

# **Ledelse og styring innenfor heldøgns omsorgstjenester til personer med psykisk utviklingshemning**

- Myndighetskrav som regulerer handlingsrommet for ledelse og tjenesteutøvelse

Hanne Mohrsen  
VID vitenskapelige høgskole

Masteroppgave  
Master i Verdibasert ledelse  
Veileder: Sidsel Sverdrup

Antall ord: 29 347  
5.2.2016

## Sammendrag

Tema for denne masteroppgaven er internkontrollforskrift i helsetjenesten sett opp mot kompetansebehov i heldøgns omsorgsboliger for voksne med diagnose psykisk utviklingshemning.

Studiens formål er å søke å avdekke lederes erfaringer med, og imøtekommelse av, myndighetskrav fra internkontrollforskrift for helsetjenesten.

Problemstilling for oppgaven er:

**Hvilke erfaringer har ledere med myndighetskrav fra internkontrollforskriften i helsetjenesten? Hvilke utfordringer medfører myndighetskravene, hva gjør lederne for å møte utfordringene, og hvordan dokumenterer lederne dette?**

Denne undersøkelse tar utgangspunkt i utøvelse av ledelse gitt av føringer fra myndighetskrav (primært lover og forskrifter), sett opp mot New Public Management som reform, balansert målstyring som ledelsesstrategi, og strategisk kompetansestyring som lederperspektiv. I tillegg har en rekke publiserte artikler og relevant forskning dannet utgangspunkt for datainnsamling, og blir benyttet som kilder og teoretisk rammeverk. Internkontrollforskrift for helsetjenesten gir tydelige krav til en rekke plikter som ledere må dokumentere ivaretagelse av.

Kvalitativ metode har blitt benyttet for innsamling av data. Det ble gjennomført en casestudie, med samtaleintervju av syv ledere, på tre nivåer, i en middels stor norsk kommune på Østlandet. Respondentene jobber innenfor pleie- og omsorg, nærmere bestemt tjenester til personer med diagnose psykisk utviklingshemning.

Undersøkelsen viser at myndighetskravene i hovedsak blir imøtekommet, men at lederne påpeker enkelte utfordringer tilknyttet dette. Hovedtendensene fra undersøkelsen blir presentert og drøftet, forstått i forhold til problemstilling, teori om ledelse, og tidligere forskning.

Undersøkelsen viser at kommunen har etablert systemer og standardisering for å imøtekomme myndighetskrav fra internkontrollforskrift for helsetjenesten. Hovedutfordringene handlet om balanseringen mellom styring og ledelse, altså grad av standardisering og systemer, versus grad av kreativitet og læring, og at tjenesten består av mange medarbeidere uten formell kompetanse, hvor det skal sikres tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter.

Undersøkelsens begrensninger er at resultater fra undersøkelsen ikke er generaliserbare, ettersom undersøkelsen kun omfatter én avdeling i én kommune.

Forslag til videre forskning er fokus på etablering av styringsparametere og insentiver, som kan ha god effekt innenfor «myke tjenester» i offentlige sektor.

## Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært en krevende, spennende og lærerik prosess. I en hektisk lederhverdag erkjenner man tidlig at man må ta høyde for uforutsette hendelser.

Som en takk og hilsen til alle kloke mennesker jeg har møtt på min vei, vil jeg gjerne sitere et dikt:

<u>To kloke</u>	Så er det
Det er ein	ein annan
som er så klok	som er så klok
at i lag med han	at i lag med han
skjønar eg	er eg klok
kor dum eg er.	eg og.
	av Erling Indreeide

Først en stor takk til min veileder Sidsel Sverdrup, for at du har delt av din kunnskap, og gitt meg konstruktive tilbakemeldinger. Dine tilbakemeldinger har vært svært verdifulle for meg.

Takk til mine respondenter som har satt av tid i en hektisk lederhverdag, og delt av sine erfaringer. Jeg ble møtt med åpenhet og velvilje, og deres engasjement og kunnskapsdeling var til stor inspirasjon for meg.

Jeg vil også takke gruppeveileder, Beate Løvaas. Du skapte et trygt rom for gode diskusjoner og drøftinger, og jeg verdsetter dine tilbakemeldinger.

En stor takk rettes også til arbeidsgiver, Oslo kommune og Bydel Grorud, og gode kollegaer som har tilrettelagt og støttet meg i gjennomføringen av denne utdanningen.

Avslutningsvis vil jeg gjerne takke venner og familie som har støttet meg, heiet meg frem, og ventet tålmodig på at jeg skal fullføre denne masteroppgaven.

Oslo, 1. mai 2016

Hanne Mohrsen

## Innholdsfortegnelse

1. Innledning .....	8
1.1 Tema .....	9
1.2 Bakgrunn .....	10
2. Problemstilling og nøkkelbegreper .....	11
2.1 Problemstilling .....	11
2.2 Nøkkelbegreper i oppgaven .....	12
3. Rammer for oppgaven .....	13
3.1 Heldøgns omsorg til personer med psykisk utviklingshemning .....	13
3.2 Statlige strategier .....	16
3.3 Internkontrollforskrift for helsetjenesten og kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenester .....	17
3.4 Høringsnotat – ny forskrift .....	21
3.5 Veiledere og idéhefter .....	21
4. Teori om ledelse og tidligere forskning .....	22
4.1 Innledning .....	22
4.2 Teori om ledelse .....	23
4.2.1 New Public Management som reform .....	23
4.2.2 Balansert målstyring .....	25
4.2.3 Strategisk kompetansestyring .....	29
4.2.4 Oppsummering av NPM og teorier om ledelse .....	32
4.3 Tidligere forskning .....	33
4.3.1 Styrking av kvalitet i offentlig tjenesteproduksjon .....	33
4.3.2 Tilrettelegging av kvalitetssystemer .....	34
4.3.3 Velferdsstat og velferdskommune .....	36
4.3.4 Kommunens praktisering av internkontroll .....	37
4.3.5 Iverksetting av forskrifter .....	38
4.3.6 Kvalitetsutvikling av tjenester i boliger .....	38
4.3.7 Oppsummering av tidligere forskning .....	39
5. Metode .....	40

5.1 Kvalitativ tilnærming .....	40
5.2 Design .....	40
5.3 Utvalg .....	41
5.4 Samtaleintervju .....	43
5.5 Reliabilitet og validitet .....	47
5.6 Analyse .....	48
5.7 Etikk .....	50
6. Lederes erfaringer med, og imøtekommelse av, myndighetskrav i internkontrollforskrift for helsetjenesten .....	51
6.1 Beskrivelse av kommunen og relevante forhold .....	52
6.1.1 Ledere i miljøarbeidertjenesten .....	53
6.1.2 Brukere i miljøarbeidertjenesten .....	54
6.1.3 Medarbeidere i miljøarbeidertjenesten .....	54
6.1.4 Oppsummering og drøfting .....	54
6.2 Utøvelse av styring og ledelse .....	55
6.2.1 Balansert målstyring .....	56
6.2.2 Lederteam .....	57
6.2.3 Ansvarsfordeling, dokumentasjonskrav og implementering av tiltak ....	57
6.2.4 Kompetanseanalyse, utviklingssamtaler og kompetansekrav .....	59
6.2.5 Omorganisering, med fusjonering av tjenestesteder .....	61
6.2.6 Oppsummering .....	62
6.3 Kompetansehevende tiltak for medarbeiderne .....	63
6.3.1 Forum og nettverk .....	64
6.3.2 Felles tiltak innen pleie- og omsorg .....	66
6.3.3 Forelesning for grupper .....	66
6.3.4 E-læring og veiledning .....	67
6.3.5 Egenstudier .....	67
6.3.6 Utdanning .....	68
6.3.7 Vernepleiere .....	68
6.3.8 Ekstern bistand til kompetansehevende tiltak .....	70

6.3.9 Opplæring, opplæringsplaner og fagadministrative systemer .....	70
6.3.10 Skadeavvergende tiltak .....	71
6.3.11 Etisk refleksjon .....	72
6.3.12 Legemiddelhåndtering .....	73
6.3.13 Journalansvarlig .....	74
6.3.14 Oppsummering og drøfting .....	75
6.4 Systemer for imøtekommelse av myndighetskrav .....	78
6.4.1 Avvikssystemer .....	78
6.4.2 Internkontroll .....	79
6.4.3 Oppsummering og drøfting .....	80
6.5 Forventninger, samarbeid og særtrekk ved miljøarbeidertjenesten .....	81
6.5.1 Brukere og pårørende .....	82
6.5.2 Andre samarbeidspartnere .....	83
6.5.3 Oppsummering og drøfting .....	86
6.6 Avslutning av kapitel .....	87
7. Konklusjon .....	87
7.1 Tilbake til problemstillingen .....	87
7.2 Oppsummering av resultater .....	87
7.3 Veien videre .....	89
8. Litteraturliste .....	90
Vedlegg 1 Henvendelse til kommunalsjef .....	95
Vedlegg 2 Intervjuguide .....	96
Vedlegg 3 Samtykkeskjema .....	99

## **1. Innledning**

Tema i denne oppgaven er ledelse i en profesjonsorientert sektor, nærmere bestemt ledelse innenfor fagfeltet tjenester til personer med psykisk utviklingshemning. Ledere i førstelinje i kommunene har som regel både personal-, økonomi- og faglig ansvar, og stilles ovenfor stadig større utfordringer når det gjelder kompetansekrav for medarbeidere, stramme økonomiske rammebetingelser og imøtekommelse av brukeres behov og ønsker. Rammen for ledelse er dermed innholdsrik og kan by på mange ulike utfordringer. Førstelinjeledere i kommunene er ledere innfor en profesjonsorientert sektor (Busch, 2012). Det er velkjent at mange ledere har vært dyktige fagpersoner som har «klatret» i karrierestigen til lederstilling på grunn av sin fagkompetanse. Førstelinjeledere er tett på tjenesteyterne som ivaretar den direkte tjenesteytingen til brukerne. Samtidig blir de gjerne stilt ovenfor tydelig krav og forventninger fra ledelsen over seg. Mange omtaler derfor førstelinjeledelse som «Urias post». Som leder med personal-, økonomi- og faglig ansvar, må lederen forholde seg til ulike føringer både internt og eksternt. Myndighetskrav i form av lover, forskrifter og rundskriv er noe av det som er med på å legge rammene for lederrollen.

Som leder i kommunen kan man oppleve at det er mange krav som skal imøtekommes med så lite ressurser som mulig. Man må hele tiden balansere for å yte riktige tjenester, til riktig tid og på riktig nivå. Verdens helseorganisasjon (WHO) har innført prinsippet om næromsorg, som kalles LEON-prinsippet, som står for Lavest Effektive Omsorgsnivå (Steinkjer, 2016). Kommuner og Fylkeskommuner forplikter seg gjennom gjeldende lovverk og ulike offentlige utredninger og planer til å følge LEON-prinsippet. Å vurdere riktig tjeneste, til riktig tid og på riktig nivå er en balansegang som skal mestres av alle medarbeidere som yter tjenester til innbyggerne på vegne av kommunen. Med andre ord er tjenesteyting forvaltning av våre felles velferdsgoder. Som leder må man derfor sørge for at medarbeiderne har kompetanse til å ta gode og velfunderte valg når de er i tjeneste. Realiteten i hvordan tjenesteyting foregår er at medarbeiderne ofte er alene med sine brukere og må ha kompetanse til å fatte riktige beslutninger på egen hånd. Dette gjelder alle medarbeidere uavhengig av formell kompetanse. Med det menes for eksempel at en ufaglært miljøarbeider må ha kompetanse til å vurdere om en kollega eller noen andre skal tilkalles dersom situasjonen hos bruker tilsier at det er behov for en vurdering av noen med formell kompetanse innenfor et spesielt felt. Dersom den ufaglærte ikke er i stand til å vurdere om det er behov for å tilkalle andre, er det bruker som ikke får riktig vurdering og dermed heller ikke får riktige tjenester. Det samme gjelder dersom for eksempel en sykepleier må ta stilling til om en tjenestemottaker har behov for vurdering



av en lege. Som leder er det derfor av avgjørende betydning at man har oversikt over ansattes kompetanse og brukernes behov. Brukernes behov er sjelden statiske, dermed vil det være behov for ulik kompetanse ut ifra behovene som er der til enhver tid. I tillegg til å ha oversikt over kompetanse må lederen ha en plan for hvordan man sikrer tilstrekkelig kompetanse (kunnskap og ferdigheter) og videreutvikling av denne hos hver enkelt tjenesteyter.

## **1.1 Tema**

Faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, systematisk styring og kontinuerlig kvalitetsforbedring er regulert gjennom helse- og omsorgstjenesteloven og tilhørende forskrifter. I denne sammenhengen er internkontrollforskriften i helsetjenesten og kvalitetsforskriften av særlig interesse. I 1994 ble helsetjenestene pålagt å etablere et system for internkontroll i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2004). Helsetilsynsloven § 3 omhandler denne plikten, og i lovteksten står det at «Enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter». I 1995 ble det utgitt en Nasjonal Strategi for helsetjenesten, IK – 2482, av statens helsetilsyn. Det overordnede målet i strategien var at alle innenfor helsetjenesten skulle etablere system for internkontroll innen år 2000 (Helsetilsynet, 1998). Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten trådte i kraft i januar 2003. Formålet med interkontrollforskriften er beskrevet i formålsparagrafen § 1, der det står «...å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og at helse- og omsorgslovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene (Internkontrollforskrift i helsetjenesten, 2003)». Det innebærer dermed at internkontrollforskriften omhandler den enkelte virksomhets egne systemer, mot ledelse og organisering, det vil si systemnivå.

Internkontrollforskriften og kvalitetsforskriften er tett forbundet med hverandre, ettersom målet med internkontroll er å bedre kvaliteten på systemnivå og målet med kvalitetsforskriften er å bedre kvaliteten på individnivå. Det er dermed naturlig å se på kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenesten i denne sammenhengen.

