for argumentasjonen vi kommer til å bruke. Kommunens måte å håndtere de nye utfordringene vil være preget av den strukturelle rammen kommunen befinner seg i, endringsprosessene som er gjennomført og hvordan den strukturelle endringen har preget arbeid, utvikling og implementering. Vi har sett det hensiktsmessig å ha nyinstitusjonell teori som utgangspunkt for analysen, og ser de underliggende teoriene vi har presentert vil være et nyttig teoretisk utgangspunkt for å analysere problemstillingene vi har satt i denne oppgaven.

## 5 METODE

I dette kapitlet ønsker vi å legge frem hvilke valg vi har tatt angående metode, forskningsdesign, forforståelse av tema, datamaterialet og troverdighetskriterier i forskningen. Valgene vi har tatt er på bakgrunn av hva vi ønsker å belyse med caset vi studerer, gjennom å få en bedre forståelse av situasjonen og hvilke faktorer som har påvirket denne endringsprosessen. Vi vil se på to kommuner, Nesodden og Frogn, med hovedfokus på Nesodden. Vi har valgt å bruke en sammenligningskommune da dette vil være hensiktsmessig for å belyse hva som skiller Nesoddens måte å håndtere de nye kravene grunnet samhandlingsreformen. På grunn av at det er en unik måte å håndtere kravene på, vil mange av valgene våre være både av hensiktsmessighet og delvis nødvendighet. Det vil blant annet være vanskelig å innhente et stort datamateriale fra kommuner som har mestret situasjonen på, forholdsvis, samme måte som Nesodden. Valgene vi har tatt i dette kapitlet vil være grunnlaget for de konklusjonene vi kommer frem til, og vi ønsker derfor å utdype enkelte metode-teorier slik av valgene våre tydeliggjøres.

Jacobsen (2005) tar opp tre hensikter ved en undersøkelse:

1. Beskrivelse; man prøver å få innsikt i hvordan en situasjon eller et fenomen ser ut.
2. Forklaring; grunnen til at noe har skjedd eller et fenomen har oppstått.
3. Prediksjon; man vil bruke undersøkelsen til å predikere hva som vil skje i fremtiden.

### 5.1 Metodevalg

#### **Kvalitativ eller kvantitativ.**

Innen samfunnsvitenskapelig metode er det hovedsakelig to metoder, kvalitativ og kvantitativ. Kvalitativ metode bygger på at man søker forståelse for et sosialt fenomen, der fortolkning betyr en del for forskningen. På den ene siden bygger kvalitativ metode et bilde av en situasjon i en bestemt tid, sted eller sammenheng. På den andre siden finner vi kvantitativ metode, som handler om å få en gyldig kunnskap om det som kan veies, måles eller telles. Når man skal finne den korrekte metoden som grunnlag for forskningen man skal foreta er det viktig å ta hensyn til hva man søker med forskningen.

Vi vil finne ut hvilke reaksjoner samhandlingsreformen har hatt på de ansatte og hvilke strukturendringer den har ført til i det aktuelle caset. Dette kan gi oss en forståelse for erfaringer, motiver og tankemåter som har vært en reaksjon på de endrede arbeidsforholdene. Det naturlige metodevalget vårt blir en kvalitativ tilnærming til oppgaven. Vi har basert disse dataene både fra intervjuene, og brukt onkolog Roar Johansen som informant fra Nesoddens palliative team. Vår intensjon med oppgaven sammenfaller også med en hermenautisk tolkning, altså at det vektlegges forståelse og tolkning sammen med at meningen med det som forskes på er en del av en større sammenheng.

*”Doing scientific work is not copying methodological blueprints written up in textbooks, but applying research methods in the complex politics of the social world”*

Greenwood and Levin

## **5.2 Forskningsdesign**

### **Induktiv eller deduktiv.**

Induktiv tilnærming vil si at man henter inn data, som man organiserer og kategoriserer inn etter felles trekk. Deretter finner man sammenhenger og trekker konklusjoner som blir grunnlaget for ny teori. Dette er en motsetning til den deduktive tilnærmingen som henter inn data for å teste eksisterende teorier og hypoteser. Med tanke på at vi har en kvalitativ tilnærming, ser vi det hensiktsmessig å ha en åpen induktiv tilnærming til oppgaven. Vi ser videre en utfordring angående åpenhet til håndtering av datamaterialet vårt, da en av oss har dypere innsikt i systemet, og begge har bevisst og underbevisst tatt konklusjoner om hvordan enkelte ting henger sammen. Vi skal allikevel ha en så åpen tilnærming som mulig, og i den grad det er mulig å ta hensyn til våre forutinntatte observasjoner og konklusjoner. Når man skal foreta en vitenskapelig undersøkelse er det viktig å kartlegge situasjonen man skal undersøke, og hva man ønsker å oppnå.

### **Intensiv eller ekstensiv.**

Intensivt vil si at man ønsker å se nærmere på et spesifikt system eller en spesiell situasjon, noe som vil være tilfelle for vår studie. Intensive design har den styrken at de får fram relevante data. Informasjonen blir ikke løsrevet fra konteksten, undersøkelsen omfatter mange detaljer og går i dybden. Den interne gyldigheten vil i mange tilfeller være høy. Problemet er at studiene i stor grad blir spesifikke, det vil si at de kun forholder seg til en kontekst eller til noen enheter. Spørsmålet blir til slutt i hvor stor grad kan vi generalisere. I følge Jacobsen (2005) blir dette en teoretisk generalisering, hvor det er vanskelig å si noe om gyldigheten for teorien ut over de forhold som er grunnlaget for undersøkelsen. Gruppen vi studerte har håndtert omorganisering og utfordringen med palliativ omsorg på en nyskapende og original måte, og det vil derfor være naturlig å velge intensivt design. Det vil allikevel være en del faktorer som vil ha likhetstrekk med andre grupper, noe som kan fungere som et grunnlag for en generalisering.

### **Komparative studier**

Når man gjennomfører case-studier er hovedfokuset å klare å gjøre rede for det unike og spesielle ved den utvalgte hendelsen, klienten eller organisasjonen. Konklusjonene man trekker fra en slik analyse, vil være vanskelig å generalisere da i prinsippet mangler tilstrekkelig data for å kunne gjøre antagelser om tilsvarende case. For å kunne innhente tilstrekkelig informasjon nok til å kunne trekke noen generelle konklusjoner, er å utføre en komparativ studie. I denne

type studier henter man inn data fra to eller flere case og gjøre forskningen basert på dette datamaterialet. Hovedsakelig kan dette gjøres på tre måter ifølge Jacobsen (2005):

### **Sammenligne ulike case**

Her velger man forskjellige case som skiller seg fra hverandre ved uavhengige variabler, tanker er at disse forskjellene påvirker de avhengige variablene. Eksemplet fra Jacobsen beskriver en case der en skoles størrelse er den uavhengige variablene og elevenes tilfredshet er den avhengige. Slik kan man styrke hypotesen om en sammenheng mellom disse faktorene.

### **Sammenligne like case**

Hvis man bruker samme eksempel som ovenfor (sammenligning av to skoler) så kan man finne skoler som har flest mulig like egenskaper, for eksempel størrelse, studietilbud og organisering. Når man har to skoler som har tilstrekkelig nok likheter kan man se om disse skolene også har et sammenfallende tilfredshetsnivå blant studentene.

### **Sammenligning med mest mulig ulike case**

Her ønsker man å utelukke andre forhold enn beskrevet i sammenligning av like case. Hvis vi ser på et tilfelle der man sammenligner en stor og liten skole i Norge, kunne en naturlig utvidelse av denne studien være å studere en stor og liten skole i et annet land for å se om forskjellene er generelle, eller om de bare gjelder for landet du har studert.

Videre kan det være hensiktsmessig å benytte seg av en designtrianglering, dette gjøres ved å utføre både en ekstensiv og intensiv studie av samme fenomen. På denne måten kan man sikre seg både spesiell og generell innsikt i caset man betrakter.

### **Metodevalg**

Vårt valg av design, epistemologi og ontologi utelukker en kvalitativ tilnærming, da vi går i dybden med våre analyser og den generelle sannhet er utelukket i et dynamisk system. Kvantitativ undersøkelse kombinert med våre resultater fra denne undersøkelsen kunne hatt stor verdi i form av å utfylle den kvalitative tilnærmingen. Deriblant ved å sammenligne resultat fra andre kommunale virksomheter som har blitt påvirket av samhandlingsreformen. Metodetrianglering slik beskrevet her vil kunne styrke resultatene våre, eller få frem svakheter i vår analyse.

*«(...) kvalitative og kvantitative tilnærminger, prinsipielt sett, ikke står i konkurrerende, men komplementært forhold til hverandre. Sjelden kan den ene av de to tilnærmingene erstatte den andre. Svært ofte kan de gjensidig supplere hverandre.»*

*Sigmund Grønmo*

For å gi en liten oppsummering av hvilke valg vi har tatt, og hvilken tilnærming vi har til vår oppgave, har vi satt sammen en oppsummeringsmatrise. Denne kan være et verktøy under innsamling av datamateriale og som en referanseliste for hvorfor vi har valgt å tilnærme oss et problem på den måten vi har gjort.

<b>Teori</b>	<b>Vår tilnærming</b>
Ontologi	hermeneutisk konstruktivistisk
Epistemologi	Fortolkningsbasert (hermeneutisk)
Induktiv/deduktiv	Induktiv
Intensivt/ekstensivt	Intensivt
Kvalitativt/kvantitativt	Kvalitativt

### **Forforståelse av tema**

Forforståelse sikter til de forutsetningene vi bringer med oss inn i en situasjon, på en annen måte kan man forklare det som de fordommer vi bringer med oss som hjelper til å skape orden og system i en handling. Vår bakgrunn i denne forskningen er distinktiv, da en av oss har direkte tilknytning til caset vi studerer gjennom egen jobb i Nesodden, mens den andre ikke har noen tilknytning ut over det å være pårørende til en palliativ pasient, men som ikke er tilknyttet casets kommune. Kontakten med informantene ble gjennomført av den som ikke har noen direkte tilknytning til caset. Sistnevnte har en negativ side ved at det kan være vanskelig å stille relevante spørsmål og oppnå tillit til informantene, da det ikke foreligger en felles begrepsforståelse og innsikt i de temaene som diskuteres. Det positive med en slik situasjon er at det ikke vil «smitte over» antagelser om caset vi studerer, eller foregå en påvirkning grunnet felles profesjonsbakgrunn. Allikevel skal man være bevisst på at andre livserfaringer også kan påvirke informantene, slik at dette vil fortsatt være et fokusområde under intervjuene. Der forforståelsen eventuelt kan påvirke resultat, vil vi poengtere dette og betydningen av det for studien vi gjennomfører.

### **Generelt om intervju og informanter**

En ulempe ved fastlagte skjemaer er at de i liten grad gir mulighet til å forfølge tematikk som dukker opp underveis i intervjuet, og til å la respondentene påvirke tema og formuleringer etter at skjemaet er ferdig. En annen ulempe er at det kan være svært kompetansekrevende og kostbart å gjennomføre gode kvantitative undersøkelser, og det er dessuten erfaringsvis vanskelig å oppnå en høy svarprosent. Hvis svarprosenten blir lav øker usikkerheten ved dataene. Det blir mer problematisk å anslå med sikkerhet hvor stor andel som er fornøyde eller misfornøyde. Likevel kan dataene brukes til å analysere kjennetegn ved dem som er henholdsvis fornøyde og misfornøyde.

Når respondentene tilhører ulike språkgrupper med svært varierende kunnskaper i fellesspråket oppstår dessuten behov for å oversette skjemaene, noe som fører til større mulighet for visse typer målefeil: nyanser i språk og begrepsforståelse gjør det krevende å sammenlikne resultatene på tvers av gruppene. På den annen side sikrer oversettelsene at spørsmålene formuleres på noenlunde samme måte til alle respondentene innen hver språkgruppe, mens intervjuer ved hjelp av tolk gjør det svært sannsynlig at spørsmålene ikke formuleres identisk til hver respondent. Hovedpoenget til kvantitative metoder er at kategorisering og presisering av sentrale begreper må gjennomføres, før den empiriske undersøkelsen kan gjennomføres

### 5.3 Datakilder

*“Interviewing is one of the most common and powerful ways in which we try to understand our fellow human beings”*

Fontana og Frey

Datakildene som er brukt i studiet er muntlige, og baserte på intervjuer. De muntlige kildene representerer de primære data generert fra forskerne, og kvaliteten på data kan derfor kontrolleres av forskeren selv. På bakgrunn av dette, kan påliteligheten styrkes (Blaikie (2000)).

I følge Jacobsen (2005) er det viktig å ha en kritisk holdning til datamaterialet og analyser som er gjort opp mot dette materialet. Man skal være bevisst på gyldigheten til sine påstander/konklusjoner og være klar over hva som kan være grunnlag for feilinformasjon. Siden vi har valgt en kvalitativ studie med intervju, blir det viktig for oss å redegjøre hvordan vi har samlet inn datamateriale og behandlet det. Feilkilde ved intervjuformen er feiltolkninger ut fra ordvalg, ledende spørsmål eller ledende spørsmålskontekst. Vi er klar over mange av de potensielle feilkildene, og vil gjøre forbyggende arbeid i form av testintervju og fokus på underspørsmål og oppfølgingsspørsmål. Det er allikevel usikkerhet knyttet til dataene vi samler inn, da det kan være forhold som er vanskelig å forebygge eller oppdage. Eksempler på dette kan være at respondentene får for kort tid til å danne seg meninger, eller at de gir strategiske svar. Respondentene kan også bli påvirket av intervjueren, og det er derfor viktig at de i så stor grad som mulig intervjuene likt. Dette er utfordrende da en interaksjon mellom intervjueren og respondenten vil variere fra intervju til intervju. Under analyseringen av resultatene vil vi ha en felles vurdering av slike forhold for å vurdere graden av påvirkning dette har hatt på resultatene våre.

### 5.4 Forskningsprosess

Studiet av kreftomsorg i kommunen har hovedsakelig ved utført i Nesodden kommune som case, men også i Frogn kommune, for å ha et sammenligningsgrunnlag. På grunn av at det er en kommune til sammenligning, har det vært nødvendig å ha en nøyaktig beskrivelse av

hvordan og hvorfor vi ønsket de ulike spørsmålene ved intervjuene. Dette har vært viktig for å kunne nå sammenlignbare resultat, og pålitelighet av data. Optimalt sett hadde vi hatt tid og ressurser til å kunne gjennomføre kvalitative studier ved flere kommuner, da det hadde gitt et mer nyansert bilde av situasjonen vi beskriver. Vi ser allikevel at valg av forskningsmetode gjør at resultatene våre vil være tilstrekkelig.

## **5.5 Forberedelse**

*”Empiri betyr at påstander må ha sitt grunnlag i erfaring, ikke i synsing”*

Johannessen, Tufte, Kristoffersen

Studiets empiriske felt har vært hjemmetjenesten i Nesodden og Frogn kommune. Valget av disse to kommunene ble gjort, basert på at disse kommunene har valgt helt ulike måter å utføre kreftomsorgen på. Interessen for Nesodden kommune og Frogn kommune skyldes at den ene av oss har arbeidet i begge kommuner, og observert to svært ulike måter å møte den kommunale kreftomsorgen på. For å kunne gjennomføre intervjuene, ble virksomhetsleder for hjemmetjenesten i begge kommunene kontaktet per telefon, og informert om hensikten med undersøkelsen. Neste steg i prosessen var å utvikle en intervjuguide som skulle fungere som en veileder under intervjuprosessen. Vi begynte så å kontakte mellomlederne (soneledere) for hjemmetjenesten, for å finne intervjutidspunkt. Dette var selvfølgelig noe utfordrende, da ansatte i hjemmetjenesten til enhver tid oppholder seg på ulike steder rundt i kommunen. Det lot seg likevel gjøre, på grunn av stor velvilje fra hjemmetjenesten. Intervjuene hadde varighet på ca 20-30 min hver. Dette foregikk i januar og februar 2015, i begge kommuner.

## **Transkribering**

Vi måtte så starte med å bearbeide intervjuene. Alle intervjuene ble transkribert fra diktafon til tekst, denne prosessen skjedde fortløpende etter intervjuene ble gjennomført. Transkriberingen ble gjort ordrett og på dialekt, i tillegg ble lyder og pauser registrert. For å ivareta intervjuobjektens anonymitet ble dette omskrevet til bokmål, og lyder og pauser i samtalen som var uten åpenbar betydning fjernet for å øke leservennligheten. Videre ble transkriberingene gjennomgått sammen med avspilling av lydfiler. Teksten ble ytterligere redusert ved at avsporinger, ubesvarte spørsmål og tilsynelatende usammenhengende samtale ble fjernet. Det ble også tatt notater under intervjuene, slik at viktige poenger som fanges opp av situasjonen (ansiktsuttrykk og lignende) blir tatt hensyn til.

## **Kategorisering**

Kategoriseringen av intervju spørsmålene ble gjort på forhånd av intervjuene, og denne inndelingen ble brukt som grunnlag for å systematisere datagrunnlaget. Disse kategoriene er laget ut fra forskningsspørsmålene, og dermed de eventuelle holdninger og hypotesene som



ligger underbevist til vi som skriver oppgaven. Kategoriene som ble analysert er på bakgrunn av svarene til alle respondentene, slik at det er et sammenligningsgrunnlag for analysen. Under intervjuene ble enkelte tema overlappende, noe som kan ha en negativ effekt for å få en helhetlig forståelse for caset. Vi har allikevel forsøkt å fremheve sammenhengen mellom temaene og oppveie denne effekten. Videre ble intervjuene forkortet slik at de aktuelle uttalelsene var igjen og analysen kunne bli mer oversiktlig og håndterlig.

## **5.6 Intervjuguide**

Intervjuguiden ble utarbeidet på bakgrunn av det teoretiske fundamentet. Guiden består hovedsakelig av halvstrukturerte spørsmål med flere kategorier. For våre aktuelle intervju ser vi at det vil bli naturlig med halvstrukturerte intervju, der vi vil ha åpenhet for at respondentene kan komme med relevante opplysninger ut over det vi sikter oss inn på. Dette betyr med andre ord at vi er åpne for at det er essensielle faktorer ut over de tema vi ser for oss, noe vi er bevisste på og åpne for å inkludere i intervjuene. Fra Jacobsen (2005) har vi at det åpne individuelle intervju er egnet for akkurat slike tilfeller med få enheter som skal undersøkes, og vi ser at denne datainnsamlingsmetoden er et naturlig valgt også ut i fra vårt ontologiske, epistemologiske og metodiske standpunkt.

Selv om formen på intervjuene blir stort sett strukturert med forberedte tema og intervju spørsmål, ønsker vi å kunne «fange opp» ustrukturerte aspekter ved intervjuene ved å gi respondentene mulighet til å komme med egne refleksjoner og meninger. Intervjuguiden fungerte som en veileder for å kunne orientere seg mot problemstillingen.

## **5.7 Intervjuene**

Alle de individuelle intervjuene er utført personlig på bakgrunn av vår intervjuguide. Med tanke på at vårt ønske var å kunne fremskaffe mest mulig informasjon fra hver enkelt respondent, var det mest naturlig å gjennomføre intervjuene ansikt til ansikt. Denne formen for intervju avdekket mye informasjon som ellers ville gått tapt hvis man ikke hadde hatt mulighet til å observere respondentene under intervjuet, og stille oppfølgingsspørsmål da vi ser reaksjoner fra respondentene. Dette kunne være observasjon på tonefall, kroppsspråk eller lignende. Det er en naturlig antagelse at intervjuene fikk elementer fra flere intervjutyper, blant annet faktuelle intervju, narrative intervju og begrepsintervju (Kvale, Brinkman (2009)). Dette kom av at det var nyanser i forståelse av begrep/uttrykk, relevante historier knyttet til oppgaveløsning og gjenfortelling av faktiske hendelser. Vi så på dette som utfordrende men positivt for vår oppgave, da dette bidro til å skaffe oss ytterligere dybde i intervjuene.

Vi startet intervjuene med en presentasjon av oss selv, vår forskning samt hensikten med forskningen og hvordan vi ville håndtere den informasjonen som ble presentert. Videre fortsatte intervjuene med noen få «ufarlige» spørsmål for å bygge opp tillit og gjøre respondentene komfortable med situasjonen (Rubin, Rubin (2005)). Vi startet så de forberedte

intervjuspørsmålene, der vårt hovedfokus var å lytte og notere. Som et hjelpemiddel for etterbehandling av våre data benyttet oss av en båndopptaker, slik at vi kunne gå tilbake og få utarbeidet detaljerte transkripsjoner fra intervjuene. I den avsluttende delen av intervjuene ga vi respondentene mulighet til å ta opp relevante poenger knyttet opp mot vår problemstilling, og oppklare eventuelle uklarheter knyttet til intervjuet.

### **Individuelt eller gruppeintervju.**

Informantene som ble intervjuet, var 6 ansatte i Nesodden kommune, og fem ansatte i Frogn kommune. Utvalget av informanter var strategisk, det vil si alle som ble intervjuet var ansatte i hjemmetjenesten, hovedsakelig sykepleiere og enkelte hjelpepleiere. Felles for alle var at de deltok aktivt i kreftomsorg i hjemmesykepleien. Gruppeintervju ble ansett som for risikabelt for reliabiliteten av den informasjonen som ville kommet fram, og for viktigheten for å få fram den informasjonen nødvendig for å belyse problemstillingen på en tilfredsstillende måte (Jacobsen (2005)). Til forskjell fra våre individuelle intervjuer kunne gruppeintervjuer fått frem informasjon gjennom en dynamisk interaksjonsprosess. Samhandlingen og diskusjonen i gruppen kunne gitt ytterligere informasjon om problemstillingene. Ulempen med gruppeintervjuer er at enkelte informanter kan dominere gruppen og forhindre at andre slipper til med sine synspunkter. Det var dessuten viktig at alle informanter følte seg trygg på å kunne uttale seg fritt, uten å måtte ta hensyn til gruppens generelle oppfatning. De individuelle samtaler ble bygd opp rundt 3-5 nøkkelspørsmål som dannet selve grunnstammen eller fokus i samtalen. Det var diskusjonen rundt disse spørsmålene som produserte datamaterialet analysen ble basert på. I den første kontakten med respondenten ble det opplyst om formål og varighet. Respondentene fikk ikke for mye detaljinformasjon om temaet; dette for å unngå å påvirke dem i noen som helst retning.

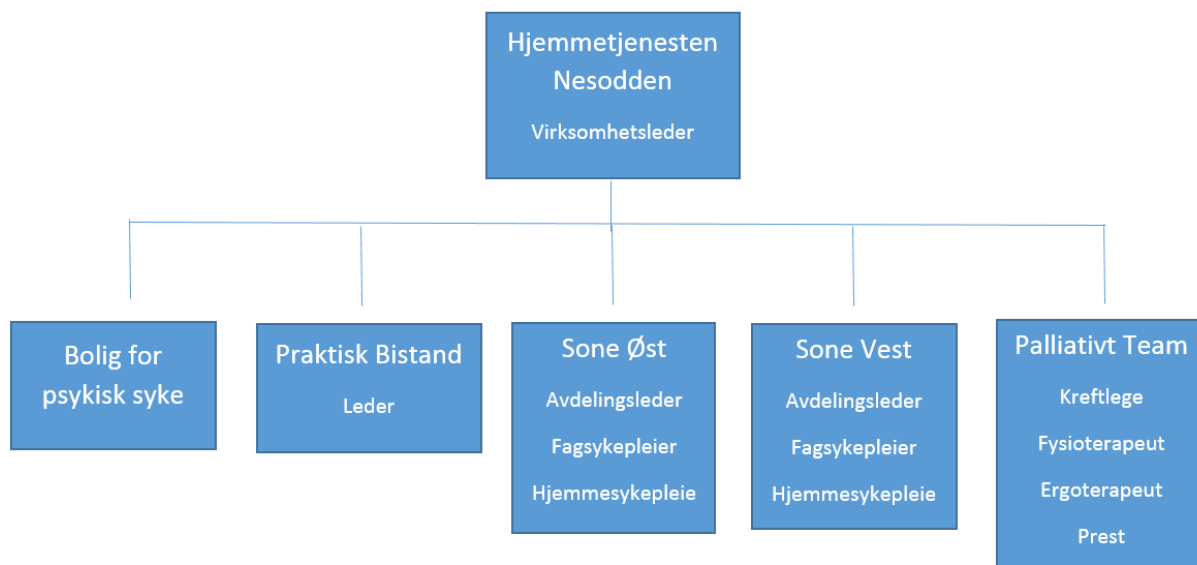
### **Valg av informanter**

Vi ønsker å vise hjemmetjenestens posisjon i kommunens organisasjonskart, slik at historisk tilhørighet blir tydeliggjort. Deretter vil vi vise palliasjonsteamets tilhørighet til kommunen, slik at eventuelle «overføringer» av holdninger fra hjemmetjenesten til palliasjonsteamet blir tydeliggjort.



Figur 16 ([www.nesodden.kommune.no](http://www.nesodden.kommune.no))

Nedenfor ligger en modell som viser palliasjonsteamets struktur, sammen med hjemmetjenesten og dens struktur.



Figur 17

## 5.8 Troverdighetskriterier

### Troverdighet

I kvalitativ forskning er troverdighet det overordnede begrepet for gyldighet, pålitelighet og overførbarhet (Denzin, (2005)). Vurderingen av troverdighet i det kvalitative forskningsintervjuet innebærer i hvilken grad forsker har frembrakt resultater som er pålitelige, gyldige og overførbare. Det er glidende overganger av betydningen mellom disse begrepene, en forutsetning for å få gyldige data er at de er pålitelige. Det er sentralt om forskningen er relevant og har betydning. I kvalitative studier prøver man å oppfylle dette gjennom dokumentert refleksivitet, som innebærer at forskeren har et kritisk blikk på egne ideer, rolle, bruk av metoder, møtet med informanter og tolkning (Lerdal (2009)). Når det gjelder reliabiliteten av kvalitative studier, og muligheten til å gjøre gjentagende studier, er dette mer utfordrende enn ved kvantitative studier. Det er derfor svært viktig at forskeren i et kvalitativt studie er så eksplisitt som mulig angående sine valgt og metoder (Blaikie (2000), Jacobsen (2005)). Utover kravene med reliabilitet og validitet, har man de fire alternative troverdighetskriteriene beskrevet av Shah og Corley (1985); sannhetsverdi, overførbarhet, etterprøvningsmulighet og nøytralitet.

### Reliabilitet

Dette er spesielt fokusert på målbarhet og etterprøvningsmulighet. Høy reliabilitet skal sikre data en pålitelighet som gjør dem egnet til å belyse en vitenskapelig problemstilling. Og for at data skal ha høy validitet må også reliabiliteten være høy. Det hjelper lite om vi har funnet fram til observerbare egenskaper som er et uttrykk for de teoretiske egenskapene vi er interesserte i dersom innsamlingen av data, de observerte egenskapene og den videre behandlingen av data

er unøyaktig og full av feil (Thomas, Nelson (2001)). Når det gjelder informanters vurdering i Nesodden av endringseffekt i kreftomsorgen, kan den være preget av manglende evne til å observere endringer. I Frogn derimot er endringene mindre tydelig, og brukt som sammenligning til Nesodden som har gjort større og tydeligere endringer. Derfor kan det være vanskeligere for informatørene i Frogn å komme med konkrete observasjoner. Når vi vurderer etterprøvbareheten, ser vi at det kan være vanskelig å gå vårt intervjumateriale i detalj, da intervjuene er anonyme.

## **Validitet**

Begrepsmessig gyldighet deles inn i to deler; intern og ekstern validitet. Intern validitet sier noe om hvor gyldige resultatene er for det aktuelle utvalget som er undersøkt, mens ekstern validitet sier noe om graden av overførbarhet til andre utvalg og situasjoner. Kontinuerlig validering av forskning og resultater er viktig for å kunne opprettholde en begrepsmessig gyldighet i undersøkelsen som helhet (Jacobsen (2005)). Validiteten her vurderes som tilfredsstillende da vi har brukt et rikt kildeomfang med mange intervjuobjekter. Dette har sikret at mange har blitt hørt, og flere perspektiver har blitt inkludert. Det er likevel grunn til å tro at flere nyanser kunne kommet tydeligere fram, om intervjuobjektene hadde kommet fra ulike instanser og ledernivå i kommunen. Ved å inkludere flere av disse ville sannsynligvis gitt større spredning i svarene, og mer balanse. Allikevel tror vi at antallet informanter har vært stort nok til å representere mangfoldet. Det vil uansett ikke kunne utelukkes at annen form for empiri ville gitt et bedre bilde av de ulike aspektene ved kreftomsorgen i kommunene.

Kravet til validitet og reliabilitet er oppfylt; til tross for et relativt lite antall intervjuobjekter, anser vi gruppen fra begge kommuner som heterogen, og at vi har utført intervjuene på en nøytral måte. Vi kan ikke se at det kan knyttes systematiske feil til våre data, både med tanke på problemstilling eller målefeil. Undersøkelsesopplegget og forskningsprosessens framgang er blitt beskrevet i detalj. Samlet sett anser vi at dette styrker etterprøvningsmuligheten, selv om det trolig ikke er mulig å gjenta nøyaktig samme forskningsprosess.

## **Presentasjon av data**

I dette kapitlet presenterer vi funn som er gjort i forbindelse med intervjuene med hjelpepleiere og sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Målet med intervjuene er å finne svar på hva aktørene på grasrotnivå mener kjennetegner palliasjonsbehandlingen i kommunehelsetjenesten, og hvilke faktorer de trekker frem som påvirker denne samhandlingen. Vi har som tidligere nevnt valgt å presentere resultatene ut fra de temaene intervjuguiden er inndelt i. Disse kategoriene har sitt utgangspunkt fra teorien som er presentert i denne studien. Intervjumaterialet er dermed presentert etter kategoriene; samhandling, struktur, kultur og profesjonsperspektivet. Intervjuene hadde som formål ut fra disse kategoriene og gi svar på studiens problemstilling. En kan oppleve at kategoriene i mange sammenhenger glir over i

hverandre, og at ulike data kan knyttes til flere av kategoriene. Kategoriene må derfor ses i sammenheng. Funnene i denne studien vil bli presentert ved at vi veksler mellom å gjengi meningsfull sitat fra informanten eller fremstilling med egne ord, under de enkelte kategoriene. Innledningsvis i dette kapitlet gir vi en kort presentasjon av informantene som danner grunnlaget for denne studien, før vi videre legger frem de tematiske funnene.

### **Presentasjon av informantene**

Grunnlaget for denne presentasjonen er intervju med seks medarbeidere tilknyttet hjemmesykepleien i Nesodden kommune, samt fem medarbeidere tilknyttet hjemmesykepleien i Frogn kommune. I Nesodden var tre ordinære sykepleiere, en spesialsykepleier og en helsefagarbeider. Det var også ytterligere en sykepleier som fungerte som fagleder. Av de fem sykepleierne er fire kvinner og en mann. Samtlige av informantene fra Nesodden hadde vært ansatt før samhandlingsreformen inntrådte. Fra Frogn var det fire sykepleiere og en ufaglært vikar. Alle medarbeidere fra Frogn var kvinner, og tre av disse hadde arbeidet før samhandlingsreformen.

### **5.9 Oppsummering**

Når vi skal vurdere hvilken metodetilnærming vi ønsker, er det hensiktsmessig å se på hva vi ønsker å oppnå med undersøkelsen. Vi ser at det vil være vanskelig å kunne fremskaffe generelle sannheter i dette systemet, i tillegg til at vårt ønske er skaffe forståelse for situasjonen og hvordan dynamikken reagerer på endringer. Følgelig ser vi det hensiktsmessig å ta en kvalitativ tilnærming. Dette er et valg som er tatt i etterkant av at vi er gjort oss kjent med styrker og svakheter ved både kvantitativ og kvalitativ metode, sammen en vurdering av hva som er hensiktsmessig for vårt aktuelle case. Forbindelsen mellom metode og teori er i kvalitativ metode tuftet på en kontekstuell forståelse. Situasjonen er kontekstavhengig der mening og forståelse oppnås kun ved å sette situasjonen inn i en omgivelse (holisme, helhetstenkning). Dette i motsetning til positivisme som er nøytral, objektiv, presis og reduksjonistisk samt generaliserende.

For vårt tema er det vanskelig å kunne ha en rigid positivistisk tilnærming, da det innen helse ofte blir tilegnet ny kunnskap som endrer menneskers adferd og holdninger. Vi ser det altså rasjonelt å velge en hermenautisk konstruktivistisk tilnærming der vi ønsker å gå dypere inn i hvordan situasjonen er i lys av dagens menneskelige faktorer. I nyere tid har det kommet enda en dimensjon til dette, der menneskers fortolkning av virkeligheten blir det sentrale i forskningen, ikke å kunne kartlegge virkeligheten. Altså er studiet av menneskers trang til å skape mening det sentrale, ikke meningen selv. For vår undersøkelse ser vi at den hermenautiske tilnærmingen er naturlig, da fortolkningen og relasjonene som inngår i prosessen vi beskriver vil være sentralt for hvordan situasjonen håndteres. På mange måter kan dette forholdet være essensielt for muligheten av en slik situasjon vi ønsker å analysere.