Kvalitetsforskriften trådte i kraft i juli 2003 og formålet med den er beskrevet i § 1 «Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov

med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel» (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

Kommunene skal ivareta helse- og omsorgstjenestene til innbyggerne, og det kommer stadig nye krav om flere områder som skal ivaretas av kommunen. Samhandlingsreformen er den siste store reformen som trådte i kraft og påvirket kapasiteten og organisering av tjenestene til kommunene (Samhandlingsreformen i kortversjon, 2014). Med bakgrunn i store ansvarsområder, og forvaltning av felles velferdsgoder og ressurser er det viktig at kommunene forvalter dette på en forsvarlig måte. Internkontroll er et av verktøyene som finnes for å kontrollere egen drift.

## **1.2 Bakgrunn**

Tema for oppgaven har bakgrunn i egne erfaringer fra internkontroll og kvalitetsrevisjoner. I 2014 gjennomførte Helseetaten i Oslo kommune en kvalitetsrevisjon av samlokaliserte boliger i oppdrag av Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester. Kvalitetsrevisjonen fokuserte på tre revisjonsområder, disse var ernæring, legemiddelhåndtering og avvikshåndtering (Oslo kommune, 2015). Våren 2015 publiserte de en rapport med sine funn og anbefalinger for arbeid med internkontrollen for øvrige tjenestesteder i Oslo kommune. De varslet også at de kom til å foreta nye revisjonsbesøk til andre bydeler. Funn fra kvalitetsrevisjonen tydeliggjorde behovet for kontinuerlig arbeid med å sikre faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, systematisk styring og kvalitetsforbedring i Oslo kommune. Hovedfunnene viste mangelfull systematikk i kartlegging, opplæring og dokumentasjon, og mangelfull kjennskap til nasjonale faglige retningslinjer. Det er nærliggende å anta at de samme utfordringene kan være gjeldende også for andre kommuner.

I internkontrollforskriften for helsetjenesten benyttes begrepene tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter. Begrepet kompetanse favner mer enn tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter. I problemstillingen etterspørres lederes erfaringer med myndighetskravene i internkontrollforskrift for helsetjenesten, hvilke utfordringer de medfører, hva lederne gjør for å møte utfordringene, og hvordan de dokumenterer dette. Ledernes erfaring kan dermed avdekke behov for høyere krav enn lovens minimumskrav om tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter. Teorier om ledelse vedrørende hvordan man avdekker og dokumenterer kompetanse hos medarbeidere, og hvordan man kan hjelpe til med å videreutvikle medarbeidernes kompetanse er av interesse i denne sammenhengen.

## **2. Problemstilling og nøkkelbegreper**

I følgende kapittel vil det presenteres problemstilling og nøkkelbegreper i oppgaven.

### **2.1 Problemstilling**

I dette avsnittet vil problemstilling, og analyse av denne, bli presentert.

Denne undersøkelse tar utgangspunkt i utøvelse av ledelse gitt av føringer fra myndighetskrav (primært lover og forskrifter), sett opp mot New Public Management som reform, balansert målstyring som ledelsesstrategi, og strategisk kompetansestyring som lederperspektiv. I tillegg har en rekke publiserte artikler og relevant forskning dannet utgangspunkt for datainnsamling, og blir benyttet som kilder og teoretisk rammeverk. Internkontrollforskrift for helsetjenesten gir tydelige krav til en rekke plikter som ledere må dokumentere ivaretagelse av.

Følgende problemstilling har dannet utgangspunkt for undersøkelsen:

**Hvilke erfaringer har ledere med myndighetskrav fra internkontrollforskriften i helsetjenesten? Hvilke utfordringer medfører myndighetskravene, hva gjør lederne for å møte utfordringene, og hvordan dokumenterer lederne dette?**

For å svare på problemstillingen, ble det foretatt en del avgrensninger og presiseringer. For det første ble det fokusert på heldøgns omsorgsboliger for voksne personer med diagnose psykisk utviklingshemning. Dette ble gjort for å avgrense oppgaven for å få en gjennomførbar studie med tanke på tid og omfang. I tillegg er tjenester til utviklingshemmede et fagområde av egen interesse, og som jeg har arbeidserfaring fra og kompetanse om.

Det blir tatt utgangspunkt i Jacobsens modell for analyse av problemstilling (2015, s.78) for å se på hvilke tre dimensjoner den består av. Slik problemstillingen er formulert, fremstår den som klar, beskrivende og ikke generaliserende. Den er klar i den forstand at den kan deles inn i variabler, verdier og enheter. Variabel i problemstillingen er myndighetskrav.

Myndighetskrav som variabel kan være vanskelig å måle og må derfor operasjonaliseres. Undersøkelsesenheter i problemstillingen er ledere i helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Det innebærer at kommunen er konteksten. Undersøkelsen gjennomføres på flere ledernivåer i kommunen, ut ifra en hensikt om å få tilgang til ulike perspektiver på myndighetskravene og utfordringer de medfører. Problemstillingen er deskriptiv ved at den tar sikte på å undersøke hvordan lederne sikrer imøtekommelse av myndighetskravene.

Studien er ikke generaliserende fordi det ikke er mulig å undersøke et stort nok omfang av ledere innenfor kommunale tjenester til personer med psykisk utviklingshemning. Den begrenses til en avdeling i en kommune, og som undersøkelsesenheter er ikke dette tilstrekkelig for å kunne generalisere funn (Jacobsen, 2015).

## 2.2 Nøkkelbegreper i oppgaven

I følgende avsnitt presenteres noen nøkkelbegreper som det er behov for å fremheve og definere. Disse begrepene er internkontroll, kompetanse og ledelse.

Problemstilling tar utgangspunkt i internkontrollforskrift for helsetjenesten.

PricewaterhouseCoopers (PwC) (2009, s.5) definerer internkontroll som «et formalisert kontrollsystem der kontrollaktiviteter utformes, gjennomføres og følges opp med basis i vurderinger av risiko for styringssvikt, feil og mangler i virksomhetens arbeidsprosesser». Denne undersøkelsen støtter seg til PWC sin definisjon av internkontroll.

I internkontrollforskrift for helsetjenesten benyttes begrepene «tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter». I denne oppgaven benyttes begrepet kompetanse som meningsbærende begrep for både kunnskap og ferdigheter. Lai (2004, s.48) beskriver kompetanse som en samlebetegnelse for «kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle oppgaver i tråd med definerte krav og mål». Kunnskap handler om viten, mens ferdigheter handler om evnen til å utføre (Lai, 2004; Busch, 2012).

I følge Lai (2004, s.11) handler kompetanse «... om å være i stand til å mestre oppgaver og oppnå definerte mål». Martinsen (2010, s.210) beskriver kompetanse med «... hva man kan være i stand til å utføre, eller med andre ord hvilket potensial man har for målrettet og mestringsorientert handling på ulike områder». Lai og Martinsens beskrivelser er sammenfallende i betydning, og danner grunnlaget for forståelsen av begrepet kompetanse i denne oppgaven. Kompetanse som begrep favner mer enn internkontrollforskriftens krav om tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter. Det innebærer at en virksomhet kan oppfylle lovkrav om tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter blant sine medarbeidere, men likevel oppleve et behov for kompetanseheving på enkelte områder.

Når det gjelder bruk av begrepet ledelse i oppgaven, omhandler det ledelse i offentlig sektor, nærmere bestemt ledelse innenfor tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemning. Mintzberg omtaler ledelse innenfor offentlig sektor som profesjonelle byråkratier, mens Busch omtaler det som profesjonsorientert sektor (Busch, 2012). Faktorer som særpreger

profesjonsorientert sektor er (Busch, 2012, s.22) «hovedfokus på tjenesteproduksjonen, stor grad av desentralisering, stor grad av spesialisering, og styring gjennom formelle krav til ansattes kvalifikasjoner». Disse faktorene vil påvirke lederne i valg av ledelsestiltak innenfor feltet.

### **3. Rammer for oppgaven**

I følgende kapittel vil rammer vedrørende tjenester til personer med psykisk utviklingshemning, statlige strategier, forskrifter og veiledere bli presentert. Myndighetskrav og statlige strategier er naturlige utgangspunkt til informasjon i arbeidet med denne masteroppgaven, derfor tas det en gjennomgang av relevante myndighetskrav og strategier. Med myndighetskravene som utgangspunkt har andre rettskilddefaktorer som proposisjoner, forarbeider til lovene og rettspraksis blitt undersøkt (Molven, 2015). På grunn av oppgavens størrelse har ikke andre myndigheters praksis blitt undersøkt.

#### **3.1 Heldøgns omsorg til personer med psykisk utviklingshemning**

I følgende avsnitt presenteres en historisk utvikling av tjenester til personer med psykisk utviklingshemning. Studien fokuser på ledelse innenfor pleie- og omsorg, nærmere bestemt tjenester til voksne personer med psykisk utviklingshemning i offentlig sektor. Tjenester til denne gruppen har gjennomgått en stor utvikling og endring fra ansvarsreformen trådte i kraft i 1991. Målet med reformen var å bygge ned unødige skiller mellom funksjonshemmede og andre. Stikkord som preget bakgrunnen for reformen var integrering, deltakelse, medvirkning og selvbestemmelse, eller sagt på en annen måte, fremheving av tjenestemottakernes allmenne rettigheter og behov. Tilbudet skulle tilrettelegges ut fra individuelle behov med et faglig forsvarlig tilbud. Man gikk fra en tenkning omkring særomsorg i store institusjoner, til en tilbakeføring til hjemkommune med individuelt tilpassede tjenester integrert i lokalsamfunnet (Fellesorganisasjonen, 2008). Hovedmålene med ansvarsreformen ble beskrevet i Meld. St. 67 (1986 – 1987) Ansvar for tiltak og tenester for psykisk utviklingshemma og Meld. St. 47 (1989 – 1990) Om gjennomføringen av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemning.

I Meld. St. 45 Frihet og likeverd ble levekårene for personer med psykisk utviklingshemning, og en evaluering av måloppnåelse fra ansvarsreformen, presentert. Spørsmål som ble stilt i evalueringen (Meld. St. 45 (2012-2013), s.5) var «Har personer med utviklingshemning likeverdige levekår? Behandles personer med utviklingshemning som likestilte

samfunnsborgere? Er det lagt til rette for deltakelse i samfunnet? Hvordan ivaretas retten til selvbestemmelse? Tilbyr samfunnet nødvendig beskyttelse? Får personer med utviklingshemming den bistand de trenger?». Det har skjedd en styrking av rettigheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne, både nasjonalt og internasjonalt, de siste 25 årene. FN vedtok en konvensjon om mennesker med nedsatt funksjonsevne i 2006, som plasserer rettigheter, ordninger og tiltak inn i et menneskerettslig perspektiv. Den 3.6.2013 ratifiserte Norge konvensjonen. I Meld. St. 45 (2012-2013, s.11) står det beskrevet at det er en «offentlig oppgave å sørge for at alle, uavhengig av intellektuelle og fysiske forutsetninger, opplever trygghet, får opplæring, mulighet til arbeid, tilfredsstillende bolig, god helse og meningsfylt fritid. Dette sikres hovedsakelig gjennom gode offentlige ordninger og vekt på den enkeltes rettssikkerhet». Videre står det at offentlige tjenester må være fleksible for å sikre selvbestemmelse i så stor grad som mulig. Tjenestene skal utformes (Meld. St. 45 (2012-2013), s. 12) «på en måte som er tilpasset mottakers individuelle behov, ønsker, levesett og evner. Personer med utviklingshemming skal sikres medvirkning og samtykke i alle livets forhold». Meld. St. 45 (2012-2013) beskriver at det er store variasjoner i ulike sektorer og på tvers av sektorene når det gjelder kunnskap om situasjonen for personer med psykisk utviklingshemming og hvilke regler, ordninger og tiltak som er etablert. Det er identifisert behov for ytterligere kunnskap om blant annet personer med psykisk utviklingshemming med innvandrerbakgrunn, psykisk utviklingshemming i det samiske samfunn, psykisk utviklingshemming i et livsløpsperspektiv, demokratisk deltakelse, økonomiske levekår for personer med psykisk utviklingshemming, situasjonen for pårørende og hvordan personer med psykisk utviklingshemming opplever sin egen livssituasjon. På bakgrunn av situasjonsbeskrivelse og hørings svar til regjeringen i arbeidet med Meld. St. 45 (2012-2013), ble det påpekt et behov for å heve kompetansen hos tjenesteyterne, for å sikre kvalitet i den faktiske gjennomføringen av helse- og omsorgstjenestene for personer med psykisk utviklingshemming. Dette søkte de å oppnå gjennom Kompetanseløftet 2015, som var en tilskuddsordning for sentralt finansierte tiltak som skulle yte tilskudd til prosjekter og tiltak for rekruttering og kompetanseheving som ikke falt inn under øvrige tilskuddsordninger, for eksempel nyskapende prosjekter av nasjonal interesse. Tiltaket ble videreført til 2016, som kompetansehevende tiltak i tjenester til personer med psykisk utviklingshemming, midler til tiltak kunne søkes via Helsedirektoratet. I Meld. St. 45 (2012-2013) ble det beskrevet at regjeringen ønsket å heve kompetansen ved å øke andelen personell med høgskoleutdanning og legge til rette for internopplæring, skape større faglig bredde, med flere faggrupper og økt

vekt på tverrfaglig arbeid, og styrke omsorgstjenestenes eget kunnskapsgrunnlag gjennom forskning og kunnskapsspredning.

Når det gjelder faglig kompetanse innenfor tjenester til personer med psykisk utviklingshemning, er det vernepleierutdanningen som har vært, og fortsatt er, den utdanningen som representerer den mest skreddersydde kompetansen. Arbeid med personer med psykisk utviklingshemning er kjerneområdet for vernepleierfaglig virke. Det er fire hovedemner som danner basis for den vernepleierfaglige kompetansen, og disse er samfunnsvitenskapelige og juridiske emner, psykologiske og pedagogiske emner, helsefaglige emner, og til sist, miljøarbeid og habiliterings- og rehabiliteringsarbeid (Fellesorganisasjonen, 2008). I arbeidet med Meld. St. 45 (2012-2013) ble antall vernepleiere som arbeider i tjenestene til personer med psykisk utviklingshemning undersøkt, de fant at det i 2011 var 57 prosent av vernepleierne som arbeidet innenfor feltet. Dette var en betydelig reduksjon fra begynnelsen av 1990-tallet. Vernepleiernes motiv for valg av arbeidsplass ble også undersøkt. Undersøkelsen avdekket at (Meld. St. 45 (2012-2013), s.69) «utbrenthet, faglig isolasjon, ressursknapphet og stort arbeidspress var viktige årsaker til at arbeid i boliger for utviklingshemmede ble valgt bort».

Ved avvikling av institusjoner og tilbakeføring til kommunene, ble det beskrevet at boligens utforming skulle være en vanlig bolig i et vanlig bomiljø og at hvert hushold skulle ha selvstendige leiligheter. Tjenesteytingen skulle ikke knyttes til en spesiell bolig og tjenestene skulle knyttes til den enkelte person ut ifra forutsetninger og behov (Meld. St. 67 (1986–87)). Det ble påpekt at den enkelte bolig ikke skulle ha institusjonskarakter og at bofellesskap skulle organiseres slik at de fungerte som et hjem. Det ble ikke fastsatt noe tall på hvor mange beboere som kunne inngå i et bofellesskap, men det ble understreket at det måtte vurderes nøye ut fra beboernes ønsker og behov (Meld. St. 47 (1989–90)). Finansiering av boliger for målgruppen skulle foregå gjennom Husbankens låne- og tilskuddsordninger på vegne av Staten. Retningslinjer for finansieringen ble beskrevet i Rundskriv HB 1212. I husbankens føringer for størrelse ble det anbefalt at det ikke burde være flere enn 4-5 boliger i et bofellesskap. Husbankens veileder fra 2009 beskrev også at egnede bofellesskap helst burde være fra 4 til maks 8 boliger. Likevel viser studier en utvikling i retning av større bofellesskap, og at pårørende i økende grad tar initiativ til å etablere borettslag. Mulige årsaker til etablering av større bofellesskap kan være et mer effektivt tjenestetilbud. Kommunene argumenterer med ønske om å etablere fagmiljø, sikre personalmessige forhold

som stabilitet og turnover, motvirke ensomhet, og økonomiske forhold som kostnader og ressursutnyttelse (Meld. St. 45 (2012-2013)).

### 3.2 Statlige strategier

I følgende avsnitt vil det bli presentert en kort gjennomgang av andre rettskildefaktorer som har relevans for denne studien vil bli presentert. I strategidokumentet Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (IK-2482, 1995) var det overordnede målet at alle virksomheter innen norsk helsetjeneste skulle ha etablert helhetlige internkontroll-/kvalitetssystemer innen år 2000. Helsetilsynet utarbeidet en rapport, Nasjonal Strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (2002) som redegjorde for strategiens måloppnåelse og tiltak som hadde blitt gjennomført i prosjektperioden. Tidsplanen viste seg å være for ambisiøs, det ble blant annet påpekt at mangel på forskrift kunne være en av grunnene til at målet ikke ble nådd. Strategien beskrev ulike metoder for å sikre kvalitetsforbedring, herunder total kvalitetsledelse og «Demings sirkel». Demings sirkel er et verktøy inndelt i fire deler. I første del foregår planleggingen, ved å formulere problemet, samle data, finne årsak, og finne løsninger. Del to består av å teste ut løsninger, del tre innebærer evaluering av resultater, og del fire består av å standardisere og godkjenne løsninger (Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten, 2002). Internkontrollforskrift for helsetjenesten trådte i kraft 1.1.2003, og vil bli beskrevet nærmere senere i oppgaven.

Det ble utgitt en proposisjon til Stortinget (Prop. 91 L (2010-2011)) vedrørende Lov om helse- og omsorgstjenester m.m. «Proposisjonen er en oppfølging av St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen og Innst. 212 S (2009-2010) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform» (Prop. 91 L (2010-2011) s.25). Prop. 91 L følger i tillegg opp forarbeidene NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenestene og NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt, en sammenhengende helsetjeneste. Når man henviser til NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten refererer man gjerne til Berntutvalget. Mandatet til Berntutvalget var å undersøke og foreslå tiltak for bedre samordning av bestemmelsene i de kommunale helse- og sosialtjenestene. Utvalget anbefalte å erstatte dagens to lover med én felles harmonisert kommunal sosial- og helsetjenestelov» (Prop. 91 L (2010-2011) s.31). Dagens lov er Helse- og omsorgstjenesteloven (HOL) som trådte i kraft i 1.1.2012. Ved henvisning til NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt, en sammenhengende helsetjeneste, referer man gjerne til Wisløffutvalget. Mandatet til Wisløffutvalget var å



undersøke og foreslå tiltak for bedre samhandling mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Prop. 91 L (2010 – 2011) s.31). Som et resultat av dette arbeidet kom samhandlingsreformen, som fikk en gradvis innføring fra 1.januar 2012. Målet med samhandlingsreformen var at den skulle vise vei framover, gi helsetjenesten ny retning, forebygge framfor bare å reparere, tidlig innsats framfor sen innsats, få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen, flytte tjenester nærmere der folk bor, flere oppgaver til kommunene og penger til å utføre dem, samle spesialiserte fagmiljøer som var sterke nok, og bedre tilbud for pasientene ved sterkere brukermedvirkning (Samhandlingsreformen i kortversjon, 2014). Vinteren 2015 var en ny forskrift om internkontroll ute på høring, med høringsfrist 1.2.16. Høringsnotatet vil bli nærmere beskrevet etter en gjennomgang av dagens Internkontrollforskrift for helsetjenesten og Kvalitetsforskriften.

### 3.3 Internkontrollforskrift for helsetjenesten og kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene

I dette avsnittet vil internkontrollforskrift for helsetjenesten bli presentert, ettersom den i problemstillingen danner utgangspunktet for undersøkelsen. I tillegg er det relevant å gi en presentasjon av kvalitetsforskrift for pleie og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften), som angir en detaljert beskrivelse av myndighetskrav på individnivå, den vil følgelig bli belyst i dette avsnittet. Aktuelle lover og forskrifter i sammenheng med denne masteroppgaven er helse- og omsorgstjenesteloven (HOL), helsetilsynsloven, internkontrollforskrift i helsetjenesten og kvalitetsforskriften. Molven (2015) beskriver at lover er verdier og etikk som politikerne prioriterer å lovregulere. Videre beskriver han at lovene kan være konkrete og målbare, men også kan åpne for bruk av faglig og etisk skjønn. Ved å åpne for skjønn, åpnes det opp for ulike vurderinger og prioriteringer (Molven, 2015).

Internkontrollforskrift for helsetjenesten trådte i kraft 1.1.2003. Den er inndelt i 6 kapitler. Forskriften ble fremmet av Helsedepartementet, nå kalt Helse- og omsorgsdepartementet. Formålet med internkontrollforskrift i helsetjenesten er beskrevet i formålparagrafen, § 1. Der står det at formålet «er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og at helse- og omsorgslovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene». Formålparagrafen kan dels opp i to for å få bedre oversikt over hva den søker å oppnå. Først sier den noe om faglig forsvarlighet, dernest stiller den krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene.

For å kunne undersøke om helse- og omsorgstjenester er faglig forsvarlige bør man se på kvalitetsforskriften. Formålet med kvalitetsforskriften er beskrevet i § 1 og er følgelig «skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel». Kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven ble i 2012 fusjonert til en lov, altså helse- og omsorgstjenesteloven. Man må dermed se på faglig forsvarlighet opp mot grunnleggende behov. Det er i tillegg fremhevet viktigheten av respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Kvalitetsforskriften beskriver deretter virkeområde i kapittel 2, og kapittel 3 beskriver oppgaver og innhold i tjenestene. Virkeområde for forskriften er «ved kommunens gjennomføring av pleie- og omsorgstjenester, uavhengig av hvor tjenesten utføres». Det vil si at forskriften gjelder for alle pleie- og omsorgstjenester kommunen utfører, for eksempel sykehjem, hjemmetjenester og heldøgns omsorgsboliger. Internkontrollforskrift i helsetjenesten skiller ikke mellom offentlige og private aktører, men stiller kommunen som ansvarlig part for å sikre ved avtale at forskriften følges (Sverdrup & Halvorsen, 2000).

Kapittel 3 beskriver oppgaver og innhold i pleie- og omsorgstjenestene. Det stilles krav om at kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre ulike oppgaver. Følgende står beskrevet i kvalitetsforskriften:

- tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes
- det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten
- brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene (Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene § 3).

Dette innebærer i praksis at det meste av oppgaver bør beskrives i prosedyrer. Forskriften beskriver deretter hva som menes med grunnleggende behov ved å liste de opp:

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet

- selvstendighet og styring av eget liv
- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- mulighet for ro og skjermet privatliv
- få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter (Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene § 3).

Forskriften strekker seg langt i å beskrive minimums standard for pleie- og omsorgstjenester for innbyggerne. Faglig forsvarlighet innebærer følgelig at grunnleggende behov dekkes. For eksempel står det «tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise»

(Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene, § 3). Det vil si at tjenesteyterne skal ha tilstrekkelig tid til å legge til rette for dette for den enkelte tjenestemottaker. Det være seg for eksempel delhjelp ved forberedelse og gjennomføring av matlagingen og deretter tid og ro til å spise. Dette kan ta svært ulik tid avhengig av den individuelle tilpasningen, og ifølge

kvalitetsforskriften er dette en del av brukernes grunnleggende behov som skal dekkes av kommunen.

Virkeområdene for internkontrollforskriften i helsetjenesten er alle virksomheter som omfattes av helse- og omsorgslovgivningen, og som dermed er pålagt internkontrollplikt. Internkontrollplikten er lovhjemlet i helsetilsynsloven § 3. Det er Fylkesmannen som har ansvar for å føre tilsyn med virksomhetene og påse at alle som yter helse- og omsorgstjenester har etablert internkontrollsystem og gjennomfører den med hensikt å forebygge svikt i tjenestene. Internkontrollforskrift i helsetjenesten har i § 3 definert at internkontroll betyr «... systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen». Innholdet i internkontrollen beskrives i § 4. Her står det at «Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen». Internkontrollforskrift for helsetjenesten beskriver videre hva den eller de ansvarlige for virksomheten skal ha dokumentasjon på:

- a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,
- b) sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,
- c) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,
- d) sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,
- e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,
- f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
- g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,

h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten (Internkontrollforskrift for helsetjenesten, 2003).

§ 5 i internkontrollforskrift for helsetjenesten beskriver at for å kunne imøtekomme dette kravet må virksomhetene ha oppdatert og tilgjengelig dokumentasjon som imøtekommer alle kravene i § 4 a-h til enhver tid. Dokumentasjon skal stå i samsvar med virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Interkontrollforskriften beskriver et omfattende krav til dokumentasjon og styringssystemer. For å avgjøre hvilke prosedyrer virksomheten har behov for kan man tenke seg at eventuell mangel på prosedyrer vil kunne ha negativ innflytelse på kvaliteten på tjenesteytingen og oppgaveløsningen virksomheten. Mangel på prosedyrer vil også kunne medføre ulik praksis hos de som yter tjenestene. I tillegg til prosedyrer på svært mange områder bør virksomhetene ha et fungerende avvikssystem som setter dem i stand til å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser som er i tråd med virksomhetens reelle status til enhver tid.

### 3.4 Høringsnotat – ny forskrift

I dette avsnittet vil det bli foretatt en kort gjennomgang av høringsnotat av ny forskrift om internkontroll i helsetjenesten, som hadde høringsfrist 1.2.2016. Bakgrunnen for behov til endring i forskriften som ble beskrevet i høringsnotatet er at det har skjedd en holdningsendring i helse- og omsorgstjenesten med hensyn til åpenhet om uønskede hendelser, og varsling av disse. I tillegg er det økt fokus på styrking av pasienters, brukeres og pårørendes stilling. Ny forskrift skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester hvor det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og etterlevelse av helse- og omsorgslovgivningen. Høringsnotatet beskriver at dagens forskrift har mangler og uklarheter når det gjelder ansvars plassering, ledelsesforankring og organisering. Lovgiver ønsker en styrking av systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene (Høringsnotat, 2015).

### 3.5 Veiledere og idéhefter

Følgende avsnitt retter søkelys mot enkelte veiledere og idéhefter som er publisert for å være til hjelp i arbeidet med internkontroll. Følgelig presenteres disse kort.

Helsedirektoratet ga i 2004 ut en veileder som heter «Hvordan holde orden i eget hus – Internkontroll i sosial- og helsetjenesten». Veilederen forsøker å trekke frem de positive verdiene med internkontroll og hevder at sikkerheten for klienter og pasienter øker når en virksomhet har orden i eget hus.

I 2009 ga Kommunal- og regionaldepartementet (KRD) ut rapporten «85 tilrådninger for styrkt egenkontroll i kommunane». Senere i oppgaven vil jeg gå nærmere inn på undersøkelsene til Agenda og PwC, som ga funn og forbedringsmuligheter for utarbeidelsen av rapporten, på bakgrunn av oppdrag fra KRD (Kommunal- og regionaldepartementet, 2009).

I 2013 utarbeidet Kommunesektorens organisasjon (KS) et idéhefte som heter «Rådmannens internkontroll. Hvordan holde orden i eget hus?» Hensikten med heftet var å gi en oversikt over internkontrollen som rådmannen har ansvar for og praktisk støtte i arbeidet med å styrke internkontrollen (Kommunalsektorens organisasjon, 2013).

#### **4. Teori om ledelse og tidligere forskning**

##### **4.1 Innledning**

Følgende kapittel vil presentere teori om ledelse og tidligere forskning. I problemstillingen stilles det spørsmål om lederes erfaringer med myndighetskrav i internkontrollforskrift for helsetjenesten, utfordringer de står ovenfor, hva de gjør for å møte utfordringene, og hvordan de dokumenterer dette.