Vi har i dette kapitlet presentert og begrunnet valg angående metode og forskningsdesign med blant annet kvalitativ/kvantitativ, induktiv/deduktiv og ekstensiv/intensiv. Vi har videre presentert intervjuene og informantene vi har valgt å intervju, samt tatt en vurdering av vår egen forforståelse av temaet vi jobber med. Til slutt har vi sett litt på transkribering og analyse av data og troverdighetskriterier i forskningen.

## 6 ANALYSE

I vår analyse har vi ønsket å undersøke om våre problemstillinger i palliative omsorg er aktuelle, basert på hvordan informantene oppfatter endringene. I vår første problemstilling (P1), ønsker vi å analysere om endringene har ført til reaksjoner blant de ansatte. I den andre problemstillingen (P2), har vi analysert hvorvidt endringene i arbeidsmiljøet har ført til en organisasjonsutvikling. På grunn av funnenes omfang, starter vi med å oppsummere studiets hovedfunn, og se hvilke teoretiske og praktiske implikasjoner studien kan ha for tilrettelig for palliativ omsorg i den kommunale hjemmetjenesten.

### 6.1 Problemstilling og hovedfunn

Gjennom analysering og drøfting av problemstillingene framheves det at ulike måter å implementere palliativ omsorg i hjemmetjenestegruppen, kan gi ulike reaksjoner og konsekvenser i organisasjonen.

Studien tok utgangspunkt i følgende problemstillinger:

#### **Hvilke typer reaksjoner oppstår i forbindelse med implementering av nye spesialistoppgaver i den kommunale hjemmetjenesten**

- 1. Informantene ser behov for nye tekniske løsninger som vil hjelpe dem å kunne gi et sikrere og mer effektivt tilbud til pasientene. Det brukes mye ressurser i oppgaver som pleierne må løses på lite effektive måter, som for eksempel å stå i kø på fastlegekontoret for å snakke med fastlege. Eller å ringe til sykehuset daglig for å etterspørre pasientenes journaler. Mangelen på innovative løsning tilpasset nye oppgaver og samhandling er svært merkelig i begge kommuner.*
- 2. Forventningene som er skapt i samhandlingsreformen kan være vanskelig å innfri, blant annet på grunn av manglende finansielle støtteordninger og mangel på tilgjengelig kompetent personale for rekruttering. Nesodden har satsset tydelig på å innfri målet med spesialistbehandling for kreftpasienter i kommunen, og har på mange måter klart å innfri mange forventninger. Oppgavene og behovene øker, uten at flere hjemmesykepleiere blir ansatt. Da er det vanskelig å innfri ønsket om bedre service og styrket hjemmesykepleie, noe som kan føre til «dekobling». Man får inntrykk av at Frogn fortsatt mangler ansatte med riktig kompetanse, og de som har kompetanse, ikke nødvendigvis får bruke sin tid på «riktige» pasienter. Informanter i Frogn gir inntrykk av at ledelsesstrukturen fortsatt er mangelfull og bør styrkes, for å øke fokus på deres ressursmangel og kompetansebehov.*
- 3. Vi ser at det stilles større krav til ledelsen om å bidra i fagdiskusjoner og å kunne legge gode langtidsstrategier. En forutsetning for dette, er å inneha en bred og oppdatert fagkompetanse. Dette kravet om fagkompetent ledelse synes like aktuelt i begge kommuner*



4. *Vi har observert en usikkerhet i hvem som har ansvar, og hvem som skal koordinere samarbeidet. I begge kommuner i vår case, er tverrfaglig samarbeid noe som utfordrer kvalitet og effektivitet av tjenesten.*
5. *Det oppleves av mange at de nye rutinene og prosedyrene ikke ble tilstrekkelig informert eller forklart til de som skulle bruke dem i sin hverdag. Dette gjelder begge kommuner.*
6. *Det er en ny utvikling at palliative behandling krever flere nedskrevne rutiner og prosedyrer, enn det tidligere har vært behov for i kommunehelsetjenesten. I Nesodden innførte man tidlig prosedyrepermer i hjemmet til pasienter, for å sikre at alle pleierne fulgte samme prosedyrer. I Frogn er dette et tiltak som er i ferd med å introduseres.*
7. *Nøkkelpersoner i samhandlingsreformen oppleves ofte som mangelvare. Når en ansatt forsvinner fra stillingen, kan det ta lang tid for å oppnå den samme kompetansen igjen. En av tiltakene Nesodden har gjort for nettopp å unngå dette, er å jevnlig holde undervisning og drive intern palliativ opplæring.*
8. *Det har vært viktig å fokusere på tverrfaglig samarbeid, og at utviklingen har vært et fellesprosjekt. For å unngå misfornøyde, har lederne jobbet mye med medarbeidersamtaler og sørget for at alle medarbeiderne har hatt mulighet til å uttrykke sin oppfattelse av prosessen.*
9. *Det har vært viktig å ikke skape for store forventninger om raske endringer, og å gi rom for diskusjoner om beste framgangsmåte. En gradvis tilnærming har betydd en forsiktig innføring av nye rutiner og behandlingsmetoder, og regnes som en av suksesskriteriene for implementering av palliativ omsorg i kommunen.*
10. *For at samarbeidet skal kunne fungere godt, er det viktig er være ydmyk for hverandres oppgave og kompetanse. Det palliative tilbudet har opptrådt som del av hjemmesykepleien, og ikke som en egen selvstendig gruppe. Lederne har fokusert på felles møtearenaer og tett kommunikasjon og samarbeid. Det palliative teamet i Nesodden har samme leder som resten av hjemmesykepleien, og følger samme organisasjonskart.*
11. *Forventningen til kompetanse innen palliasjonsomsorg kan være belastende og oppleves som press, da ikke alle medarbeiderne har lik kompetanse på alle sykdomsfelt.*
12. *Å ha en spesialisert helsetjeneste i hjemmesykepleien kan også skape forventninger om et lignende tilbud innen andre store sykdomsgrupper. Dette kan føre til at andre grupper føler seg mindre viktig, eller nedprioritert.*
13. *På sikt kan kommunesektoren og hjemmesykepleien få et legitimitetsproblem fordi den ikke greier å innfri forventningene som stilles til tjenestetilbudet.  
Organisasjonsendringer som følge av samhandlingsreformen har gitt større oppmerksomhet i faglig og politisk debatt. Endringene er i hovedsak gjenkjent ved at en hierarkisk forvaltningsmodell avløses av delegering, incentiver og brukervalg.*
14. *Hjemmetjenesten og deres ledere kan oppfattes som portåpnere til velferdsgodene kommunen kan tilby. Hjemmesykepleien får da profesjonsoppgaven med å definere de*

*kategorier mennesker eller situasjoner som kvalifiserer til klientstatus, og som definerer kriteriene menneskene kategoriseres etter.*

- 15. Ny palliativ omsorg i kommunen har ført til økt produktivitet rettet mot kreftpasientene. I tillegg har etableringen av spesialistteam i hjemmesykepleien hatt et symbolperspektiv utover kommunegrensen.*
- 16. Informantene i hjemmetjenesten oppgir å være motiverte av selve jobben de gjør, og at egeninteresse i feltet ikke er det fremtredende bildet. Mange gir uttrykk for at de liker jobben sin, og har et ønske om å utvikle sine ferdigheter og å bidra uoppfordret til å nå organisasjonens mål. Det inntrykket informantene sitter igjen med, er at hvis en ny endring hadde ført til et økt arbeidspress, så hadde det vært vanskelig å gjennomføre.*
- 17. Lederne er opptatt av å gi ros og oppmerksomhet til gruppen generelt, uten å legge for mye vekt på profesjon i denne sammenhengen. På denne måten unngår de en likeverdsspenning, noe som raskt kan ødelegge et arbeidsmiljø.*
- 18. Det vi ser i begge kommunene i vår case er at deres viktige kilder til jobbengasjement er gode relasjoner mellom leder og medarbeider, oppgavebetydning, variasjon og autonomi.*
- 19. En god og åpen kommunikasjon var og er nødvendig for å bygge samarbeid og tillit, noe både Nesodden og Frogn har satset mye på.*
- 20. Det er en utfordring i kommunen å fremskaffe personale med tilstrekkelig kompetanse innen de store pleie- og omsorgsområdene i helsesektoren. Det er også vanskelig å rekruttere personale med fagkompetanse der det er relevant. For å spisse kompetansen og arbeidsoppgavene, vil det være viktig og motiverende med differensiering av oppgaver. I dette tilfellet har Nesodden hatt en tydeligere differensiering av oppgaver, enn Frogn. Vi har i studien inntrykket av at enkelte i Frogn har savnet denne muligheten.*

### **Har prosessen med endring fra et stabilt miljø, til den nye dynamiske og komplekse ført til en utvikling av organisasjonsstrukturen?**

- 1. Å bli differensiert til en spesialisert gruppe i et arbeidsmiljø, har mange spekter. I Nesodden har man vært opptatt av, at det palliative teamet ikke har blitt for selvstendig og separert fra resten av hjemmetjenesten. Man kan likevel tolke det som en ulempe i Nesodden, i forhold til Frogn som i større grad har lyktes med å fremstå som en samlet enhet til tross for nye spesialiserte grupper.*
- 2. Å jobbe i små faggrupper differensiert fører til selvstendighet og ansvar. Dette kan være en motivasjon for pleiere for å øke kompetansenivå, og for å ta større grep om egen faglig utvikling. Noen vil kalle dette «frihet under eget ansvar». Frogn med sin homogene struktur kan ha mistet denne utviklingsmuligheten ved å ikke differensiere hjemmetjenesten.*
- 3. I hjemmetjenesten kan det som følge av suboptimalisering, oppstå egne uskrevne regler og rutiner som ikke nødvendigvis følger lederens ønsker om akseptert praksis.*

*Det er likevel den horisontale samordningen som mest typisk i denne virksomheten, med mindre formaliserte og mer fleksible oppgaver. I denne situasjonen, har vi ikke funnet forskjell mellom Frogn eller Nesodden.*

- 4. Vi har sett at samhandling mellom kommuner og helseforetak fremmes ved bestemmelser om lovpålagte samarbeidsavtaler, kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter. Dette er et klassisk eksempel på tvangsmessig spredning, og er like aktuell for begge kommuner.*
- 5. Graden av formaliserte rutiner er lite endret i samhandlingsprosessen i vår case. Men et palliativt team i kommunen antas å gi større handlingskraft totalt sett i pasientomsorgen, og utfordrer graden av formaliserte rutiner i større grad enn i Frogn.*
- 6. Med større kompetanse og flere arbeidsoppgaver følger det naturlig et økt ansvar, man står ovenfor et bredere sykdomsspekter på flere stadier av de ulike sykdommene og har ansvaret for å utføre flere oppgaver. På mange måter kan man se dette som at det økte ansvarsnivået har gått på bekostning av den personlige kontakten og individuelle oppfølgingen som tidligere var en mulighet til de ulike brukerne. Denne informasjonen oppfattes likt i begge kommuner.*
- 7. Helse og omsorgsarbeidet i kommunen observeres å ha en typisk horisontal jobbspesialisering, der oppgavene og kunnskapen utjevnes og fordeles på alle nivå. Dette er en del av New Public Management (NPM) der beslutningsmyndigheten omrokeres og utførelsen av tjenestene skifter primærområder. En av de største utfordringene i denne prosessen, er å sørge for at kvalitet og effektivitet opprettholdes uavhengig av institusjon. Denne observasjonen er likt i begge kommuner, og er lite endret av samhandlingsreformen.*
- 8. Normative press kan forekomme i profesjonelle nettverk som knytter profesjoner sammen på tvers av organisasjoner og selskaper. Deltakere i slike nettverk kan ta med seg ideer fra nettverksmøter, og legge press på sin egen organisasjon, for å integrere dem i egne strategier. Når Nesodden har fremstått som en kompetansegruppe med sammensatt og variert tilbud, har dette også ifølge informantene ført til forventninger om at Frogn skulle komme med lignende tilbud.*
- 9. Vi har etter samhandlingsreformens inntog sett en svakere sentralisering, der beslutningsmyndighet flyttes ned fra hierarkiet, fra ledernivåene. Med denne omorganiseringen, vil vi kunne møte ulike maktposisjoner som endrer seg i takt med strukturendring. Det palliative teamet i Nesodden har særlig merket denne maktendringen, da de i stor grad har delegert både ansvar og beslutningsmyndighet.*
- 10. Toppledelsen i kommunen vil ha vansker med å gjøre strategiske og gode valg for virksomheten, uten å få detaljert kunnskap og informasjon fra støttestabene. Dette kan også få innflytelse på avgjørelsene om budsjettforhandlinger og personalfordeling. Det palliative teamet i Nesodden har hatt god mulighet til å beskrive ressursbruk i detalj,*

*mens den palliative omsorgen i Frogn ikke har hatt eget budsjett eller tydelig oversikt over sin aktivitet.*

- 11. I vår case i hjemmesykepleien er det en utviklende profesjonalisering rettet mot blant annet palliativ behandling. Det blir færre hjelpepleiere og fagpleiere, og flere sykepleiere med spesialistutdanning. I begge kommunene bemerket medarbeiderne at sykepleiere og hjelpepleiere har tydelig ulik ansvarfordeling, og at ikke alle ulike oppgaver var like rasjonelle.*
- 12. Å arbeide i hjemmetjenesten krever at de ansatte er kreative og kan lage egne prosedyrer. Det er fordelaktig at ledelsen i hjemmesykepleien viser fleksibilitet, god koordinering og god utnyttelse av de ansattes kompetanse. Ulempen kan være uklare autoritetsforhold. I Frogn er oppgavene og ansvaret noe mindre tydelig, og de har uttrykt savn av mellomledere. I Nesodden lager teamet selv prosedyrer, og utvikler tilbudet kontinuerlig.*
- 13. Til slutt har vi undersøkt belønningene som har kommet fra samhandlingsreformen. Informantene beskriver belønningene i form av positive tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, og delvis gjennom den økte kompetansen. Sistnevnte gjør de ansatte til attraktive arbeidstakere hos flere aktører enn tidligere, i tillegg til at selvfølelsen og selvtilliten i jobben er styrket. De fleste arbeidstakerne ser på disse belønningene som veldig god, da de ønsker å hjelpe mennesker, kanskje mer enn de ønsker enn lønnsøkning. Denne belønningsopplevelsen er beskrevet på samme måte i begge kommuner.*

## 6.2 ANALYSEN

For å kunne forstå prosessen i vår case, har vi først valgt å se nærmere på organisasjonens institusjonelle omgivelser. Hjemmesykepleien i Nesodden er en tradisjonell organisasjon, der oppgavene har vært forbundet med pleie og omsorg. Organisasjonen har vært anerkjent for dette, og fått stor tillit fra befolkningen. Dette følger nært teorien om styring av institusjonelle omgivelser, beskrevet av Scott (2011) (kapittel 4.4) I denne oppgaven vil teorien om de tre pilarene brukes for å analysere hvordan hjemmetjenestens palliative behandling har utviklet seg, og hvordan det har påvirket medarbeidernes arbeidsmiljø.

Den regulerende pilaren i hjemmesykepleien er hovedsakelig omfattet av (Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste (for-1983-11-23-1779). I tillegg regulerer tjenesten av arbeidsmiljøloven og ulike prosedyrer. Siden palliativ pleie i stor grad har blitt overført til kommunehelsetjenesten på grunn av samhandlingsreformen, har også nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen blitt en viktig del av den regulerende pilaren i Nesodden (helsedirektoratet 2013). Dette er eksempler på formelle prosesser i kommunen. Man finner også typiske uformelle prosesser i Nesodden, der innbyggerne forventer at hjemmesykepleien har kompetanse og ressurser til å behandle og følge opp de palliative pasientene. Med de nye forskriftene om palliativ omsorg i kommunen, samt forventningene fra befolkning om at kommunehelsetjenesten innfrir de nye kravene, blir den regulative pilaren retningsgivende for hjemmesykepleiens motivasjon for de nye oppgavene.

*Her gir tilbakemeldingene fra informantene et bilde av at forventningene til befolkningen ikke er like høye som kravene de jobber under. Informantene i både Nesodden og Frogn uttrykte en betydelig økning i antall positive tilbakemeldinger knyttet til kreftomsorgen, noe som kan begrunnes med at forventningene hos pårørende og pasienter er lavere enn tjenestene som ytes.*

«Vi er veldig veldig glad når vi får blomster eller noe fra de pårørende etterpå, da vet vi at vi har gjort en god jobb, og det liker vi. Vi elsker belønninger.»

### Sykepleier i10 Frogn.

Den normative pilaren hos medarbeiderne i hjemmesykepleien er tydelig representert. Yrkesutøvelsen i hjemmetjenesten er sterkt knyttet mot etiske retningslinjer, og ofte ligger det et personlig valg bak forpliktelsen. Kommunene går tydelig ut med informasjon om at brukernes rettigheter vil bli fulgt, og at tjenestene til enhver tid vil tilfredsstilt kravet om tilgjengelighet og kompetanse. Dette skaper et press til de ansatte, både i forhold til arbeidsutførelsen som forventes, og oppgavene de tilbyr. I følge Nesoddens hjemmeside informeres om at «*hjemmesykepleiens formål er å gi hjemmeboende personer nødvendig helsehjelp og sikre at grunnleggende behov dekkes.*

*Den som mottar tjenesten skal oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet. Hjemmesykepleien gir et døgnbasert tilbud. Tildelingen vurderes fortløpende når reelle behov oppstår». Dette er et tilbud og en informasjon som tydelig former den normative pilaren i kommunen, og som setter en standard hjemmesykepleien må etterleve i sin hverdag. I tillegg informerer kommunen i sin hjemmeside at «det er etablert et kreft-team (palliativt team) i Nesodden kommune. Et tverrfaglig sammensatt behandlingsteam for kreftpasienter - både hjemmeboende og de som bor her - med behov for lindrende behandling». Denne informasjonen gjør også at helseforetaket forventer en kompetent og helhetlig behandling av kreftpasienter i kommunen, noe som eksempelvis demonstrerer en ekstern normativ forventning.*

*Informantene beskrev kompetanseheving og positive tilbakemeldinger som adekvate belønninger for det økte ansvaret de opplever. Dette på grunn av at de kan yte bedre og flere tjenester til brukerne, noe som underbygger det at de ansatte har et ønske om å hjelpe brukerne og at de har omsorg for de pleietrengende. Forskjellen mellom Frogn og Nesodden ligger ikke på kompetansen blant informantene, men tryggheten som oppleves gjennom å ha en slik nærhet til et palliativt team som de i Nesodden har.*

Den kognitive pilaren i hjemmesykepleien er både retningsgivende, men kan også være til besvær. Rutiner og handlinger er utarbeidet gjennom år, og preger både rolleforståelsen og yrkesutøvelsen. Pleierrollen var gjennom år typisk assosiert med omsorg, pleie og praktisk tilrettelegging av hjemmesituasjonen. Til dels var hjemmesykepleie også assosiert med husmorvikaryrket, og kunne bestå av mange oppgaver. I løpet av de siste årene har oppgavene blitt spisset mot konkrete sykdomsbehandlinger, mens andre oppgaver enten fjernet eller tillagt andre yrkesgrupper. De fleste praktiske oppgaver er overtatt av en egen gruppe som kalles «praktisk bistand», mens hjelpemidler vurderes og skaffes av kommunens ergoterapeut. Etter hvert som hjemmesykepleiens oppgaver tilpasses den nye pasientgruppen for hjemmebehandling, endres også utøvelsen av pleien. Oppgavene krever større innsikt i sykdomsutvikling og detaljerte rutiner rundt medisinhåndtering, for eksempel i tilfellet med cellegiftbehandling. Denne endringen i yrkesutførelse preger også pleierens kognitive dimensjon. Handlinger som tidligere var opplagte og «den eneste måte å gjøre det på», krever nå ny kompetanse og større krav til at den enkelte har innsikt i mer spesifikke sykdommer. Pleieren kan ofte oppleve at kreftpasienten eller pårørende har sykdomskunnskap utover den kompetansen pleieren har. Dette skyldes både at kreftbehandlinger er svært varierte, og mer en samlebetegnelse på ulike sykdomsbilder. Man kan si at det mentale bildet av hjemmesykepleien er i rask endring, og vil bli preget både av de nye sykdomsutfordringene, men kanskje like mye hvordan hjemmesykepleien mestrer møtet med disse.

Basert på vår case med hjemmesykepleien i Nesodden, ser vi en endring eller trend, som passer godt med teorien om nyinstitusjonalismen. Hjemmesykepleien utvikler seg over tid, der

organisasjonen tilfredsstillende mange behov hos sine medlemmer, ved at organisasjonen er et svært kompleks fenomen og derfor vanskelige å styre og lede på en målrettet måte. Hjemmesykepleien institusjonelle omgivelser er ikke naturgitt, objektiv realitet, snarere et samfunnskapt fenomen. Befolkningen i Nesodden vil ifølge teorien om nyinstitusjonalisme (kapittel 4.5) ikke anerkjenne hjemmesykepleien for deres effektivitet, men hvordan de anvender strukturer og prosesser som oppfattes som moderne og akseptable. I vår case vil dette innebære at hjemmesykepleien viser evne til kompetanseheving og tilbyr behandling og oppfølging av pasienter på same nivå som tilbys i spesialisthelsetjenesten. Særlig vil denne forventningen forsterkes, når en pasienten utskrives til hjemmet fra sykehuset med lovnad om tett og kompetent oppfølging i hjemmet. Dette stiller store krav til hjemmesykepleien som en institusjon. Det er ikke urimelig å se krefteamet i Nesodden som et resultat av nyinstitusjonalismen. Et eksempel på anvendelse av en moderne og strukturell prosess. På sikt vil man kanskje kunne se en forskjell mot Frogn som har løst utfordringene på en mer «tradisjonell» måte, der både befolkningen setter høyere krav til kommunale spesialtilbud og gjennom holdningene blant de ansatte i hjemmesykepleien.

Vi ser også en tendens til reproduksjon av det institusjonelle arrangementet, siden medarbeiderne ofte ikke kan forestille seg alternativer (kapittel 4.6). Dette krever at hjemmesykepleiens ledere til enhver tid er oppdatert på de nye utfordringene, og utarbeider planer og ressurser for å møte disse. I vår case betyr dette at kommunalsjef og enhetsledere er i tett dialog med samhandlingsdirektør og avdelingssjefer ved helseforetakene, og er forberedt på de nye pasientgruppene som krever behandling i hjemmet. Det synes derfor viktig at avdelingssjef ved palliativ enhet ved lokalsykehuset informeres om forventninger til pasientoppfølging i kommunen, og tydeliggjør behandlingsansvaret. Når disse faktorene er klarlagt, vil denne informasjonen kunne endre hjemmesykepleiens rutiner og behov for ny kunnskap. I Nesodden kommune har kreftkoordinator rollen som informasjonsformidler mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og bruker både kreftleger og andre i krefteamet til å styrke behandlingstilbudet i kommunen. Krefteamet har utspring fra hjemmesykepleien, og til sammen utøver teamets medlemmer og hjemmesykepleierne et bredt og kompetent palliativt behandlingstilbud. Hjemmesykepleiens legitimitet avhenger av hvorvidt de er i stand til å bygge inn og reflektere de til enhver tid gjeldende institusjonaliserte forestillinger i omgivelsene. Derfor er det viktig at hjemmesykepleiens ledere holder seg orientert om hva som omfattes som de legitimerede standarder for organisasjonens utforming, og så langt som mulig å adoptere disse.

*For å kunne oppnå legitimitet og anerkjennelse må de ansatte ha adoptert den nye organisasjonskulturen. Fra informantene som ble intervjuet fremgikk det at de hadde stor tro på systemet som er innført, med et palliativt team som støtteapparat i jobben. Dette på grunn av kompetansemessige støtten og effektiviteten systemet utgjør. Det som kan ha en negativ effekt*

*opp mot legitimiteten til systemet er at andre pasientgrupper mange ganger kan lide på grunn av fokuset kreftpasientene har fått. Under et intervju ble det sagt at krefteamet er svært bra for de palliative pasientene, men at andre terminale pasienter uten kreftsykdom ikke får samme oppfølging, selv om oppfølgingsbehovet kanskje er like stort. Det kan på denne måten oppstå et skille i legitimiteten hjemmesykepleien som helhet oppnår, ved at de sammen med det palliative teamet har stor legitimitet. Men gjennom de andre pasientgruppene kan de oppleve en svekket legitimitet ved av pasientene selv og pårørende opplever en form for forskjellsbehandling.*

*Videre bør det poengteres at den totale effekten av dette kan være vanskelig å forutsi, da det vellykkede samarbeidet med det palliative teamet kan skape en positiv «blest» rundt måten arbeidet blir utført i hjemmesykepleien på Nesodden, og gjennom det kan det oppnås en økonomisk mulighet til å gi tilsvarende tilbud til de andre pasientgruppene. På denne måten kan hjemmesykepleien gjennom å følge forventningene til befolkningen kunne gi et mer helhetlig tilbud, forutsatt at kreftsyke pasienter har hatt et stort fokus de siste årene.*



## ANALYSE AV PROBLEMSTILLING 1,

**Hvilke typer reaksjoner (aktuell forfatter, kapittelanvisning) oppstår i forbindelse med implementering av nye spesialistoppgaver i den kommunale hjemmetjenesten?**

**6.3 P1,F1: I hvilken grad var medarbeiderne i hjemmesykepleien på forhånd informert om samhandlingsreformen, og hvordan ble palliasjon som målrettet behandlingsgruppe implementert av lederne? Her ønsker vi å undersøke prosessen rundt kommunikasjon og implementering.**

Hvor mye vet du om samhandlingsreformen og kreftomsorg i kommunen?

Kommunens hjemmesykepleie vil ifølge Scott (2011) forsøke å tilpasse seg verdiene i de eksterne omgivelsene. Vi har sett nærmere på denne prosessen i kommunen, ved å bruke Selznicks beskrevne karaktertrekk (kapittel 4.4). Pleietilbudet fra hjemmesykepleien er et historisk produkt, først opprettet som menighetssøstertjeneste av kirken. Kommunene har utviklet seg over tid, både i brukeromfang og behandlingsbredde. En betydelig befolkningsvekst i kommunen kombinert med økning av eldre og syke innbyggere, har ført til en økende medarbeidergruppe som reflekterer omgivelsenes forventninger til organisasjonens tilpasningsevne. De integrerte produkter, spesielt de strukturelle og ledermessige har endret seg i takt med implementering av reformer i kommunehelsetjenesten. Tidligere hadde hjemmesykepleien en typisk hierarkisk ledelse, med en tydelig ledelse og med en detaljert arbeidsbeskrivelse. Dette har nå endret seg til en horisontal ledelsesprofil, der medarbeiderne i hjemmesykepleien forholder seg til enhetsleder, og tar mange selvstendige avgjørelser i henhold til de utfordringer de møter. Dette krever at medarbeideren innehar den nødvendige kompetanse og kan ta de rette avgjørelsene uten å måtte konferere med andre. Dette bringer oss over til de funksjonelle produktene (kapittel 4.4). Hjemmesykepleierne i vår case må stadig finne nye løsninger, til tross for relativt fastsatt rutiner. En palliativ pasient kan ofte ha både smertepumpe, og ulike dren/teknisk utstyr som må fungere til enhver tid. For å få alt dette til å fungere optimalt hos en pasient som er mobil og deltar i en aktiv hverdag, må hjemmesykepleieren tenke gjennom ulike nye måter å kombinere behandlinger på. Videre poengteres det at de ser behov for nye tekniske løsninger som vil hjelpe dem å kunne gi et sikrere og mer effektivt tilbud til pasientene. Dette er knyttet opp mot kommunikasjon og nye produkter som kan forbedre denne delen av tjenestene som tilbys. Dette har også sammenheng med hvordan de ansatte opplever jobbhverdagen, og at de kan bruke det tekniske systemet som en sikring for hvordan de utfører jobben. De har et ønske om slik kvalitetssikring både for pasientsikkerheten og effektiviteten de kan oppnå gjennom at de kan stole på et system som har mindre, om ikke noen, muligheter for feil med alvorlige følger. En annen teknisk løsning under utvikling i vår case, er å kunne gi cellegift hjemme hos pasienten.

I Nesodden fikk hjemmesykepleien egen kreftkoordinator i 2011, i tråd med samhandlingsreformen og «Nasjonal kreftstrategi 2013-2017». Hjemmesykepleien fikk raskt alvorlig syke kreftpasienter til pleie i hjemmet, som krevde både en kompetanse og behandlingsbredde de ikke hadde hatt før.

### Hvordan har ledelsen taklet prosessen med å få implementert palliasjon i din virksomhet?

Goethe's statement,

“Treat people as if they were what they ought to be and you help them to become what they are capable of being”

Systematisk arbeid med implementering er en utfordrende oppgave for de fleste ledere i alle organisasjoner. Sett fra et organisasjonsperspektiv er det viktig å fokusere på ulike dimensjoner ved organisasjoner. Først og fremst har vi sett i vår case, og erfart at det er viktig å fokusere på visjoner, planer og mål.

I vår case med hjemmesykepleiens tjenester, kan toppledelsens visjoner være vanskelig å etterleve. Ved å studere Nesoddens kommuneplan, kan man finne toppledelsens langsiktige strategier, som skal være retningsgivende for de ulike tjenesteenhetene. Under avsnittet om helhetlig tjenestetilbud står det følgende mål «*bedre service gjennom et mer helhetlig tjenestetilbud*». Dette beskriver ønsket om at de ulike samarbeidspartnerne i primærhelsetjenesten skal jobbe tettere og mer effektivt, slik samhandlingsreformen er ønsket implementert. Videre står det i planen at «hjemmetjenesten skal styrkes». Dette er et tydelig signal til befolkningen at de kan forvente et økt og oppgradert tjenestetilbud. Denne forventningen kan være vanskelig å innfri, blant annet på grunn av manglende finansielle støtteordninger og mangel på tilgjengelig kompetent personale for rekruttering. Det er også et eksempel på ubalanse mellom behovet for effektiv produksjon og kravene fra omgivelsene. I forbindelse med samhandlingsreformen har begge kommuner i vår case merket presset fra nyutskrevne pasienter fra sykehus, som skal følges opp av kommunen. Dette bringer oss tilbake til våre palliative pasienter, som ofte trenger hjemmetilsyn flere ganger daglig. Her kreves en stor innsats fra hjemmetjenesten. Dette kan ofte føre til at oppgavene og behovene øker, uten at hjemmesykepleiens ansatt øker i antall. Da er det vanskelig å innfri ønsket om «bedre service» og «styrket hjemmesykepleie». Slike visjoner nedfelt i en kommuneplan kan føre til «dekobling» (kapittel 4.5). Kommuneplanen fremstår som en oppskrift, til forskjellen til den daglige realiteten og gir en beskrevet «organisatorisk hykleri» (kapittel 4.5). Det er sannsynlig at det kan påvirke arbeidsmiljøet i hjemmesykepleien, at den ønskelige institusjonelle standarden ikke «matcher» den virkelige og komplekse arbeidshverdagen (kapittel 4.5). Både i Nesodden og Frogn fremgikk det av intervjuene at hjemmesykepleien opplever generelt et økt arbeidspress og ansvar, uten at det har blitt kompensert for med tilstrekkelig bemanning. Når det gjelder palliasjon spesifikt har Nesodden en økt bemanning, noe som letter arbeidspresset

knyttet til dette. Selv om Frogn også har mulighet til å tilkalle et ambulerende palliativt team fra AHUS (det regionale helseforetaket i Akershus) vil ikke responstiden være like god, samt at relasjonen mellom hjemmesykepleien og det palliative teamet i Nesodden gir en lettere tilgjengelighet ved at det palliative teamet mange ganger vil ha en rådgivende funksjon.

En annen utfordring i et profesjonsmiljø, der en av suksessfaktorene er kompetanse, er nettopp at ledelsen ikke innehar nødvendig fagkunnskap om arbeidsoppgavene. Palliasjon, i likhet med andre kompliserte og sammensatte sykdomsforløp, trenger en ledelse med god innsikt for å treffe de riktige avgjørelsene. Det gjelder faglig legitimitet i beslutningsprosesser, forankring av beslutninger og implementering av dem. I dagens kunnskapsbedrifter har medarbeiderne ofte større makt enn lederen i form av sin kompetanse. På den annen side finnes det mange vellykkede ledere som har mindre fagkompetanse enn sine medarbeidere, men som lykkes fordi de er dyktige i lederrollen. Ledere må kunne nok fag til å være kvalifiserte diskusjonspartnere, men det viktigste er å legge til rette for at andre skal kunne bruke sin kompetanse. Etter hvert som hjemmesykepleien preges mer av fag og spesifikk kunnskap, vil dette også føre til et større krav til mellom- og topp-ledelsen om å kunne bidra i fagdiskusjoner og å kunne legge gode langtidsstrategier. En forutsetning for dette, er å inneha en bred og oppdatert fagkompetanse. I Frogn kommune har de har satsset stort på kurs i palliasjon, og har nylig gjennomført en kursserie for leger og sykepleiere. Her er det også viktig at ledere møter opp og ivaretar sin legitimitet i arbeidsmiljøet.