En gjennomgang av en rekke publiserte artikler og relevant forskning på områdene internkontroll, kunnskap, ferdigheter, kompetanse, kvalitet og kommunale styringssystemer har blitt foretatt. Flere av disse studiene danner utgangspunkt for datainnsamling og vil bli benyttet som kilder og teoretisk rammeverk, i tillegg til New Public Management (NPM) som reform, balansert målstyring som ledelsesstrategi, og strategisk kompetansestyring som lederperspektiv.

Dette kapitlet er bygd opp ved å innlede med NPM, som angir overordnede perspektiver. Derneft belyses noen av perspektivene med balansert målstyring, strategisk kompetansestyring og tidligere forskning på området. På grunn av problemstillingen, og oppgavens størrelse og omfang har balansert målstyring og strategisk kompetansestyring blitt valgt som rammer for ledelse i denne oppgaven. Andre relevante teorier som

transformasjonsledelse, verdibasert ledelse, total kvalitetsledelse kunne også egnet seg, men har blitt valgt bort på grunn av oppgavens størrelse og omfang. Den undersøkte kommunens systemer, er bygget på hovedprinsippene i balansert målstyring, som ledelsesstrategi. Dette dannet utgangspunkt for valg av balansert målstyring. I følge Høst (2005) er offentlig sektor en profesjonsstyrt sektor, hvor det er viktig med kompetansebasert ledelse. Dette dannet utgangspunkt for valg av strategisk kompetansestyring.

## 4.2 Teori om ledelse

I følgende avsnitt vil NPM, balansert målstyring og strategisk kompetansestyring bli presentert.

### 4.2.1 New Public Management som reform

Dette avsnittet vil presentere NPM i offentlig sektor, som danner rammene for denne oppgaven. Kommunene er politisk styrte, noe som medfører at kommunene blir påvirket av politiske prosesser, nye politiske prioriteringer og skiftende konstallasjoner. Medarbeidere i kommunen skal være med på å realisere overordnede og komplekse mål, og synliggjøre sentrale verdier i samfunnet slik at vårt politiske system og offentlige velferdstjenester får et godt omdømme. Offentlige virksomheter skal produsere tjenester til innbyggerne og virksomhetene er sterkt regulert av regelverk, lover og andre føringer som begrenser handlingsrommet. Dette gir også føringer for ledelsesstil og styringsform. Som leder i offentlig sektor må man ta hensyn til skiftende politiske føringer som kan medføre tvetydighet, målkonflikter, makt og politisk aktivitet (Busch, 2012).

NPM er en internasjonal utviklingstrend av administrative reformer som har hatt innflytelse i mange lands offentlige sektorer de siste 30 årene. NPM var et alternativ til tradisjonell offentlig administrasjon og ledelse, som i 1950-70 årene var kjennetegnet med byråkratisk og rettslig kontroll med statlig styring og koordinering (Høst, 2005). Reformene hadde felles kjennetegn som omhandlet en ny måte å tenke på innen offentlig sektor, ved at reformene dreide seg om ulike tiltak for å effektivisere og øke konkurransen mellom ulike offentlige tjenester, i tillegg til å bedre styringen av disse. NPM ble innført i offentlig sektor med bakgrunn i kritikk av offentlig sektors organisasjonsform og for høye kostnader. Kritikken dreide seg i hovedsak om ineffektivitet, byråkrati, høye kostnader, og dårlig kvalitet på ulike tjenester (Stamsø, 2005). Begrunnelse for innføring av NPM i offentlig sektor var at NPM la vekt på konkurranse og resultatmålinger, fokus på brukerne, sterk grad av styring og fokus på

ansvarliggjøring. Offentlig sektor har latt seg påvirke av NPM som et ledd i en moderniseringsprosess, der målet var å redusere offentlig sektors omfang og makt, og effektivisering av styring- og organisasjonsform (Busch, 2012; Christensen & Læg Reid, 2011). Det er skrevet mye om NPM i ledelseslitteratur, i denne oppgaven presenteres kun utvalgte deler, som er relevante for oppgaven.

Innføringen av NPM i offentlig sektor var ment å medføre en forskyvning fra politisk styring til markedsstyring (tilbud og etterspørsel), og fra planstyring (overordnet styring ved for eksempel planer og regler) til management (desentralisering av makt). I hovedtrekk besto reformen av tro på ledelse, mer bruk av indirekte kontroll og brukerfokusering. Dette medførte en desentralisering og delegering av makt og myndighet fra politisk nivå, til administrativt nivå, og til førstelinje i kommunene. Ledelsesprinsipper som strategisk ledelse, målstyring, serviceledelse og kvalitetsledelse ble overført fra det private til det offentlige, og styring skulle skje ved hjelp av mål, resultater og kvalitet. Kostnadseffektiv drift skulle oppnås ved markedsstyring, der konkurranseutsetting, privatisering og brukervalgmodeller skulle medføre effektivitets- og resultatorientering. To-nivå-modell med bestiller-utfører ble innført i offentlig sektor, for å skille mellom besluttsende myndighetsnivå og det iverksettende nivået. Brukerfokuseringen innebar at man skulle legge til rette for økt innflytelse for innbyggerne, ved for eksempel fritt brukervalg på tjenester (Høst, 2005).

Det viste seg å være utfordrende å overføre ledelsesteknikker fra privat til offentlig sektor. Utfordringer med ledelsesformer fra privat til offentlig sektor kunne blant annet være at offentlig sektor skulle ivareta mange interesser, og disse interessene kunne stå i motsetning til hverandre. Det var også utfordrende å finne gode kvalitetsindikatorer som fungerte i offentlig sektor for å måle resultater. Incentiver som ble benyttet i privat sektor for å belønne måloppnåelse kunne ikke direkte overføres til offentlig sektor, og to-nivå-modellen med bestiller og utfører var ikke så stram og hierarkisk organisert som målstyring forutsatte (Høst, 2005; Busch, 2012).

Følgelig fremheves noen resultater fra innføring av NPM i Norge, som har blitt belyst av Christensen og Læg Reid (2011). De fremhevet at enkelte mener at NPM har feilet i offentlig sektor ettersom målene ikke har blitt nådd. Det påstås at kommunene har blitt mindre autonome, ettersom de fortsatt er preget av sterk myndighetsregulering, og senere års tilførsel av økte brukerrettigheter. Videre anførte de at noen mener at man har gått fra integrert til fragmentert styring, hvor det er vanskeligere å finne helhetlige løsninger. I tillegg påpekte de



at enkelte mente at profesjonsverdier hadde fått en styrket rolle, mens politisk styring hadde blitt svekket. De påpekte blant annet at mål- og resultatstyring hadde gitt større grad av handlingsrom for virksomhetene til å bruke ressurser og velge midler til å oppnå politiske mål. Christensen og Lægreid (2011) beskrev videre at virksomhetenes funksjoner hadde blitt svekket. Norge har vært kjent for høy grad av politisk bevissthet, og det sies at dette har blitt svekket etter påvirkning fra NPM. Christensen & Lægreid (2011) beskrev at politiske føringer svinger mellom økt konkurranse og brukervalg, til økt politisk styring med forankring i rettferdig fordeling av felles velferdsgoder.

For tiden foregår det en debatt omkring avskaffelse av NPM i offentlig sektor, med fokus på mindre grad av styring og kontroll fra øverste ledelse, og økt grad av tillit og medvirkning fra tjenesteyterne og innbyggerne. Regjeringen i Norge har tatt til orde for å avbyråkratisere offentlig forvaltning. I Sverige har regjeringen begynt å avvikle NPM som styringsmetode. I Danmark har fagforeninger tatt til ordet for mindre krav om registrering og dokumentasjon (Nyseter, 2016). I København, i Danmark, har de drevet med reformarbeid med fokus på tillit i flere år, og det rapporteres om positive resultater for innbyggere og medarbeidere (LO, 2015). I Norge dreier debatten seg i hovedsak om innføring av tillitsreformen. Tillitsreformen baserer seg på et mål om større åpenhet, og at det skal legges til rette for kreativitet og faglighet, hvor fagfolk og innbyggere skal få tillit til å finne ut av mer i fellesskap. Tillitsreformen skal redusere detaljstyringen og redusere rapporteringskravene, det vil si mindre fokus på styring og økt fokus på ledelse (SV, 2014).

#### 4.2.2 Balansert målstyring

I dette avsnittet vil det bli foretatt en gjennomgang av hovedtrekkene i balansert målstyring. Balansert målstyring handler i følge Hoff & Holvinge (2002, s159) om «å forstå, reflektere, kommunisere og gjennomføre strategi». Hoff & Holvinge (2002, s.70) definerer balansert målstyring som:

«et formelt, informasjons- og læringsbasert rammeverk som omsetter strategier og gir retning til handlinger, med det formål å opprettholde eller endre mønstrene i virksomhetens aktiviteter og adferd for å nå forutbestemte mål. Status og utvikling i forhold til måloppnåelse, rapporteres periodisk gjennom et sett med finansielle og ikke-finansielle styringsparametere».

Valg av balansert målstyring som resultatledelse i kommunene kom som en konsekvens av økt brukerfokus, økte krav til dokumentasjon av måloppnåelse/effektivitet i kommunal sektor (både fra politikere og borgere), «flattere» organisasjoner som ga nye ledelsesutfordringer, økt utdanning og teknologiske endringer (spesielt it-verktøy), og økte krav om medbestemmelse og involvering hos ansatte (Kommunal- og regionaldepartementet, 2004).

Peter Drucker lanserte i 1955 målstyring under tittelen MBO – management by objectives (Kirkhaug, 2013). Kirkhaug (2013, s.35) definerer målstyring som «styring og avgrensning gjennom mål, hvor fokus er på konkrete resultater og ikke på måten arbeidet blir utført på». Balansert målstyring er en videreutvikling av styringskonseptet «The Balanced Scorecard – Measures That Drive Performance», aktualisert av R. Kaplan og D. Norton i 1992, i en artikkel med samme navn i Harvard Business Review. I balansert målstyring vurderes virksomhetens utvikling sett fra fire perspektiver, disse er kundene, det økonomiske, interne prosesser, og læring og vekst. Modellen fremsto som en erkjennelse av at økonomiske styringsparametere ikke fanger opp viktige parametere som kompetanse og kunnskap. Ved bruk av balansert målstyring skal man ved løpende målinger av kortsiktige økonomiske og ikke-økonomiske parametere (måleobjekt) kunne fange opp om utviklingen er i tråd med virksomhetens visjon og strategiske mål. De kortsiktige variablene skal være kritiske styringsparametere som skal være knyttet opp til virksomhetens langsiktige utviklingsstrategi. Parametere som benyttes ved løpende målinger må forankres, forstås og i størst mulig grad deles av alle aktørene i virksomheten, både ledere og medarbeidere. En av hovedutfordringene med bruk av balansert målstyring er dermed å bryte ned den langsiktige utviklingsstrategien til virkningsfulle og riktige parametere for hver avdeling i virksomheten. I tillegg er det viktig at medarbeiderne forstår og erkjenner parametere, slik at balansert målstyring blir implementert i virksomheten ved at de bidrar til måloppnåelse (Hoff & Holving, 2002).

Balansert målstyring skal ivareta flere sentrale oppgaver. Virksomhetens visjon, strategier og strategiske mål skal kommuniseres til alle nivåer i virksomheten, og må operasjonaliseres til tiltak og delmål for de ulike nivåene og avdelingene. Virksomheten må etablere rutiner og prosedyrer for rapportering og tilbakemelding, gjerne kalt resultatsløyfe. Resultatsløyfen skal kvalitetssikre at man oppnår fastsatte mål, og gi mulighet for tilbakemeldinger på måloppnåelse og eventuell endring av kurs. Resultatsløyfen skal muliggjøre kollektiv læring for virksomheten, noe som medfører en oppfordring til alle medarbeidere om å kontinuerlig

være på jakt etter forbedringspotensial. I tillegg skal alle medarbeidere ha mulighet til å kunne påvirke og utvikle seg i forhold til å nå målene (Hoff & Holvinge, 2002).

Sentrale utfordringer tilknyttet iverksetting av balansert målstyring blir dermed intern kommunikasjon i virksomheten og fastsettelse av styringsparametere. Balansert målstyring har fire generelle krav. Virksomheten må etablere en fastsatt og logisk struktur for kommunikasjon av strategiene, deretter etablere de kritiske suksessfaktorene med tilhørende styringsparametere for måloppnåelse av strategiene, videre må de etablere styringsperspektiver og omsette strategiene til operasjonelle planer, og de må etablere system for oppfølging, evaluering og eventuell korrigerende kurs. Ved etablering av balansert målstyring er kommunikasjon og informasjonsflyt i virksomheten av avgjørende betydning for å oppnå suksess. I tillegg er det en forutsetning at virksomheten utarbeider klare og kvantifiserbare (målbare) mål. Resultatene må kunne måles, og målene må være tydelige og stabile. I tillegg må medarbeiderne slutte opp om målene, og helst være enige i dem. Resultatene må kunne tilbakeføres til de som var ansvarlige for å sette målene, for å ha oversikt over måloppnåelse for virksomheten. Innenfor balansert målstyring er det anbefalt at man kobler måloppnåelse til belønningssystemer som skal fungere som incentiver (motivasjon) for måloppnåelse. Det anbefales også at virksomheten er organisert på en stram og hierarkisk måte, ved å ha tette koblinger mellom nivåene, avdelingene og de ulike aktørene i avdelingene (Hoff & Holvinge, 2002).