Informasjonsflyten kan bli preget av hva lederne vil oppnå, gjennom at de ønsker å gi en best mulig forutsetning for de ansatte til å klare å møte de nye kravene. Det som informantene har antydnet her, er at det ikke blir tydeliggjort for de ansatte at lederne er klar over begrunnelsen til endringene som blir gjort. Dette betyr med andre ord at de ansatte ser verdien av og setter pris på informasjonen de får, men de er ikke klar over at forståelsen for dette går lengre enn deres nærmeste leder. I utgangspunktet er ikke dette et direkte problem, men det kan skape mistillit til ledere høyere opp i systemet og på sikt kunne skape motstand til endringene som blir innført. Tilsvarende er det viktig at lederne anerkjenner både de ansatte og arbeidet de utfører, her poengteres av flere informanter at ut over nærmeste leder er det dårlig kunnskap om arbeidet som utføres i hjemmesykepleien.

*«De er liksom på den siden der, og vi er på den siden*

Sykepleier i10 Frogn

Hvordan takler ledelsen i virksomheten den nye måten å fordele arbeidsoppgaver på?

Vi nevnte tidligere at organisasjonskartet som regel har en hierarkisk oppbygning, og at det vanligvis finnes en klar struktur for hvem som skal samarbeide.

Når det gjelder styring, ser vi at mange kommuner gjør store endringer på egen organisasjon for å desentralisere makt til de som står nærmest brukerne og nedbygging av administrative nivåer. Flat struktur og resultatenheter er tydelige svar på denne doktrinen. Dette gjelder også kommunene i vår case. Mange mener at denne styringsmetoden i kommunen er et framskritt: den er oversiktlig, den plasserer ansvar på en ryddig måte, beslutninger tas raskere og nærmere brukeren og sektorinteressene er for en stor del temmet. Men for de som har et tjenestebehov som krever tverretattlig og tverrfaglig samarbeid, kan flatere strukturer føre til mindre brukerorientering. Dette er nettopp utfordringen i vår case. Hjemmesykepleien er helt avhengig av å samarbeide tverrfaglig, og at noen her trekker i trådene. Det kan være vanskelig for hjemmesykepleien å få et optimalt samarbeid med for eksempel fastlegene, da denne gruppen stort sett arbeider uten en leder som koordinerer deres service. Mangelen på tydelig lederskap i implementering av palliasjonspleie, kan føre til usikkerhet i hvem som har ansvar, og hvem som skal koordinere samarbeidet. I begge kommuner i vår case, er tverrfaglig samarbeid noe som kan utfordre kvalitet og effektivitet av tjenesten. Vi har valgt å analysere ulike koordineringsmekanismene beskrevet av Mintzberg (1983) (kapittel 4.13).

I det første eksemplet, beskrives gjensidig tilpasning som må kunne sies å være et mål med samhandlingsreformen. En smidighet der alle samarbeidspartnere er villige til å endre sine oppgaver og roller for å oppnå et best mulig resultat. I og med at alle samarbeidspartnere i kommunen er preget av selvstendige og ulik organisasjonskultur, vil dere være mer utfordrende i en kommune enn for eksempel i et sykehus. Noe av årsaken er at mange i kommunen har ulike ledere, og deltar i samhandling på ulik nivå. Her ser vi en klar forskjell mellom Nesodden og Frogn, hvor Nesodden har hatt tydelige ledere til enhver tid gjennom endringen som har skjedd, selv om informant i05 i Nesodden oppfattet fravær av ledere som et problem. I Frogn har det vært tiden uten leder og tiden med ledere som ikke har hatt legitimitet blant de ansatte. På slik måte kan det være vanskelig å sammenligne kommunene på dette punktet, da manglende lederpersoner har ført til en svekket mulighet til å takle de nye utfordringene. Allikevel har medarbeiderne, som tidligere poengtert, et ønske om å kunne yte gode tjenester og omsorg, på tross av vanskelige lederforhold. I både Nesodden og Frogn ser vi at endringene er skjedd gradvis, dog med noen ulikheter. I Nesodden har det vært et fokus på endringene som kom, mye grunnet det palliative teamet, og på den måte har arbeidsstokken vært forberedt på de nye endringene som gradvis ble innført. I Frogn opplevdes mange av de nye rutinene og prosedyrene som dårlig forberedte gjennom av de ansatte ikke ble tilstrekkelig informert. Det er vanskelig å si om informasjonsflyten i Nesodden er et direkte produkt av innføringen av det palliative teamet, eller om mangelen på informasjonsflyt i Frogn er grunnet manglende lederpersoner, men forskjellen kan ikke neglisjeres da en viss effekt av innføringen av det palliative teamet er en naturlig konklusjon.

En annen koordineringsmekanisme beskrevet, er direkte innsyn med en mekanisme for personlig, direkte overvåking og kontroll (kapittel 4.13). I vår case kan en slik direkte overvåking sammenlignes med sollen som soneleder. Disse lederne sitter på samme fysiske sted om hjemmesykepleierne, og har tilgang til alle aktuelle pasienters saksbehandling. I Nesodden har soneleder i tillegg fagsykepleiere, som også er til stedet med sine medarbeidere og har direkte og indirekte innsyn i de daglige gjøremål.

I hjemmesykepleien vil man også finne tydelig bruk av standardisering av arbeidsoppgaver. Der bruken av regler, skriftlige rutiner og prosedyrer sørger for at arbeidsoppgavene blir utført likt fra gang til gang. I jobben med hjemmesykepleie vil det på den ene siden være svært viktig med rutiner og prosedyrer. For eksempel vil rengjøring og bruk av diverse katetre være svært viktig for å unngå unødvendige komplikasjoner for pasientene. Mange kreftpasienter har egne koblinger som er festet til sentrale blodomløp, og disse krever en svært omstendig prosedyre. Når hjemmesykepleierne arbeider alene hos pasientene, vil de ikke kunne spørre en kollega om faglig vurdering eller en kvalitetssjekk. I tillegg har hver kommune i vår case opptil 20-25 pleiere, og likevel skal de utføre de samme prosedyrene med nøyaktig presisjon. Kompliserte pasienter, slik som palliative pasienter, krever flere nedskrevne rutiner og prosedyrer enn det tidligere har vært behov for, i kommunene. En av tiltakene i Nesodden har vært å legge en egen prosedyreperm hjemme hos pasientene, for å sikre at prosedyrene blir fulgt. Her må også pleieren signere på utførte oppgaver og prosedyrer. Det er likevel viktig å huske på at denne form for pasienter også krever individuelle løsninger og vurderinger, slik at ønsket om like arbeidsoppgaver fra gang til gang ikke beskriver den typiske arbeidshverdagen i hjemmesykepleien.

Når det gjelder standardisering av resultater (kapittel 4.2), er dette for eksempel å styre aktivitetene i organisasjoner, er målstyring, hvor det legger avgjørende vekt på å evaluere hvordan de ansatte bidrar til realisering av organisasjonsmessige mål. I Nesodden finnes flere mål for de palliative pasientene som åpner for fleksibilitet, initiativ og kreativitet i organisasjonen. Det ene er å sørge for god pleie og tverrfaglig samarbeid, at pasienten kan bruke så mye tid som mulig med sin familie og unngå unødvendige innleggelser på sykehus. Ved god oppfølging og tilrettelegging, kan pasientene i lengre tid fungere godt og selvstendig i sitt hjem, og dermed også få en god livskvalitet. Et annet viktig mål, er fokus på rehabilitering. Selv om mange palliative pasienter har relativt kort levetid, har mange av dem et «rest-potensiale» for å kunne bli rehabilitert og nærme seg sin opprinnelige funksjonsnivå. Det er derfor viktig av hjemmesykepleien jobber for, og dokumenterer, resultat fra pasienters opptrening og deres resultater. Ved å oppdaterer rapporter og å sette nye mål for pasienter, kan dette føre til økt engasjement, både for pasienter og deres pleiere. Andre måter å arbeide for bedring av resultater, er å benytte seg av ulike sjekklister som allerede er tilgjengelig. Et eksempel på dette

er ESAS-skjema (Edmonton Symptom Assessment System), et symptomskjema som i Norge er valgt som standard verktøy for registrering av symptomer hos palliative pasienter.

Når det gjelder standardisering av kunnskap, er dette viktig i våre case-kommuner for at sykepleiere, leger og andre spesialister må kunne stole på hverandre. De er trent opp til håndtere forskjellige oppgaver og sykdommer, som igjen krever forskjellig behandling. Dette styrker deres kompetanse og legger til rette for faglig utvikling og innovasjon.

*Fra informantene fremgikk det at det palliative teamet kunne ha en negativ effekt på tilliten mellom fastleger og hjemmesykepleien på grunn av uklarerhet rundt hvem som har myndighet til å f.eks. endre medisiner til pasientene. Et problem som åpenbart ikke vil være tilfelle i Frogn, da de ikke har ansatte med myndighet til å utføre tilsvarende endringer.*

«..For hvem er det som skal skrive ut resept her, hvem er det som skal ha ansvar for pasienten.»

### **Mellomleder i03 Nesodden.**

Til slutt må vi nevne standardisering av normer, med et systematisk holdningsskapende arbeid. Fordelene ved dette er at det blir skapt en sterk organisasjonskultur, ulempen er derimot at det kan bli skapt selvgode kulturer innad organisasjonen. Vi har valgt å fokusere på kunnskapsnivået og ferdighetene de ansatte må ha. I hjemmesykepleien har man generelt satset på å øke antall medarbeidere med sykepleierbakgrunn. Dette er en stor fordel, med tanke på den økende antall pasienter med behov for medisiner og spesielle pleieprosedyrer som krever spesiell kompetanse. I tillegg har man hatt ønske om at flere av sykepleierne har tilleggsutdanning innenfor blant annet palliasjon. I begge kommunene i vår case finner vi spesialsykepleiere innen både kreftomsorg og andre kroniske sykdomsgruppe. Behovet for kompetanse er økende, og vil sannsynligvis sette standarden for det framtidige helsevesenet i kommunen på samme måte som i sykehusene.

Alle disse koordineringsmekanismene er viktig for at ledelsen skal kunne fordele oppgaver og implementere nye endringer i hjemmesykepleien.

**6.4 P1, F2: Hvordan har palliasjonsomsorgen påvirket medarbeidernes hverdag med strukturendringene, og hvordan er deres motivasjon til organisasjonsendringer over tid? Her ønsker vi å belyse hvordan palliasjonsarbeidet påvirker medarbeidernes som vilje og motivasjon.**

Hva syns du om at mye av kreftomsorgen nå er overført til hjemmesykepleien?

De ansatte i hjemmesykepleien opplever i dag ansvaret med kreftomsorgen som positivt, både for seg selv og for kommunens tjenestetilbud. De ser nytten for sin egen del gjennom en mer variert jobbhverdag med nye utfordringer som blir et godt grunnlag for videre egenutvikling. Dette understrekes av informant i03, i Nesoddens, svar til spørsmålet:

*«Det setter jo ekstra krav til oss med at det holder oss faglig oppdatert på forskjellige prosedyrer. Så jeg synes det er veldig positivt, vi har jo også innrettet hjemmesykepleien på mange måter etter at vi har fått en mer avansert pasientgruppe med at vi kjører undervisning for eksempel en dag i uka.»*

Kommunens vinning skjer gjennom å kunne tilby et bredere tilbud i pasientenes egne hjem og også totalt sett i kommunen, noe som forventes i større grad av befolkningen etter fokuset samhandlingsreformen har hatt de siste årene.

Scott og Jaffe har beskrevet ulike medarbeider-reaksjoner og dens faser (kapittel 4.6). Da samhandlingsreformen var et faktum og man begynte å forberede både hjemmesykepleie og andre i kommunen om planene, var det mange som reagerte med vantro og som ga uttrykk for at dette ikke ville la seg gjennomføre. Andre mente jobben ville bli umulig å utføre, hvis nivået på den palliative omsorgen i kommunen skulle tilsvare det sykehuset hadde utviklet gjennom mange tiår. Dette var reaksjoner man i ettertid kan sammenligne med fornektelses-fasen. Da hjemmesykepleien fikk utfordringen med å skaffe kreftkoordinator og utfordringene med spesialisert kreftomsorg ble satt på dagsorden, var ikke alle ledere enige om å utvikle konseptet med å danne et eget krefteam. Noen hevdet av det ville slå uheldig ut å danne egne subspesialiserte tema i vår kommune, mens andre støttet sterkt i jobben med å danne et palliativt team. Det ble hevdet av hjemmesykepleierne ville profittere mer på en generell kompetansehevelse, i stedet for å danne et eget krefteam. Man kan se på denne reaksjonen som et utslag av motstandsfasen. Etter hvert som kreftomsorg og krefteam har blitt en del av den daglige omsorgsaktiviteten i hjemmesykepleien, ser man at flere ser nytten i å lage spesialiserte team, og at dette konseptet fortsatt har utviklings-potensiale. Dialog og samarbeid internt i hjemmesykepleien og med kommunens øvrige samarbeidspartnere, har gjort at flere medarbeidere ser nyttet og tanken bak dette omsorgstilbudet. Man kan se disse reaksjonene som typisk for den gradvise tilnæringsfasen. De to siste årene har antall palliative pasienter i Nesodden økt betydelig, og dette preger både oppgavene og ressursene i vår kommune i større

grad enn tidligere. Medarbeiderne bruker teamet i kommunen oftere, og har jevnlig samarbeidsmøter om felles pasienter. Deres vilje til samarbeid og økt interesse for kompetanseheving av palliativ omsorg, kan tolkes som et uttrykk for tilknytningsfasen. Endringslederne har viset stor tålmodighet i både Nesodden og Frogn. Dette har de gjort ved over tid å fokusere på økte utfordringer og økte fordeler med palliativt team i kommune. Lederne i kommunen har også bevisst fokusert på de positive resultatene man i felleskap har oppnådd, og kommunisert dette ut til alle medarbeiderne i hjemmesykepleien. Dette har også ført til at man har unngått at motstanden har endt i en langvarig mellomfase.

En spennende utvikling i arbeidsmiljøet i hjemmesykepleien, har vært den tydelige reorganiseringen av de ulike ansvarsområdene. I utgangspunktet ble gruppen i hjemmesykepleien organisert slik at de skulle favne alle typer omsorg og diagnoser. De skulle ved etablering av samhandlingsreformen få et generelt kompetanseløft, og jobbe tverrfaglig ut mot ulike samarbeidspartnere, deriblant fastlegene i kommunen. Det viste seg at denne samarbeidsformen ble vanskelig, da en rekke palliative problemstillinger oppstod, og trengte tett oppfølging. Nesodden kommune valgte å ansatte en egen kreftkoordinator, for å kunne møte disse sammensatte problemstillingene bedre. Selv om kreftkoordinatoren var en del av hjemmesykepleien, ble dette spesialiserte tilbudet stadig utvidet til å bli en egen gruppe. Denne prosessen er ikke ulik endringer beskrevet av (Clegg,s (1990),Rueschemeyer (1977)) kalt differensiering (kapittel 4.9). Man har i ettertid også sett andre grupper i hjemmesykepleien følge sammen endringsmønster med differensiering, slik som psykiatriteam og demensteam. Nesodden har også vist tendens til de-differensiering, der man ønsket å slå sammen palliativ gruppe og psykiatrisk gruppe, da lederne mente at noe av kunnskapen med støttesamtaler og psykisk vurdering var felles trekk og at en sammenslåing kunne styrke arbeidsmiljø og kompetanseoverføring.

Ansvar for palliativ omsorg i Nesodden er fordelt på det palliative teamet, hjemmesykepleien i kommunen og fastlegene. Denne prosessen med ansvarsfordeling og koordinering, er en form for integrering (kapittel 4.11), beskrevet av Bolman og Deal (2012). Kommunen er stadig presset økonomisk, noe som man tydelig har merket etter at flere oppgaver innen helse omsorg overføres fra sykehus til kommune. Dette er likevel også en klar motivasjon for å utnytte knappe ressurser og bruke kompetansen bredt. I denne prosessen med å koordinere endringer og ny ansvarsfordeling, har ledere og særlig mellomledere i hjemmesykepleien deltatt aktivt. Mellomlederne kjenner den enkelte medarbeiders styrke og kompetanse, og kan lettere utnytte ressursene optimalt. Til tross for reorganisering og integrering, har vi også sett tendenser til suboptimalisering i Nesodden. Dette kan skyldes at pasientgruppen og ressursene endres til enhver tid, og innsatsen fra hjemmesykepleien vil kunne variere avhengig av hvem som er på jobb og hvilken sykdomskunnskap som kreves. Det vil kunne oppstå svakheter i systemet, når en behandling eller kompetanse blir for spesialisert. Hvis enkelte samarbeidspartnere, for



eksempel fastlegene eller sykehuslegene, ikke samarbeider tett og tverrfaglig, kan man oppleve et fragmentert tjenestetilbud. Balansen mellom en generell behandling uten individuell tilpasning, og den sykdomsspesifikke kreftbehandlingen kan gå på bekostning av kvaliteten på behandlingen. Dess større personlig avhengighet av arbeidsutførelsen, dess større sårbarhet vil kunne oppstå. Et effektivt palliativt team, vil i en kommune gjerne bestå av få nøkkelpersoner. Om noen av disse enten er borte, eller skifter stilling, vil det kunne ta lang tid for å oppnå den samme kvaliteten igjen. En av tiltakene Nesodden har gjort for nettopp å unngå dette, er å stadig holde undervisning og drive intern palliativ opplæring. Kommune tilbyr også økonomisk støtte og frikjøp fra stillinger, for at medarbeidere i hjemmesykepleien skal kunne øke sin kunnskap om palliasjon.

### Hva slags konsekvenser har den nye kreftomsorgen medført for deg/din arbeidshverdag?

Hjemmesykepleiegruppen kan kategoriseres som en horisontal samordning (kapittel 4.11), der gruppene opptreer mindre formaliserte og mer fleksible sammenlignet med autoritetsbundne og regler. Vi kan se nærmere på Wellins (1990) modell for selvstyrte grupper.

*«Det er veldig fint med alle de kursene vi har nå, det er veldig fint, vi kan ikke få nok sånne kurs og fagdager, så det er veldig bra.»*

Sykepleier i10, Frogn

Ut ifra Nesoddens palliative behandling.

1. Egenadministrasjon, det vil si de har i stor grad frihet til å sette opp sin egen dagsprogram, bestemme timeplaner og gjøre langtidsplaner. De har ingen formell rapporteringsplikt, men fører tall over aktivitet for statistisk interesse. Arbeidsfordelingen utføres uten deltagelse av ledere, disse fordeles ut ifra aktuell pasientproblematikk og kompetansekrav.
2. Arbeidsplanlegging og tidsbruk er svært fleksibel innenfor rammene om avtalt arbeidstid på dagtid. Antall arbeidstimer kan variere en del fra uke til uke ut ifra pasientantallet.
3. Å ta tjenesterelaterte beslutninger er en daglig aktivitet. Å kunne ta slike beslutninger krever en kompetanse som mellomledere ikke har, da det også krever nødvendig fagkompetanse.
4. Problemer relatert til den palliative behandlingen er stadig aktuell, da en palliativ pasient er alvorlig syk og er i en fase hvor mange symptomer og komplikasjoner oppstår. Dette er karakteristisk for palliativ kreftbehandling.

Vertikal samordning der høyere nivåer koordinerer og kontrollerer arbeidet til underordnede, er sjeldent praktisert i hjemmesykepleien (kapittel 4.11). Årsaken til dette, er at mange

vurderinger og beslutninger må tas der og da i pasientens hjem, og medarbeiderne jobber i stor grad selvstendig. Styrken med dette er at man unngår sløsing med tidsressursene og unngår for stor avvik fra tidsprogrammet. Ulempen er at feil kan oppstå når man ikke kan diskutere diffuse symptomer, eller å kunne be om en kontroll av medisindose før man gir den. Å kunne påvise avvik eller systemfeil er vanskelig, når all rapportering om avvik baseres hovedsakelig på egenrapportering. Det kan tolkes dit at Frogn her ikke har tilsvarende vinning av det selvstendige arbeidet, da de ikke har tilsvarende støtte som hjemmetjenesten i Nesodden har i det palliative teamet, og dermed ikke selvtillit nok til å utøve nye praksiser da de mangler en trygghet gjennom å ha kompetanse «nær nok».

### Hvordan oppleves innføringen av nye rutiner blant de ansatte? Sammenlignet med gamle rutiner.

Når hjemmesykepleien i Nesodden har gjennomgått større endringer i sin virksomhet, forventes også reaksjoner fra medarbeidernes side. Slik beskrevet av Shayon (2008) og Scott og Jaffe (1998) i kapittel 4.6 ser vi ulike stadier i medarbeidernes reaksjonsprosess. Da medarbeiderne ble informert om samhandlingsreformens inntog, mente mange at dette var umulig. Tanken om at pasienter raskere skulle overføres til kommunens ansvar, og med kortere liggetid på sykehus, virket urealistisk. Denne reaksjonen kan tolkes som det første stadiet i reaksjonsprosessen, kalt fornektelse. Helsepersonell i kommunen opplevde at deres daglige rutiner og hverdag var truet, og at en ny hverdag med uant innhold ville komme. For mange er arbeidslivet og rutinene der et fast holdepunkt i hverdagen, og betyr mye for relasjoner og nettverk. I tillegg betyr endringer i en organisasjon at roller og posisjoner kan endres raskt. Hjemmesykepleien har tidligere vært en relativt homogen gruppe, med et tydelig mandat. Når kommunen fikk informasjon om tydelig endringer av type pasienter og behandlingsforventninger, var dette vanskelig å forstå. Samtidig var det viktig for ledelsen å ikke skape frykt for endringene som kom, og danne et felles bilde om at denne prosessen var et naturlig ledd av allerede eksisterende virksomhet.

En neste reaksjon på endringene, var motstand fra flere i helsetjenesten i kommunen. Det var blant annet flere fastleger som ikke hadde tro på det palliative teamet og valgte bevisst å ikke samarbeide. Det var også ledere som ga tydelig uttrykk for frustrasjon over ønsket om en spesialisttjeneste med utspring fra hjemmesykepleien. Man opplevde også at enkelte sykepleiere fra sykehuset ignorerte hjemmesykepleiens kompetanse og fulgte pasienter til Nesodden for «sikkerhets skyld». Selv om motstanden i begynnelsen kunne virke bevisst, er det likevel lite tvil om at slike reaksjoner ofte oppstår også i andre typer organisasjoner. For å unngå unødig energi på medarbeiderreaksjoner, er det viktig med betryggelse og informasjon. Endringene i hjemmesykepleien har skjedd etappevis, og vært fulgt med informasjon og støtte fra mange ledd i ledelsen. Det har vært viktig å fokusere på tverrfaglig samarbeid, og at utviklingen har vært et fellesprosjekt. For å unngå at enkelte har vært så misfornøyd at de har blitt gjenværende i en mellomfase, har lederne jobbet mye med medarbeidersamtaler og sørget

for at alle medarbeiderne har hatt mulighet til å uttrykke sin oppfattelse av prosessen. En utfordring når man gjennomfører slike endringer som vi snakker om her, er at det være vanskelig å tilpasse systemet slik at vikarer og de som er fast ansatte i små stillinger får tatt del i de kompetansehevende kursene, foredragene og undervisningene som er rettet mot spesialiserte oppgaver. Det er generelt en logistikkmessig utfordring når man skal øke kompetansen i et system som allerede er utsatt for et markant tidspres og begrenset økonomisk frihet, og det kan i enkelte tilfeller være at vikarer og små stillinger blir lidende i forhold til nevnte faktorer.

Den neste fasen har vært den gradvise tilnærmingen (kapittel 4.6). For å sørge for godt samarbeidsklima, har den palliative kompetansen blitt brukt på flere enn pasientene. Både sykepleier og lege i det palliative teamet har holdt undervisning om palliasjon for hjemmesykepleierne, og sørget for at kunnskap og engasjement for faget har vært en felles interesse. Dette har også skapt en nysgjerrighet og åpenhet fra hjemmesykepleiers side, og ført til at palliativ omsorg åpner for en faglig utvikling. Det har vært viktig å ikke skape for store forventninger om endringer raskt, og å gi rom for diskusjoner om beste framgangsmåte. En gradvis tilnærming har betydd en forsiktig innføring av nye rutiner og behandlingsmetoder. Mange av hjemmesykepleierne viste stor interesse i å ta i bruk utstyr og prosedyrer som tidligere sjeldent ble brukt i kommune, slik som for eksempel avanserte smertepumper.

*«Det har vært en bratt læringskurve ..... nå er det ingen ting vi ikke har i hjemmesykepleien lenger.»*

Sykepleier i05 Nesodden.

Den siste fasen har vært en positiv opplevelse, idet man ser en hjemmesykepleie gruppe som aktivt bruker det palliative teamet, både som diskusjonspartner og kompetansesenter. Man ser her en tydelig tilknytningsfase, der en spesialisert gruppe opptrer og opplev es som en satellitt fra hjemmesykepleien. For at samarbeidet skal kunne fungere godt, er det viktig er være ydmyk for hverandres oppgave og kompetanse. Enkelte av medarbeiderne i hjemmesykepleien kan oppleve sorg og tap, i denne fasen slik beskrevet av Scott og Jaffe (1998) (kapittel 4.6). Enkelte av hjemmesykepleierne deltok tidligere mer aktiv i kreftomsorgen, og kan oppleve tap av arbeidsoppgaver og ansvar. Palliasjon er et fagfelt som krever bruk av avansert teknologi og som fordrer til tverrfaglig samarbeid, og denne typen oppgaver er synlig og spennende. Når den palliative pasienten følges opp av det palliative teamet, vil andre i hjemmesykepleien miste den nære relasjonen til enkelte pasienter og den type omsorg. Andre kan oppfatte den nye organiseringen som urettferdig og ekskluderende, og gradvis måtte akseptere nødvendigheten av endringen. I Nesodden har antall palliative pasienter økt betydelig, og en endring for å effektivisere den palliative pleien kan bli nødvendig for å utnytte ressursene på best mulig måte. I Frogn har de opplevd en tilsvarende økning i antall palliative pasienter, og møtt de nye

utfordringene ved hjelp av et økt fokus på kompetansehevende arbeid som fagdager, kurs og undervisning. Når spesialiserte oppgaver ikke blir lagt til et eget team, vil det være naturlig å konkludere med at hjemmesykepleien ikke mister den nære kontakten med pasientene i samme grad, selv om et økt arbeidspress vil kunne gå ut over tiden man har til den enkelte pasienten.

*«Jeg føler at vi skal yte mer og mer og vi har dårligere og dårligere tid til å gjøre det, så jeg har stadig dårlig samvittighet for at jeg føler jeg ikke har gjort alt jeg skal og burde ha gjort.»*

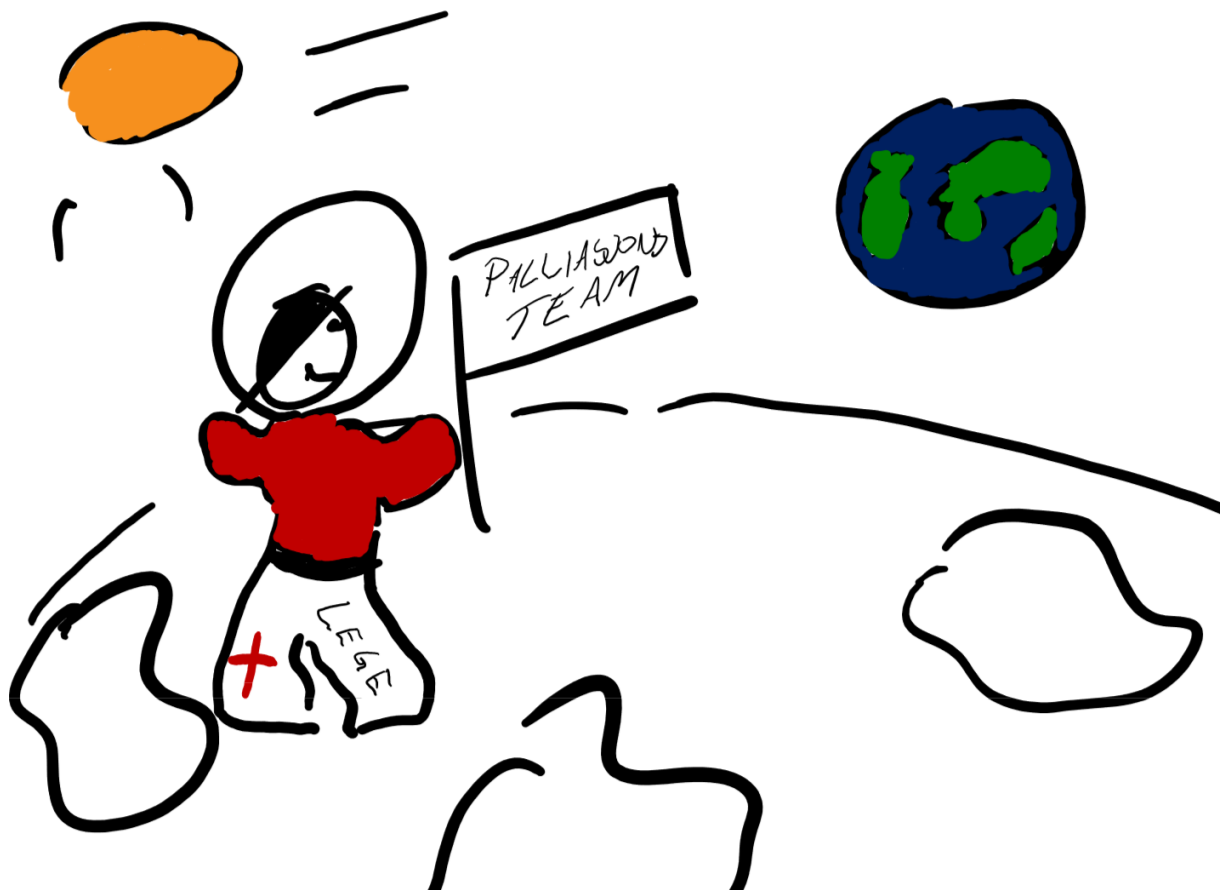
Sykepleier i10, Frogn

Opplevelsen av endrede rutiner kan også preges av den normative dimensjonen. Sykepleierne har i lang tid hatt en etablert rolle og identitet i lokalsamfunnet i Nesodden, noe som har skapt institusjonens legitimitet. Det er ikke urimelig å tenke seg at nye og endrede arbeidsoppgaver kan føre til en svekket samlet identitetsfølelse, og at dette kan skape uro og misnøye blant medarbeiderne. Det kan også være en positiv opplevelse, at organisasjonens viser evne til å oppdatere seg og forme seg etter tidens krav. Press og forventninger fra omgivelsene kan være en årsak til at nye roller dannes i det normative pilaren (kapittel 4.4). Hjemmesykepleiernes nye roller kan både oppleves positivt og negativt. Det kan oppstå en form for sosial kategorisering, der ikke alle medarbeidere vil føle sin rolle viktig nok, eller oppleve at deres rolle er sekundær i forhold til de andre. Ulik kompetanse og profesjon kan føre til ulik ansvarfordeling, noe som kan medføre ulike oppfatninger av egen rolle i tjenesten.

*«...er jo mest sykepleierne som har med det å gjøre, men jeg vet ikke hvor godt informert hjelpepleierne er for eksempel.»*

Sykepleier i09, Frogn

En annen negativ opplevelse kan være følelsen av tap og sorg over å bli fratatt en rutinemessig rolle i kommunen. En av de positive effektene på Nesoddens hjemmesykepleie er et godt renommé, og en organisasjon som utad ansees som moderne og tidsriktig i oppgaveutførelsen. Denne effekten kan gi mange gode indirekte effekter, slik som positiv omdømmebygging og rekrutteringspotensiale. Det er mange som fører et ytre press på de kommunale tjenestene i Nesodden, slik som helsedepartementet, helseforetaket og befolkningen. Her prøver kommunen å møte de forventningene som presser seg fram. I tillegg opplever også kommunen et indre press, fra medarbeiderne selv og årlige planer om å øke effektivitet og utvikle den palliative omsorgen slik at den også oppleves tilfredsstillende fra medarbeidernes side. Også i Frogn er palliasjonsplanene vedtatt og innført i den langsiktige kommuneplanen, noe som skaper forventninger både fra politikere og kommunen generelt. Man kan heller ikke utelukke at når en kommune satser mye på et spesialfelt, vil dette også skape forventninger og press mot andre nabokommuner om å tilby lignende tjenester og service.



Som nevnt, vil nye roller og oppgaver i hjemmesykepleien også kunne påvirke institusjonens legitimitet. Hvis vi bruker Scott (1995) og Suchman (1995) sine teorier om legitimitetsklassifisering (kapittel 4.7), kan vi se hvordan endringer i vår case påvirker organisasjonen. Hjemmesykepleiens nytte og betydning for hjemmeboende pasienter er veletablert, og er et eksempel på pragmatisk legitimitet. Dette sier noe om hvordan befolkningen og kommune som arbeidsgiver anerkjenner hjemmesykepleiens rolle og betydning i Nesodden. Den legale legitimiteten beskriver den rettslige rollen, der hjemmesykepleien er et produkt av loven om kommunal omsorg. Den normative legitimiteten er mer preget av de daglige rutinene, og generelle normer som fungerer i Nesodden. Dette kan være en relativt individuell løsning, der hjemmesykepleien i Nesodden kan ha utviklet egne løsninger og tilbud som skiller seg ut fra andre kommuner. Det palliative temaet i Nesodden er et typisk eksempel på en individuell løsning, men som også har endret en normativ legitimitet innad i kommunen. Til slutt vil vi se nærmere på den kognitive legitimiteten. Det er spesielt her, at legitimitetsspørsmålet utfordres i Nesoddens hjemmesykepleie. Årsaken til dette, er at hjemmesykepleietjenesten i stor grad er preget av individuelle løsninger, der mange oppgaver løses «fordi det alltid har blitt løst slik». Det at organisasjonen har hatt denne evnen til stadig tilpasninger basert på mange års erfaringer, og også vært styrken i denne institusjonen.

Oppgaver og arbeidsfordelinger har blitt et resultat av brukernes krav og behov over tid, og ikke nødvendigvis på bakgrunn av gjennomdiskuterte løsninger basert på teori og kunnskap. Hjemmesykepleiens handlingsrom og organisering endres som følge av gruppedeling og økt kompetansekrav i Nesodden. Det utfordrer etablerte arbeidsmetoder og en rutinemessig hverdag som har fungert over lang tid. Den kognitive legitimiteten i Nesoddens hjemmesykepleie vil i stor grad påvirkes av den nye måten å jobbe på, og vil ta tid før den stabiliseres igjen. Webers (1924) eksempel på legitimitet er blant annet uttrykk for hvordan en endringsleder lettere gjennomfører en organisasjonsendring, eller om medarbeiderne ikke oppfatter legitimiteten som endret (kapittel 4.7). I Nesodden har lederne og det palliative teamet fokusert mye på at alle i hjemmesykepleien opplever det palliative tilbudet som del av hjemmesykepleien, og ikke en egen selvstendig gruppe. For å få dette til, har man sørget for felles møtearenaer og tett kommunikasjon og samarbeid. Det palliative teamet har samme leder som resten av hjemmesykepleien, og følger samme organisasjonskart. Det å forstå hvorfor reaksjoner oppstår i en gruppe, kan være viktig for å unngå motstand og konflikter. Ved å studere Webers tanker om legitimitet, kan man utvikle en strategi for å holde organisasjonen samlet, også under endringsledelse (kapittel 4.8).

#### Har ditt forhold til formaliserte rutiner blitt påvirket av samhandlingsreformen?

I problemstillingen med fokus på formaliserte rutiner, har vi spesielt brukt teorien med den normative pilaren (kapittel 4.4). Generelt kan man si at etisk bevissthet og refleksjon er en viktig del av alle sider ved sykepleieres yrkesutøvelse. Sykepleie er et yrke som fra starten kan være preget av sin forpliktelse til en moralsk misjon - omsorg og bevaring av helse og menneskeliv. Når det gjelder forpliktelsen en yrkesutfører føler til sin arbeidsplass eller virksomhet, vil den også være sterk, men allikevel preget av ens egne eller andre forventninger. Hjemmesykepleien i Nesodden omfavner et bredt spekter av tjenester og krever ulik kompetanse. Organisasjonen forventer at yrkesutøverne i stor grad arbeider selvstendig, og at de følger de rutiner og retningslinjene virksomheten har satt opp. Etter at samhandlingsreformen trådte i kraft, har antall utskrevne pasienter økt betydelig, noe som gjelder både Nesodden og Frogn generelt. Dette gjelder også palliative pasienter, og den omsorgen de trenger. Pasienter som utskrives, skal ofte fortsette sykehusbehandlingen videre i hjemmet. Dette kan være still av ulike kirurgiske tiltak slik som skylling av ulke katetre, eller intravenøs væskebehandling. I krevende tilfeller, vil det være nødvendig av hjemmesykepleieren har et nært samarbeid med fastleger og andre i kommunen. I vår case vil hjemmesykepleieren måtte samarbeide tett med det palliative teamet. Brukerne er etter hvert godt kjent med det palliative teamet i kommunen, noe som skaper forventninger blant både pasienter og ikke minst deres pårørende.

Forventningen til kompetanse innen kreftomsorg kan også være belastende, da ikke alle medarbeiderne har lik kompetanse på alle sykdomsfelt. Å ha en spesialisert helsetjeneste i hjemmesykepleien kan også skape forventninger om et lignende tilbud innen andre store

sykdomsgrupper. Pasienten kan forvente et utstrakt tilbud til alle døgnets tider og ukedager, slik de har opplevd det på sykehus. Palliative pasienter har ofte vært syk og pleietrengende over tid, og har blitt vant til å bli omgitt av en kompetent og trygg behandlingsgruppe. Dette er noe som også forventes og lover når de utskrives fra sykehus og som hjemmesykepleien skal innfri når pasienten kommer hjem. Siden pasienter nå har kortere liggetid på sykehus enn før samhandlingsreformen, kan også forberedelsene før utskrivelse være preget av det. Hjemmesykepleien opplever ofte at pasientens epikrise (behandlingsbeskrivelse) mangler, og at resepter ikke er ordnet på forhånd. Dette kan bety mye koordinering og strakstiltak for hjemmesykepleieren, og kan være vanskelig å gjøre til alle tider. Selv om denne problemstillingen er like aktuell for alle kommuner i landet, kan Nesoddens hjemmesykepleie skille seg noe ut grunnet den særegne palliative omsorgen. Selv om det ansees som et godt tilbud, skapes det også normative forventninger, som hjemmesykepleien forventes å innfri. Det er også en forventning eller press fra kommunen, at hjemmesykepleien bidrar i den felles innsatsen i omdømmebygging. Helse og omsorg i kommunen er noe befolkningen er svært opptatt av, og lokalavisen bruker gjerne pasienthistorier for å sette omsorgstjenesten på dagsorden. Slik Scott (2001) beskrev den normative dimensjonen, kan man si at den formidles ved at befolkningen i Nesodden forventer en viss standard av den palliative omsorgen (kapittel 4.4). Når presset blir for stort, eller media kun fokuserer på forventinger som ønskes innfridd, kan man si at motivasjonen blir dominert av den normative dimensjonen.

#### Hva tror du dine kollegaer mener om endringene samhandlingsreformen har ført til?

Innføring av samhandlingsreformen i kommunene, har fått konsekvenser for mange av helsearbeiderne. Det økte fokuset på koordinering av pasientenes behov, og økt innsats for å begrense og forebygge sykdom, gjør at man må arbeide på andre måter. For hjemmesykepleien i Nesodden kan omorganiseringens utfordringer forklares ut ifra potensielle problemer beskrevet av Ringen (1987) (kapittel 4.13).

For det første har det ført til legitimitetsproblemer; Siden kommunen har fått overført en mengde helserelaterte oppgaver i forbindelse med samhandlingsreformen, kan det fra kommunens synsvinkel bli et manglende samsvar mellom inntektsrammene og de oppgaver primærhelsetjenesten er forutsatt til å løse. På sikt kan kommunesektoren og hjemmesykepleien få et legitimitetsproblem fordi den ikke greier å innfri forventningene som stilles til tjenestetilbudet. I hjemmesykepleien opplever det stadig oftere at pasienten forventer mange og hyppige tjenester i eget hjem, og en mulighet til sykehjemsplass når behovet måtte komme. Men med stadig større brukerbehov i de private hjem, er det vanskelig for hjemmesykepleien å øke ressursene etter behov. Mange av de palliative pasientene trenger stell og tilsyn mange ganger i løpet av en dag, og dette er ikke et behov man kan vurdere å etterfølge. Konsekvensen av krevende pasientsituasjoner, er at medarbeiderne i hjemmesykepleien er presset til å jobbe

raskere og mer effektiv. Kommunen har ikke midler til å øke antall stillinger i hjemmesykepleien, og resultatet kan etter hvert bli et tydelig legitimitetsproblem i kommunen.

Dette leder oss til problemet med styrbarhet. Kommunen opplever til tider at brukernes tjenestebehov presser systemet til «bristepunktet». Mange medarbeidere og ledere i primærhelsetjenesten opplever problemer med å forstå en administrativ kultur der økonomi, politikk og teknologi er de dominerende faktorer når det gjelder beslutninger. Hjemmesykepleien har sin grunnforankring i pleie og omsorgskulturen må forandre sitt ståsted når de økonomiske/tekniske paradigmer skal bestemme hverdagen. Kravene til effektivitet, økonomistyring og kvalitetssikring avviker som regel fra det som var grunnlaget for pleie og omsorgskulturen. For mange kan dette være vanskelig å forholde seg til i kommunen.

Et annet aktuelt problem er fokuset på økonomisk effektivitet. I hjemmesykepleien opplever de ulike tiltak for å oppnå de økonomiske målene til kommunen:

- Kommunen ønsker å få kontroll med de økonomiske utgiftene i hjemmesykepleien ved innføring av aktivitetsbaserte finansiering
- Kommunen ønsker å vri tildeling av hjemmetjenester slik at man i større grad tildeler tjenester til de brukere som har størst bistandsbehov

Omstilling og effektivisering i primærhelsetjenesten har fått mer oppmerksomhet i faglig og politisk debatt. Endringene er i hovedsak gjenkjent ved at en hierarkisk forvaltningsmodell avløses av delegering, incentiver og brukervalg. Dette antas å øke effektiviteten gjennom bedre utnyttelse av de ansattes kompetanse, og engasjement og ved bedre tilpasning til brukernes ønsker og behov. Samfunnsøkonomisk effektivitet er noe mer enn det man forbinder med uttrykket effektivitet; nemlig kostnadseffektiv produksjon. Kostnadseffektiv produksjon er bare en av flere middel for å oppnå det overordnede målet, nemlig størst mulig velferd for innbyggeren i kommunen. For hjemmesykepleien vil det kunne dreie seg om å prioritere enkelte pasientgrupper før andre, eller å finne bedre individuelle løsninger for brukerne. En negativ konsekvens, som følge av palliative pasienter med bred oppfølging, er at dette også fører til økt kostnader av budsjettet. Denne type kostnader så man mindre av før samhandlingsreformen, og utgiftene blir mye tydelig i kommunen. Man kan heller ikke utelukke av et palliativ team i kommunen «rekrutterer» i større grad palliative pasienter, enn andre kommuner som har mindre kreftkompetanse. Siden den palliative teamfunksjonen fortsatt er i tidlig fase, vil pasientmengde og ressursbelastning lettere kunne studeres og analyseres etter hvert. Denne problemstillingen leder analyser over på et for stort aktivitetsområde. Med dette menes at velferdsordningene gir trygghet med medfører klientifisering. Klientrelasjonen dreier seg om en maktrelasjon der den ene har noe den andre parten er interessert i. Hjemmesykepleierne og deres ledere kan oppfattes som portåpnere til velferdsgodene kommunen kan tilby. Hjemmesykepleien får da



profesjonsoppgaven med å definere de kategorier mennesker eller situasjoner som kvalifiserer til klientstatus, og som definerer kriteriene menneskene kategoriseres etter. Målstyring tjener nødvendigvis ikke, som tiltenkt, til økt styring av profesjonene, men til å overlate styring til profesjonene. Medarbeiderne i hjemmesykepleien kan få en rolle som ressursforvalter med strenge kriterier, som en konsekvens av et stadig «strammere» helsebudsjett i kommunen. Fra informantene i både Frogn og Nesodden fremkommer det at dette skjer ved for liten bemanning. Dette kan ha en naturlig forklaring gjennom stramme økonomiske rammer for hjemmesykepleien generelt sett, men også gjennom at det økte ansvaret ikke har blitt tatt hensyn til av ledere på ulike nivå i virksomhetene.

### Merker du en forskjell i de ansattes holdning til endringer? Hvordan? Nytte/ulempe?

I Nesodden har den palliative omsorgen økt produktiviteten rettet mot kreftpasientene, slik beskrevet av Røvik (kapittel 4.10). I tillegg har etableringen av spesialistteam i hjemmesykepleien hatt et symbolperspektiv utover kommunegrensen. Her vil lederens evne til å formidle formålstanke spille stor rolle, og eventuelle reflektere en manglende kapasitet til åpen dialog på en arbeidsplass. For å unngå en potensiell konfliktsituasjon, settes det store krav til gjennomført ledelseevne. De ansattes reaksjon på endringer vil reflektere ledernes formidlingsevne.

I vår case valgte vi å fokusere på den strukturelle omorganiseringen. Da man valgte å omorganisere hjemmesykepleien i Nesodden i forbindelse med samhandlingsreformen, måtte man tilpasse virksomheten ut ifra nye krav. Denne prosessen er beskrevet av Mintzberg (1983) (kapittel 4.13). Ved en reorganisering vil man kunne utforme stillinger på nytt. I Nesodden ble det etablert helt nye stillinger, og flere ansatte som var motiverte, fikk tilbud om videreutdanning. Dette ga både spesialistsykepleiere i palliasjon, psykiatri og sårstell. Utforming av stillingene preges av lederens formålstanke, og kommunens helseplan. I Frogn ble det i likhet med andre kommuner ansatt en kreftkoordinator, men det ble ikke ansatt spesialistsykepleiere innen palliasjon.

Sykepleier i10, Frogn.

*«Nei, alle er vel vært positive, men alle føler vel på det med tidspresset.»*

Gruppering i større grupper og styring av deres aktiviteter, var noe av problematikken Mintzberg (1983) fokuserte på, da han beskrev reorganiseringsprosessen. I Nesodden så man muligheten til å gruppere hjemmesykepleien i soner, der to større grupper fikk hver sin mellomleder. Disse to gruppene har relativt like funksjoner med generell sykepleieoppgaver. Aktivitetene styres mye av kontoret som gjør enkeltvedtak for brukere, vedtakskontoret. I tillegg styres enkelte av aktivitetene av kommunestyret, som for eksempel at de nå har vedtatt

at hjemmesykepleien ikke skal handle mat og lignende for pasientene. Kommunalsjefen lager helse- og omsorgsplan som vedtas av kommunestyret, og som styrer de langsiktige planene. Man har også etablert fagsykepleierstillinger som påvirker utdanning og formålsaktiviteten, i tillegg til ledere og mellomledere. Hovedsakelig er beslutningsmyndigheten fordelt horisontalt, og de fleste lederne har fysisk nær kontorplass som hjemmesykepleierne. Man kan si at hjemmetjenesten i Nesodden er et eksempel på en desentralisert organisasjon med beslutningsmyndighet på lavt nivå.

### Hvordan tror du motivasjonen for nye organisasjonsendringer er blant dine kolleger?

I vår case kan vi analysere medarbeidernes motivasjon med K.B.Madsen`s (1975) foreslåtte motivasjonsegenskaper (kapittel 4.1). Den ansatte i hjemmetjenesten må inneha en vilje eller drivkraft til atferdsendring, også kalt motivasjonelle egenskaper. Det er viktig for ledelsen av hjemmetjenesten å kjenne de ansatte, og ha et inntrykk om hva som kjennetegner gjennomsnittsmedarbeideren i organisasjonen. Man kan ha inntrykk av at medarbeiderne i hjemmetjenesten er motiverte av selve jobben de gjør, og at egeninteresse i feltet ikke er det fremtredende bildet av dem. Mange av dem gir uttrykk for at de liker jobben sin, og har et ønske om å utvikle sideferdigheter og bidrar uoppfordret til å nå organisasjonens mål. En forklaring på dette kan være at jobben ikke er preget verken av prestasjonsbasert belønning, detaljert målstyring eller overdreven kontroll og rapportering. Få gir inntrykk av å oppleve vansker med å få gjort jobben sin, eller mistillit.

En annen faktor for å vurdere motivasjon i vår analyse, er de kognitive egenskaper. Informantenes vurdering av seg selv, i både Frogn og Nesodden, er at jobben deres gjør at de har en jobbhverdag der endringer er en naturlig del av hva som kreves. Dette gjør at de som har

*«Jeg føler at vi holder hodet så vidt over vannet sånn som det er nå, merker i alle fall en veldig, egentlig markant endring bare siste halvåret.»*

valgt å jobbe i hjemmesykepleien i utgangspunktet er motiverte for endringer. Samhandlingsreformen med effektene den har hatt virker ikke å ha hatt noen generell påvirkning på de ansattes motivasjon for endringer. Det inntrykket informantene sitter igjen med er at hvis en ny endring hadde ført til et økt arbeidspress, så hadde det vært vanskelig å gjennomføre. Fra informant i06, sykepleier i Nesodden, uttrykkes dette på følgende måte:

I vår case vil vi relatere dette til medarbeidernes bevisste og rasjonelle valg. Fordelen med denne type motivasjonsteori, er at man kan tenke seg fram til konkrete virkemiddel for stimulering av medarbeidernes motivasjon for innsats. Ved at ledelsen i hjemmetjenesten tydeliggjør felles mål og ønskelig resultat av arbeidet, kan dette være en måte å fremme ønsket atferd. Det har vært vesentlig for medarbeiderne at god informasjon har vært gitt av ledelsen, slik at årsaks-virkning har hatt en klar sammenheng. Mange i hjemmetjenesten gir uttrykk for å ha en medbestemmelsesmulighet og en følelse av forpliktende engasjement for organisasjonen.

Hjemmetjenesten blant annet brukt internundervisning, samt sendt enkelte interessert på kurs for å oppdatere kompetanse og innsikt i mer detaljert sykdomslære. Frogn kommune har for eksempel valgt å holde kurs med inviterte spesialister, for å øke nysgjerrighet, læring og evnen til problemløsning. Frogn har opplevd tilsvarende effekter ved at de ansatte ser verdien av å kunne utnytte kompetansen sin for å kunne gi et godt tilbud til pasientene.

En tredje faktor som vi finner i vår case, er de emosjonelle egenskapene. De fleste i typiske omsorgsykker har ofte en personlig innstilling til sin jobb. I hjemmetjenesten er alle møter med brukere personlig, og man går gjerne inn i denne situasjonen med et følelsesmessig fundament. For lederne i hjemmetjenesten er det viktig å formidle opplevelsen at alle medarbeiderne har likeverd, uansett profesjon. Selv om hjemmetjenesten i hovedsak består av sykepleiere, er det også en god del hjelpepleiere og enkelte fagarbeidere. Lederne er opptatt av å gi ros og oppmerksomhet til gruppen generelt, uten å legge for mye vekt på profesjon i denne sammenhengen. På denne måten unngår de en likeverdsspennning, noe som raskt kan ødelegge et arbeidsmiljø. Hjemmesykepleien i Nesodden og Frogn har arbeidsoppgaver som gir medarbeiderne autonomi, og som krever en variasjon av ferdigheter. De er også opptatte av å gi medarbeiderne tilbakemelding på utførelse av oppgavene. Dette stimulerer den indre motivasjonen til medarbeiderne i hjemmesykepleien. Det at medarbeiderne opplever høy grad av jobbautonomi i deres jobbsammenheng i hjemmesykepleien, gir en bedre arbeidsprestasjon, mindre rollekonflikter og mindre fravær. Det vi ser i begge kommunene i vår case er at deres viktige kilder til jobbengasjement er gode relasjoner mellom leder og medarbeider, oppgavebetydning, variasjon og autonomi.

## **6.5 P1,F3 Hvilke tiltak mener medarbeiderne kunne bedret innsatsen i virksomheten ytterligere, og vi ønsker å belyse om det er fordeler/ulempes med den nye kommunale palliasjonsomsorgen?**

### Hvordan opplevde du strukturendringen i arbeidsoppgavene, i et tidsperspektiv?

Endringsprosessen i vår case har pågått i lang tid, men behovet for en endring ble tydelig da samhandlingsreformen inntredet. Hjemmesykepleien fikk en økende arbeidsmengde med krevende kreftpasienter, som stadig opptok mer tid og som krevde mye koordinering. Av den grunn erkjente også organisasjonen selv at det forelå et behov for å endre arbeidsfordeling og metoder. Motivasjonen for denne prosessen var både et behov fra organisasjonen, men også et krav og påtrykk fra helseforetaket. Som følge av samhandlingsreformen, var økonomiske incentiver en slags belønning/trussel for å iverksette tiltak for kunne møte behovet for palliativ omsorg i kommunen.

Denne tilstanden kan sammenlignes med Lewins (1947) opptining (unfreezing) fase (kapittel 4.8). Da de palliative pasientene ble overført til kommunens og hjemmesykepleiens ansvar, ble det også raskt klart at det var behov for en forbedring av organisasjonen. Mangel på spesialkompetanse og en overordnet plan for palliativ pleie, synliggjorde behovet for en egen palliativ pleieplan. Lederne i Nesodden jobbet med å formidle behovet for individuell behandling i hjemmesykepleien, og fokuserte på at de nye arbeidsoppgavene ble forankret i hele virksomheten. Den nye løsningen ble å danne et eget palliativt team i Nesodden, for å møte målsetningene i helseforetaket og kommunen. Før det palliative teamet i Nesodden ble etablert, var hensikten med dette kommunisert ut til alle medarbeidere. Dette var en måte å gjøre medarbeiderne endringsklare «change ready». Man kan si på en annen måte at alle medarbeidere ble involvert i prosessen og fikk en forståelse for behovet for å etablere en spesialisert gruppe med fokus på palliativ behandling. Fra informantene i Frogn fikk vi inntrykk av at de ikke hadde stor mulighet til å påvirke hvordan de nye kravene skulle møtes i kommunen.

Den neste tilstanden eller fasen i endringsprosessen i hjemmesykepleien, var å finne den optimale løsningen for dem. Denne fasen kan sammenlignes med omformingsfasen (kapittel 4.8), der organisasjonen prøver å finne nye løsninger. På en måte kan man si at kommune fortsatt er i en «semi-stabil fase», da samhandlingsavdelingen fortsatt diskuterer hvilke palliative oppgaver som skal overføres til kommune, og hvilke som fortsatt skal ivaretas i spesialisthelsetjenesten. Det som preges hjemmesykepleien nå, er likevel ikke en opptiningsfase, med ny organisering av arbeidsoppgavene. Fasen preges i stedet mer av å kunne utvide et allerede eksisterende tilbud, og å finne den beste måten å forvalte tjenesten på. Selv om spesialisthelsetjenesten overfører flere pasienter og flere oppgaver, har allerede hjemmesykepleien funnet en akseptabel måte å møte disse utfordringene. En typisk oppgave

som nå kan overføres, er å gi pasienter cytostatika (cellegift) i deres eget hjem. Det gjøres pr i dag stort sett via spesialisthelsetjenesten, og er en behandling som også rettes mot palliative kreftpasienter. I og med at kommunen har satset på kompetanseheving og spesialisthelsetjeneste i kommunen, åpner dette for å tilby tilsvarende tjenester som på sykehus. I denne fasen, er det viktig av hjemmesykepleien og deres samarbeidspartnere i fellesskap arbeider for å finne få et optimalt resultat. Slik Stangeland (2008) (kapittel 4.8) har beskrevet det, kreves det at organisasjonen implementerer tiltak for å oppnå ønsket endring. Kommunen valgte å informere om samhandlingsreformen og satsingsområder på fellesmøter med hjemmesykepleien og til andre samarbeidspartnere, slik som enhetsledere og fastleger. Dette var viktig, ikke bare for å få en aksept for nye oppgaver, men også for å få en felles forståelse for at endring i organisasjonen er en unngåelig prosess i kommunehelsetjenesten. En god og åpen kommunikasjon var og er nødvendig for å bygge samarbeid og tillit, noe Nesodden har satset mye på. Frogn hadde og har fortsatt en rekke samarbeidsarenaer der de satser på å øke godt og konstruktivt samarbeid med ulike instanser i kommunen, for eksempel fastleger, sykehjem, tildelingsteam og helseforetaket.

Etter hvert som den nye organiseringen i hjemmesykepleien har blitt forankret på alle plan, kan man gjenkjennes den tredje fasen kalt konsolidering (kapittel 4.8) Her er prosessen med skepsis og motstand er tilbakelagt stadium, og kommunehelsetjenesten anser den palliative tjenesten som et akseptabel og stabil tilstand. Selv om man fortsatt jobber med å finne nye samarbeidsmåter og fordeling av oppgaver, er konseptet med et eget palliativt team med utspring fra hjemmesykepleien innført og velkjent for de fleste. En av utfordringene for teamet er at de ikke får for stor avstand fra den resterende gruppen av hjemmesykepleien. Det vil være viktig å opprettholde felles møtearenaer og en direkte dialoglinje. Å møtes ofte er også en forutsetning for å kunne samarbeide og oppnå en generell kompetanseoverføring og trygghet rundt utførelsen av nye rutiner. Dessuten er det også slik, at de alle fleste i hjemmesykepleien vil til tider møte og behandle de palliative pasientene i deres hjem. Selv om den palliative omsorgen utøves og styres fra det palliative teamet, vil pasientene bli fulgt opp av mange. De palliative pasientene har dessuten ofte andre kroniske sykdommer, som krever stell og annen oppfølging. En annen utfordring for temaet vil være å forhindre at organisasjonen går tilbake til gamle vaner. Blir tjenestetilbudet lite tilgjengelig, eller oppleves krevende å samarbeide med, kan dette før til at enkelte, enten medarbeider i hjemmesykepleien eller andre velger løsninger man tidligere gjorde. For eksempel kan fastleger legge inn palliative pasienter på sykehuset, i stedet for å diskutere med det palliative teamet hvilken løsning som tjener pasienten best. Eller at medarbeidere i hjemmesykepleien ignorerer behandlinger som krever mye ekstraarbeid. Palliative pasienter dør oftere i hjemmet enn tidligere i kommunen, da den nye palliative omsorgen ivaretar pasienten i hjemmet like bra som på sykehus. Dette krever likevel hyppige besøk og stell, både fra det palliative men også fra de involverte pleierne i hjemmesykepleien. Tidligere førte ofte tunge stell og omfattende lindrende behandling til at pasienten ble innlagt

på sykehus den siste fasen av livet. I dag er det kun medisinske komplikasjoner som krever en rask innleggelse. Det finnes flere sterke drivkrefter til organisasjonsendringene i Nesodden. Den kanskje viktigste drivkraften, er de nasjonale føringene om å prioritere palliasjon i kommunehelsetjenesten og nedfelle dette i kommuneplanen ([www.nesodden.kommune.no](http://www.nesodden.kommune.no)). Slike nasjonale forskrifter blir presentert og prioritert ved kommunestyret før budsjettbestemmelse. I tillegg kommer pålegget fra samhandlingsreformen, som også krever endring av palliative omsorg i kommunene. De palliative pasientene utskrives raskere enn før, og krever ofte ett umiddelbart vedtak om oppfølging og behandling i kommunen. En tredje drivkraft er befolkningen, som velger politikere som etterlyser et moderne og oppdatert kommunalt palliasjons-tilbud. I Nesodden var blant annet eldre-rådet et forum som tydelig uttrykte behov for bedre palliativ omsorg. Det lokale avisen skrev om enkeltpasienter som ønsket et tydelig tilbud, og skapte et fokus på palliasjon som en ønsket omsorg i kommune. Men også organisasjonen med hjemmesykepleien i spissen, ønsket å kunne tilby alvorlig syke kreftpasientene et helhetlig omsorgstilbud, forankret i alle ledd i Nesodden. Hjemmesykepleierne har ønsket å kunne øke sin kompetanse, og å kunne tilby spesialisthelsetjeneste til sine pasienter. Alle disse drivkreftene har vært avgjørende for å stabilisere (refreeze) virksomheten igjen.

#### Hva skal ifølge deg til for at palliasjon kan forbedres i kommunen?

Både i Frogn og på Nesodden ble kommunikasjon et tema når det gjaldt forbedring av den palliative tjenesten i kommunen, men det var allikevel noen forskjeller. I Frogn så de et behov for bedre kommunikasjon med sykehus i forbindelse med utskrivelse og informasjon angående medisiner. I forbindelse med dette ble det også tatt opp muligheter for forbedring av logistikk rundt pasientene, dette henger tett sammen ved at informasjon om behov i eget hjem og tilgang til medisiner. I Nesodden hadde kommunikasjonen behov for forbedring i form av en sikrere informasjonsflyt i forbindelse med endring av medisiner og begynnelse av nye medisiner. Det ble tatt opp av eksisterende system var svakt for misforståelser og var til dels avhengig av beskjeder over telefon, det var med andre ord behov for en oppgradering av teknisk utstyr som kan sikre informasjonen som følger pasientene. Slik som i Frogn var det i nesodden et ønske om en bedre utviklet logistikk rundt pasientene i form av avklarte behov når pasientene kom til eget hjem. Videre ble det poengtert et ansvarsproblem i forbindelse med det palliative teamet, gjennom at hjemmesykepleien har en mulighet til å skyve ansvaret fra seg i større grad ved at de har spesialkompetanse nær pasientene og seg selv. Som informant i01, spesialsykepleier i Nesodden poengterer:

*«Vi må se på pasientene våre som Våre pasienter»*

Palliative pasienter har fremskridende kreftsykdommer, ofte med et kompleks sykdomsbilde. Det er derfor viktig at kommunehelsetjenesten samarbeider tett med spesialisthelsetjenesten. God oppfølging fra lege, hjemmesykepleie og frivillige og tilrettelegging er viktig for at palliative pasienter skal kunne få en tilfredsstillende omsorg i hjemmet. For å opprettholde legitimitet i kommune, må hjemmesykepleiens medarbeidere sørge for tilstrekkelig kompetanse. Befolkningen forventer at hjemmesykepleien opptrer slik de alltid har gjort, både i henhold til ansvarlighet og kvalitet. Dette er relatert til teorien om kognitiv legitimitet der organisasjonen er nyttig eller aktivitetene innenfor organisasjonen er følger visse normer. Denne opplevelsen av legitimitet oppfattes dog av brukerne, ikke av hjemmesykepleierne. Man kan kalle det en anerkjennelse fra befolkningen. Det er en utfordring i kommunen å fremskaffe personale med tilstrekkelig kompetanse innen de store pleie- og omsorgsområdene i helsesektoren. Det er også vanskelig å rekruttere personale med fagkompetanse der det er relevant. For å spisse kompetansen og arbeidsoppgavene, vil det være viktig og motiverende med differensiering av oppgaver. Medarbeiderne bør få økt palliative kompetanse, og det er behov for å videreutvikle rutiner for samhandling mellom hjemmesykepleien og fastleger. Hjemmesykepleien vil også kunne få en pragmatisk legitimitet, i og med at de arbeider med en kommunal tjeneste som ansees å være nyttig. Denne legitimitet i organisasjonen kan imidlertid endres, særlig hvis tjenesteinnholdet endres, og produktet ikke lengre oppleves nyttig.

Videre uttrykker enkelte informanter at kommunikasjon vil være essensielt for videreutviklingen av det palliative teamet og dets samarbeid med hjemmetjenesten. Som informant i02, sykepleier, sier:

*«Hvis det skulle vært noe å pirke på så må det jo være å få enda bedre samarbeid, ..... Da tror jeg vi hadde fått det enda bedre.»*

Som det tydelig fremgår av utsagnet, så er ikke dette noe som er en avgjørende negativ faktor i dag, heller noe som kan være grunnlaget for fremtidige uklarheter og diskusjoner. Slike poenger som fremkommer av informantene kan være en god pekepinn for hva som bør være fokusområder for videreutviklingen av samarbeidet mellom det palliative teamet og hjemmesykepleien.

Hvilke fordeler og ulemper ser du ved at mye av kreftomsorgen nå skjer via et palliativt team?

Informantene beskrev en klar fordel å ha kompetansen i nærhet av pasientene, ved at teamet er tilgjengelig både over telefon og for hjemmebesøk. Dette gir en trygghet til de som utfører rutiner som i utgangspunktet ikke krever en høy kompetanse innen fagfeltet, men ved palliative

pasienter skjer det ofte uventede endringer i pasientens tilstand. Dette gjør at de som utfører jobben har en større trygghet ved utførelse av pasientomsorgen, da ved uventede utviklinger så vil det alltid være et støtteapparat tilgjengelig for faglig støtte og veiledning. Videre poengteres det at det fører til en økt effektivitet i forhold til endringer knyttet til pasientene;

*«Ofte er det jo problem med å få tak i leger og å endre på ting, men disse her er jo tilgjengelige hele døgnet.»*

Sykepleier i06 Nesodden.

Frogn kommune benytter seg av et tilbud om et palliativt team som kan kalles inn ved spesielle tilfeller, men det er tydelig at samarbeidet mellom disse palliative teamene og hjemmesykepleien i Frogn ikke er like sterkt som det i Nesodden. Teamene som kalles inn har kanskje ikke kjennskap til pasientene fra før, og må bruke tid på å sette seg inn i de ulike problemene som oppstår. Selv om disse teamene gir en tydelig støtte til hjemmesykepleien er det ikke en støtte som gir trygghet i samme grad som ved tilfellet i Nesodden.

Det vi har sett i Nesodden, kan tolkes som en form for strukturendring. Virksomheten har gått fra et større ansvarsområde til en høyere grad av gruppering, en prosess vi i teoridelen har beskrevet som differensiering (Kapittel 4.9). Organisasjonen fordeler og får muligheten til spesialproduksjon (Clegg, s (1990), Rueschemeyer (1977)). Man kan sammenligne denne prosessen med selvstyrte grupper (Wellins, (1990)), der de administrerer seg selv. I Nesodden er det formelt sett samme leder for det palliative teamet, som for resten av hjemmesykepleien. Men stort sett setter teamet opp eget program, og prioritering av arbeidsoppgaver. Dette er effektivt, siden medarbeiderne i teamet har fagkompetansen som trengs for å kunne gjøre de løpende prioriteringene. Pasientene har sammensatte behov, og trenger en kontinuerlig vurdering. Dette gjør at deltagerne i teamet selv best også fordeler oppgavene mellom seg. I og med at dette er et tverrfaglig team av både leger og sykepleier, vil en del av oppgavene automatisk fordeles basert på ulike profesjoner. Andre oppgaver er mer generelle, og fordeles av praktiske hensyn. Med tanke på kreftpasientenes store variasjon av symptomer og dagsform, er det lite hensiktsmessig å lage planer flere dager i forveien. Arbeidsfordeling og tidsbruk gjøres samme uke, og ukes-programmet endres daglig ut ifra henvendelser. Teamet gjør tjenesterelaterte beslutninger, uten å konferere med administrativ ledelse. Teamets natur gjør også at de selv tar tak i problemer. For eksempel må teamet selv disponere den tiden og de ressursene de har, avhengig av de utfordringer de møter til enhver tid. Ved å arbeide så uavhengig i forhold til leder, krever også de er lojale til forventningene, og tar ansvar for å utføre tjenestene i kommunen. Et uavhengig team nyter stor tillit hos sine ledere, men har også et etisk ansvar om å forvalte ressursene på beste mulig måte på vegne av kommunen og hjemmesykepleien. I Frogn vil ikke den palliative behandlingen skille seg så tydelig ut, da tjenesten kommer på lik linje med andre tjenester med utspring fra samme enhet.