I følge Johnsen (2010), er det glidende overganger mellom styring og ledelse innenfor praktisk ledelse. Styring defineres av Johnsen (2010, s.177) som «et lederskaps forsøk på å fatte kollektive beslutninger og påvirke atferd gjennom et sett eller system av formelle styringsinstrumenter», mens ledelse handler om «mellommenneskelig forhold og prosesser, og er personorientert» (Christensen mfl. 2009, i Johnsen, 2010). Styring er først og fremst systemorientert, men ledelse er personorientert (Johnsen, 2010). Johnsen (2010) beskriver at det kan være fruktbart å se på styring og ledelse som to sider av samme sak, som er gjensidig avhengig av hverandre. Det innebærer avveininger av hvor mye ledelse og styring som trengs i gitte situasjoner eller nivåer, altså hvilke ledelses- og styringsverktøy som egner seg best for måloppnåelse til enhver tid. Innenfor teori om ledelse og styring beskrives makt som hard og myk. Myk ledelse kjennetegnes ved vektlegging av samarbeid, medvirkning, forpliktelse og langsiktighet, mens hard ledelse kjennetegnes ved unngåelse av forhandlinger, tydelige arbeidsoppgaver og belønning av arbeidsinnsats med penger. Hard styring handler om virkninger i penger, informasjon som er lett å tolke, og forhold som ikke er gjenstand for

(re)forhandlinger med overordnede, mens myk styring handler om virkninger for mennesker, informasjon som må tolkes, og forhold som det kan forhandles om. Eksempler på dette er kommunenes bruk av myk styring ved anvendelse av mål- og resultatstyring, samtidig som de forholder seg til harde rammebudsjetteringer og konkurranseutsetting. Harde styringsformer er blant annet budsjettstyring med stramme rammer og øremerkede midler, fritt brukervalg, konkurranseutsetting, og resultatkrav. Myke styringsformer er blant annet overslagsbevilgninger, to-nivå-organisering med bestiller – utfører, og målstyring. Måling og rapportering har blitt mer utbredt innenfor ledelse. Utviklingen blir opplevd både som et skjemavelde med tvilsom verdiøkning av enkelte, og av andre oppfattes det som at styring i form av kontroll, sjekklister og evalueringer bidrar til bedre resultater (Johnsen, 2010). Johnsen (2010) beskriver at det er behov for både ledelse og styring, og både det harde og det myke. Videre beskriver han at det i offentlig sektor i Norge benyttes mest av det myke, uten at sektoren dermed er talløs eller tannløs.

Funn knyttet til innføring av balansert målstyring i offentlig sektor belyser noen utfordringer. I følge Høst (2005), må ofte offentlig sektor forholde seg til uklare, komplekse, tvetydige og skiftene mål, ettersom offentlig sektor skal ivareta mange interesser, og disse interessene kan stå i motsetning til hverandre. Dette medfører store utfordringer til virksomhetene når de skal utarbeide klare og forenelige mål. Høst (2005) beskriver videre at når det gjelder tilbakeføring av resultater, viser mange undersøkelser at det er utfordrende å finne egnede styringsparametere som alle kan slutte opp om. Ikke-økonomiske parametere som måler kvaliteten i tjenesteyting, hvor prosessen og relasjonen er viktig, er utfordrende å kvantifisere og dermed måle. Belønningssystemer koblet opp mot måloppnåelse er innen offentlig sektor rigide, og som regel knyttet til ansiennitet og utdanning. Innenfor balansert målstyring skal det å nå målene, eller ikke nå de, gi konsekvenser. Offentlig sektor ivaretar samfunnets felles velferdsgoder, og innføring av økonomiske incentiver er dermed lite aktuelt. Måloppnåelse knyttes gjerne til lederkontrakter, og måloppnåelse får en verdi som belønnende i seg selv ved at man får anerkjennelse for godt utført arbeid, versus ubehag dersom man ikke når målene. Offentlig sektor er som regel ikke stramt og hierarkisk organisert. Dette medfører dermed også utfordringer tilknyttet innføring av balansert målstyring. I offentlig sektor er ofte virksomheten sammensatt av to autorisasjonslinjer, den faglig og den hierarkiske (Høst, 2005).

### 4.2.3 Strategisk kompetansestyring

Følgende avsnitt vil presentere relevant teori vedrørende strategisk kompetansestyring. I følge Høst (2005) er offentlig sektor en profesjonsstyrt sektor, hvor det er viktig med kompetansebasert ledelse, og det dannet utgangspunkt for valg av strategisk kompetansestyring som teori for denne oppgaven.

I følge Lai (2004, s.14) innebærer strategisk kompetansestyring «planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak for å sikre organisasjonen og den enkelte medarbeider nødvendig kompetanse for å nå definerte mål». Styringsbegrepet indikerer at man søker å styre i en bestemt retning, mot et mål, med et lederperspektiv (ikke kontroll). Ettersom det er den enkelte medarbeider som besitter kompetansen, vil god og riktig ledelse av medarbeiderne være av avgjørende betydning (Lai, 2004).

Offentlig sektor blir stadig stilt ovenfor høyere krav til effektivitet og utnyttelse av ressurser, og tidligere monopolsituasjoner har blitt erstattet med konkurranseutsetting. Dette medfører et behov for strategisk tenkning, for å sikre at virksomhetene evner å konkurrere om brukere, ressurser og tilgang på oppgaver, som på sikt medfører grunnlag for eksistens. Virksomhetene har dermed behov for en kompetansestrategi for å gi mål og retningslinjer for satsning på kompetanse. Strategien må angi hvilke kompetanseområder som skal prioriteres, på kort og på lang sikt, og hvilke virkemidler som skal vektlegges innen de forskjellige områdene. Kompetansestrategien skal på denne måten danne grunnlag for utforming av konkrete tiltaksplaner, både for virksomheten som helhet og for de ulike avdelingene og medarbeiderne. Ettersom kompetansestrategien er av så stor strategisk betydning, er det avgjørende at ansvaret for utvikling og gjennomføring ligger hos øverste ledelse i virksomheten for at det skal lykkes. Førstelinjledere og stab i virksomheten kan være viktige støttespillere og samarbeidspartnere for å sikre forankring og implementering, men ansvaret for kompetansestrategien kan ikke delegeres.

For å kunne møte de utfordringene stadig endrede kompetansekrav innebærer, er det nødvendig med en systematisk og målorientert satsning på kompetanse. Dette innebærer at ledelsen må utvikle en overordnet plan for arbeidet med kompetanse, basert på en analyse av faktiske krav og behov, og at man iverksetter systematiske tiltak for å anskaffe, utvikle, mobilisere og eventuelt avvikle kompetanse. Mens kompetanseheving innebærer at man utvikler høyere og mer spesialisert kompetanse, kan kompetanseutvikling også ha som mål å gi endret eller ny kompetanse, for eksempel endrede holdninger, bredere kunnskaper eller

korrigerede ferdigheter. Det å være kompetent er imidlertid ikke ensbetydende med å ha høy kompetanse, men betyr at man har anvendbar og verdifull kompetanse (riktig kompetanse) i forhold til de krav dagens og fremtidens oppgaver stiller. Kompetanseinkongruens kan blant annet resultere i redusert mestringfølelse, motivasjon og ytelse hos medarbeiderne, samt dårligere arbeidsmiljø. Dette øker sannsynligheten for å tape kritisk kompetanse og medarbeidere (Lai, 2004).

Det finnes ulike former for kompetanse, og de fleste virksomheter i offentlig sektor innehar medarbeidere med både formell og uformell kompetanse. Formell kompetanse innebærer kompetanse som man kan dokumentere gjennom utdanningssystemet eller godkjent sertifisering. Kompetansen kan bestå av både kunnskaper og ferdigheter, og fordelingen av disse variere i de ulike utdanningene. Uformell kompetanse er kompetanse man har ervervet seg gjennom ustandardisert erfaringslære fortløpende i livet, både gjennom arbeid og på andre arenaer. Realkompetanse er derimot den samlede kompetansen en person har ervervet seg gjennom utdanning, livserfaring, arbeidserfaring, deltakelse i organisasjoner og lignende. I tillegg snakker man gjerne om ulike former for kompetanse, som fag-, leder-, og relasjonskompetanse. En virksomhets samlede kompetansebeholdning bør betraktes som en forvaltningskapital som virksomheten disponerer, men ikke eier. Dette medfører at virksomheten er sårbar for tap av kompetanse dersom sentrale medarbeidere forlater virksomheten (Lai, 2004).

Formelle systemer og standardisering utgjør ikke kompetanse i seg selv, men det kan være med på å gi lavere sårbarhet for tap av kompetanse. På den andre siden kan det virke hemmende på fleksibilitet og læring. At medarbeidere innehar kompetanse medfører ikke nødvendigvis at de handler i tråd med den. Medarbeidere med samme kompetanse kan velge å utføre like oppgaver på forskjellige måter. Systemer og standardisering kan være med på å sikre lik praksis, der det er behov for det (Lai, 2004).

For å lykkes med strategisk kompetansestyring må virksomheten foreta en kompetanseanalyse. Den består av tre hovedaktiviteter; definere aktuelle kompetansekrav, ha oversikt over kompetansebeholdningen og identifisere kompetansebehov. En kompetanseanalyse bør ta utgangspunkt i virksomhetens overordnede mål og strategier (Lai, 2004).

Å oppnå bedre ytelse gjennom utvikling av kompetanse, særlig kompetanseheving, har vist seg å gi dårlige resultater dersom man har mangelfulle behovsanalyser. Kompetansetiltak skal

i utgangspunktet være investeringer man gjør for å anskaffe, utvikle, mobilisere eller utvikle kompetanse. Tradisjonelt sett har kompetansehevende tiltak vært forbundet med kurs i regi av eksterne, profesjonelle tilbydere. Det er nå en trend som viser større satsning på intern opplæring i regi av ledere, fagledere eller andre interne ressurspersoner. Satsning på interne kompetansetiltak gir et bedre grunnlag for utvikling av virksomhetsspesifikk kompetanse. I tillegg ser man en større erkjennelse av verdien av uformell, intern læring knyttet til arbeidssituasjonen (Lai, 2004).

I følge Lai (2004) er evaluering av tiltak et av de mest forsømte områdene i forbindelse med kompetansehevende tiltak. Før man iverksetter et kompetansehevende tiltak bør man ha definert mål for tiltaket, og i et strategisk perspektiv er det avgjørende at man avdekker om resultatene fra tiltaket står i forhold til forventninger og mål. Evalueringen bør innebære en kontroll av hvilken avkastning tiltaket ga, og hvordan avkastningen eventuelt kan forbedres. Avkastning innebærer både økonomisk gevinst eller nytteeffekter for virksomheten eller den enkelte medarbeider. Nytteeffekter kan for eksempel være bedret arbeids- og læringsmiljø, økt lojalitet og høyere jobbtilfredshet. For å mobilisere kompetanse i virksomheten er det viktig å balansere mellom individuelle faktorer, og jobbkarakteristika og kompetansekrav. Individuelle faktorer er den enkelte medarbeiderens mestringstro, motivasjon, personlige egenskaper og behov. Beregning av kostnads- og nytteeffekter består av en gruppe teknikker som gjør det mulig å beregne, evaluere og sammenstille henholdsvis kostnaden og nytten. Beregning av kostnads- og nytteeffekter forkortes NKA, som står for Nytte/Kostnads-Analyse. NKA defineres som (Lai, 2004, s.261) «systematisk forsøk på å måle og sammenstille alle kostnader (innsatsfaktorer) og nytteeffekter (gevinster) ved et tiltak, for å kunne anslå om tiltaket samlet sett er lønnsomt (regningssvarende) i forhold til definerte mål». Vanligvis har NKA blitt benyttet i forhold til økonomisk målbare størrelser, men dersom man utvider det til å gjelde innsatsfaktorer og gevinster i videre forstand, kan det også benyttes i et ikke-økonomisk perspektiv, som ved analyse av kompetansehevende tiltak. Det innebærer at man må ta med kvalitative variabler i tillegg til kvantitative variabler. Måling av kvalitative variabler er mer krevende, og innebærer at man ikke alltid vil klare å utarbeide gode, operasjonelle mål. For eksempel kan det være vanskelig å operasjonalisere og måle faktorer som psykososialt miljø, læringsmiljø og lignende. Men man vil kunne utforme et anslag som kan danne grunnlag for systematiske vurderinger for et tiltaks kostnader og nytteeffekter (Lai, 2004).

Lai (2004, s.270) beskriver fem hovedfaser ved iverksetting av kompetansetiltak:

1. Analyse: identifisering av kompetansebehov og definering av overordnede mål for tiltak
2. Design: analyse og klassifisering av kompetansetiltak, samt valg mellom alternative tiltaksformer
3. Utvikling: utforming av det konkrete tiltaket, herunder innhold, materiell og gjennomføringsplan, samt valg av ansvarlig eller instruktører.
4. Implementering: selve gjennomføringen av tiltaket.
5. Evaluering: oppfølging av selve utviklingsprosessen, samt av det iverksatte tiltak i forhold til definerte behov, mål og gjennomføringsplan.

Lai (2004) tar til ordet for å benytte NKA som inspirasjonskilde for en systematisk analyse og kritisk vurdering av relevante faktorer som påvirker kostnadene og nytten ved kompetansetiltak. Videre anbefaler hun at man forenkler modellene og lar tilgjengelige ressurser være med på å bestemme ambisjonsnivået.

#### 4.2.4 Oppsummering av NPM og teorier om ledelse

NPM har medført endring i organisering og ledelse innenfor offentlig sektor i Norge. Offentlig sektor har gjennomgått en moderniseringsprosess, og det er ulike meninger om resultater fra innføring av NPM. Mange kommuner i Norge innførte balansert målstyring i moderniseringsprosessen av offentlig sektor. Innføringen av balansert målstyring avdekket utfordringer med å utarbeide klare og forenelige mål, i tillegg til egnede styringsparametere, i offentlig sektor (Høst, 2005). Innføring av en tillitsreform har blitt aktualisert ved at regjeringen i Norge har tatt til orde for å avbyråkratisere offentlig forvaltning. Tillitsreformen har en målsetning om større grad av åpenhet, og tilrettelegging for økt grad av kreativitet og faglighet.