Vi har tidligere nevnt mellomledernes innsats for å motivere, disiplinere og lære opp støttestab (Luthans, Yodgetts og Rosenkranz (kapittel 4.12)). Det kan likevel være en utfordring for ledelseslegitimitet når støttestab blir mer spesialiserte, og innehar mer faglig kunnskap enn mellomlederen. Det er viktig å skille mellom lederoppgaver, og de faglige oppgavene teamet utfører. Mange av oppgavene i teamet har liten grad av fleksibilitet, da det er pasientsymptomene som til enhver tid avgjør oppgavene. Blir teamet for uavhengig fra ledelsen, kan dette også bli en konfliktsituasjon. I Nesodden har mellomleder jevnlig møter med teamets medlemmer, som åpner for en god og kontinuerlig dialog. Her kan spesielt utfordringer relatert til personalutfordringer og ressursbruk diskuteres, og mellomlederen kan innhente produksjonsdata som etterspørres av toppledelsen. Lignende utfordringer vil også være gjeldende for Frogn, da mellomleder også her vil ha ressursfordeling som en av sine oppgaver.

## **6.6 P2, F1: Har strukturendringen i jobbhverdag ført til andre måter å utføre jobben på i forhold til ansvar, frihet eller selvstendighet? og har virksomheten blitt bedre egnet til å takle nye utfordringer etter endringene?**

Har du merket strukturendringen i din jobbhverdag, og hvordan?

Vi har i vårt teoriavsnitt beskrevet ulike endringsmekanismer, med spesielt fokus på utvikling av grupper og spesialisering. I vår case med to kommuner, har disse valgt ulike måter å fordele ansvarsområder på. I Nesodden har hjemmesykepleien som tidligere nevnt et eget palliativt team, og denne organiseringen vil si å fordele ansvar på flere grupper og gir muligheten til å spesialisere seg. Denne måten å organisere seg på, kan kalles differensiering (Clegg,s (1990),Rueschemeyer (1977)). I vårt tilfelle i Nesodden, har hjemmesykepleien valgt lignende løsninger for palliasjon, psykiatri og geriatri. En fordel med denne organiseringsmåten, er at de ansatte med spesielle faginteresser eller kompetanse, kan videreutvikle seg i egne interessefelt. Dette kan også være en rekrutteringsfordel, da mange sykepleiere ønsker å bruke sine spesialfelt eller erfaringer fra andre arbeidsplasser. På en annen side kan en gruppering av et større arbeidsmiljø føre til større avstand mellom de ulike gruppene. En periode ønsket ledelsen i Nesodden å sette flere grupper sammen, pga at flere grupper hadde noen felles oppgaver. Det var et ønske at den palliative gruppen og gruppen for psykisk syke skulle jobbe tettere sammen, eller delvis jobbe med de samme pasientene. Argumentet fra ledelsen var at mye av oppgavene i begge gruppene gikk ut på psykiske støttesamtaler. Dette ble midlertid raskt forkastet av medarbeiderne i gruppene, da pasientenes bakgrunn og årsakssammenheng var svært ulike. Prosessen der disse sammenslåtte gruppene likevel ble separerte, kan ligne på den beskrevne prosessen kalt de-differensiering (Clegg,s (1990),Rueschemeyer (1977)) (kapittel 4.9). I den andre kommunen Frogn, har man ikke valgt å gruppere i hjemmesykepleien. Palliasjon utføres av alle sykepleiere, når de har pasienter med slike spesielle pleiebehov. De har også ansatt en egen kreftsykepleier, men som arbeider generelt med alle typer pasienter. Støttestaben, representert med pleierstaben, vil nå oppleve kompetanseheving og økt etterspørsel etter deres tjenester. I følge Mintzberg (1983), vil dette kunne føre til et forpliktende samspill, der pleierstaben får en sentral posisjon (kapittel 4.9).

Har den nye arbeidsfordelingen ført til endring av måten å utføre jobben på, med hensyn til ansvar? Frihet? og selvstendighet?

Endringene vi har sett som en følge av samhandlingsreform og reorganisering av hjemmetjenestene, kan sammenlignes med en form for differensiering (Kapittel 4.9). I følge Clegg (1990) og Rueschemeyer (1977) betyr dette at grupper får mulighet til å spesialisere seg på egen produksjon. Denne fokusgruppen vil være et typisk trekk for det palliative teamet i Nesodden. Denne formen for differensiering er horisontal, det vil si at grupperingen skjer langs samme administrative nivå. Det palliative teamet vil fortsatt følge den samme

ledelsesstrukturen, og den samme flate strukturen. Å bli differensiert til en spesialisert gruppe i et arbeidsmiljø, har mange spekter. I Nesodden har man vært opptatt av, at det palliative teamet ikke har blitt for selvstendig og separert fra resten av hjemmetjenesten. Man har blant annet sørget for ukentlige fellesmøter, slik at teamet er lett tilgjengelig og fremstår som en reel partner til resten av gruppen. Andre konkrete tiltak i denne prosessen har vært å ha felles undervisning og felles fagdager. I tillegg har man mange mindre formelle møter om enkeltpasienter hver uke. Kunnskap/ferdighet kan være en vanlig årsak til differensiering, når oppgaver krever spesiell kompetanse. Denne prosessen er ny i forbindelse med palliasjon i primærhelsetjenesten, men ikke så uvanlig ved større palliative sentre i helseforetak. Blant annet har ambulerende team fra sykehus vært utprøvd ved mange kroniske sykdomsgrupper, slik som diabetes, KOLS og psykiske lidelser. Denne tjenesten har for øvrig vært rettet mot alle kommuner innen helseforetakets nedslagsfelt, dvs både Nesodden og Frogn.

Pleierstaben i hjemmetjenesten får en sentral posisjon, med en mulig forflytning av maktbalanse (kapittel 4.9). Med detaljert kompetanse innen palliasjon i pleiestaben, vil det være utfordrende for mellomledelsen å ta andre strategiske valg uten støtte fra det spesialiserte teamet. Dette kan føre til en større avstand mellom pleiestab og mellomledelse, noe som kan føre til distansering og ytterste konsekvens faglige interessekonflikter. Det positive utfallet kan være en åpning for større faglige diskusjoner, der både faglige og strategiske synspunkt blir belyst mellom pleiestab og mellomledelse.

Å jobbe i små faggrupper differensiert fører til selvstendighet og ansvar. Dette kan være en motivasjon for pleiere for å øke kompetansenivå, og for å ta større grep om egen faglig utvikling. Noen vil kalle dette «frihet under eget ansvar». De fleste sykepleiere er utdannet til å være selvstendig og faglig fokusert. Derfor vil ikke denne arbeidsmåten være ny for dem. Allikevel er dette nytt i hjemmetjenesten, og påvirker også andre samarbeidspartnere i primærhelsetjenesten. For eksempel er ikke fastlegene i kommune vant til at hjemmetjenesten innehar spesialkompetanse og opptrer som en selvstendig kompetansegruppe. I følge Mintzberg vil en økt differensiering føre til et økt behov for integrering (kapittel 4.9), der de enkelte arbeidstakeres innsats skal koordineres etter at ansvaret er fordelt. Her vil en mellomledere ha en viktig rolle i å finne riktig personell til de ulike stillinger og grupperinger. I det palliative teamet i Nesodden er rollende og ansvaret naturlig delt, ut ifra teamets sammensetning av sykepleiere og leger. Men siden teamet stadig ekspanderer og flere sykepleiere kommer til, vil det være et økende behov for tydelig ansvarfordeling og roller. Slik tidligere beskrevet (kapittel 4.11), kan man også enkelte ganger observere en omvendt effekt, når medarbeidernes innsats blir fragmentert i stedet for samlet. Dette kan skje når medarbeideren blir for selvstendig, og ikke bidrar i de felles mål som er satt for tjenesten. Da oppstår en suboptimalisering. I hjemmetjenesten kan det som følge av suboptimalisering, oppstå egne uskrevne regler og rutiner som ikke nødvendigvis følger lederens ønsker om akseptert praksis. Denne tendensen

til suboptimalisering kan observeres i Frogn, da også tjenestene her er preget av selvstendighet og uformelle prosedyrer.

Hjemmesykepleien har en organisering som kan sammenlignes med selvstyrte grupper beskrevet av Wellins (1990) (kapittel 4.11). Medarbeiderne fordeler oppgavene hver dag mellom seg, og har vanligvis selv ansvaret for å administrere sin egen arbeidsdag. Pleierne må selv ha oversikt over hvilke brukere de skal behandle, og hvordan de skal fordele tidsbruken på de enkelte. De vil i løpet av arbeidsdagen stadig måtte løse nye utfordringer, og ta tjenesterelaterte beslutninger uten å ha mulighet eller tid til å diskutere beslutningene med andre kollegaer. Selvstyre grupper sørger for at oppgavene blir løst, og skaper en liberal holdning blant de ansatte. Det er allikevel nødvendig å føre en vertikal samordning, for at kommunen skal sikre seg at de administrative og politiske mål blir nådd. For eksempel må soneleder rapportere antall brukere som er registrert mottakere av tjenester til enhver tid, og hvordan budsjettet forveltes i virksomheten. Det palliative teamet har blant annet rapportert de siste årene en tydelig økning av antall pasienter som følges opp, noe som møter målene i helse og omsorgsplanen i kommunen. Det er likevel den horisontale samordningen som mest typisk i denne virksomheten, med mindre formaliserte og mer fleksible oppgaver.

#### Har strukturen i arbeidsgruppene blitt påvirket av samhandlingsreformen?

Tilfellet i vår case med eksempler fra nabokommunene Nesodden og Frogn er eksempler på organisering som har gått fra en høy strukturingsgrad til en organisasjon med større fleksibilitet i adferdssystemet (kapittel 4.1). I følge Busch, Johnsen og Vanebo (2007) vil dette medføre at organisasjonen har en større evne til tilpasning enn tidligere. I følge de nasjonale retningslinjene fra helsedirektoratet skal hjemmetjenesten nå organisere palliasjon der hjemmebasert omsorg skal i all hovedsak ligge hos den kommunale omsorg- og pleietjenesten (hjemmesykepleien) og fastlege, samt at det åpnes for særskilte ordninger. I denne formuleringen ligger det at det er opptil hver kommune å finne sin best egnende palliative løsning. Det som tidligere var en organisasjon med tydelig struktur og hierarkisk administrasjon, har nå blitt en organisasjon som forventes å være fleksibel og løsningsorientert. Denne omstruktureringen utfordrer hjemmetjenesten på både positive og negative måter. Det positive er at «veien blir til mens man går den», det vil si at tjenestene kan formes etter hvert som ulike pasienter og deres behov blir aktuelle. Her kan stillinger omformes og tilpasses ulike behov og forventninger. Røvik (1998) har presentert ulike måter denne prosessen foregår på (Kapittel 4.10). Den ene er adoptering, der den nye endringen eller oppskriften glir inn i den eksisterende organisasjonsstrukturen. Dette er noe vi ser er typisk i vår case med palliasjon, der denne nye oppgaven er i tråd med hjemmesykepleiens allerede eksisterende verdier. Palliasjon er «tuftet på» grunnverdier innen sykepleie, med helhetlig omsorg, pleie og eksistensiell egenverdi. En annen reaksjon som Røvik har beskrevet om organisasjonsoppskrift, er frastøting. Dette har ikke vært tilfelle så langt, men om kravene om egne behandlingsregimer

og individuelle tilpasninger blir for store, kan likevel frastøting skje. Dette kan skje hvis palliasjonsbehandlingen blir så krevende, at det reduseres hjemmetjenestens effektivitet eller legitimitet. For selv om palliative pasient krever tett oppfølging og ressurser, finnes det også mange andre pasientgrupper som krever tid og ressurser. Den tredje situasjonen som kan oppstå, er frikobling. Dette ser vi tydelig i den palliative omsorgen, siden den uformelle strukturen i tjenesten er kjernen i handlingene som utføres. Allikevel er det hjemmesykepleiens formelle struktur som er utad til interessentene og omgivelsene for øvrig.

Tror du din bedrift er bedre egnet til å takle nye utfordringer etter å ha gjennomgått en strukturendring?

Busch et al har beskrevet organisasjoners endringsevne, og vi tar utgangspunkt i denne beskrivelsen, når vi skal analysere hjemmesykepleiens strukturendringer. For det første skal vi se på evnen til å justere kontraktene (kapittel 4.12). Når det gjelder arbeidskontrakter som regulerer arbeidsforhold og myndighet i organisasjonen, er disse relativt rigide. Selv om ansvarsfordelingen stadig endrer seg, er likevel myndigheten lite i endring. Kommunalsjef er øverste leder, deretter virksomhetsleder, og til slutt mellomlederne/sonelederne. Men som et resultat av større fagfelt og flere oppgaver, kan også delegering av myndighet bli et resultat av organisasjonens endringer. Når det gjelder evnen til å justere koalisjonssammensetningen, vil vi med palliativ omsorg som et nytt fokusområde se en mulighet for ekspansjon – en økning i antall interessenter. Et eksempel på dette, er de nye nettverkene som knyttes mellom primærhelsetjenesten og spesialister ved helseforetaket. Andre interessenter i forbindelse med palliativ omsorg er kreftforening og andre frivillige organisasjoner som er tett knyttet til palliasjon. Det finnes mange eksempler på koalisjonssammensetninger som kan justere ved endring av hjemmesykepleien. Organisasjonen kan endre og tilpasse kontrakter og koalisjonspartnere gjennom maktbaserte strategier; Den fjerde gruppen av organisasjonsendringer handler mye om transformasjonssystemet, der nye krav fra myndighetene om implementering av nye tjenester via samhandlingsreformen er tydelig for det ytre miljø. Disse tjenestene med ny palliativ omsorg og behandling informeres på kommunens hjemmeside, og har en tydelig profil ute blant brukerne og deres pårørende. Nyere behandlingsmåter og prosedyrer er faktorer som organisasjonen er nødt til å tilpasse seg og implementere. Et eksempel på dette, er å kunne gi cellegift hjemme hos pasienter, og på den måten unngå unødvendige sykehusbesøk for pasientene. Den stadige utviklingen av krav slik som nevnt overfor fører til at organisasjonen er nødt til å være fleksibel og har valgt den «tidsriktige» måten å organisere seg på (Røvik (1998)) (kapittel 4.12).

## **6.7 P2, F2: Var virksomheten forberedt på å takle reorganiseringen, og hvordan påvirker dette andre instanser tilknyttet hjemmetjenesten, i forhold til formalisering og opplevd ansvarsnivået?**

Organisasjonens prosess med å møte de nye kravene til palliativ omsorg i kommunen, kan forklares ut ifra den institusjonelle isomorfisme (Powell og Dimaggio, (1991)) (kapittel 4.10). De tydelig nasjonale føringene i forbindelse med samhandlingsreformen, tolkes som en regulativ mekanisme fra de institusjonelle pilarer. Reformen var en form for «tvangsmessig spredning» der kommunene ble nødt til å følge nye strukturer. Slik spredning er nødt til å bli implementert hvis organisasjonen ønsker å bevare sin legale legitimitet og følgelig kunne fortsette driften av organisasjonen. Den legale legitimiteten er knyttet til den kognitive pilaren, tvangsmessig spredning og regelbasert tilknytning. Helse- og omsorgsdepartementet har hatt oppgaven med å styre og koordinere arbeidet med å gjennomføre samhandlingsreformen. I tillegg er det etablert en nasjonal koordineringsgruppe for samhandlingsreformen og et nasjonalt nettverk for å gjennomføre og overvåke av reformen.

Samhandling mellom kommuner og helseforetak fremmes ved bestemmelser om lovpålagte samarbeidsavtaler, kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter. Dette er et klassisk eksempel på tvangsmessig spredning.

Palliasjon i kommunehelsetjenesten er et behandlingstilbud som ikke har blitt utviklet i stor grad tidligere. Det meste av lignende tilbud har vært ambulerende tema fra sykehusene, og organisert fra helseforetakene. Av den grunn, har ikke kommunene hatt en kultur for å drive palliasjon på dette nivået tidligere. Selv om mottoet «Rett behandling, på rett sted, til rett tid» har vært et mantra for samhandlingsreformen, har konkrete gode tiltak vært usikre. Noe vage retningslinjer og tilgjengelige nettsider kom raskt ved oppstart samhandlingsreformen, men ellers lite konkrete faglige anbefalinger. Det som konkret ble gjort, var å øke antall ansatte til blant annet hjemmetjenesten. I Nesodden søkte de om prosjektmidler for å ansette egen onkolog. Dette fikk de godkjent, og stillingen ble etter kort tid økt til 50%. I Frogn fikk de ekstra midler for å drive interne kurs innen palliasjon, både for hjemmesykepleien og for fastleger. I følge Luthans, Yodgetts og Rosenkranz (1988) bruker mellomledere mye tid på nettopp å motivere, disiplinere og lære opp støttestaben (kapittel 4.12). Deres legitimitet blant støttestaben er svært avgjørende for om endringsstrukturer lar seg realisere i praksis. Denne oppgaven ble også gjort i begge våre case-kommuner, da både kommunalsjefer og soneledere aktivt veiledet og motiverte sine ansatte i forkant av oppstart av samhandlingsreformen.

For å utnytte kapasiteten til den enkelte arbeider i hjemmetjenesten, er det hensiktsmessig å utvide spektret av oppgaver arbeideren har ansvar for. En annen effekt denne ansvarsutvidelsen har er at det vil gjøre både individ og grupper mer tilpasningsdyktige til endring og dermed styrke organisasjonens problemløsningsevne. Videre har det en positiv effekt for

kommunikasjon mellom arbeiderne, da de har større innsikt i hverandres arbeidsoppgaver. Mintzberg (1983) tar så opp en ulempe med denne endringen, ved at en større bredde i arbeidet kan føre til en reduksjon i spisskompetanse på individnivå. Konklusjonen blir dermed at graden av spesialisering kan ha både positiv og negativ innvirkning på organisasjonsendring etter hvilken endring det er snakk om (kapittel 4.13).

Har forholdet til andre instanser som er tilknyttet hjemmetjenesten blitt påvirket av samhandlingsreformen?

Det har vært en økt kontakt med sykehus grunnet samhandlingsreformen, gjennom at mange pasienter har hyppige sykehusbesøk og kommunen har et økt krav til behandling. Det betyr at pasientene kommer raskere ut fra sykehus og inn under kommunens ansvar. Denne økte kontakten har noen svakheter i forhold til kommunikasjon og informasjon. Et generelt trekk er at sykehusene baserer seg på hjemmesykepleien til å fremskaffe informasjon, selv om sykehuset har informasjonen tilgjengelig i sine egne system, noe som fører til unødvendig tidsbruk for hjemmesykepleien og en ytterligere belastning på et allerede tidsmessig presset system. De nye kravene om at pasienter skal raskere ut til kommunen fører også til en del utfordringer knyttet til logistikk, mange ganger skal pasientene til eget hjem som kommunen har ansvar for å tilrettelegge. Med kort varsel for at en pasient skal hjem, vil det kunne være utfordrende å få en vurdering fra fysioterapeut og ergoterapeut i tillegg til at vaktmestre for eksempel skal kjøre ut tilpassede senger eller tilsvarende. Videre kan det være behov for å hente ut nødvendig medisin eller teknisk utstyr knyttet til sykdommen, noe som kan være vanskelig hvis en pasient utskrives etter stengetid for apotek eller hvis det ikke stemmer over ens med arbeidstiden for de som har ansvar for å utføre disse jobbene. På denne måten har det i noen tilfeller blitt et anstrengt forhold mellom hjemmesykepleie og sykehus. Spesielt for Nesodden vil være det at det palliative teamet har myndighet til å regulere medisiner og tilpasse det som for Frogn vil være fastlegens ansvar, dette kan være problematisk hvis det blir spørsmål om hvem som har ansvaret for pasientene.

*«...alle ledd må jo kanskje jobbe på en annen måte enn man gjorde tidligere da, i forhold til at ting skjer mye kjappere nå, det er ganske raskt tempo på når pasientene kommer hjem og hva som skal tilbys der ute i kommunen.»*

Mellomleder, i03 Nesodden.

Når en institusjon som hjemmesykepleien gjennomgår en omorganisering, er dette under stor påvirkningskraft fra eksterne interessenter.

Er det en forskjell i grad av formalisering etter innføringen av samhandlingsreformen?

Samhandlingsreformen har ført til at det blir utført en rekke nye rutiner og prosedyrer knyttet til den palliative omsorgen. Disse prosedyrene og rutineene er ofte spesialiserte oppgaver som

krevet opplæring og klare regler for utførelse, noe som har ført til at det har kommet nye rutiner i tillegg til de som eksisterte fra før. På den måten har det ført til en økning av graden av formaliserte rutiner, graden av formalisering av eksisterende rutiner er allikevel ikke endret. Dette punktet er ikke påvirket av det palliative teamet, selv om et nært samarbeid med et palliativt team gir større handlingskraft totalt sett i pasientomsorgen.

#### Hvordan har ansvarsnivået du opplever blitt påvirket/ikke blitt påvirket?

I forbindelse med samhandlingsreformen har det kommet flere krav til hjemmesykepleien generelt, i form av flere arbeidsoppgaver, rutiner og prosedyrer. Tilbakemeldingene fra informantene antydte at dette ikke har blitt kompensert for i form av økt bemanning eller tildelt tidsbruk hos brukerne. Det har blitt tatt høyde for ved at arbeidstakerne har fått økt kompetanse gjennom undervisning og kurs i hvordan man skal utføre og takle de nye kravene. Med større kompetanse og flere arbeidsoppgaver følger det naturlig et økt ansvar, man står ovenfor et bredere sykdomsspekter på flere stadier av de ulike sykdommene og har ansvaret for å utføre flere oppgaver. På mange måter kan man se dette som at det økte ansvarsnivået har gått på bekostning av den personlige kontakten og individuelle oppfølgingen som tidligere var en mulighet til de ulike brukerne. Dette understrekes av informant i01, spesialsykepleier i Nesodden gjennom utsagnet:

*«...vi har fått dårligere pasienter så det er blitt større ansvar.»*

Ansvar kan vurderes på flere nivå, og ut ifra ulike perspektiv. En sentralisert organisasjon har høy beslutningsevne på de øverste nivåene i organisasjonen, mens desentraliserte organisasjoner har beslutningsmyndighet på lavere nivå i organisasjonen. Hjemmetjenesten er etter samhandlingsreformen på mange måter en desentralisert organisasjon. Her finnes mange stillinger som blir berørt av endringer utad, og disse har mulighet til å tilpasse seg for at endringer kan skje raskt. Med utgangspunkt i palliativ omsorg, er dette en behandlingsform som stadig utvikler rutiner, prosedyrer og interesser. Ifølge Mintzberg (1983) kan det ofte være en vurdering av effektivitet og legitimitet opp mot fleksibilitet, slik at det blir vurderingen av organisasjonens fremtid som blir avgjørende for strukturelle spørsmål før og under en endringsprosess (kapittel 4.13). Spesialiseringen vil kunne føre til en utvikling av høy kompetanse som er tilpasset de oppgavene pasientbehandlingen krever. Det vil likevel være naturlig med en horisontal jobbspesialisering, der oppgavene og kunnskapen utjevnes og fordeles på alle nivå. Dette er en del av New Public Management (NPM) der beslutningsmyndigheten omrokeres og utførelsen av tjenestene skifter primærområder. En av de største utfordringene i denne prosessen, er å sørge for at kvalitet og effektivitet opprettholdes uavhengig av institusjon.



Hvordan ansvaret har påvirket arbeidsdagen og pasientkontakten oppsummeres godt på følgende måte:

*«Vi må skjønne at ting, tar tid.»*

Sykepleier i10, Frogn.

## **6.8 P2, F3: Har palliasjonsomsorgen påvirket engasjementet i arbeidsmiljøet, og er palliasjonsoppgavene like kjent i alle nivå i virksomheten?**

### Opplever du et stort engasjement knyttet til kreftomsorgen/palliasjon?

Mange medarbeidere i hjemmesykepleien er interesserte og engasjerte i palliative pasienter! Det foreligger også et forventningspress fra det ytre miljø om å prestere. Dette viser at man også finner tegn til den normative dimensjonen i organisasjonen. Den normative pilaren tar for seg forpliktelsene den ansatte føler ovenfor institusjonen, gjennom forventningene til arbeidsutførelse, eller oppgaver ut over arbeidsutførelsen. (Powell og Dimaggio (1991)) (kapittel 4.10) Normative press kan forekomme i profesjonelle nettverk som knytter profesjoner sammen på tvers av organisasjoner og selskaper. Deltakere i slike nettverk kan ta med seg ideer fra nettverksmøter, og legge press på sin egen organisasjon, for å integrere dem i egne strategier (Powell og Dimaggio (1991)). Dette ser vi eksempler på i våre kommuner, da begge kommuner har en kreftkoordinator, som deltar i kreftkoordinatornettverk. Her treffer de ulike profesjoner fra sykehus, og fra ulike kommuner. I tillegg kommer også interesseorganisasjoner, som prøver å påvirke debatten i slike nettverksplattformer.

### Er palliasjon like kjent i alle nivå i virksomheten? – hvis nei: hvilke nivå vet minst/mest?

Palliativ behandling har alltid på et eller annet nivå eksistert i kommunehelsetjenesten, men ikke som en egen fokusgruppe. Det var først etter oppstart av samhandlingsreformen, at palliative pasienter skulle overføres fra helseforetak til kommune. I den første del av denne prosessen, var det nasjonale føringer som ble introdusert til toppledelsen i kommune (rådmann, kommunalsjef helse, og etter hvert virksomhetsledere). Etter hvert har både kunnskap og oversikt flyttet posisjon fra toppledelse, til mellomledere og støttestab. Henry Mintzberg beskriver valg mellom ulike koordineringsmekanismer langs en skala der man går fra en enkel og oversiktlig situasjon til en stadig mer kompleks og uoversiktlig situasjon. Etter hvert som kompleksiteten øker i organisasjonen, vil organisasjonen anvende flere og ulike koordineringsmekanismer, og strukturen vil dermed bli mer kompleks. Vi vil her se en svakere sentralisering, det vil si at beslutningsmyndighet flyttes ned fra hierarkiet, fra ledernivåene. Med denne omorganiseringen, vil vi kunne møte ulike maktposisjoner som endrer seg i takt med strukturendring. Fordelen er at man får utnyttet kunnskap og erfaring underordnede har om lokale forhold, fremmer fleksibilitet og rask tilpasning, motiverer ansatte på grunn av ansvarsfølelsen, lar ansatte jobbe kreativt. Støttestaben, representert med pleierstaben, vil nå oppleve kompetanseheving og økt etterspørsel etter deres tjenester. I følge Mintzberg (1983), vil dette kunne føre til et forpliktende samspill, der pleierstaben får en sentral posisjon (kapittel 4.13). Mange av pleierne vil etter hvert få erfaring med koordinering og behandling av palliative pasienter, og hvordan disse utfordringene løses. Toppledelsen i kommunen vil ha vansker med å gjøre strategiske og gode valg for virksomheten, uten å få detaljert kunnskap og informasjon

fra støttestaben. Dette kan også få innflytelse på avgjørelsene om budsjettforhandlinger og personalfordeling i helsetjenesten i kommunen.

Denne organisasjonsformen kjennetegnes ved profesjonalisering (Det profesjonelle byråkratiet), og at de ansatte i den operative kjernen er tildelt mye beslutningsmyndighet og handlefrihet i det daglige arbeidet. Beslutningsmyndigheten kan desentraliseres fordi den operative kjernen består av profesjonelle som gjennom utdanningen. Altså er det profesjonelle byråkratiet desentralisert. Siden strukturen er desentralisert og spesialisert fremstår det profesjonelle byråkratiet som horisontalt kompleks. Fordelen er at dette sikrer et faglig godt arbeid, har en raskere problemløsning og saksbehandling. Ulempen er muligheter for rivalisering og konflikter. I vår case i hjemmesykepleien er det en utviklende profesjonalisering rettet mot blant annet palliativ behandling. Det blir færre hjelpepleiere og fagpleiere, og flere sykepleiere med spesialistutdanning.

Men vi vil også kunne se tendenser til en innovativ organisasjon der den organiske strukturen legger til rette for kreativitet og innovasjon. Mintzberg (1983) beskrev denne organisasjonsformen som «ad hoc-kрати». I vår case vil det si at mange løsninger og behandlingsmetoder etableres underveis, og er et resultat av det ikke finnes tidligere prosedyrer eller rutiner for palliativt arbeid i kommunene. For eksempel finnes det mange slanger og kateter som pasientene trenger, og som har faste prosedyrer på et sykehus. Når hjemmesykepleien skal benytte samme utstyr hjemme hos den palliative pasienten, må man være kreativ og lage egne prosedyrer. Fordelen er at hjemmesykepleien nyter fleksibilitet, god koordinering og god utnyttelse av de ansattes kompetanse. Ulempen kan være uklare autoritetsforhold.

#### Har du lagt merke til noen endring i form av belønninger?

Informantene har en positiv opplevelse av det økte ansvaret som samhandlingsreformen har ført til, og ser frem til fremtidige utfordringer og endringer i jobbhverdagen. Allikevel poengteres det at de nye arbeidsoppgavene har påvirket den individuelle kontakten som er en del av pleien til den enkelte bruker, og at tidsbruk hos den enkelte kanskje bør vektlegges i fremtiden. Belønningene som har kommet grunnet samhandlingsreformen er nært knyttet til palliasjon og kontakt med pasientene i det siste stadiet av sykdommen, på slik måte er tidsbruk hos den enkelte en stor del av hjemmesykepleiens arbeidsoppgave, selv om den mange ganger kan være vanskelig målbar. Det tas fremdeles frem at belønningene som har kommet fra samhandlingsreformen er delvis grunnet positive tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, og delvis gjennom den økte kompetansen. Sistnevnte gjør de ansatte til attraktive arbeidstakere hos flere aktører enn tidligere, i tillegg til at selvfølelsen og selvtilliten i jobben er styrket. De fleste arbeidstakerne ser på disse belønningene som veldig god, da de ønsker å hjelpe mennesker, kanskje mer enn de ønsker enn lønnsøkning.

*«...Og enda bedre tid, litt sånn ressurser. Bemanning! Jeg kan ikke være og stelle ti pasienter samtidig som jeg skal ta meg av terminale pasienter hvor det skjer ting, det skjer uventede ting.»*

Sykepleier i10, Frogn.

## **7 DISKUSJON OG IMPLIKASJONER AV FUNN**

Formålet med oppgaven har vært å undersøke hvordan samhandlingsreformen har påvirket hjemmetjenesten siden palliativ omsorg ble etablert, fra 2012 til 2015. Oppgaven tok utgangspunkt i prosessen i organisasjonsendringer, og hvilke reaksjoner som har blitt skapt blant medarbeiderne. Studiet ble lagt opp som en komparativt induktiv casestudie, basert på kvalitative intervju med hjemmesykepleiere fra Nesodden og Frogn kommune. Ambisjonen med oppgaven var å analysere intervjumaterialet i lys av nyinstitusjonell teori, med rammene av den kognitive, den normative og den regulative pilaren. Gjennom det komparative designet var formålet videre å undersøke om våre problemstillinger kunne belyse ulike perspektiver av endringer som oppstår, når spesialiserte tjenester i samhandlingsreformen blir implementert i hjemmetjenesten. I dette avsluttende kapittel diskuterer vi til slutt muligheter for videre forskning.

## **8 FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING**

### **Konklusjon og oppsummering**

Samhandlingsreformen og palliative tjenester er kommet til kommunene for å bli. Selv om kommunene har frihet til å velge egne løsninger, tror vi det etter hvert vil lønne seg å lære fra hverandres erfaringer og etter hvert finne bærekraftige løsninger. For å kunne konkludere av våre funn, vil vi fokusere på følgende funn:

Kompetansesatsing er en essensiell nøkkel for å skape kvalitet og trygghet i de helsefaglige utfordringene kommunene står ovenfor. Selv om kommunen enten organiseres som små spesialistgrupper, eller arbeider i større udifferensierte grupper, må man kontinuerlig faglig oppdatering og sørge for stabil rekruttering for å oppnå en bærekraftig organisasjon.