Strategisk kompetansestyring er et lederperspektiv med fokus på å styre mot definerte mål, ved at organisasjonen og medarbeiderne innehar nødvendig kompetanse for å nå målene (Lai, 2004). Ved bruk av strategisk kompetansestyring anbefaler Lai (2004) at virksomheten bør foreta en kompetanseanalyse, denne består av å definere aktuelle kompetansekrav, ha oversikt over kompetansebeholdningen og identifisere kompetansebehov. Videre beskriver Lai (2004) fem hovedfaser ved iverksetting av kompetansetiltak, som er analyse, design, utvikling, implementering og evaluering. Lai (2004) påpeker betydningen av evaluering i forbindelse med kompetansehevende tiltak, og anbefaler bruk av NKA.



NPM, balansert målstyring og strategisk kompetansestyring vil bli benyttet til forståelse av resultater fra egen undersøkelse, i kapitel 6.

### 4.3 Tidligere forskning

I dette avsnittet trekkes tidligere forskning med relevans for oppgaven frem. Dette gjøres for å sammenligne resultater fra denne undersøkelsen, med funn fra tidligere forskning på området.

#### 4.3.1 Styring av kvalitet i offentlig tjenesteproduksjon

I dette avsnittet foretas det en presentasjon av Andresen, Friestad & Robertsens (2001) rapport om observasjon og styring av kvalitet i offentlig tjenesteproduksjon.

Andresen et. al. ga i 2001 ut en FoU-rapport (12/2001) med tittelen «Styring av kvalitet i offentlig tjenesteproduksjon». Målet med studien var å finne innfallsvinkler til hvordan en kan observere og styre kvaliteten på offentlig tjenesteproduksjon. Rapporten er relevant opp mot problemstillingen til denne masteroppgaven, fordi den belyser utfordringer med styring av kvalitet i offentlig tjenesteproduksjon.

Rapporten påpekte forskjellene mellom en tjeneste og et fysisk produkt, der en tjeneste ble forstått som relativt lite håndgripelig, at tjenestene tenderte mot å bli konsumert i det de blir produsert, og at brukeren hadde en tendens til å bli involvert i produksjon og levering av tjenesten. Mange av tjenestene som ble produsert i offentlig sektor var ekspertdefinert. Det vil si at det var fagpersoner som definerte og vurderte kvaliteten, i motsetning til at kvaliteten kunne vurderes eller defineres av brukeren. I tillegg var offentlige virksomheter som kommunen, politisk styrt. Det innebar at vurderinger av hvordan innholdet og kvaliteten skulle være, var foretatt av politikerne, noe som kan kalles en politikerdefinert kvalitet. Rapporten påpekte at det var liten grunn til å tro at kvaliteten på offentlige tjenester kunne være konstante over tid. Dette på grunn av daglige variasjoner i hvem som utførte tjenestene og liknende forhold. I tillegg ville innovasjoner og produktutvikling over tid, endre nivå og sammensetning av karakterstikka. Det ble påpekt at monopol på tjenesteproduksjon kunne motvirke en slik utvikling. Rapporten beskrev også utfordringer knyttet til måling av kvalitet gjennom brukerundersøkelser. Det ble påpekt at det var vanskeligheter knyttet til å innhente sikker informasjon gjennom slike undersøkelser, fordi irrelevante forhold kunne påvirke brukernes svar. I tillegg kunne innslaget av ekspertdefinert kvalitet være så stort at brukerne bare hadde mulighet til å uttale seg om en begrenset del av tjenestenes innhold. Rapporten pekte videre i retning av at fritt brukervalg kunne være med på å avsløre brukeres preferanser.

Andresen et. al. (2001) foreslo ulike måter å fastsette standard for kvalitet, for eksempel gjennom en serviceerklæring som beskrev hva brukeren kunne forvente seg av innhold i en tjeneste, eller ved ulike former for sertifisering og garantiordninger for minstestandard. Når det gjelder måling og analyse av kvalitet, foreslo de å anvende brukerundersøkelser, kvalitetsutviklingsprosjekter og aggregerte kvalitetsindikatorer.

Funn i undersøkelsen førte til en konklusjon om at man i søkingen etter kvalitetsindikatorer avdekket flere nye spørsmål enn svar. Det var ikke mulig å finne indikatorer for tjenestekvalitet som var egnet til bruk på et overordnet styringsnivå eller til sammenlikning mellom kommuner. Man fant heller ikke støtte for at endringer i ressursbruk, eller andre forhold som kunne styres ved overordnede beslutninger, hadde betydning for tjenestekvaliteten (Andresen et. al., 2001).

#### 4.3.2 Tilrettelegging av kvalitetssystemer

Følgende avsnitt omhandler Vabøs (2002) rapport om tilrettelegging av kvalitetssystemer.

I 2002 ga Vabø ut en rapport om «Kvalitetsstyring og kvalitetsstrev». I rapporten søkte hun å vise noen av utfordringene som dukket opp i arbeidet med å omforme hjemmetjenesten til en mer gjennomsiiktig og styrbar organisasjon. Rapporten belyste erfaringer fra ulike ståsted, både pådriverne bak utviklingsarbeidet og tjenesteyterne som ble berørt av omstillingene. Omorganiseringen besto i å gå fra en hjemmetjeneste hvor det i stor grad var overlatt til ledere og ansatte i førstelinjen å bestemme hvordan knappe offentlige tjenester skulle tildeles, fordeles og utføres, til å flytte ansvaret og kontrollen over tjenesten opp på et høyere forvaltningsnivå. Bakgrunnen for omorganiseringen var at politikere, sentrale helsemyndigheter og befolkningen generelt hadde presset kommunene til å dokumentere ressursbruk og kvalitet (Vabø, 2002). Rapporten er relevant i forbindelse med denne masteroppgaven fordi det er de samme mekanismene som har vært aktuelle innenfor kommunale tjenester til personer med psykisk utviklingshemning.

Konklusjonene fra undersøkelsen til Vabø viste en økning i dokumentasjons- og evalueringsaktivitet i pleie- og omsorgstjenesten med bakgrunn i managementdiskursen. Dette kunne være et uttrykk for at erfaringskunnskap er i ferd med å bli erstattet av «fjerndata» innsamlet og tolket av konsulenter og administratorer, beskrev Vabø (2002). Undersøkelser om hvordan de ansatte opplevde den nye dokumentasjonshverdagen og hvorvidt de oppfattet data som et viktig styringsredskap, viste at de fleste hadde innfunnet seg

med dokumentasjonshverdagen, men at det samtidig var en besværlig og tidkrevende del av arbeidet. Kravet om dokumentasjon fremsto som et paradoks, hvor det å dokumentere var nødvendig for å få mer ressurser, samtidig som det tok mye av tiden fra de knappe ressursene som eksisterte. Blant annet medførte det startproblemer tilknyttet innlæring av nye databaserte dokumentasjonssystemer, eksempelvis ved at systemene skulle læres, lite tilgjengelighet til datamaskiner, doble systemer for å sikre seg, mangel på opplæring og lignende. Når det gjaldt evaluering av tjenesten med data som et viktig styringsredskap, viste funn fra forskningen at kommunene benyttet ulike typer undersøkelser, blant annet tidsundersøkelser, punktmålinger, arbeidsmiljøundersøkelser og brukerundersøkelser. Brukerundersøkelser ga resultater som fremsto som uklare og tvetydige, og som fakta som kunne være vanskelig å tolke og med en tvilsom validitet. Konklusjonene i undersøkelsen viste at det var ulike fortolkninger av tiltak i den administrative ledelsen og fortolkninger hos tjenesteyterne i førstelinje, altså ulik virkelighetsoppfatning. Fra et ledelsesperspektiv forutsatte man at omsorgstjenestene kunne forhåndsdefineres og spesifiseres, og deretter styres fra avstand av standarder, avtaler og «fakta». Mens derimot tjenesteytere i førstelinje hadde en tatt-for-gitt-oppfatning om at omsorgstjenesten måtte avklares og individuelt tilpasses den enkelte i den konkrete konteksten, at tjenesten ikke kunne styres instrumentelt, men utøves med faglig skjønn (Vabø, 2002).

Undersøkelsen til Vabø viste at førstelinjen foretok en oppmykning av styringstiltakene ved å re fortolke de ulike styringsbetegnelse til sin virkelighet, og begreper som for eksempel kvalitet og brukermedvirkning fikk ulikt meningsinnhold på de ulike nivåene i kommunen. Helsemyndighetene ville forsikre seg om at lover og forskrifter ble fulgt gjennom å satse på kvalitet, og kommunene ønsket bedre styring og kontroll med knappe ressurser. Ambisjonen om innsyn, kontroll og styring var problematisk fordi den ble rettet mot en tjeneste som skulle håndtere uklare og skiftende behov. Dersom man skulle håndtere moralske sosialpolitiske utfordringer krevde det en viss fleksibilitet og skjønn, som ikke var forenelig med forhåndsgitte vedtak og avtaler. Omsorgsbehov som ikke kunne defineres på forhånd presset seg på «nedenfra». I tillegg viste undersøkelsen at det fremdeles var et gap mellom ressurser og mål. Medarbeidere i førstelinjen påtok seg et ansvar for å sørge for at misforholdet mellom velferdspolitiske mål og ressurser skulle bli minst mulig. Paradoksalt nok medførte dette at styringsverktøyenes troverdighet ble styrket ved å fremstå som mer effektive enn det de egentlig var. Undersøkelsen viste også at det er vanskelig å måle omsorgskvalitet, fordi omsorg vanskelig lot seg standardisere. Det varierte fra de ulike personene og de ulike

situasjonene hva som ble oppfattet som god omsorg. Undersøkelsen viste at tiltak som var blitt iverksatt hadde medført en viss tydeliggjøring av hva brukere og pårørende kunne forvente av hjelpeapparatet og at ansatte hadde blitt med kostnadsbevisste og flinkere til å sette grenser i sitt daglige arbeid. Men i tillegg hadde det oppstått en ny form for uklarhet, ved at spriket mellom nye styringslogikker og tradisjonelle praksisformer gjorde tjenesten ugjennomtrengelig og vanskelig å forstå. Dette ved at det ble en forvirring om hva som skulle være tjenestens mål og mening, hvilken målestokk styringssystemene skulle vurderes etter, og hvilke makt og ansvarsforhold som skulle gjelde. Vabø konkluderte med at hjemmetjenesten krevde en organisasjons- og styringsform med et visst beredskapselement, hvor tjenesten burde planlegges og tilrettelegges slik at det var tid og handlingsrom til å imøtekomme prekære og uforutsette behov. Kostnadseffektive tiltak ble overskygget av det faktum at tiltakene i seg selv krevde tid og personell. Vabø oppsummerte med at styringsidéer ble introdusert med et løfte om bedre utnyttelse av ressurser, som ikke nødvendigvis førte til en bedre ressursutnyttelse, men at de faktisk kunne representere en ny kilde til utgiftsvekst for kommunene. Derfor burde det sees nærmere på hvordan grensene skulle settes for å unngå uhemmet utgiftsvekst for kommunene (Vabø, 2002).

#### 4.3.3 Velferdsstat og velferdskommune

Følgende avsnitt omhandler en rapport utarbeidet av Romøren og Svorken (2003), vedrørende velferdsstat og velferdskommune.

I 2003 ga Romøren og Svorken ut en rapport om velferdsstat og velferdskommune, iverksetting av «Handlingsplan for eldreomsorgen» i kommunene i Nord-Trøndelag. De forsket på hvordan idealer og målsettinger i handlingsplanen ble mottatt og iverksatt i den kommunale hverdagen, og hvilke resultater den ga på lokalt nivå. Funn i deres forskning var at iverksettingsarbeidet bar preg av å være både ovenfra-og-ned styrt og nedenfra-og-opp styrt. Ovenfra-og-ned styrt i den betydning at implementeringen ble styrt med økonomiske virkemidler, sterk statlig styring og kontroll. Nedenfra-og-opp styrt i den betydning at kommunene selv utformet sine planer og gjorde valg i prioritering av bygningstyper, være seg bolig eller institusjon. Iverksetting av «Handlingsplan for eldreomsorg» hadde full måloppnåelse på nasjonalt nivå, noe som ble fremhevet som sjeldent i offentlig forvaltning, men det ble bemerket at sentralmyndighetenes idéer om funksjon og drift ble modifisert i møte med den kommunale hverdagen. Kommunene greide å få Staten og Husbanken til å endre sine retningslinjer for tildeling av midler (Romøren & Svorken, 2003).

Ansvarsreformen for utviklingshemmede (også kalt HVPU-reformen) var også en beslutningsorientert iverksettingsteori (ovenfra-og-ned), som tok utgangspunkt i politiske idealer (Fellesorganisasjonen, 2008), dermed er funn vedrørende iverksetting av «Handlingsplan for eldreomsorgen» av interesse i sammenheng med denne masteroppgaven.

#### 4.3.4 Kommunens praktisering av internkontroll

I dette avsnittet foretas det en gjennomgang av forslag fra PricewaterhouseCoopers (PwC) og Agenda, om tiltak for å styrke kontrollutvalget, revisjonen og den administrative internkontrollen i kommuner og fylkeskommuner.

I 2008 ble det nedsatt en arbeidsgruppe av kommunal- og regionaldepartementet som skulle foreslå tiltak for å styrke kontrollutvalget, revisjonen og den administrative internkontrollen i kommuner og fylkeskommuner. Kommunal og regionaldepartementet (KRD) ønsket å belyse behovet for statlig initiativ på området. PwC ble engasjert til å fremskaffe kunnskap om den praktiserte internkontrollen i kommunal sektor. De utarbeidet en rapport med sine funn og tilrådninger om hvordan internkontrollen kunne styrkes (PricewaterhouseCoopers, 2009). Agenda ble også engasjert til å fremskaffe oversikt over kommunenes praktisering i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og egenkontroll av dette. De hadde i tillegg mål om å belyse internkontrollens plass i organisasjonsutviklingen i kommunen (Agenda Utredning & Utvikling AS, 2008).

Resultater viste at det var utfordrende å samordne internkontrollen i henhold til krav i særlovgivningen med kommunenes øvrige systemer for styring og kontroll. I tillegg viste det seg å være vanskelig å utforme et styrings- og kontrollsystem som «passer» like godt for alle kommunens ulike sektorer, enheter og arbeidsprosesser (PricewaterhouseCoopers, 2009).

Hovedfunnene fra Agenda sin undersøkelse, var betydningen av en klar ansvarsfordeling gjennom et tydelig delegasjonssystem i kommunen, og hensiktsmessig organisering og gode rutiner. Rapporten trakk frem at det kunne være svært krevende å få full oversikt over alle tjenester ettersom kommunene hadde et svært vidt ansvarsområde. De fleste kommunene i undersøkelsen hadde etablert gode internkontrollsystemer for HMS. Men funn i undersøkelsen viste at det var større utfordringer knyttet til å etablere gode internkontrollsystemer på sektorområdene, for eksempel pleie og omsorg. Funn viste at det fremsto som enklere å etablere internkontroll på teknisk sektor, enn på «myke» tjenester. Agenda fant også at det kunne være utfordrende å få medarbeidere til å se internkontroll og

avviksfokus som positive redskaper for forbedring, versus systemer for overvåkning og kontroll. Flere kommuner manglet systemer for å dokumentere og tydeliggjøre sine internkontrollaktiviteter. I tillegg viste undersøkelsen at flere kommuner arbeidet med å utvikle internkontrollsystemer innenfor området tjenestekvalitet, men at de opplevde det som vanskelig å finne indikatorer som var gode uttrykk for tjenestekvalitet (Agenda Utredning & Utvikling As, 2008).

#### 4.3.5 Iverksetting av forskrifter

Følgende avsnitt omhandler Heggdals (2010) masteroppgave, om «Kvalitetsarbeid i pleie- og omsorgstjenesten». Dette var en studie om iverksetting av internkontrollforskriften, kvalitetsforskriften og den Nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Hennes problemstilling var «Hvordan blir kvalitetsarbeid iverksatt i pleie- og omsorgstjenesten, og hvilken betydning har ledelse og organisering av tjenestene å si for arbeidet?». Resultater fra undersøkelsen viste at kommunen hadde gjennomført en omorganisering som hadde medført tydeligere roller og ansvarsfordeling. De hadde opprettet en fagavdeling som hadde gitt kommunen mulighet til å samordne kvalitetsarbeidet i tjenesten og løftet det faglige innholdet, og de brukte tilsynsmeldinger og rapporter fra ulike tilsyn til å utvikle og forbedre tjenestene.

#### 4.3.6 Kvalitetsutvikling av tjenester i boliger

Dette avsnittet omhandler Helseetatens rapport om kvalitetsutvikling av tjenester i boliger for psykisk utviklingshemmede i Oslo kommune. Funn fra kvalitetsrevisjonen kan være aktuelle i tilsvarende tjenester i andre kommuner, og er av den grunn av interesse i sammenheng med denne masteroppgaven.

Kvalitetsrevisjonen så på tre områder som er regulert av myndighetskrav og overordnet regelverk. Rapporten presenterte hovedfunnene fra kvalitetsrevisjonen som ble gjennomført i Oslo kommune i 2014. Ernæring, legemiddelhåndtering og avvikshåndtering var områdene som ble revidert. Hovedutfordringer (Oslo kommune, 2015) som ble avdekket var mangler vedrørende systemer og standardisering, dokumentering, og kjennskap til nasjonale faglige retningslinjer.

#### 4.3.7 Oppsummering av tidligere forskning

Avslutningsvis foretas det i dette avsnittet en oppsummering av tendenser fra tidligere forskning.

Tidligere forskning viser at tjenester innenfor pleie- og omsorg er lite håndgripelige, de tenderer mot å bli konsumert i det de blir produsert og brukeren er som regel involvert i produksjonen og leveringen av tjenesten. Tjenestene er ofte ekspertdefinert av profesjonene, og innholdet og kvaliteten på tjenestene er politikerdefinerte. Kvaliteten på tjenestene vil ha daglige variasjoner basert på hvem som yter tjenestene, og innovasjoner og produktutvikling kan påvirke kvaliteten. Måling av kvalitet ved bruk av brukerundersøkelser beskrives som en lite troverdig måleindikator. Men fritt brukervalg er en utvikling som kan være med på å avsløre brukernes preferanser. Det har vist seg å være vanskelig å fastsette troverdige styringsparametere for tjenestekvalitet som er egnet til bruk på overordnet styringsnivå, eller til sammenlikning mellom kommuner. Endringer i ressursbruk, eller andre forhold som kan styres ved overordnede beslutninger, viste ikke stor betydning for tjenestekvaliteten. Ved implementering av styringssystemer var det av betydning med tydelig delegasjonssystem i kommunene, og hensiktsmessig organisering og gode rutiner. Der det har vært en vellykket implementering av styringssystemer, har det vært preget av både ovenfra-og-ned og nedenfra-og-opp styring.

Medarbeidere i kommunene så ut til å ha innfunnet seg med dokumentasjonshverdagen, samtidig som de syntes den var en besværlig og tidkrevende del av arbeidet. Nye databaserte dokumentasjonssystemer medfører startproblemer tilknyttet opplæring. Det kunne være utfordrende å få medarbeidere til å se internkontroll og avviksfokus som positive redskaper for forbedring. Det så ut til å være behov for en systematisk kartlegging av medarbeidernes kompetanse og opplæringsbehov, og tjenestestedets kompetansebehov. I tillegg så det ut til å være behov for risikovurderinger av hvor det kan være fare for svikt i tjenestene, blant annet kartlegging av hvor det mangler rutiner og prosedyrer for hvordan tjenesteyting og dokumentasjon skal gjøres.

Teori om ledelse og tidligere forskning vil bli benyttet videre i denne oppgaven i forhold til resultater fra undersøkelsen, samt drøftingen av resultatene. Tidligere forskning viser at det har blitt foretatt forskning på internkontroll i kommunene, iverksetting av internkontrollforskrift i helsetjenesten i hjemmetjenesten, implementering av handlingsplan i

kommunene, og utfordringer tilknyttet kvalitetsutvikling. Forskningen omhandler både systemnivå og førstelinjenivå.

Problemstillingen for denne undersøkelsen retter søkelyset mot lederes erfaringer med, og imøtekommelse av, myndighetskrav i internkontrollforskrift for helsetjenesten i tjenester til personer med psykisk utviklingshemning. Dette er et område med mangelfull forskning, som indikerer behov for undersøkelser for å avdekke utfordringer og erfaringer for ledere innen tjenester til personer med psykisk utviklingshemning.

## **5. Metode**

I dette kapitlet vil metoden som er anvendt for innhenting av data til masteroppgaven bli presentert. Kapitlet er bygd opp med avsnitt som retter søkelys mot kvalitativ tilnærming, design, utvalg, samtaleintervju, reliabilitet og validitet, analyse, og etikk.

### **5.1 Kvalitativ tilnærming**

Følgende avsnitt vil gi en presentasjon av valg av metode og begrunnelse for valget.

Problemstillingen dannet grunnlaget for valg av metode, og den omhandler lederes erfaringer med, og imøtekommelse av, myndighetskrav i internkontrollforskrift for helsetjenesten. Ringdal (2014) beskriver valg av metode eller forskningsstrategi, med utgangspunkt i problemstillingen som et pragmatisk valg. Bakgrunnen for at denne studien fikk en kvalitativ tilnærming hadde sammenheng med et ønske om tilgang til rik og dyp informasjon om et lite antall undersøkelsesenheter i deres naturlige omgivelser, der hovedfokus var å få fatt i variasjon og mangfold i opplevelser og fortolkninger (Ringdal 2014; Jacobsen 2015). Det ble søkt å inneha en åpen, fleksibel og nysgjerrig tilnærming ved innhenting av data. Dette er hva Aadland (2013) beskriver som metode for å la teoriene kunne vokse frem underveis og etter innsamling av data. En viktig grunn til denne tilnærmingen, er at jeg studerer et område med liten grad av tidligere empirisk forskning.

### **5.2 Design**

I dette avsnittet vil det bli gitt en presentasjon for oppgavens design.

Designet for oppgaven er den overordnede planen for hvordan undersøkelsen totalt sett er tilrettelagt og gjennomført (Ringdal, 2014). I problemstillingen stilles det spørsmål om lederes erfaringer med myndighetskrav i internkontrollforskrift for helsetjenesten, utfordringer de står



ovenfor, hva de gjør for å møte utfordringene, og hvordan de dokumenterer dette. For å finne ut av dette, var det behov for å gå i dybden på tematikken, for å få en detaljert og grundig forståelse av ledernes erfaringer, utfordringer, hva de gjør og hvordan de dokumenterer imøtekommelse av myndighetskravene.

Dette medførte valg av et intensivt opplegg for å kunne studere mange nyanser i en enhet. «Enhet» i denne sammenhengen er én avdeling i én utvalgt kommune, og det ble benyttet casestudie til gjennomføring av undersøkelsen. Ringdal (2014, s.170) definerer casestudier som «intensive undersøkelser av et lite antall caser som kan være (individer), familier, bedrifter, organisasjoner eller land, men også hendelser eller beslutninger». Jacobsen (2015, s.99) beskriver en casestudie som «at en forsker går dypt inn i en situasjon, en organisasjon eller noe annet som er avgrenset i tid og rom». I følge Johannessen, Tufte & Christoffersen (2011, s.86) består casestudier av «å samle så mye informasjon (data) som mulig om et avgrenset fenomen (casen)».

Utvalg av kommune ble foretatt som et strategisk valg. Strategisk utvalg innebærer at forskeren beslutter hvilken gruppe som bør delta for å få samlet nødvendig data. Deretter kan respondenter velges fra gruppen (Johannessen m.fl., 2011). Valg av kommune som strategisk valg ble foretatt på grunn av geografisk tilgjengelighet, samt av tilgang til kommune via bekjent.

Enheten som ble valgt ut til undersøkelsen, er en middels stor norsk kommune på Østlandet. Innenfor den aktuelle kommunen, ble det gjort noen utvalg av både fagområder og respondenter i forhold til spørsmål som reises i problemstillingen, og dette vil jeg komme tilbake til i avsnittet angående utvalg.

En begrensning ved casestudie, er at man ikke kan generalisere funn fra en case til andre caser (Jacobsen, 2015). Det kan dermed ikke trekkes slutninger om at funn fra denne undersøkelsen vil kunne gjøres gjeldende som vitenskapelige funn med gyldighet i andre kommuner.

### 5.3 Utvalg

I dette avsnittet vil det bli foretatt en presentasjon av utvalg til undersøkelsen, som innebefatter enhet og respondenter.

Jeg tok kontakt med kommunalsjefen for pleie- og omsorg i en kommune med geografisk nærhet, med forespørsel per epost (vedlegg 1) på om de kunne tenke seg å delta.

Forespørselen inneholdt informasjon om meg selv og om den planlagte undersøkelsen. Jeg fikk positiv respons på første kontakt, og kunne gå videre med å forespørre aktuelle respondenter. Kommunalsjefen ga meg en oversikt over lederne innenfor pleie- og omsorg, med tilhørende kontaktinformasjon.

I forskning benyttes både begrepene respondenter og informanter som benevnelse på informasjonskilder som representerer problemstillingen som undersøkes. Jeg har valgt å benytte benevnelsen respondenter. I følge Jacobsen (2015) benyttes benevnelsen respondenter på personer med direkte kjennskap til et fenomen, og som er å anse som representanter for den gruppen forskeren ønsker å undersøke.

Utvalg av respondenter skjedde etter følgende prosedyre. Jeg foretok et skjønsmessig utvalg av respondenter ut ifra oversikten, og sendte forespørsel om deltakelse per epost til de aktuelle respondentene. Jeg valgte ut ledere fra tre forskjellige ledernivåer i kommunen, fordi jeg ønsket å undersøke ulike ledernivåer innenfor tjenester til personer med psykisk utviklingshemning. I utvalgt kommune heter avdelingen som yter tjenester til personer med psykisk utviklingshemning for miljøarbeidertjenesten, og denne benevnelsen vil bli benyttet videre i denne oppgaven. Miljøarbeidertjenesten i utvalgt kommune, er inndelt i 10 distrikter, med hver sin tjenesteansvarlig. Hver tjenesteansvarlig har 5-6 avdelinger under seg. Utvalgte respondenter er ledere på tre nivåer i kommunen. En av respondentene er kvalitetsleder (systemnivå), tre er tjenesteansvarlige (distriktsnivå), to er avdelingsledere og en er fagansvarlig for et distrikt. Avdelingsleder og fagansvarlig tilhører samme ledernivå (førstelinjenivå). Kvalitetslederen er plassert i administrasjonen sentralt i kommunen, og har ansvaret for hele pleie- og omsorg, inkludert miljøarbeidertjenesten. De tjenesteansvarlige har ansvar for hvert sitt distrikt innen miljøarbeidertjenesten, med flere avdelingsledere under seg. Avdelingslederne har ansvar for en eller flere boliger, og har direkte økonomi- og personalansvar for boligen(-e). Den fagansvarlige har daglig faglig ansvar for et distrikt, og har direkte oppfølging av alle medarbeiderne i distriktet.

Jeg valgte å fokusere på ledere innenfor tjenester til voksne personer med diagnose psykisk utviklingshemning. Jeg valgte å ikke inkludere ledere for dagtilbud til brukergruppen. Inkluderings- og ekskluderingskriterier beskrives av Jacobsen (2015, s.179) som «trekk respondenten bør ha for å kvalifisere til å delta i undersøkelsen». Malterud (2011) anbefaler at forskeren setter sammen et utvalg respondenter som gir tilstrekkelig rikt og variert materialet om det man ønsker å undersøke. Ved å intervjuere ledere på tre nivåer, søkte jeg å oppnå dette.