Informantene i begge kommuner fokuserer dessuten på behovet for kompetent og tilstedeværende ledelse, både som mellomleder og toppledelse. Dyktige ledere må sørge for god dialog mellom de ulike samarbeidspartnerne i kommunen, og sørge for at all informasjon fra helseforetakene og avgjørelser på ledelsesnivå, blir uttrykt og forklart til alle som deltar i prosessen. Selv om mange oppgaver er selvstendige og fremmer autonomi, er behovet for god informasjon og koordinasjon stort, og det må være en jevn og tydelig tilbakemelding til kommuneadministrasjon og politikere om behovet for ressurstilførsel.

Til slutt ser man et markant behov for tekniske løsninger og innovasjon for å holde tritt med kravene om effektivitet, kvalitetskontroll og samhandlingsaktivitet.

Alle disse funnene er gjeldende for begge kommuner i vår case, selv om Nesodden med sitt palliative team har større mulighet til å opptre selvstendig og samlet i sine tjenester og kommunikasjon.

### **VIDERE FORSKNING**

Vi har også sett et stort behov for bedring av informasjonsflyt, både internt og eksternt. Videre forskning kunne vært aktuelt for å belyse hvilke informasjonskanaler som eksisterer i dag innen palliativ omsorg, og hvordan man kunne fått en mer direkte dialogkanal. Ved at medarbeiderne i hjemmetjenesten i større grad på egen hånd kan kommunisere med sykehusspesialister, unngår man mange unødvendige ledd som både påvirker effektivitet og tid. Vi tror at videre forskning innen dette feltet kan vise at det finnes stort potensial for forbedring.

Et annet aspekt er potensialet med effektiv oppgavefordeling og oppgaveforskyvning internt i hjemmetjenesten. Vi har observert at pleie og omsorgsoppgavene er til dels veldig ulike mellom for eksempel sykepleier og hjelpepleier, og dette har også flere informanter stilt spørsmål til. Videre forskning kunne belyst en mulig ressursbesparing, ved at flere profesjoner deler på

samme oppgaver, i den grad kompetansen tillater det. Her kunne man også sett på frivilliges innsatsmuligheter i større grad enn det som praktiseres pr i dag.

I vår studie brukte vi kun to kommuner for sammenligning i en kvalitativ studie. Om to år har samhandlingsreformen pågått i over fem år, og det vil da kunne være spennende å følge opp vår pilotstudie med en større kvantitativ studie. Vi ville da anbefalt å benytte spørreskjemaer i stor utstrekning, og utvidet analysen til å inkludere alle kommuner i landet. Det ville da vært interessant å sett om ulike kommunesammensetninger påvirker den palliative behandlingen. Vi kunne sett på forhold som; avstand fra hjem til sykehus, stor versus liten kommune, kommuner i nordlige fylker versus kommuner i sørlige fylker. Vi ville da i større grad kunne fått svar på våre hypoteser om konsekvenser, ved implementering av palliativ omsorg fra sykehus til kommune.

Vi ser at det finnes mange spennende aspekter rundt organiseringen av den palliative omsorgen i kommunene, som bør evalueres og videreutvikles i tiden fremover.

## Referanser

Abrahamson, E., (1996). Technical and aesthetic fashion. I Czarnaiawska og Sevon 1998 (eds.), *Translating Organizational Change*. Berlin: Walter de Gruyter.

Becker, W.S., Wellins R.S., (1990). Effective empowerment in organizations. *Training and Development Journal* 44

Blaikie, N., (2000). *Designing Social Research. The Logic of Anticipation*. Cambridge: polity Press.

Bolman, L.G., Deal, T.E., (2009). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse, strukturer, sosiale relasjoner, politikk og symboler*, Gyldendal akademisk

Bovey, W., Hede, A., (2001). Resistance to organizational change; the role of cognitive and affective processes. *Leadership and Organization Development Journal*. Vol 22, No 8.

Brunsson, N. Olsen, J. P. (1990). *Kan organisationsformer velges?* I Brunsson, N. og Olsen, J. P. (1990). *Makten att reformera*. Stockholm: Carlssons Bokförlag

Brunsson, N., (1989). *The Organization of Hypocrisy*. John Wiley and Sons.

Burkhardt, M.E., Brass, D.J., *Changing Patterns or Patterns of Change: The Effects of a Change in Technology on Social Network Structure and Power*. *Administrative Science Quarterly*. Vol. 35, No. 1

Buono, A.F., Kerber, K.B., (2010). *Intervention and organizational change; building organizational change capacity*. EBS Review.

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

Campbell, John. L., (2004). *Institutional Change and Globalization*. Princeton: Princeton University Press

Clegg, S. (1990). *Modern organisations: Organisation studies in the postmodern world*. London: Sage.

Coghlan, D., Rasford, N.S., (1990). *Uncovering and dealing with organizational distortions*. *Journal of Managerial Psychology*. Vol 5. No 3.



Choi, Y., Mai-Dalton, R.R. (1998). On the leadership function to self-sacrifice leadership; an empirical test. *Leadership Quarterly*. Vol 10.

Davies, E., Higginson, I. (2004) red. *Palliative care: the solid facts*. København: WHO

DiMaggio, P. J., Powell, W.W., (1983). "The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields," *American Sociological Review* 48:147-170.

Dehlin, E., Busch, T., Vanebo, J.E., (2010). *Organisasjon og organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.

Denzin, N.K., Lincoln, Y.S., (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. London: Thousands Oaks, Ca: SAGE.

Fermann, T., Næss, G. (2008). *Eldreomsorg i hjemmesykepleien*. I: Kirkevold M, K Brodtkorb K, A Høyen Ranhoff A, red. *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske, s. 196-218.

Gabrielsen, H.C., (1998). *Etisk regnskap - fra teori til praksis*. Et studie av adoptering og handtering av Etisk regnskap på bransje og egenskapsnivå. Universitetet i Tromsø.

Galtung, H., Kjerstad, E., Kristiansen, F., (2002). *Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. SNF-rapport 57/01. Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning.

Hagen, T. P. og Sørensen, R. (2006): *Kommunal organisering*, 6. utg. Oslo. Universitetsforlaget.

Haugen, D.F., Jordhøy, M.S., Engstrand, P., Hessling, S.E., Garåsen, H., (2006). *Organisering av palliasjon i og utenfor sykehus* *Tidsskrift Norsk Legeforening* 2006; 126:329-32

Haugen, D.F., Jordhøy, M.S., Hjermestad, M.J. (2011). *Organisering av palliative tilbud I*: Kaasa, S. red. *Palliasjon*. Nordisk lærebok. Oslo, Gyldendal Akademisk, s. 197-211.

Hirsch, P.M., (1997). *Sociology Without Social Structure: Neoinstitutional Theory Meets Brave New World*. *American Journal of Sociology*. 102.

Herzberg, F., (1966). *Work and the nature of man*. Cleveland, O.H, Holland

Hoffman, A.J. (1999). *Institutional Evolution and Change: Environmentalism and the US Chemical Industry*. *The Academy of Management Journal*. 42

Jaffee, D., (2001). *Organization Theory; Tension and Change*. New York: McGraw-Hill.

Jacobsen, D. I., (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Høyskoleforlaget.

- Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2007): Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og ledelse. 3.utgåve. Bergen: Fagbokforlaget. S.120.
- Kitchen,P.J., Finbarr Daly, (2002) "Internal communication during change management", Corporate Communications: An International Journal
- Kjøde, A., (2004). Ledere og endringsprosesser. Magma
- Kvale, S., Brinkman, S., (2009). Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvåle, G., Wæraas, A., (2006). Organisasjon og identitet. Oslo: Det norske samlaget.
- Kyle, N., (1993). Staying with the flow of change. Journal of Quality and Participation. Vol 16. No 4.
- Latour, B., (1986/1998). Forbindelsens makt. Artefaktens återkomst; et møte mellom organisasjonsteori och tingenes filosofi. Stockholm. Nerenius och Santerus Forlag.
- Lerdal, A., (2009). Metodekapitlet; Sykepleien Forskning
- Madsen, K. B., (1975). Motivation, trivsel og arbejde. København Branner og Korch
- Mintzberg, H., (1983). Power in and around organizations. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Orvik, A., (2004). Organisatorisk kompetanse- i sykepleie og helsefaglig samarbeid. Cappelen Akademiske forlag.
- Rashid, Md., Z. A., et al, (2004). The influence of organizational culture on attitudes toward organizational change. The Leadership and Organizational Journal. Vol 25, No 2.
- Ringens, S. (1987). The possibility of politics: a study in the political economy of the welfare state. Oxford: Clarendon press.
- Rubin, H. J., Rubin, I., (2005). Qualitative Interviewing: The art of hearing data. Sage Publications.
- Røvik, K.A., (1998). Moderne organisasjoner. Bergen; Fagbokforlaget
- Rueschemeyer, D., (1977). Structural Differentiation, Efficiency and Power. American Journal of Sociology 83
- Schein, E. H., (1992). Organizational culture and leadership. 2. utg. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Scott, W.R. (1995). Institutions and organizations. Foundations for Organizational Science. Sage Publications Inc. London

Scott, W.R., (2001). *Institutions and Organizations*. 2. utg. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Shah, S.K., Corley K.G., (2006). Building better theory by bridging the qualitative-quantitative divide. *Journal of Management Studies*. 43

Selznick, P. (1957), *Leadership in Administration. A Sociological Interpretation* [1984]. Berkley: University of California Press.

Selznick, P., (1948). Foundations of the theory and organization. *American Sociological Review*.13.

Stangeland, K.T., (2008). *Endringsledelse. Human Management*.

Thomas, J.R., Nelson, J.K., (2001). *Research methods in physical activity*. Champaign, IL: Human Kinetics

Weber, M., (1947). *The theory of social and economic organization*, I: A.H. Henderson og T. Parsons, Free Press. Glencoe, III.

Zucker, L.G., (1987). *Institutional Theories of Organizations*. *Annual Review of Sociology*.

## **Nettsteder**

<https://www.frogn.kommune.no/kommunen/plan-ogstyringsdokumenter/Kommuneplan/navarende-kommuneplan/Kommuneplanens-samfunnsdel/>

<https://www.nesodden.kommune.no/Handlers/fh.ashx?MId1=14112&FilId=2558>

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (28.06.2013)

The World Health Report (2006). *Working together for health*. Lokalisert på: <http://www.who.int/whr/2006/en/>

## **Rapporter, forskrifter, meldinger**

Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: World health Organization, 1990 (WHO Technical Report Series, No. 804)

Helse- og omsorgsdepartementet, St.melding 47(2008-2009) Lokalisert på:  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Helsedirektoratet (2013). Palliasjon i kreftomsorgen. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Type: Nasjonale faglige retningslinjer; IS-nummer: IS-2101. Lokalisert på: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen>

Helse- og omsorgsdepartementet. (1983). Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste. Lokalisert på: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1983-11-23-1779>

L24.06.2011 nr.30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)

Standard for palliasjon. Oslo: Norsk forening for palliativ medisin, Den norske lægeforening, 2004. [www.legeforeningen.no/asset/24404/2/24404\\_2.pdf](http://www.legeforeningen.no/asset/24404/2/24404_2.pdf) (22.8.2005).

### **Upublisert kilde**

Sharon, D., (2008). Foredrag på SAS kommunikasjonskonferanse på vegne av selskapet Burson-Marsteller. Lokalisert på:  
<http://www.bi.edu/PageFiles/139283/Kommunikasjon%20i%20endringsprosesser%20En%20studie%20av%20en%20endringsprosess%20i%20SAS.pdf>

## Vedlegg 1, Invitasjon til deltagelse i studiet.

### INVITASJON TIL DELTAGELSE I STUDIET:

#### «Hjemmesykepleiens erfaring med omorganisering av palliativ pleie»

Dette er en invitasjon til deg som arbeider i hjemmesykepleien og har erfaring med å arbeide med palliative pasienter.

Vi er to masterstudenter ved Høyskolen i Nord-Trøndelag/Høyskolen i Sør-Trøndelag/Copenhagen Business School og vi har som mål å skrive masteroppgave om hvordan hjemmesykepleien håndterer palliative pasienter, og hvordan denne oppgaven er organisert i kommunen. Formålet med oppgaven er å utvikle kunnskap om hjemmesykepleiens organisering av palliative pasienter, og hvilke erfaring man har gjort siden samhandlingsreformens inntog.

Hvis du ønsker å delta, vil den ene av oss (Nils Kjenstad) intervju deg. Intervjuet vil fortrinnsvis foregå ved kontoret for hjemmesykepleien. Vi ønsker å intervju 7 medarbeidere fra kommunen, samt 7 medarbeidere i hjemmesykepleien i nabokommunen. Ved hvert intervju vil det bli brukt lydopptak.

Informasjonen om deg blir behandlet konfidensielt. Det er kun den ene av oss, masterstudent Nils Kjenstad, som har tilgang til kopling mellom navn og datautskrift, som oppbevares adskilt i låsbare skap. Prosjektet skal etter planen være ferdig april 2015. Datamaterialet vil bli slettet etter at masteroppgaven er bestått.

Det er frivillig å delta i studiet og det får ikke negative konsekvenser for deg om du ikke ønsker å delta eller velger å trekke deg underveis. Du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn. Dersom du trekker deg vil alle opplysninger om deg bli slettet. Vedlagt dette informasjonsskrivet finner du også et skjema for informert samtykke. Det informerte samtykket må være signert for at jeg kan gjennomføre intervjuet med deg. Du kan ta det med det informerte samtykket på intervjuet.

Dersom du ønsker å delta i studiet vil vi at du tar kontakt med oss på telefon eller mail. Som masterstudent har vi et tidsskjema å forholde oss til, så vi ønsker at du svarer innen 20.01.15.

Vi håper på et positivt svar fra deg!

Mvh

Roar Johansen og Nils Kjenstad

## KONTAKTINFORMASJON

### Masterstudenter:

Roar Johansen

Email: [Johansen.roar71@gmail.com](mailto:Johansen.roar71@gmail.com)

Mobil. 40021961

Nils Kjenstad

Email: [Nilsmakj@gmail.com](mailto:Nilsmakj@gmail.com)

Mobil: 48367942

### Veileder

Ove Gustavson

Email: [ove.gustafsson@hist.no](mailto:ove.gustafsson@hist.no)

## INFORMERT SAMTYKKE

Informert samtykke til studien:

### «Hjemmesykepleiens erfaring med omorganisering av palliativ pleie»

Hensikten med studiet er å undersøke hvordan hjemmesykepleien beskriver og opplever omorganisering av den palliativ pleien i kommunen.

Forsknings-studiet er en masteroppgave ved Høgskolen i Nord-Trøndelag/Høgskolen i Sør-Trøndelag og Copenhagen Business School (HINT/HIST/CBS). Veileder er Ove Gustavsen.

Dersom du ønsker å delta i studiet, vil vi gjøre et individuelt intervju med deg som tas opp på lydbånd. Under intervjuet vil jeg spørre hvordan du som hjemmesykepleier opplever organiseringen av palliativ omsorg i kommunen. Vi vil spørre om hvordan samhandlingsreformen har påvirket din arbeidshverdag, og måten arbeidsoppgavene fordeles og utføres. Vi ønsker å vite hvordan du som sykepleier/medarbeider opplever arbeidet med palliative pasienter, og din erfaring hvordan dette påvirker behovet for kompetanse, arbeidsmiljø og kollegaer.

Informasjon om deg som deltaker vil bli anonymisert. Det vil ikke bli mulig å kunne identifisere deg i publikasjonen av studiet. Lyddopptak vil bli slettet når masteroppgaven er bestått. Det er kun den ene av oss (Nils Kjenstad) som har tilgang til ditt navn.

Som deltaker i studiet kan du bidra med erfaringer og kunnskap knyttet til palliasjon blir tilgjengelig for flere og det kan komme både pasienten og hjemmesykepleien til gode.

Hvis du har behov for å snakke med oss i etterkant av intervjuet er du velkommen til å ta kontakt med oss på telefon eller mail. Kontaktinformasjon finner du vedlagt informasjonsskriv om studien.

Det er frivillig å delta på studiet. Du kan når som helst trekke ditt samtykke i studiet, uten å forklare årsak til dette. Dersom du ønsker å delta i studiet, undertegner du samtykkeerklæringen nedenfor.

Jeg er villig til å delta på studiet

.....  
Dato, Signatur deltaker

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studiet

.....  
Dato, Signatur forskere

### Vedlegg 3, intervjuguide

Intro:

All informasjon behandles konfidensielt, ingen navn eller kjennetegn skal føres til skjemaet

Ingen individuelle funn/opplysninger i intervjuet skal diskuteres med ledelsen i virksomheten

Temaet er

1. *ENDRINGER AV ORGANISERING OG UTFØRELSE AV OPPGAVER I DIN VIRKSOMHET.*
2. *NYE OPPGAVER I FORHOLD TIL KREFTPASIENTER OG PALLIASJON.*

<b>Sted:</b> <b>Tidspunkt(start/slutt)</b> <b>Hvem intervjues:</b> <b>Respondentens rolle i organisasjonen:</b> <b>Intervjuer:</b> <b>Annet:</b>			
<b>Forskningsspørsmål 1</b>			
<b>Spørsmål</b>	<b>Anmerkninger/observasjoner i tillegg til båndopptak</b>	<b>Skala fra 0 til 5, Der 0 er ingenting/negativt/dårlig, og 5 er mye/positivt/bra</b>	<b>Relevant teori</b>
Hvor mye vet du om samhandlingsreformen og kreftomsorg i kommunen?			
Hva syns du om at mye av kreftomsorgen nå er overført til hjemmesykepleien			



Hva slags konsekvenser har den nye kreftomsorgen medført for deg/din arbeidshverdag?			
Hvordan opplevde du strukturendringen i arbeidsoppgavene, i et tidsperspektiv			
Hvordan opplever du endringsviljen blant dine kolleger i virksomheten?			
Har ditt forhold til formaliserte rutiner blitt påvirket av samhandlingsreformen? Hvordan?			
Hvordan oppleves innføringen av nye rutiner blant de ansatte? Sammenlignet med gamle rutiner.			
Hva tror du dine kollegaer mener om endringene samhandlingsreformen har ført til?			
Hva skal ifølge deg til for at kreftomsorgen/palliasjonen kan forbedres i virksomheten/kommunen?			
Hvilke fordeler og ulemper ser du ved at mye av kreftomsorgen			

nå skjer via et palliativt team			
Merker du en forskjell i de ansattes holdning til endringer? Hvordan? Nytte/ulempe?			
Hvordan tror du motivasjonen for nye organisasjonsendringer er bland dine kollegaer? (organisasjonsendring på samme nivå som samhandlingsreformen)			
Hvordan har ledelsen taklet prosessen med å få implementert kreftomsorg/palliasjon i din virksomhet?			
Hvordan takler ledelsen i virksomheten den nye måten å fordele arbeidsoppgavene på?			
Er det andre momenter du ønsker å føre til?			
<b>Forskningsspørsmål 2</b>			
<b>Spørsmål</b>	<b>Anmerkninger/observasjoner i tillegg til båndopptak</b>	<b>Skala fra 0 til 5, Der 0 er ingenting/negativt/dårlig, og 5 er mye/positivt/bra</b>	<b>Relevant teori</b>
Har du merket strukturendringen i din jobbhverdag, og hvordan?			

Var din virksomhet/sone godt forberedt til å takle den nye organiseringen av kreftomsorg?			
<p>Opplever du et stort engasjement knyttet til kreftomsorgen/palliasjon?</p> <p>Oppfølgingsspørsmål: har endringene endret engasjementet</p>			
Er kreftomsorgen/palliasjon like kjent i alle nivå i virksomheten? – hvis nei: hvilke nivå vet minst/mest?			
Har forholdet til andre instanser som er tilknyttet hjemmetjenesten blitt påvirket av samhandlingsreformen?			
Hvordan har din arbeidsgruppe taklet de nye utfordringene sammenlignet med andre grupper som er påvirket av samhandlingsreformen?			
Er det en forskjell i grad av formalisering etter innføringen av samhandlingsreformen?			

Hvordan har ansvarsnivået du opplever blitt påvirket/ikke blitt påvirket?			
Hvordan vurderer du din egen kompetanse nå, i forhold til før samhandlingsreformen ble innført?			
Har den nye arbeidsendringen ført til endring av måten å utføre jobben på, Ansvar? Frihet? Selvstendighet			
Opplever du en forskjell i forhold til formalisering som følge av samhandlingsreformen?			
Har strukturen i arbeidsgruppene blitt påvirket av samhandlingsreformen?			
Har du lagt merke til noen endring i form av belønninger?			
Tror du din bedrift er bedre egnet til å takle nye utfordringer etter å ha gjennomgått en strukturendring?			
Er det andre momenter du ønsker å føre til?			

## Vedlegg 4, transkribering informant 1 (behandlet)

### Intervju 1

Nesodden,

Spesialsykepleier.

**N: ja. Hvor mye vet du om samhandlingsreformen og kreftomsorg i kommunen, på en skala fra 0 til 5?**

I01: ja, jeg burde vite 5, men jeg vet kanskje 4. Det var det vel slik at det var en del leger fra sykehus som skulle komme tilbake til kommunen og kommunen skulle være mer spesialisert, men vet ikke om det har skjedd

**N: Hva synes du om at mye av kreftomsorgen er overført til hjemmesykepleien?**

I01: jo, jeg synes det er mange som skryter om nesodden, både politikere og pasienter , så jeg synes og tror at vi er ganske heldig

**N: Hva slags konsekvenser har den nye kreftomsorgen medført for deg og din arbeidsdag?**

I01: jeg tror at det er pasienter som bor hjemme som har kreft og som vi skal dit er påmåtesi...man har lagd en plan rundt dem. Man har forberedt det som skal skje og, er det noen forandringer da kan man for få noe hjelp og veiledning

**N: Litt mer planlegging i forkant altså?**

I01: ja for det, vi kommer ikke bort i, i pasienter som plutselig vet ikke hva vi skal gjøre. Det er blitt møtt før vi kommer dit og ting er forberedt og vi får litt oppfølging ja. Så da føler vi oss tryggere

**N: Hvordan opplevde du strukturendringen i arbeidsoppgavene?**

I01: pasientene har fått bedre tilbud, vi føler oss tryggere, og vi har fått en del mer kunnskap

**N: så hvordan hadde dere vært positiv/negativ?**

I01: Det som er kanskje skjedd er at det siden vi har et sånt palliativt team , man tenkte at dette er ikke vår pasient det er palliativt teams pasient. Selv om det var våre pasienter så jeg tror kanskje vi burde ha samarbeidet litt mer. At det er våre brukere og de er der for å hjelpe oss.

**N: det går kanskje litt på holdninger både fra palliativt team og dere da?**

I01: ja, ja det er en kanskje en blanding men det er kanskje mest fra vår side. At vi føler at vi har ikke kompetanse så vi trekker oss altså litt ut

**N: Har ditt forhold til formaliserte rutiner blitt påvirket av samhandlingsformen?**

I01: mmmm, det er ikke så mange skrevne rutiner.

**N: Hva tror du kollegaene dine mener om endringene samhandlingsreformen har ført til?**

I01: det er en del ting som var planlagt, en del ting som ble lovet. Men det er ikke, men det som ble lovet er ikke skjedd.

**N: Hva skal ifølge deg til for at kreftomsorgen og palliasjon forbedres i virksomheten?**

I01: Vi må se på pasientene våre som Våre pasienter. Ofte ting skjer pr telefon, beskjed om medisinformandringer skjer på telefonen. Så kanskje får vi beskjed at vi skal øke morfin eller starte med haldol sprøyte, men da kommer det ikke noe skriftlig før etter to tre fire dager. Hvis man forandrer medisin hvis man må dobbeltsjekke og signere. Men hvis man får en beskjed muntlig kan man ingen dobbeltsjekke.

**N: Hvordan synes du ledelsen har taklet prosessen med å få implementert kreftomsorgen?**

I01: det var ikke så mye støtte fra begynnelsen, jeg tror det er men det er ofte sånn her i kommunen her at, man er nesten imot forandringer

**N: Hvordan syns du, hvordan synes du ledelsen takler nye måten å fordele arbeidsoppgaver på?**

I01: Jeg tror ledelsen... jeg vet ikke hva de tenkte på men jeg kan tro at de så at kreftpasientene var ikke de eneste pasientene. Eller det var noe at de hjelper pasienter med kreft men ikke pasienter med andre sykdommer som er uhelbredelige, som kan være kols og hjertesykdommer og sånn, så har du kreft da kan du få hjelp, har du kols da får du ikke det fordi pengene går til kreft og ikke til de andre. Så på måte det er litt diskriminerende, det er mange pasienter som er lider og kunne ha trengt like mye hjelp. Men det var ganske «inn» akkurat der og da så kanskje ledelsen tenkte at det var litt feilprioritering av ressurser

**N: Synes du dere var godt forberedt på å takle den nye organiseringen av kreftomsorgen?**

I01: ja ok, (pause) jeg vet ikke. Dette har skjedd i flere faser så det har gått litt frem og tilbake. ja, dårlig forberedt kan vi si.

**N: Opplever du stort engasjement knyttet til kreftomsorgen**

I01: Ja. jeg synes det

**N: Har du inntrykk av at kreftomsorgen er like kjent på alle nivåene i virksomheten?**

I01: Kanskje ikke det nei

**N: hvor tror du det blir en forskjell, altså på hvilket nivå i organisasjonen?**

I01: Kanskje litt lengre opp, ja for nå er de store sjefene, vet ikke om de er klar over hva vi gjør her

**N: Har forholdet ditt til andre instanser som er tilknyttet hjemmetjenesten blitt påvirket av samhandlingsreformen?**

I01: Før var pasienter som kom hjem ferdig behandlet så de var ikke så mye informasjon vi trengte, de får nå en diagnose og så skal de behandles hjemme, så da må vi få både informasjon om hva slags behandling de skal ha og hvis det er noe som vi ikke har gjort før da må vi få opplæring. Nå i det siste har det kanskje vært veldig mye jobb på sykehuset og da kommer de kanskje hjem uten medisiner og de tror at vi har et apoteket her i hjemmetjenesten. Det har vi ikke, så har apoteket stengt og du skal ha medisiner så kan vi ikke reise til Oslo for å hente dem. Så det er en del sånne små detaljer, jeg tror de kanskje ikke helt vet hva vi holder på med og hva slags utfordringer vi har. Det har blitt fortalt flere ganger med det skjer gang på gang, at ting ikke har blitt så forberedt som det skulle vært. I noen tilfeller, har vi veldig alvorlige pasienter og det er noen som er veldig engasjert så da går det greit. Så det er litt bedre kommunikasjon nå.

**N: Hvordan synes du arbeidsgruppen du er i har taklet utfordringene som har kommet sammenlignet med andre grupper som har fått nye utfordringer?**

I01: mmm, det vet jeg ikke. Ja kanskje ledelsen var litt redd for at de skulle få så mange pasienter at vi ikke hadde nok ressurser. Noen ganger når det gjelder kreftpasienter som vil dø hjemme er det veldig viktig hvem som er rundt dem hjemme. Så vi kan gjøre vårt, men også familien og pårørende må være med, og nav og sånn.

**N: Hvordan har ansvarsnivået du opplever blitt påvirket**

I01: Jo det har blitt, vi har fått dårligere pasienter så det er blitt større ansvar.

**N: Hvordan vurderer du din egen kompetanse nå i forhold til før denne endringen skjedde?**

I01: mm, den er økt.

**N: Har det ført til en endring om måten å utføre jobben på? Vi har jo nevnt litt om ansvar her at det er mer ansvar men har du større frihet til å kunne utnytte kompetansen din?**

I01: jo det tror jeg, ja

**N: Har du lagt merke til at det har blitt noen endringer i form av belønninger?**

I01: Ikke på grunn av selve reformen.

**N: Tror du organisasjonen er bedre egnet til å takle nye utfordringer etter dere har gjennomgått en endring?**

I01: ja, tror det

**N: Er det noen andre ting om dette du har noen tanker om du har lyst til å ta opp?**

I01: nei.

## Vedlegg 5, transkribering informant 2 (behandlet)

### Intervju 2

Nesodden,

Sykepleier.

**N: Hvor mye vet du om samhandlingsreformen og kreftomsorg i kommunen? På en skala fra 0 til 5.**

I02: samhandlingsreformen ja, 0 til 5 ja. Synes jo at det er rimelig greit da, om jeg ikke vet alt så vet jeg jo i alle fall at den nye reformen, kan si bare 4

**N: Hva med kreftomsorg i kommunen?**

I02: ja.

**N: Hva synes du om at mye av kreftomsorgen er overført til hjemmesykepleien?**

I02: synes jo det er greit, så lenge vi er bemannet for det så er det greit.

**N: Mhm, og du føler at dere er det?**

I02: Ja stort sett.

**N: Hva slags konsekvenser har den nye kreftomsorgen medført for deg og din arbeidsdag?**

I02: det er jo mer utfordringer da, over til medikamenter og prosedyrer og i forhold til, det med døden for eksempel, liksom i forhold til at pasient kommer hjem for å dø. Blant annet det med å, ganske unge folk og liksom at det er med å avslutte behandlingen med at det er ikke noe mer å gjøre det er bare livsforlengelse det er jo nytt for meg.

**N: Hvordan opplevde du strukturendringene i arbeidsoppgavene dine?**

I02: nei det er jo mer å gjøre, mer ansvar i forhold til utføre riktig prosedyrer og medikamenter og nøyaktighet, det skal man jo uansett ha, det er mer for eksempel smertepumpe og morfinpreparat og sånn.

**N: Hvordan opplever du endringsviljen blant kollegaene dine?**

I02: Jeg hørt noe negativt i alle fall, jeg tror de fleste synes det er interessant å lære noe nytt.

**N: Hvordan tror du innstillingen er hvis det skulle komme en ny stor endring?**



I02: Ja da tror jeg kanskje det hadde blitt for mye for oss, for det er ganske mye å gape over sånn som det er i dag .

**N: Hvordan har forholdet ditt til rutinene blitt påvirket?**

I02: det synes jeg jo hvis det går på oss da?

**N: Ja, har dette blitt påvirket av samhandlingsreformen? Eller har det var noe som har vært med hele veien?**

I02: Nei jeg tror det har vært hele veien, det synes vi er ganske god på det egentlig.

**N: Hvordan oppleves innføringen av nye rutiner blant de ansatte?**

I02: Vi er ganske flinke til å omstille oss føler jeg.

**N: Hva tror du kollegaene dine mener om endringene som samhandlingsreformen har ført til?**

I02: Jeg tror nok at de føler at det er mer press på oss nå, så det er jo kan bli litt mer stress.

**N: Hva skal ifølge deg til for at kreftomsorgen og palliasjon forbedres i kommunen?**

I02: Hvis det skulle vært noe å pirke på så må det jo være å få enda bedre samarbeid, at man har felles møter kanskje en gang i uken for å følge opp alle pasientene og gå gjennom alle pasientene. Da tror jeg vi hadde fått det enda bedre.

**N: ja. Så går det på, kompetansen føler du eller kapasiteten?**

I02: Det går på kapasiteten tenker jeg.

**N: Hvilke fordeler og ulemper ser du ved at kreftomsorgen skjer via palliativt team?**

I02: Jeg synes jo det at fordelene må jo være det at man har en fantastisk kompetanse, det er fordelene da. Ulempene kan jeg jo ikke se. Med å ha dem her det det gis jo bare positive tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende og at de er der.

**N: Hvordan tror du motivasjonen for nye organisasjonsendringer er blant kollegaene dine?**

I02: ja jeg vet jo at det skal kanskje bli enda verre for å si det sånn, og da tror jeg nok det kan bli mer kompetanse og opplæring blant annet, og ikke minst bemanning etter det.

**N: Hvordan synes du ledelsen har taklet prosessen med å få implementert kreftomsorg i virksomheten?**

I02: For når det først ble etablert og sånn så var det vel helt greit tenker jeg, og at det har gått bedre etter det da liksom.

**N: Litt vanskelig start eller?**

I02: Ja vet du det synes jeg jo absolutt at de ble motarbeidet mye ja, men i dag så tror jeg at det går mye, mye bedre.

**N: Hvordan synes du ledelsen takler den nye måten å fordele arbeidsoppgaver på?**

I02: Ja jeg synes i dag så går det veldig fint, synes jeg virkelig.

**N: Har du merket en strukturendring i jobbverdagen? Eventuelt hvordan?**

## Vedlegg 6, transkribering informant 3 (behandlet)

### Intervju 3

Nesodden,

Mellomleder.

#### **N: Hvor mye vet du om samhandlingsreformen og kreftomsorg i kommunen?**

I03: Vi har jo fulgt med på hele samhandlingsreformen og hva som er kommunens oppgaver. Når vi tar imot pasienter fra sykehus, og at kommunen skal yte forsvarlig helsehjelp og alle de tingene der. Ellers så har vi jo samarbeidet tett med kreftteamet i kommunen som vi har ett tett samarbeid med om hvordan vi skal følge opp de kreftpasientene som vi får i kommunen, som skal ha rimelig avansert behandling.

#### **N: ja. Hva synes du om at kreftomsorgen er overført til hjemmesykepleien?**

I03: Jeg ser jo at det blir mer faglig utfordrende for sykepleierne våre spesielt, men også hjelpepleierne. Det setter jo ekstra krav til oss med at det holder oss faglig oppdatert på forskjellige prosedyrer. Så jeg synes det er veldig positivt, vi har jo også innrettet hjemmesykepleien på mange måter etter at vi har fått en mer avansert pasientgruppe med at vi kjører undervisning for eksempel en dag i uka. Vi har også egne undervisningsdager med bare sykepleierne som går i forhold til de sykepleierfaglige prosedyrene som da også må gjøres der ute.

#### **N: Hva slags konsekvenser har den nye kreftomsorgen medført for deg og din arbeidsdag?**

I03: Det er mer planlegging, det er ganske mye logistikk i forhold til hvis vi får hjem veldig syke pasienter. Det å sørge for at hvis de skal, for eksempel ha smertepumpe at smertekasset er bestilt og på vei og at vi vet at vi får det levert både fra apotek og at vi bor jo sånn geografisk ut på en øy her. Så vi har ganske mye logistikk rundt de pasientene og vi har også nå en egen sykepleier som sitter inne på dagtid som vi ikke hadde før.

#### **N: Hvordan opplevde du strukturendringen i arbeidsoppgavene?**

I03: Det har jo skjedd sånn gradvis og vi har jo også hatt veldig god hjelp av kreftsykepleier, som har vært å støttet oss hele veien under vegs i prosessen. Ja så det har vært bra synes jeg at det har skjedd gradvis.

#### **N: Hvordan opplever du endringsviljen blant kollegaene dine?**

I03: Jeg synes det har vært en god endringsvilje og jeg tror nok de fleste sykepleierne hos oss ser at det er faglig interessant å jobbe i hjemmesykepleien fordi at du har så mange forskjellige oppgaver.

#### **N: Har forholdet ditt til formaliserte rutiner blitt påvirket av samhandlingsreformen?**

I03: ja-a, altså vi har jo mye mer nå på alle rutiner og prosedyrer som vi har i hjemmesykepleien, de må oppdateres og man må hele tiden være oppdatert på, ja alt nytt som kommet. Min jobb går jo mye ut på å sitte å lage prosedyrer for eksempel.

**N: Hvordan opplevdes innføringen av nye rutiner blant de ansatte?**

I03: jo altså, det går egentlig greit. Det er jo det at har man det skriftlig og man har en god måte å innføre ting på, så synes jeg at de fleste er positiv til det altså, at man får hjelp og støtte under vegs.

**N: Hva tror du kollegaene dine mener om endringene samhandlingsreformen har ført til?**

I03: De føler muligens et større ansvar, for det å stå alene der ute, kanskje spesielt ja, på helg og kveld når det meste er stengt og du står der med veldig dårlige pasienter, det tror jeg kanskje er sånn gjennomgående at de fleste synes at kanskje trykket er blitt litt mer.

**N: Hva skal ifølge deg til for at kreftomsorgen og palliasjon kan forbedres til dere?**

I03: Jeg tror akkurat det her med planlegging rundt pasienten er veldig viktig, det å ha planlagt det godt når de skal komme hjem, og så både i forhold til hjelpemidler og sånne ting noen ganger så opplever man jo at de kommer hjem og ser man jo at de burde jo absolutt ha hatt en sykehusseng. Sånne ting det går litt for tregt i det kommunale systemet, det er jo ikke sånn at du får en sykehusseng dagen etter at du har kommet hjem. Det kan være en bestillingstid på to tre uker for å en sykehusseng, og det opplever vi ofte at kan være litt sånn, ja det er jo å få hjelpemidlene raskt nok på plass og men det har jo også noe med hele organiseringen i kommunen å gjøre hvor raskt, altså ergoterapeuten og fysioterapeutene kan få vært hjemme der og sett og gjøre tilpasninger og får bestilt.

**N: Hvilke fordeler og ulemper ser du ved at mye av kreftomsorgen skjer via palliativt team?**

I03: Jeg synes jo det er greit at de har ett sånn overordnet, for pasienten altså jeg ser jo at vi ofte ikke har tid til å ta disse sånn støttesamtaler og sånn litt mer sånn inngående samtaler om hvordan har du det egentlig, og det synes jeg er veldig fint at palliativt team tar. Vi er på en måte de som utfører, holdt på å si de praktiske prosedyrene hos pasienten og selvfølgelig skal man jo være lydhør for de tingene også.

**N: Hva med ulemper?**

I03: Det kan være litt sånn noen ganger så ser man at det blir litt sånn samarbeidsproblemer mellom fastleger og for eksempel onkolog. Hvis onkologen har vært her og sagt at nå får vi nesten bare øke på den smertepumpen, eller vi får øke sånn og slik og så kan det komme litt sånn i konflikt med fastlegen. Altså fastlegen er kanskje den som ja, har hatt langvarig oppfølging med pasienten hele veien og så kan det bli litt sånn, man kan merke av og til at fastlegen blir litt, ja, forbannet. For hvem er det som skal skrive ut resept her, hvem er det som skal ha ansvar for pasienten. Man har hatt noen sånne, ja, problemstillinger som du merker at det er litt sånn gnisninger. En annen ting er kanskje, at de har vært på hjemmebesøk og så får man en muntlig beskjed om at vi skal starte med det og det medikamentet. Der har jeg kanskje savnet at de får det skriftliggjort med en gang sånn at vi kunne få det skriftlig, for

jeg ser jo at hvis det skulle bli en misforståelse fordi at det er gitt en muntlig ordinerings så kan det vært litt skummelt.

**N: Merker du er forskjell i de ansattes holdninger til endringer?**

I03: Jeg tenker jo at de fleste ansatte vet at hjemmetjenesten er under utvikling og den er i stadig endring, det er ikke noe statisk felt vi jobber i og at det blir, ja, stadig flere ting som vi skal lære oss eller vi skal, ja ha nye prosedyrer og at det endringsviljen er kanskje muligens større nå enn den var.

**N: Hvordan tror du motivasjonen er for nye organisasjonsendringer blant kollegaene dine, og da mener jeg på samme nivå som samhandlingsreformen var?**

I03: Jeg tror de fleste er ganske bra motiverte, så lenge at de føler at de mestrer jobben sin og at ting går sånn høvelig, tempo at man klarer å henge med og sånne ting, så tror jeg egentlig det går greit. Tror egentlig det verste er kanskje for de som går i småstillinger og små brøker.

**N: Hvordan synes du dere har taklet prosessen med å få implementert kreftomsorgen?**

I03: Den har jo gått veldig gradvis egentlig, og våre tjenester. Eneste er at vi må ikke komme for sent inn. Noen ganger så kan man kanskje se at man kommer akkurat inn i slutfasen, og det kan være litt sånn, litt dumt i forhold til at man skal bli kjent med pasienten.

**N: Hvordan har dere taklet den nye måten å fordele arbeidsoppgaver på opp imot palliativt team?**

I03: Jeg tror jo egentlig at det er en greit arbeidsfordeling nå, oss og dem mellom og hva dem gjør og hva vi gjør, så det synes jeg egentlig går veldig greit nå, det vi liksom ikke har klart å få på plass nå er de faste møtene.

**N: Har du merket strukturendring i jobbhverdagen din?**

I03: Ja altså det er jo i det heletatt mer planlegging, mer å passe på spesielt når man går mot høytid, helg altså hvordan går det da å få frem det og det legemidlet.

**N: Føler du at dere var godt forberedt på å takle den nye organiseringa av kreftomsorgen?**

I03: Jeg føler jo at, at man har jobbet godt sammen nå under vegs og hatt et veldig godt samarbeid.

**N: Opplever du et stort engasjement knyttet til kreftomsorgen og palliasjon?**

I03: Ja det er veldig stort engasjement, og det er jo, ja vi har jo hjelpepleier som har tatt etterutdanning innen palliasjon og vi har jo ja folk som vil lære mer.

**N: Tror du engasjementet er påvirket av at det var en annen måte å jobbe på eller at det var mer ansvar?**

I03: Jeg tror at det blir mer faglig interessant ja, og at det man ser jo at ting blir mer spesialiserte etter hvert, og at det er jo helt nødvendig å ha et sånt krefteam i kommunen som man kan støtte seg på.

**N: Føler du at kreftomsorgen er like kjent på alle nivåene i virksomheten?**

I03: Sånn stort sett så føler jeg at den er godt innarbeidet i kommen, og de fleste vet om, ja både hva man har krav på av hjelpemidler og hva man kan få og ditt og datt, altså sånn og at man vet at man har sånne palliative senger, kreftsenger inne på en avdeling på nesoddtunet.

**N: Har forholdet til andre instanser som er tilknyttet hjemmetjenesten blitt påvirket av samhandlingsreformen?**

I03: Nja-a, det vil jeg jo si, altså alle ledd må jo kanskje jobbe på en annen måte enn man gjorde tidligere da, i forhold til at ting skjer mye kjappere nå, det er ganske raskt tempo på når pasientene kommer hjem og hva som skal tilbys der ute i kommunen.

**N: Hvordan har arbeidsgruppen taklet de nye utfordringene sammenlignet med andre grupper som har blitt påvirket på samme måten av samhandlingsreformen?**

I03: Jeg synes de har taklet det bra jeg.

**N: Er det en forskjell i grad av formalisering etter innføring av samhandlingsreformen?**

I03: Det er jo kanskje, litt mer regler og ting og tang knyttet rundt det med samhandlingsreformen og den tjenesten vi skal yte, og mer avklarte ansvarsområder.

**N: Hvordan føler du ansvarsnivået har blitt påvirket?**

I03: Nei altså jeg vil jo si at det er et mye større ansvar på den enkelte sykepleier, som står alene der ute nå enn det var tidligere. Det er jo veldig bra at vi har fått sånn som paramedic da, som en tjeneste som kan komme på kort varsel selv hvis man står opp i situasjoner at man trenger å få tilkalt hjelp.

**N: Hvordan vurderer du din egen kompetanse nå i forhold til før samhandlingsreformen ble innført?**

I03: Jeg føler jo at alle vi sykepleierne og også hjelpepleierne har fått økt kompetansen sin. Vi har jo mye mer undervisning nå og mer oppfølging på den enkelte enn vi hadde tidligere.

**N: Har arbeidsendringene ført til en endring i måten å utføre jobben på?**

I03: Ja det har jo egentlig det, det er mye mer planlegging nå, og mye mer administrativt arbeid nå rundt pasientene enn det det var tidligere nettopp fordi at det blir mer spesialisert.

**N: Har strukturen i arbeidsgruppene blitt påvirket av samhandlingsreformen?**

I03: Ja-a, det har det, både struktur og ansvar, hvem skal ta de forskjellige jobbene, hvem skal administrere sånn og slik, og altså vi har jo nå, folk som har sittet inne og arbeidet med arbeidsplan for eksempel for å sikre at de og de oppdragene blir lagt inn. Vedkommende skal av gåre i morgen tidlig sånn og sånn, og vekkes av nattevakten for så komme seg videre til cellegiftbehandling eller hva det måtte være på sykehus klokken da og da, det er mye mer logistikk. Et apparat rundt og det er jo fordelt på både hjelpepleiere og sykepleiere og å sitte å administrere den biten hos oss.

**N: Er det gjort noen endringer i form av belønninger?**

I03: Jaa, belønninger, vi prøver i alle fall å gi ansatte ros da. Når vi ser at de har gjort en veldig god jobb, og vi får jo ofte tilbakemeldinger fra både pasienter og pårørende og som også er en sånn belønning, om videre motivasjon til å fortsette jobben vi gjør.

**N: Tror du organisasjonen er bedre egnet til å takle nye utfordringer etter dere har gjennomgått en strukturendring?**

I03: Ja det tror jeg, jeg tror at man må reagere fortere i dag enn man gjorde tidligere, så ting skjer så kjapt man får meldinger plomeldinger fra sykehus, pasient kommer hjem samme dag, altså man kan ikke drive å planlegge i en evighet heller før man skal ta de hjem. Altså det er mange sånne ting som gjør at vi jobber på en annen måte nå enn man gjorde tidligere.

**N: Er det noen andre ting du har noen spesielle tanker om rundt det vi har snakket om?**

I03: Nei altså, jeg synes at det må jo kanskje styrkes enkelte deler av tjenesten som sådan for at ting skal gli litt lettere, så man burde jo ha hatt flere både fysioterapeuter ergoterapeuter så, sånne typer stillinger også som støtteapparatet rundt for å få ting til å gå litt bedre. Ja litt sånn forbedringspotensial nå snakker man jo om både helhetlig pasientforløp og hverdagsrehabilitering og alle disse tingene.

## Vedlegg 7, transkribering informant 4 (behandlet)

### Intervju 4

Nesodden,

Helsefagarbeider.

#### **N: Hvor mye vet du om samhandlingsreformen og kreftomsorg i kommunen?**

I04: Jeg vet jo at det er, pasientene kommer tidligere hjem fra sykehus så det blir mer trykk på hjemmebaserte tjenester, og også at kompetansen kreves god. Og at vi har et eget palliativt team i kommunen med onkolog og kreftsykepleier og også andre som jeg er ikke helt sikker på hvor mange som er i det teamet nå, men jeg tror det er 3 eller 4.

#### **N: Hva du synes om at kreftomsorgen er overført til hjemmesykepleien?**

I04: Det vi er jo en del bort i kreftpasientene vi helsefagarbeidere også men det er klart de mest alvorlig syke har jo sykepleierne pleien av, men vi er også mye bort i forskjellige situasjoner som man føler kanskje at man er litt naken på for å si det sånn. At man kanskje ikke har nok kunnskap rundt det så jeg synes kanskje at, ja noen ganger føler man det kanskje er litt mye ansvar overfor over til oss, som ikke er sykepleiere, som ikke har så mye om erfaring.

#### **N: Hvilke konsekvenser har den nye kreftomsorgen medført deg og din jobbhverdag?**

I04: Nei det blir jo på en måte tvunget frem at du må delta i det mer og mer, for det det er såpass mange tilfeller i kommunen her nå at det det lar seg ikke gjøre at bare sykepleierne kan ta den biten. Men man har jo alltid et team rundt seg som man kan spørre hvis det er vanskelige situasjoner og sånne ting, men det klart det er tøft, jeg synes jo det er en utfordring.

#### **N: Hvordan opplevde du strukturendringene i arbeidsoppgavene?**

I04: Det spørres jo litt hva man skal gjøre hos den enkelte pasient, men man må jo føle på den magefølelsen tenker jeg, også om man har vært borti lignende tilfeller tidligere eller er det sånn at hvis man blir utsatt for ting man ikke er komfortabel med så skal man jo ikke gjøre det heller. Så det synes jeg er ganske grei struktur på egentlig.

#### **N: Så synes du det har blitt bedre eller dårligere etter samhandlingsreformen?**

I04: Vi var jo ikke så mye i, inn i de alvorlig syke pasientene før samhandlingsreformen.

#### **N: Hvordan opplever du endringsviljen blant kollegaene dine?**

I04: Det er jo ikke alle som er like positive til nye oppgaver, det er på en måte noen synes at det kjente er det beste. Men vi er veldig sånn kolleger, for holdt på å si såpass mange tilfeller som det er her ute



som vi føler på nå, så er det jo noe med at vi bor og jobber på samme sted veldig mange av oss og da hvis man kommer opp i tilfeller med bekjenskaper utenom, ja som man kjenner så, og det blir for nært, så er vi veldig kollegiale og da får kommer det en annen en og får gå til den personen.

**N: Har ditt forhold til formaliserte rutiner blitt påvirket av de nye arbeidsoppgavene?**

I04: Ja det er det jo, men det spørres jo som jeg igjen sier, i grunn hvilken oppgave som skal gjøres hos den enkelte, for hvis det er for mye prosedyrer, de fleste tunge prosedyrene det er det jo sykepleierne som gjør. Merker jo at det på en måte det blir, det er jo ikke, så jeg føler jo kanskje ikke at det er dokumentert ned i formalitets, vi får jo, tildelingsteamet kommer jo med nye pasienter til oss så det er jo beskrevet hva vi skal gjøre hos den enkelte pasient og det blir jo satt inn på en arbeidsliste. Så det er jo da må man jo følge opp det og er det en prosedyre man ikke kan men, og med at vi har fagbrev til å kunne utføre det så, og man ikke kan det så må man jo tilegne seg kunnskap gjennom pps eller en kollega.

**N: Hva tror du kollegaene dine mener om endringene som har kommet på grunn av samhandlingsreformen?**

I04: Vi merker jo alle sammen at det er, det er mer hektisk, det er mer utskifting av pasienter, det er det er jo en tøff jobb til tider. Det er både utholdenhetsmessig og det den med skiftningen, jeg føler jo litt på det med at pasientene, ønsket mitt hadde jo kanskje at man kunne vært en mindre gruppe av personale rundt hver og en pasient, sånn for pasientens del at ikke det er så, men det i forhold til kreftpasienter.

**N: Hva skal ifølge deg til for at kreftomsorgen kan forbedres i kommunen?**

I04: Nei det må bli at det flere som på en måte var i et team, som på en måte var enda færre ansatte som jobbet rundt kreftpasientene. Det er jo så mange andre pasienter som trenger hjelp også. ‘

**N: Hvilke fordeler ulemper ser du ved at kreftomsorgen skjer via palliativt team?**

I04: Fordeler er jo det at man har pasienten selv har jo onkolog og kreftsykepleier som kan komme hjem og det er fordel, for flere og flere vil jo være hjemme så lenge som mulig. Og at de er omreist og ta hjemmebesøk og vi kan bruke de, og hvis det er vanskelige situasjoner som oppstår, sånne ting.

**N: Merker du er forskjell i de ansattes holdninger til endringer?**

I04: Ja. Som jeg sa i sted, det er jo ikke alltid det blir positivt mottatt.

**N: Hvordan har ledelsen taklet prosessen med å få implementert kreftomsorgen i virksomheten?**

I04: Hvordan ledelsen har gjort det, det er jeg jo ikke sikker på. På en måte kreftpasienter, og det vil jeg tenke at det er sikkert lurt å få økt fagkompetansen blant fagarbeidere mer.

**N: Føler du at dere var godt forberedt på å takle den nye organiseringen?**

I04: Skulle merke det så fort, men det har kommet, det er egentlig først nå vi begynner å merke trykket med at det er vi, hører om antall liggedøgn på sykehuset, kommunen skulle hatt plass. Så det har jo ikke gått sånn fort egentlig, som vi kanskje trodde.

**N: Opplever du et stort engasjement knyttet til kreftomsorgen?**

I04: Nei, ja, kanskje ikke noe sånn felles i kollegiet, at det jeg synes det er en del som vegrer seg faktisk for å for å jobbe med det, som synes det er vanskelig. Så det tenker jeg at det, ja hvordan mange, noen synes det er spennende og kjempebra og andre synes det er veldig vanskelig. Så jeg synes jo kanskje ikke at vi er sånn at det er sånn veldig stort engasjement sånn i positiv.

**N: Synes du det virker som kreftomsorg og palliasjon er like kjent på alle nivåene i virksomheten?**

I04: Nei ikke helt, tror det er noen som en del, som hva gjør de egentlig, eller hva kan de tilby at det kanskje kunne vært...ja.

**N: Er det en forskjell i grad av formalisering etter innføringen av samhandlingsreformen?**

I04: Ja det er det jo, jeg synes, det svarte jeg litt på i sted tror jeg men. Jeg synes jo det har blitt mer nye oppgaver og mer nye utfordringer.

**N: Hvordan vurderer du din egen kompetanse nå i forhold til før samhandlingsreformen?**

I04: Jeg har jo ikke tatt noe videreutdanning etter det, men jeg føler jo at erfaringen min er blitt mye bredere, det har den jo, og at jeg får brukt fagutdannelsen min bredere i forhold til hva jeg kan gjøre.

**N: Har du lagt merke til at det har blitt noen endringer i form av belønninger?**

I04: Ja jeg har jo gått opp noe, det har jeg jo. Lønn og det er hyggelig med ros sånn som man får innimellom. Jeg synes jo på en måte vi har sjefen vår, vi gjør jo hverandre gode, det er jo veldig som at vi er i et team, og på en måte må hjelpe hverandre for å få til ting bedre. Veldig hyggelig å få en klapp på skulderen og.

**N: Tror du organisasjonen er bedre egnet til å takle nye utfordringer etter å ha gått gjennom en endring?**

I04: Nja-a, det tror jeg, at det, det er jo stadig utfordringer omtrent om det kanskje ikke er jo daglig som det er problemstillinger som vi må prøve å finne ut av og ordne opp, fikse i forhold til og sykehusene merker jo, utskrivningsklar ferdig behandlet så må vi finne løsninger så, jeg synes jo vi er ganske gode på det finne løsninger.

**N: Er det noen andre ting du har tenkt på i forbindelse med samhandlingsreformen eller hvordan det kan ha påvirket arbeidshverdagen?**

I04: Det er noe vi snakket om i går faktisk, at man, det er jo ikke bare vi det er jo fysio og ergoavdeling, det er vaktmestertjeneste som skal kjøre ut hjelpemidler føler jo at de også merker jo det noen ganger, at de har fått for få hender for at, si du får en kreftpasient hjem som må hjem, det er ikke

plass på tunet. Så har ikke vaktmesterne tid til å kjøre ut den kanskje før, neste uke. Så det er jo liksom, det er flere ledd som rammes av det som det kanskje ikke er tatt høyde for tenker jeg. Mest ressurser egentlig fordi at det er jo mange som kommer hjem, og det er jo ikke tatt en vurdering i hjemmet der de kommer hjem, og fysio og ergo de har jo masse press.

## Vedlegg 8, transkribering informant 5 (behandlet)

### Intervju 5

Nesodden,

Sykepleier.

#### **N: Hvor mye vet du om samhandlingsreformen og kreftomsorg i kommunen?**

I05: Jeg vet jo at etter samhandlingsreformen så skulle vi begynne å få pasienter som var ferdig behandlet fra sykehuset hjem. Kommunene får dagsbøter for å ikke ha plasser til dem.

#### **N: Hva synes du om at kreftomsorgen er overført til hjemmetjenesten?**

I05: Det synes jeg at fungerer kjempefint.

#### **N: Hva slags nye konsekvenser har den nye kreftomsorgen medført for deg og din arbeidshverdag?**

I05: Mer kunnskap, vi kunne stå flere timer en natt i telefonen med legevakt for å få en ordinasjon på noe smertestillende, og det var veldig frustrerende å stå der å ikke ha noen klare retningslinjer, nå har vi jo palliative medisin hos oss, det hadde vi heller ikke før på den samme måten. Så, ja nei, blir en lettere hverdag.

#### **N: Hvordan opplevde du strukturendringene i arbeidsoppgavene?**

I05: Jeg synes ikke det var så mye endring, men det var mer usikkerhet i forhold til hva vi hadde kompetansen til, fordi vi skulle jo for alt mulig hjem i forhold til IV-behandling vi fikk VAP-er vi har fått så mye som vi aldri har hatt her før. Vi liksom, det mest kompliserte var sårstell og så hadde vi noen som lå på det siste hjemme og så var det palliativ pleie, men ellers hadde vi jo ikke mye kunnskap i forhold til sykepleierprosedyrer og sånn, så var det veldig lite undervisning i starten, så vi gikk jo hele tiden og gruet oss til nye ting skulle komme igjen for vi visste ikke om vi ville få opplæring, eller om man bare ble kastet ut i det.

#### **N: Så, litt sånn informasjonsproblemer og litt logistikkproblemer?**

I05: Ja, egentlig visste vi ikke helt hva vår oppgave var, og hva, vi fikk hele tiden kontrabeskjeder i forhold til vår leder og i forhold til hvilke beskjeder som kom fra sykehuset.

#### **N: Hvordan opplever du endringsviljen blant kollegaene dine?**

I05: Jeg tror det, vi er blitt mye bedre, nå vi er mye mer positivt innstilt når det kommer nye ting. Det som var, det var jo bare at vi ikke fikk nok informasjon. Det var jo det at vi alltid stod å manglet noe info, og det gjør jo og at man setter seg litt på bakbeina også når vi hele tiden skal ut i nye oppgaver

som vi gjør, og når man er utrygg. Men jeg synes jo nå så er det jo, så har vi jo de, hva heter det, det teamet som kjører rundt og har undervisning og sånne ting. De kommer jo for hver minste lille nye prosedyre som vi kanskje har behov for så, det har jo også gjort mer på at vi, er mye mer positivt innstilt til det.

**N: Har forholdet ditt til formaliserte rutiner blitt påvirket av samhandlingsreformen?**

I05: Nei, det har, det har ikke vært noe, synes ikke det har vært noe endring i hele tatt, men nå har jeg også vært mye på natt.

**N: Hvordan opplevdes innføringen av nye rutiner blant de ansatte?**

I05: Oooh, det er opp og ned det, det er lenge siden vi har hatt en klar leder så, det er alltid noen som ikke er med på det at, som motarbeider det kanskje litt i skjul også, så det er vanskelig å implementere nye rutiner her, det er det for vi har hatt mange småsjefer i lang tid, men det har jo noe med vår arbeidsplass og kanskje ikke reformen.

**N: Hva tror du kollegaene dine mener om endringene som samhandlingsreformen har ført til?**

I05: De var nok ikke veldig positivt innstilte i starten, i forhold til de, de visste jo at det kom til å bli veldig syke pasienter hjem siden det er så lite plasser på tunet. For eksempel, vi har nesten ingen plasser, folk blir jo hjemme til, de nesten blir funnet død i sengen. Nå er det helt klart at man har jo fått kompetanse, hevnning. Så jeg tror alle er fornøgdde med at vi har flere oppgaver i hjemmesykepleien enn bare legge og støttestrømer og å gi medisiner. Jeg tror at etter at vi har blitt kastet ut i en del skumle ting så har de også fått mer, selvtillit på å prøve, så jeg tror, nei jeg synes vi har hatt en holdningsendring her, jeg tror at vi er ganske positive egentlig.

**N: Hva skal ifølge deg til for at kreftomsorgen palliasjon kan forbedres i virksomheten?**

I05: Tja, jeg synes det har fungert, jeg vet ikke, jeg synes det har fungert godt, i så fall så er det en utvidelse, vi får flere og flere kreftpasienter hjem.

**N: Hvilke fordeler og ulemper ser du ved at kreftomsorgen skjer via palliativt team?**

I05: Det er jo det at de er hjemme, i forhold til hvis de er på tunet eller på et gamlehjem, eller på sykehuset så har det jo kontinuerlig oppfølging det er jo noen der hele tiden. Hjemme så kan man jo risikere, at det kan gå flere timer, man kan ligge, man har smerter, man får ikke gjort ting like fort, vi bor jo på nesodden så det er jo lang vei med ambulanse.

**N: Hvordan tror du motivasjonen for nye organisasjonsendringer er blant kollegaene dine? Da tenker jeg i samme størrelse som samhandlingsreformen.**

I05: Jeg tror vi er veldig positive til en endring jeg, fordi at vi har gått og trådt i samme feilene og samme gamle rutinene lenge. Nå får vi en fagleder som jeg tror kommer til å vende alt om på hodet og alle er veldig positive til det.

**N: Hvordan har ledelsen taklet prosessen med å få implementert kreftomsorg i virksomheten?**

I05: Ikke bra. Eller jeg vet at forrige leder var helt imot det at de prøvde å samle et krefteam inne hos oss, eller det palliasjonsteamet, ikke direkte kreft men palliasjon.

**N: Hvordan synes du ledelsen takler måten å fordele arbeidsoppgaver på?**

I05: Jeg vet ikke hvordan de delegerer oppgaver jeg, vi vet jo ikke hva leders oppgaver er nesten, vi ser dem ikke.

**N: Har du merket en strukturendring i jobbhverdagen din?**

I05: Nei.

**N: Føler du virksomheten eller sonen din var godt forberedt på å takle den nye organiseringen?**

I05: Nei, men det var jo også fordi vi ikke visste hva som ventet oss, eller hva det ville si, og vi trodde jo også at det betydde at kommunene ville forberede seg på å ta hjem flere pasienter i forhold til gamlehjemsplasser. Poenget var jo at alle kom hjem og vi stod jo der uten noe utstyr.

**N: Opplever du stort engasjement knyttet til kreftomsorgen og palliasjon?**

I05: Ikke blant, vår arbeidsgruppe, vi har jo vært litt mer på at, kreft har fått en veldig høy status og de som har kreftdiagnosen de får veldig mye mer oppfølging enn andre diagnoser, som ms, asl, og vi opplever stor forskjell på hvor mye kreftpasienter får i forhold til andre grupper. Så det er vel det eneste at jeg synes kanskje, det er andre, diagnoser som er verdt å bry seg om andre mennesker også så selvfølgelig, man skal ikke fjerne et krefteam, men det kan ikke være at de er hevet over alle andre sykdommer. Vi trenger flere ekspertise.

**N: Synes du det virker som kreftomsorgen og palliasjon er like kjent på alle nivåene i virksomheten?**

I05: Vet jeg ikke, fordi at det, den kontakten vi har med dem, disse vi er jo ikke på samme sted lenger heller så, før så kom jo de og gav rapport til oss for eksempel, en til en nå er det bare emailkorrespondanse, vi leser jo bare over dokumentasjonssystemet så det jeg vet det faktisk ikke. Jeg vet bare at de har det overordnede ansvaret for de som er kreftpasienter da, ellers så vet jeg ikke mer.

**N: Har forholdet til andre instanser som er tilknyttet hjemmetjenesten blitt påvirket av samhandlingsreformen?**

I05: Ja, jeg vet, eller hjemmehjelpen da, de har jo mistet, eller nå gjør jo de bare rent i stedet for å ha stell, vi har jo fått alle personer i stell og medisiner og støttestrømper, så vi har jo mange flere pasienter nå.

**N: Føler du at ansvarsnivået har blitt påvirket?**

I05: Vi har jo masse mer ansvar nå.

**N: På hvilke områder?**

I05: I forhold til pasienten vi, eller det er, vi har jo ikke noe legevakt, vi har liksom ikke noe, vi har fått paramedic heldigvis, takk gud for det.

**N: Hvordan vurderer du din egen kompetanse nå i forhold til før samhandlingsreformen?**

I05: Det har vært en bratt læringskurve, men selvfølgelig har jeg jo, jeg føler meg mye mer trygg på seg selv siden man skal være ansvarlig på kvelden alene og såne ting, så sånn sett så føler man seg også mer rustet til å jobbe et annet sted, vi er jo, vi har jo alle området ikke sant, nå er det ingen ting vi ikke har i hjemmesykepleien lenger.

**N: Har arbeidsendringen ført til en endring i måten å utføre jobben på ?**

I05: Jeg synes jo vi har fått mer rutine på å bruke praktiske prosedyrer i forhold til alle de prosedyrene vi har klart å begynne å legge de inn i pleieplanen, og jeg synes vi har gjort oppgavene lettere for nye oppgaver, sånn at man kan lære seg ut fra, at man finner prosedyrene lett.

**N: Bedre rutiner da?**

I05: Ja.

**N: Har du lagt merke til at det har blitt noen endringer i form av belønninger?**

I05: Det er ikke noe belønning i hjemmesykepleien du, kommunen takker deg ikke for noen ting, det skal jeg love deg. Utaknemlig jobb.

**N: Tror du bedriften er bedre egnet til å takle nye utfordringer etter å ha gjennomgått en endring**

I05: Ja, ja for bedre innstilt, og da vil vi også være bedre rustet til å, så det.

**N: Er det noen andre ting du har tenkt på i forbindelse med samhandlingsreformen eller jobbens ansvar som du**

I05: Nei jeg tenker jo kanskje hvis det skal være en ny reform så må man vel kanskje tenke litt mer på implementeringen der hvor det skal skje og i forhold til, veldig fin tanke at det sykehusene skal bruke gjøremål, eller bruke mindre ressurser på disse som er ferdige behandlet, men da må man altså ha et apparat for det.

## Vedlegg 9, transkribering informant 6 (behandlet)

### Intervju 6

Nesodden,

Sykepleier.

**N: Hvor mye vet du om samhandlingsreformen og kreftomsorg i kommunen?**

I06: Vet jo litt, jeg begynte jo i hjemmesykepleien det året samhandlingsreformen trådte i kraft, først på natt og så i dag/kveld stilling, så det var vel også noe av grunnen til at jeg valgte å, prøve meg i kommunen for jeg tenkte at det kanskje ble litt spennende.

**N: Hva du synes om at kreftomsorgen er overført til hjemmesykepleien?**

I06: Vet du hva det er jo egentlig ganske interessant synes jeg, jeg synes kanskje bare at man ikke alltid har tiden til å gjøre den jobben man ønsker man skulle gjøre.

**N: Ok, tidspress?**

I06: Ja.

**N: Hvilke konsekvenser har den nye kreftomsorgen medført for deg og din arbeidsdag?**

I06: Nå har jeg på en måte ikke vært her før det ble samhandlingsreformen da så det.

**N: Hvordan opplever du endringsviljen blant kollegaene dine?**

I06: Jeg synes jo det egentlig er ganske, man merker vel kanskje at disse forskjellige, utdannelsene vi har, at det det kan være litt sånn, vi tenker litt forskjellig. Jeg tenker vel mer likt som sykepleierne selvfølgelig, og vi er kanskje vant til litt mer, føler kanskjej at vi tar litt mer ansvar generelt på alt.

**N: Hva tror du kollegaene dine mener om endringene som samhandlingsreformen ar ført til?**

I06: Jeg tror det egentlig, noe som meg det er jo kanskje mest sånn, sykepleierne vi er vel ute og gjør mer spesifikke oppgaver kanskje enn de andre arbeidsgruppene som, så det er klart det er jo interessant og kunne få gjøre litt andre ting enn bare pleie.

**N: Hva skal ifølge deg til for at kreftomsorgen og palliasjon kan forbedres i virksomheten?**

I06: Mer folk.

**N: Ok, er det noe annet?**



I06: Det teamet og vi samarbeider godt, og nå skal vi jo, har ikke vært så flinke til å ha disse, nå har vi jo på hvert vårt sted ha sånne samarbeidsmøter her, så jeg føler jo at samarbeidet med dem fungerer veldig godt, biten som gjenstår er vel at sykehjemmet gjør den jobben de skal i forhold til kreftsyke, at ting er på plass før de kommer ut i hjemmesykepleien, det er ofte problem. Ting skal kanskje være litt mer ordnet før de kommer hjem, så er det lettere for oss å gå ut å gjøre den jobben som vi skal.

**N: Hvilke fordeler og ulemper ser du ved at kreftomsorgen skjer via palliativt team?**

I06: Fordelen er vel at disse her er jo på en måte kun til stede for dem ikke sant, at de har jo sitt eget team så det er lettere å følge opp sånn som, kontinuiteten blir jo veldig bra på brukerne, ser vel for så vidt ikke noe negativt med det. Ofte er det jo problem med å få tak i leger og å endre på ting, men disse her er jo tilgjengelige hele døgnet.

**N: Hvordan tror du motivasjonen er for nye organisasjonsendringer blant kollegene? På samme nivå som samhandlingsreformen.**

I06: Jeg føler at vi holder hodet så vidt over vannet sånn som det er nå, merker i alle fall en veldig, egentlig markant endring bare siste halvåret. Så jeg vet ikke helt om en ny samhandlingsreform, jeg kan vanskelig se at det vil slå positivt ut for oss.

**N: Har du inntrykk av at de var godt forberedt til å takle den nye organiseringen her?**

I06: Nei jeg føler jo kanskje ikke det, altså jeg, problemet i vår kommune er vel, at vi har ikke nok sykehjemsplasser, og det er klart at det så bruker man jo også tid og ressurser hjemme på folk som, egentlig er for dårlig til å bo hjemme.

**N: Opplever du et stort engasjement knyttet til kreftomsorgen og palliasjon?**

I06: Ja. Mine kollegaer så føler jeg at vi tenker veldig sånn, helhetlig, og vi gjør egentlig det vi kan for at folk skal ha det, bra når de kommer hjem, og at både pårørende og brukerne egentlig har, føler at vi gjør jobben vår og at vi, det er jo mange som kommer hjem for å dø også at de har en god opplevelse av det. Pårørende også selvfølgelig.

**N: Tror du dette er noe som er påvirket av at det har blitt gjort endringer?**

I06: Jeg tror det er noen ganske tøffe valg de pårørende står i som tar noen hjem for å dø. Men det, så vidt jeg har fått med meg, eller mange jeg har snakket med så har det vært stort sett positive erfaringer rundt, altså de er gald for det valget de har tatt og fått mye støtte av krefteamet.

**N: Tror du kreftomsorgen og palliasjon er like kjent på alle nivåene i virksomheten?**

I06: Nei.

**N: Hvor eventuelt er forskjellen?**

I06: Nei altså, jeg tror vi som jobber med det daglig vi er jo godt kjent med det, men jeg lurer jo for eksempel på hva med lengre opp i systemet vet de egentlig mer om hvordan vi jobber.

**N: Har du merket noe av at ansvarsnivået er påvirket av at det har vært gjort endringer?**

I06: Sltså som jeg sier det blir litt vanskelig for meg å kanskje, også si fordi jeg ikke har vært her før. Jeg har inntrykk av at alle er sitt ansvar bevisst for å si det sånn.

**N: Virker det som de har fått et økt ansvar eller minket ansvar?**

I06: Det er klart at vi har vel fått et økt ansvar nå som etter samhandlingsreformen er kommet.

**N: Har blitt noen endringer i form av belønninger?**

I06: Nei. Nei altså man får jo litt tilbakemelding på at man gjør en bra jobb, og det er jo veldig hyggelig det. Sånn lønnsmessig så vet jeg jo også at, det var tillitsvalgt har jo gått for at vi skal gå opp i lønn, så det har vi gjort, men om det har med samhandlingsreformen og hva som er grunn til at vi har gått opp i lønn det. Får vel en blomst innimellom.

**N: Tror du organisasjonen er bedre taklet for nye utfordringer fordi at det er gjennomgått en strukturendring?**

I06: Pleier å si at alt går, og det gjør det faktisk.

**N: Føler du du er bedre taklet til det å klare det fordi det har vært så mye**

I06: Ja, ja på en måte, men på en annen måte så tenker jeg at man kanskje får lov til å være litt i det som er nå å, altså alt skal ikke bare være stress og mas og tjas ikke sant, og ting skal på plass og systemer skal funke og ikke sant, så vi har stort sett ting som funker men, men om vi skal ha noen flere reformer nå det vet jeg ikke om jeg, er så bra.

**N: Er det andre ting du har tenkt på opp imot samhandlingsreformen eller noe om hvordan det kan ha påvirket jobben her?**

I06: Hvis jeg husker riktig så var det jo veldig sånn før at det, når du ble utskrivningsklar fra sykehuset så hadde jo da kommunen syv dager eller noe sånt, vi hadde på å finne en plass til brukerne og det følte jeg at kommunen brukte for det det var verdt. Nå blir jo folk sendt ut for, altså, folk er jo omtrent inne og snur og rygger ut igjen fra mottak, og de er dårlige og kan knapt nok stå på beina og blir sendt hjem. Så jeg, det har inntrykk av at, nå tilhører jo vi også ahus og, med de utfordringene de har, så jeg, jeg vet ikke om, vet ikke om det er pasient og pasientsikkerhet som er altså at det kvaliteten på det, den pleien man får, om det er så bra. Jeg følte at det går litt fort i svingene for kommunen skal jo ta det også, føler at for at ting skal bli bra må man også ha et godt samarbeid, og det er det jo ikke alltid tid til, omtrent når folk kommer inn og det inne et døgn og så bli sendt ut igjen og så er ting likeså gærnt. Altså, ja, og man må inn med alle kluter i hjemmet for at det vedkommende skal kunne klare seg hjemme, eller ett eller annet også blir jo det på en måte, vårt, vår jobb, og kanskje vårt problem innimellom hvis det er noen som er veldig dårlig.

**Vedlegg 10, transkribering informant 7 (behandlet)**

**Intervju 7**

Frogn,

Sykepleier.

**N: Hvor mye vet du om samhandlingsformen og kreftomsorg i kommunen? På en skala fra 0 til 5.**

I07: Ja 0 til 5, jeg håper jeg vet 4 kanskje.

**N: Hva du synes om at mye av kreftomsorgen er overført til hjemmesykepleien?**

I07: både og, ja jeg synes, jeg vet at mange pasienter kanskje kunne tenke seg å ligge lenger på sykehus, og at de føler at de blir overført hjemme raskere og, ja, så jeg vil si både og.

**N: Det var litt om det negative, hva som var positivt?**

I07: Ja hva som er positivt med det, ja, da må jeg tenke. Altså det er jo fint for pasienten å kunne være hjemme selvfølgelig.

**N: Hva slags konsekvenser har den nye kreftomsorgen medført for deg og din arbeidshverdag?**

I07: Vi har jo fått flere, vi merker jo det at flere pasienter, ja flere kreftpasienter da, terminalpasienter eller, ja flere, palliative pasienter. Mer smertepumper og, pasienter som er, ernæring, en del sånn ting.

**N: Hvordan opplever du endringsviljen blant kollegaene dine?**

I07: Både og, ja noen, det er kanskje de som har jobbet lengst og har vært lengst i gamet ikke er like glad i endring alltid, mens de som er litt yngre synes at det kan være, bra med litt endring.

**N: Har ditt forhold til formaliserte rutiner blitt påvirket?**

I07: Tror ikke det.

**N: Hvordan oppleves innføringen av nye rutiner blant de ansatte? Forutsatt at det var nye rutiner.**

I07: Ja, både og vil jeg si der og da. Jeg vet de blir litt lei ofte hvis det er mye skjemaer og, mener mange mener at ikke vi har tid til å, sette oss så mye inn i nye ting. Mange ser vel kanskje at endringen egentlig trengs.

**N: Hva tror du kollegaene dine mener om endringene samhandlingsreformen har ført til?**

I07: Jeg tror noen synes det er fint å få litt mer varierte og litt mer spennende arbeidsoppgaver, men også det med at man kanskje ofte ser at vi ikke helt strekker til.

**N: Hva skal ifølge deg til for at kreftomsorgen og palliasjon kan forbedres i kommunen?**

I07: Ja vi jobber jo med det da, vi jobber jo med å implementere ny pleieplan, lcp pleieplan til brukere terminal fasen, og så jobber vi med å implementere medikamentskrin sånn at vi har faste rutiner på hvilke medikamenter vi bruker i slutfasen. Og vi jobber jo egentlig også med å få litt standardiserte rutiner i hele kommunen da sånn at det pasienten blir møtt med de samme rutinene og, ja den samme pleien da på en måte, på sykehjemmet og her i hjemmesykepleien.

**N: Du opplever at det har ikke vært det?**

I07: Altså, i noen tilfeller har det sånn, i forhold til medisineringen og sånn så kommer det litt an på hvem som har vært, litt vanskelig.

**N: Dere bruker jo palliative team av og til og hvordan synes du forholdet opp mot de er?**

I07: Det synes jeg er veldig bra.

**N: På hvilken måte?**

I07: Synes de er flinke til å komme ut å snakke med pasientene hvis det er noe og de er flinke til å være tilgjengelig på telefonen, hvis vi trenger det.

**N: Merker du er forskjell i ansattes holdning til endringer, etter å ha gjennomgått en endring?**

I07: Nei jeg synes det jeg stort sett har vært det samme eller, ja. Noen vil alltid være litt negative og andre synes at det er greit det tror jeg.

**N: Hvordan tror du motivasjonen for nye organisasjonsendringer er, og da tenker jeg på samme nivå som samhandlingsreformen?**

I07: Ja der og er jeg litt både og altså, jeg tror at noen har god motivasjon for det og andre ja, nei altså som sagt jeg tenker at noen synes det er litt spennende, med nye ting og å få litt mer varierte arbeidsoppgaver og, ja synes det er spennende med kreftomsorg.

**N: Hvordan har ledelsen taklet prosessen med å få implementert palliasjon i virksomheten?**

I07: Jeg synes det har, ja det var det, jo jeg synes egentlig at det de har vært positive til det og, ja vi har jo prosjekt gående da som sagt. Og ledelsen var veldig positiv til å søke prosjektmidler så vi hadde et prosjekt gående i fjord som bare gjaldt generell kompetanseheving innen palliasjon, og i år har vi da, implementert den pleieplanen med mennesker inne som hovedfokus. Ja, vi har vært veldig med på det og veldig, aktive og engasjerte i det prosjektet.

**N: Hvordan du synes ledelsen takler nye måten å fordele arbeidsoppgaver på?**

I07: I perioder hvor det er veldig mye å gjøre så, har kanskje ikke ledelsen så stor, vilje til å leie mer, eller det går mest på økonomi da at, det vet jeg at dem synes er negativt, men ellers så synes jeg at det stort sett er bra.

**N: Var deres organisasjon godt forberedt på å takle den nye organiseringen av kreftomsorgen?**

I07: Nei.

**N: Hva du følte manglet?**

I07: Jeg føler jo egentlig at det veldig få, ja var veldig forberedt på det at det folk kanskje ikke hadde tenkt så veldig mye på det før det plutselig var den her, ja så det var jo egentlig ikke gjort noe særlig forberedelser tror jeg i forhold til før den plutselig kom.

**N: Opplever du et stort engasjement knyttet til palliasjon?**

I07: Blant noen ja, men, jeg tror nok det at det er flere som er mer motiverte for det, ja det tror jeg.

**N: Synes du det virker som palliasjon er like kjent på alle nivåene i virksomheten?**

I07: Nei. Det tror jeg nok ikke, eller altså tenker du i forhold til, at jeg tenker i alle fall i hjemmesykepleien så er det stort sett sykepleierne som går til de palliative pasientene fordi at det stort sett alltid er medisiner og sånn vi må ordne med. Sånn at det tenker at det, at det som kaltes for hjelpepleier før da altså, husker egentlig ikke hva det kalles nå jeg.

**N: Har forholdet til andre instanser som er tilknyttet hjemmetjenesten blitt påvirket av samhandlingsreformen?**

I07: Ja.

**N: På hvilken måte?**

I07: Jeg tenker jo at det vi samarbeider mer med sykehjemmene og, ja og det er jo litt av det vi jobber med også med prosjektet da, å bedre samhandlingen i mellom de forskjellige instansene innad i kommunen.

**N: Hvordan har din arbeidsgruppe taklet de nye utfordringene, sammenlignet med andre grupper som har blitt påvirket av samhandlingsreformen?**

I07: Jeg synes jo at vi har klart det bra jeg.

**N: Altså bedre eller dårligere enn de som er rundt?**

I07: Bedre eller dårligere, akkurat samme sikkert.

**N: Er det en forskjell i grad av formalisering etter innføringen av samhandlingsreformen?**

I07: Ja altså det har jo vært i alle fall sånne sjekklister og sånne ting som de har jobbet med å implementere da, så det vil jo være en større grad av formalisering.

**N: Hvordan har ansvarsnivået du opplever blitt påvirket? Eller eventuelt ikke påvirket.**

I07: Hva mente du ansvarsnivået for oss, ja det vil jo si det er mer ansvar da for sykepleierne som er ute, mer komplekse ting med pasientene og, større arbeidsoppgaver.

**N: Hvordan vurderer du din egen kompetanse nå i forhold til før samhandlingsreformen?**

I07: Vil jo si at jeg har bedre kompetanse innen palliasjon ja, for min del er det mye på grunn av jobben, jeg er jo jobbet med de prosjektene, jeg regner med at det de fleste har økt kompetansen på grunn av jobben.

**N: Har arbeidsendringene ført til en endring i måten å utføre jobben på?**

I07: Ja jeg vil jo si det, ja altså, det tenker jeg at det ting kanskje er litt mer standardisert og ja, blitt det sånn at man har vet litt mer konkret akkurat hva man skal gjøre.

**N: Har strukturen i arbeidsgruppene blitt påvirket av samhandlingsreformen?**

I07: Ja si det, ikke noe konkret jeg kommer på.

**N: Har du lagt merke til noen endringer i form av belønninger?**

I07: Nei, nei har nok ikke det.

**N: Tror du deres organisasjon er bedre egnet til å takle nye utfordringer etter å ha gjennomgått en endring?**

I07: Tror alltid vi har vært flinke til å takle endringer.

**N: Er det andre ting rundt samhandlingsreformen eller ting som har skjedd på arbeidsplassen som du har tenkt på?**

I07: Jeg kommer ikke på noe nå altså.

**Vedlegg 11, transkribering informant 8 (behandlet)**

**Intervju 8**

Frogn,

Sykepleier.

**N: Hvor mye vet du om samhandlingsreformen og palliasjon i kommunen?**

I08: Faktisk ikke så mye nå, men hørte at det gjøres på landet.

**N: Hva slags konsekvenser har den nye kreftomsorgen medført for deg og din arbeidsdag?**

I08: hjemme etter pasientene kommer fra sykehuset, og angående smertestillende, de som krever behandling ikke bare smertestillende, men også følger opp at pasienten ikke er alene og familien ikke er alene. Jeg synes det er veldig viktig, og jeg hørte ikke noe negativt, bare positivt om oss.

**N: Hvordan du opplevde strukturendringen i arbeidsoppgavene?**

I08: Helt greit, må bare fordele lister og jobbe videre.

**N: Hva tror du kollegaene dine mener om endringene samhandlingsreformen har ført til?**

I08: Vi snakker faktisk veldig mye om hva som kom, var det positivt, var det negativt, men hører veldig ofte at vi sparer på det, er kanskje penger som er på topp. Kanskje vi kunne få noe for eksempel, vi kunne kanskje få litt mer tid til å snakke med pasientene, for betyr at vi kunne få litt mer bemanning.

**N: Hvordan opplever du kontakten med palliativt team og det samarbeidet?**

I08: Faktisk har jeg ikke møtt dem.

**N: Hvordan tror du motivasjonen for nye endringer er, da tenker jeg store endringer som samhandlingsreformen, blant dine kollegaer?**

I08: Kollegaene mine er veldig åpen for at det kommer noe nytt.

**N: Hvordan synes du ledelsen har taklet det å at det har skjedd endringer?**

I08: Angående ledelse, hørte veldig mye om at folk faktisk var litt misfornøyd med ledelsen her, men jeg personlig opplevde ikke, noe negativt fra ledelses side.

**N: De som er misfornøyd hva de er misfornøyd med?**

I08: Det vet jeg ikke.

**N: Føler du at sonen du jobber i er godt forberedt på nye endringer som kommer?**

I08: Vi får informasjon og opplæring først, nei får informasjon først, og jeg tenker det, fungerer godt det er viktig å informere folk. Uten informasjon da blir de bare misfornøyd.

**N: Opplever du stort engasjement knyttet til palliasjon?**

I08: For meg det er helt nytt.

**N: Er kreftomsorg og palliasjon like kjent på alle nivåene i virksomheten?**

I08: Jeg vil s at ledelsen er ikke helt avkoblet fra oss nei, de kommer på rapport.

**N: Føler du at din kompetanse har økt fordi at det er litt annerledes oppgaver nå?**

I08: Helt sikkert.

**N: Tror du det har vært noe endringer i form av belønninger til dere som utfører jobben?**

I08: Hvis jeg kan gjøre noe mer og vite noe mer, er det positivt for meg.



## Vedlegg 12, transkribering informant 9 (behandlet)

### Intervju 9

Frogn,

Sykepleier.

**N: Hvor mye vet du om samhandlingsreformen og kreftomsorg i kommunen?**

I09: Nei altså jeg, i og med at jeg har jobbet som vikar og vært veldig mye til og fra så har jeg ikke satt meg så veldig godt inn i det, fordi jeg jobber mest ut i fra de oppgavene jeg får.

**N: Hva synes du om at kreftomsorgen er overført til hjemmesykepleien?**

I09: Jeg synes det er veldig bra, fordi jeg har erfaring selv med min far den gang han var dårlig, og fikk hjelp av fransiskushjelpen i oslo, og så den tette omsorgen han fikk. Og jeg føler også at når det kommer inn i hjemmetjenesten at det blir veldig mye bedre for pasientene, det blir mindre frem og tilbake.

**N: Hva slags konsekvenser har den nye kreftomsorgen medført for deg og din arbeidshverdag?**

I09: Ikke noe særlig foreløpig.

**N: Hvordan opplever du endringsviljen blant kollegaene?**

I09: Jeg opplever vel det som greit altså, tror de fleste synes det er interessant å få litt flere arbeidsoppgaver og litt mer sykepleierfaglige oppgaver.

**N: Hvordan synes du det virker som at innføringen av nye rutiner oppleves blant de ansatte?**

I09: Det er litt både og, fordi at innimellom så blir det veldig mye ekstra å gjøre, mer enn det det har vært tidligere. Og det er ikke alltid at bemanningen er i samsvar med arbeidsoppgaver.

**N: Hva du tror at kollegaene mener om endringene samhandlingsreformen har ført til**

I09: Jeg tror det har ført til det at vi har fått mer å gjøre, det er blitt en mer hektisk hverdag. Altså det, nye oppgaver. Men jeg vil også synes at det kanskje er enda mer spennende oppgaver.

**N: Har du hatt kontakt med palliativt team?**

I09: Nei, jeg har bare hørt om dem.

**N: Hvordan takler ledelsen den nye måten å fordele arbeidsoppgaver?**

I09: Det er vel egentlig greit altså, jeg bare vet på en måte, og nå om dagen har det vært mye å gjøre, og da er man flinkere til å skaffe inn ekstra folk.

**N: Synes du det virker som virksomheten var godt forberedt på å takle den nye organiseringen**

I09: Det vil jeg tro, jeg har ikke merket noe annet.

**N: Tror du kreftomsorg og palliasjon er like kjent på alle nivåene i virksomheten?**

I09: Nei det, vet jeg ikke. Det er jo mest sykepleierne som har med det å gjøre, men jeg vet ikke hvor godt informert hjelpepleierne er for eksempel.

**N: Har du merket en forskjell i grad av formalisering etter det ble nye krav?**

I09: Ja det er jo blitt, når det gjelder palliative behandlingen så er det mer skjemaer å fylle ut, følelsen av at det er, altså dokumentasjonen at det må vi jo ha på plass.

**N: Har du lagt merke til at det har vært noe endring i ansvarsnivået**

I09: Nei.

**N: Har endringene hatt en effekt for kompetansen du har?**

I09: Her i kommunen men nå blir jeg jo invitert med når de har undervisning i forhold til nye ting, så det kommer til å ha noe å si for min kompetanse ja.

**N: Har det vært noe annet belønningssystem siden det har vært et annet andre oppgaver som skal utføres?**

I09: Ikke meg bekjent.

**N: Er det noen andre ting som du har tenkt på i forhold til disse endringene som har skjedd eller noe du har lagt merke til?**

**N: Har du noe inntrykk av hvordan kommunikasjonen mellom dere og sykehus fungerer for eksempel?**

I09: Jeg synes ikke jeg, det er alltid at det er så veldig greit, men ligger vel på begge sider. Jeg synes, jeg hadde en opplevelse selv på kveldsvakt her for ikke lenge siden, hvor det altså er en bruker som hadde vært innlagt i timer da og hvor da sykehuset har han medisiner og alt som er, og så kommer han og er hjemme i to dager, og så blir innlagt på sykehuset igjen, tenker som sykehuset ringer hit på kvelden og ber om å få oversendt medikamentliste, og da mener jeg at da bør de kunne se i sine egne papirer. Så minste motstands vei er kanskje bare det å ringe oss og be oss sende i stedet for å lese gjennom selv.

## Vedlegg 13, transkribering informant 10 (behandlet)

### Intervju 10

Frogn,

Sykepleier.

**N: Hvor mye vet du om samhandlingsreformen og kreftomsorg i kommunen?**

I10: Jeg jobber jo med det, jeg vet jo en hel del om det. Vi, blir mer og mer presset, vi skal rekke mer og mer, det er bare, fy, så mange ganger så føler jeg at det, det skorter litt på bemanning. Vi prøver så godt vi kan, men jeg føler stadig at det jeg egentlig ikke får gjort alt det jeg ville gjøre. Er man jo hos palliative pasienter og familien da og trenger god tid.

**N: Hvordan har effekten av at kreftomsorgen er lagt om på den måten som den er gjort, hvilken effekt har det for din jobbhverdag?**

I10: Nei vi får jo stadig mer utfordringer, i forhold til, ja sånn teknisk utstyr og da i forbindelse med terminale pasienter, og noen ganger så kommer pasienter hjem som skulle bare vært rett inn på, sykehjem. Noen ganger så føler jeg at det må vurderes litt mer hjem man kan sende hjem.

**N: Hvordan opplevde du strukturendringene i arbeidsoppgavene?**

I10: Jeg føler at vi skal yte mer og mer og vi har dårligere og dårligere tid til å gjøre det, så jeg har stadig dårlig samvittighet for at jeg føler jeg ikke har gjort alt jeg skal og burde ha gjort.

**N: Hvordan opplever du endringsviljen blant kollegaene dine?**

I10: Nei, alle er vel vært positive, men alle føler vel på det med tidspresset.

**N: Hvordan har forholdet ditt til formaliserte rutiner blitt påvirket av samhandlingsreformen?**

I10: Ja, nei jeg har hatt en del fagdager da innen palliasjon og det har vært veldig fint, så en del har jo blitt systematisert gjennom det.

**N: Hva tror du kollegaene dine mener om endringene samhandlingsreformen har ført til?**

I10: Nei vi har jo større utfordringer, både teknisk og, ja, faglig da i forhold til alt i forbindelse med palliasjon, pårørende, pasienten.

**N: Hva skal ifølge deg til for at kreftomsorgen og palliasjon da kan forbedres i kommunen?**

I10: Det er veldig fint med alle de kursene vi har nå, det er veldig fint, vi kan ikke få nok sånne kurs og fagdager, så det er veldig bra.

**N: Andre ting som du tror kunne forbedret palliasjon?**

I10: Det må bli enda mer kurs. Og enda bedre tid, litt sånn ressurser. Bemanning! Jeg kan ikke være og stelle ti pasienter samtidig som jeg skal ta meg av terminale pasienter hvor det skjer ting, det skjer uventede ting.

**N: Av og til så kaller dere inn palliativt team, hvordan du opplever kontakten med dem og hvordan det fungerer?**

I10: Det er veldig bra og, vi var veldig glad når vi hadde palliativ på Ski, følte at det, vi var nær, vi var nær fagpersoner som hadde høy kompetanse.

**N: Merker du en forskjell i ansattes holdning til endringer? Etter å a vært gått gjennom noen endringer nå.**

I10: De fleste tenker vel litt som meg at vi er veldig glad for å få utfordringer, og å vi synes vi har gjort en veldig god jobb i alle fall noen ganger når vi får takk etterpå.

**N: Hvordan du tror motivasjonen er for nye organisasjonsendringer, altså på nivå med samhandlingsreformen?**

I10: Ja, nei, det er alltid rom for å få noen, omorganiseres på, vi har jo på måte måttet gjøre det innimellom i løpet av de årene jeg har jobbet.

**N: Hadde du sett på det som en positiv ting hvis det hadde blitt en ny stor omorganisering?**

I10: Det kommer an på hva, jeg kan ikke si det før jeg har sett omorganiseringen, men jeg er jo alltid åpen for at det vi kan forbedre oss.

**N: Hvordan du synes ledelsen har taklet prosessen med å få implementert palliasjon i virksomheten?**

I10: Ja, det er jo bra.

**N: Hvordan har ledelsen taklet den nye måten å fordele oppgavene på?**

I10: Ja det er det jeg sier. Tid. Vi må skjønne at ting, tar tid.

**N: Opplever du et stort engasjement knyttet til palliasjon?**

I10: Ja.

**N: Er det noe du føler har endret seg etter dere fikk nye oppgaver?**

I10: Ja vi har jo sikkert blitt bedre.

**N: Har du inntrykk av at kreftomsorgen og palliasjon er like kjent på alle nivåene i organisasjonen?**

I10: Sånn har peiling på hva vi driver med, nei.

**N: Hvor tror du..**

I10: MEN DE som jobber, vi vet hva vi driver med. NEI NOEN ganger så føler jeg at de er for lite, det er litt distanse noen ganger synes jeg.

**N: Opp til første sjef?**

I10: Ja. De er liksom på den siden der, og vi er på den siden her vi som vi jobber med.

**N: Har forholdet til andre instanser som er tilknttet hjemmetjenesten blitt påvirket av samhandlingsreformen?**

I10: Ja vi gjør vel det nå, vi har med at folk blir jo dårligere og dårligere hjemme, man merker jo det at terskelen for å få seg en plass på sykehjem er blitt mye høyere.

**N: Er det en forskjell i grad av formalisering etter samhandlingsreformen?**

I10: Ja, vi har jo fått mer klare rutiner på ting, ja.

**N: Hvordan vurderer du din egen kompetanse nå i forhold til før samhandlingsreformen?**

I10: Nei, den er vel økt. Hvordan du skal prate med pårørende, hva du skal kan gi til de terminale av medikamenter, visste vel om det før og men, ja jeg har vel fått økt min kompetanse.

**N: Har arbeidsendringene ført til endringer i måten å utføre jobben på i forhold til ansvar frihet og selvstendighet?**

I10: Ja det er det jeg mener at tiden begrenser friheten og selvstendigheten min.

**N: Har du lagt merke til at det har blitt en endring i form av belønninger?**

I10: Endring i form av belønninger, nei noen ganger synes jeg det bare har, merker at det, det som på en måte å, pårørendes ansvar for at de følte at det var deres ansvar, det er snart, det er mer og mer som blir kommunens ansvar hele tiden. I dag hvis en pasient er dårlig, så får hjemmesykepleien pepper hvis vi ikke vi, de har sørget for å få pasienten til lege.

**N: Så på en måte mindre belønninger?**

I10: Ja på en måte så er det, på en måte mindre belønninger.

**N: Er det andre ting som har med belønninger å gjøre som du har sett en endring, kan være med tilbakemeldinger eller økonomisk belønning?**

I10: Vi er veldig veldig glad når vi får blomster eller noe fra de pårørende etterpå, da vet vi at vi har gjort en god jobb, og det liker vi. Vi elsker belønninger.

**N: Tror du at organisasjonen er bedre egnet til å takle nye utfordringer etter å ha gått gjennom en endring?**

I10: Ja vi bør vel det. Nei at vi har fått mer kompetanse, at vi lærer mer og vi får mer erfaringer, i og med at vi jobber med det så, ja.

**N: Er det noen andre ting du har tenkt på opp mot samhandlingsreformen, palliasjon eller noe med deres jobbhverdag?**

I10: Ja jeg har bare tenkt på at det vi må bare skjønne at det, omsorg krever tid, altså det krever jo godt samarbeid.

**N: ja. Mer?**

I10: Og mere kurs vil jeg ha.

## Vedlegg 14, transkribering informant 11 (behandlet)

### Intervju 11

Frogn,

Vikar.

**N: Hvor mye vet du om samhandlingsreformen og kreftomsorg i kommunen?**

I11: Jeg vet ikke så mye, jeg vet at det finnes en kreftkoordinator som tar imot pasientene, og det er hun som informerer oss når det er en kreftpasient som kommer til å trenge hjelp fra oss.

**N: Hva synes du om at kreftomsorgen er overført til hjemmesykepleien?**

I11: Jeg synes at det er greit, men at vi trenger litt mer opplæring og litt mer informasjon i forhold til hvordan vi skal snakke med pårørende, det synes jeg er vanskelig.

**N: Hvilke konsekvenser har den nye kreftomsorgen medført for deg og din jobbhverdag?**

I11: Ja, vi har ikke så mange pasienter foreløpig, det eneste som jeg synes det kan være vanskelig er kommunikasjonen. Jeg er ikke redd dette med smertepumpe og sånne greier det synes det er greit, men det at kommunikasjon og hva, den tiden som vi er hos dem, hvordan vi må opp oppfordre oss og sånne ting synes jeg er vanskelig.

**N: Hvordan opplever du endringsviljen blant kollegaene dine?**

I11: Ja, det går bra, vi snakker på rapport om det er noe som vi ikke vet og vi ikke kan så snakker vi sammen og vi prøver å hjelpe hverandre, det går ganske greit, det betyr ikke noe problem.

**N: Har det forholdet til formaliserte rutiner har blitt påvirket av samhandlingsreformen?**

I11: Nei.

**N: Hva tror du kollegaene dine mener om endringene som samhandlingsreformen har ført til?**

I11: Ja, vet du hva det er alltid vanskelig når det er endringer, for folk må bli vant til det og det hjelper med opplæring og sånne møter og sånne ting.

**N: Kjenner du til at av og til så blir det kalt inn palliativt team?**

I11: M-hm.

**N: Har noe erfaring med det?**

I11: Jeg vet at det er en telefon som vi har, hvor vi kan ringe til dem hvis det er noe, men det er ikke så mange kreftpasienter, vi hadde et par men en av dem for eksempel ønsket ikke at vi skulle ringe dem

så vi fikk ikke kontakt med dem, fordi pasienten hadde ikke hadde hatt god erfaring med de, men jeg vet at det finnes en telefon som vi kan bruke.

**N: Hvordan tror du motivasjonen for nye organisasjonsendringer er i kommunen, og da tenker jeg sånne store organisasjonsendringer som samhandlingsreformen var?**

I11: Det er ikke noe, jeg syns folk er positiv på en måte.

**N: Synes du det virker som ledelsen har taklet prosessen godt med å få implementert palliasjon?**

I11: Nei.

**N: Hvorfor?**

I11: Vi får ikke mye informasjon og det som jeg opplever sånn, at det er kreftkoordinator som kommer og vi snakker med henne men ledelsen de gjør ikke mye for at vi skal vite hva vi må gjøre, hvordan vi kan få mer informasjon eller sånne ting.

**N: Opplever du at det er stort engasjement knyttet til palliasjon?**

I11: Nei.

**N: Tror du kreftomsorg og palliasjon er like kjent i alle nivåene i organisasjonen?**

I11: Nei, vi setter ikke stor pris, hvordan kan jeg forklare. Vi bruker ikke mye, det er ikke noe som vi snakker mye om.

**N: Føler du at det har blitt endret ansvarsnivå etter omorganiseringen?**

I11: Ja det kan hende, at noen ganger føler jeg at vi tar avgjørelser som vi er sikker, er klare for å ta. For eksempel en pasient som med smertepumpe som har smerter, når kan vi øke pumpen og sånn, vi er føler oss litt utrygge på sånne ting.

**N: Er det andre ting?**

I11: Ja eller det, så når det for eksempel medisinerer, det er vanskelig å vurdere til å begynne med sånn med den eller. Jeg tror at vi er litt redd disse medisinene, for tidlig eller for sent.

**N: Hvordan du vurderer din egen kompetanse nå i forhold til før det var sånne oppgaver du måtte utføre?**

I11: Før kunne jeg ikke så mye, og nå kunne jeg ikke så mye heller. Nei men ja, vi får vel til tekniske greier, jeg føler meg ganske trygg, men i forhold til kommunikasjon, er jeg ikke det og jeg synes at det er nesten det viktigste, jeg tror det er viktigere for pasientene enn de andre tingene.

**N: Har du lagt merke til at det har blitt noen endring i form av belønninger?**

I11: Vet jeg ikke. Nei.