Forespørselen ble sendt til åtte kandidater, hvorav fire takket ja til å delta. Ettersom kun halvparten av utvalget takket ja, ble jeg nødt til å foreta et nytt utvalg for å sikre meg nok respondenter. Johannessen (m.fl., 2011), beskriver at utvalgsstørrelsen ofte vil bli bestemt når undersøkelsen nærmer seg sin avslutning. Malterud (2011) beskriver at forskeren må sørge for å innhente tilstrekkelig rike data som medfører at forskeren kan belyse problemstillingen med ulike perspektiver. Jeg endte til slutt opp med syv respondenter, dette har gitt meg et tilstrekkelig rikholdig materiale til å gjennomføre en dataanalyse.

#### 5.4 Samtaleintervju

I følgende avsnitt vil det bli gitt en presentasjon av gjennomføring av samtaleintervju som metode for innsamling av data til denne undersøkelsen.

Data ble samlet inn gjennom samtaleintervju, ved hjelp av intervjuguide (vedlegg 2) som var lik ved alle intervjuene. Respondentene fikk få begrensninger i hva de kunne si, og jeg forflyttet meg i intervjuguiden basert på retningen av samtalen. I følge Jacobsen (2015) legger man vanligvis ingen eller få begrensninger på hva respondenten kan si i et samtaleintervju, og de data forskeren sitter igjen med etter intervjuet er en mengde notater og opptak som skal analyseres. Jeg gjorde lydopptak av intervjuene og overførte data til tekst ved transkribering. Ringdal (2014) beskriver at forskeren ved bruk av kvalitativ metode registrerer eller overfører data til tekst, og det ble gjort i denne undersøkelsen. For min del var det viktig ved utforming av intervjuguide at jeg sikret meg at alle respondentene svarte på de samme temaene, og at jeg i tillegg kunne følge opp svar de kom med underveis ved å stille flere utdypende spørsmål. Intervjuguiden hadde lav grad av standardisering, og jeg benyttet meg av besøksintervju. Ringdal (2014) beskriver at lav grad av standardisering innebærer rom for intervjuer til å improvisere underveis, og lavere grad av detaljering i intervjuguiden ved utforming av spørsmål. Det er derfor vanlig å benytte lav grad av standardisering ved samtaleintervjuer. Besøksintervju innebærer at forsker og respondent møtes ansikt til ansikt, og besøksintervju gir dermed stor grad av nærhet ved innhenting av data, ved at forsker og respondent møtes (Ringdal, 2014).

Ved utarbeidelse av intervjuguiden, tok jeg utgangspunkt i myndighetskravene i internkontrollforskrift for helsetjenesten. I tillegg benyttet jeg Lais (2004) beskrivelse av fem hovedfaser ved iverksetting av kompetansetiltak, som inspirasjon. Gjennom intervjuguiden søkte jeg å avdekke om kommunen benytter seg av kompetanseanalyse (Lai, 2004). Det vil si

at jeg søkte å avdekke om de definerer aktuelle kompetansekrav, har oversikt over kompetansebeholdningen, og om de identifiserer kompetansebehovene.

Intervjuguiden var bygd opp med fire hovedtemaer (vedlegg 2). Første tema omhandlet generell bakgrunnsinformasjon om respondentene, brukerne og medarbeiderne i miljøarbeidertjenesten. Først innhentet jeg informasjon vedrørende respondentenes stilling, varighet i stillingen, hvilken grunnutdanning de hadde, og eventuell lederutdanning. Deretter spurte jeg om informasjon vedrørende brukergruppen, det vil si antall brukere de har ansvar for, aldersspenn blant brukerne, og om noen av brukerne har vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven (HOL) kapitel 9, bruk av tvang og makt. Avslutningsvis i første tema av samtaleintervjuet, innhentet jeg informasjon om respondentenes medarbeidere, det vil si antall årsverk de har ansvar for, og medarbeidernes formelle kompetanse fordelt på ufaglærte (ingen formell kompetanse), ett-årig utdanning (for eksempel helsefagarbeider) og tre-årig utdanning (relevant bachelorgrad, for eksempel vernepleier).

Andre tema i intervjuguiden var aktuelle fagområder med behov for kompetanse, internkontroll, og dokumentasjon. Jeg etterspurte informasjon om kompetanseområdene ernæring, legemiddelhåndtering, somatikk, avvikshåndtering, journalføring og HOL kapitel 9, vedrørende bruk av tvang og makt. Respondentene ble bedt om å beskrive hvor aktuelt hvert område var innenfor sine tjenester, utfordringer tilknyttet områdene, kompetansehevende tiltak på områdene og dokumentasjon på de ulike kompetanseområdene. Jeg ba de også beskrive hvordan kommunen organiserer internkontroll, erfaringer de har med internkontroll og betraktninger vedrørende internkontroll.

Tredje tema i intervjuguiden var evaluering. Jeg ba respondentene beskrive hvordan de, på ulike nivåer i kommunen, foretar evalueringer på ulike kompetansehevende tiltak.

Fjerde og siste tema i intervjuguiden, handlet om oppsummering og avslutning. Respondentene fikk mulighet til å oppsummere, og eventuelt tilføye informasjon de mente kunne være av relevans, men som jeg ikke hadde spurt om. I tillegg spurte jeg om hvordan de opplevde samtaleintervjuet.

Alle metoder har sine styrker og svakheter. Styrkene ved samtaleintervju er at det er en god måte å tilegne seg kunnskap om enkeltindividers fortolkning, den enkeltes forståelse og hva slags mening respondenten tillegger ulike forhold. Dette beskrives som fortolkende eller konstruktivistisk vitenskapssyn (Jacobsen, 2015). For å finne svar på problemstillingen min

var det nødvendig å søke innblikk i den enkeltes forståelse og mening, og det gjøres best ved bruk av kvalitativ metode. Svakheter ved samtaleintervju beskrives med at gjennomføring av intervju er tidkrevende for forskeren, både med hensyn til administrering, gjennomføring og at forskeren sitter igjen med en stor mengde data som kan være utfordrende å få oversikt over. I tillegg får forskeren kun frem den enkelte respondents holdninger og oppfatninger, som vil medføre utfordringer både i forhold til gyldighet og generaliserbarhet av dataene (Jacobsen, 2015).

Ved utarbeidelse av problemstilling tok jeg utgangspunkt i egen arbeidserfaring og interesseområder. Dermed er jeg som forsker farget av min forforståelse av temaet, forforståelse beskrives av flere teoretikere. Aadland (2013) beskriver forforståelse som forskerens bevisste eller ubevisste forventning om hvordan noe kommer til å bli. Malterud (2011) beskriver forforståelse som de erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og den teoretiske referanserammen som forskeren bringer med seg inn i prosjektet, før prosjektet starter. Jacobsen (2015) bruker begrepet «før-dommer» som en betegnelse på forforståelse. Både Aadland, Malterud og Jacobsen påpeker at det som forsker er viktig å være bevisst sin forforståelse. Jacobsen (2015) beskriver at pre-strukturering av intervju er en måte å sette fokus på enkelte områder ved intervjuet, som kan bidra til at forskeren blir bevisst sine «før-dommer». Jeg søkte å unngå å stille ledende spørsmål i samtaleintervjuene. I tillegg bearbeidet jeg intervjuguiden slik at den skulle fange opp respondentenes forståelse og meninger, slik at jeg skulle ha mulighet til å følge respondentenes resonanser, med minst mulig påvirkning av min forforståelse. Ringdal (2014) beskriver at respondentene vil kunne bli påvirket av forskeren ved samtaleintervju, på grunn av stor grad av nærhet i besøksintervjuet. I følge Ringdal (2014) vil respondentens motivasjon avgjøre hvor vellykket intervjuet blir, og en forutsetning for hvor vellykket det blir, er at forskeren klarer å opprette tillit hos respondenten. Jeg opplevde respondentene som åpne og imøtekommende, og samtaleintervjuene hadde en avslappet atmosfære. Ringdal (2014) beskriver at forskeren kan følge opp informasjon fra respondenten enten ved å stille planlagte spørsmål, eller ved å improvisere fortløpende. Det er viktig at forskere ikke stiller ledende spørsmål og opptrer på en nøytral måte. I tillegg til å følge opp den verbale informasjonen fra respondenten, bør forskeren følge med på respondentens kroppsspråk, og notere ned spesielle ting underveis. I etterarbeidet kan forskeren også gjøre en vurdering av om respondenten var samarbeidsvillig, hvor oppriktig vedkommende fremsto, og eventuelle uformelle observasjoner i forbindelse med hvor intervjuet ble foretatt. I tillegg bør forskeren i etterarbeidet vurdere sin egen rolle i

intervjuet, notere seg svakheter og styrker, for eksempel om det var spørsmål som ikke ble stilt og om forskeren påvirket respondenten med egne synspunkter underveis (Ringdal, 2014). Underveis i intervjuene noterte jeg meg stikkord for observasjoner og hendelser som oppsto, etter intervjuene og ved transkribering, noterte jeg meg refleksjoner vedrørende respondentene og egen rolle. Alle intervjuene ble foretatt på respondentens respektive kontorer eller møterom. Ringdal (2014) henviser til intervjuguiden som et grunnlag for samtalen, en guide som forskeren kan improvisere ut ifra. På den måten kan spørsmålene variere noe fra intervju til intervju, men det er likevel vanlig at forskeren dekker de samme hovedtemaene i samtalene. I min undersøkelse benyttet jeg meg av en intervjuguide som var utformet med stikkord, for å oppnå fleksibilitet, samtidig som jeg ønsket å sikre meg at jeg tok opp de samme temaene med alle respondentene.

I samtaleintervju kan forskeren velge flere teknikker for innsamling av data. Forskeren kan velge å ta opp lyd eller video, notere underveis, eller kombinere teknikker (Ringdal, 2014). Jeg valgte å ta opp intervjuene med lydopptak, og samtidig notere stikkord fortløpende i intervjuguiden. Ringdal (2014) beskriver at forskeren etter endt intervju må skrive referat eller transkribere dataene. Disse dataene gir forskeren de kvalitative dataene i form av tekst, lyd eller bilder (Ringdal, 2014). Jacobsen (2015) anbefaler at alle intervju tas opp med lydopptak, slik at det kan transkriberes ordrett senere. Han beskriver videre at dersom man gjør det, vil det også være mulig for andre å gå inn i «rådataene» for å kunne kontrollere og sjekke utsagn, tolkninger og lignende. Jeg transkriberte alle intervjuene selv, og endte opp med en betydelig mengde data.

Personvernombudet vurderte prosjektet som meldepliktig i henhold til personopplysningsloven, 2015, § 31. Mitt samtykkeskjema (vedlegg 3) og min forskningsstrategi har blitt godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Jeg innledet alle intervjuene med å be respondentene om å lese gjennom samtykkeskjema, eventuelt stille oppklarende spørsmål til samtykkeskjema, og deretter signere.

Videre fortalte jeg om min bakgrunn og bakgrunn for valg av tema til masteroppgaven før jeg begynte på samtaleintervjuet, med utgangspunkt i intervjuguiden. Dette er i tråd med både Ringdal (2014) og Jacobsens (2015) beskrivelse av at oppbygging av intervjuet gjerne kan være slik at forskeren innleder med å redegjøre for intensjonen med intervjuet, og forsikre respondenten om at informasjon som fremkommer underveis vil bli behandlet konfidensielt og presentert på en anonymisert måte. Dette slik at forskeren ivaretar de forskningsetiske

perspektivene, samtidig som respondentene får innsikt i hvordan resultatene skal behandles og benyttes.

### 5.5 Reliabilitet og validitet

I dette avsnittet rettes søkelyset mot oppgavens reliabilitet og validitet.

Reliabilitet handler om målingens pålitelighet, det vil si om man kan oppnå samme resultat ved gjentatte målinger. Med pålitelighet og troverdighet menes det at undersøkelsen må være til å stole på, den må være utført på en troverdig måte som vekker tillit. Når en forsker skal vurdere reliabilitet ved kvalitative studier, handler det om at forskeren reflekterer over hvordan datainnsamlingen ble gjennomført og en refleksjon omkring mulige feilkilder. Validitet handler om målingens gyldighet, det vil si om man måler det man faktisk vil måle. Med gyldighet og relevans menes at de data som er samlet inn, skal gi svar på det eller de spørsmål som har blitt stilt av forskeren (Ringdal, 2014; Jacobsen, 2015). Vurdering av validitet er ofte litt vagt ved kvalitativ forskning. Validiteten ved kvalitativ forskning kan vurderes på to måter, av forskeren selv eller av respondentene. Høy reliabilitet er en forutsetning for høy validitet, ettersom reliabilitet er et rent empirisk spørsmål, mens validitet i tillegg krever en teoretisk vurdering. Kvalitativ forskning gir sjelden statistisk generaliserbare funn, ettersom det krever store utvalg. Men dataene kan noen ganger være av en mer generell gyldighet (Ringdal, 2014). Innsamling av empiri (erfaringsbaserte data), bør i følge Jacobsen (2015), tilfredsstillende to krav. Han beskriver at empirien må være gyldig og relevant, og at empirien må være troverdig og pålitelig.

Jeg valgte å utelukke forskning i egen organisasjon for å oppnå høyere grad av reliabilitet og validitet i studien. Etter intervju og transkribering hadde jeg en stor mengde data som skulle sorteres og analyseres. Jeg gjorde meg flere oppdagelser ved gjennomføring og transkribering av mine intervju med henblikk på studiens reliabilitet. Blant annet oppdaget jeg at jeg hadde en tendens til å opptre bekræftende når respondentene snakket om tema som interesserte meg spesielt. I den forbindelse ser jeg at jeg kan ha gitt føringer i form av bekræftende kroppsspråk og lyder. Jeg la også merke til at jeg benyttet humor som isbryter for å komme i kontakt og oppnå tillit hos respondentene.

Jeg opplevde respondentene som åpne og samarbeidsvillige. Ved et intervju ble jeg nødt til å anstrenge meg for og «holde igjen og vente ut» respondenten. Respondenten brukte god tid på

å tenke seg om ved hvert spørsmål, før han kom med en tilbakemelding. Jeg liker høyt tempo i samtaler, og måtte derfor jobbe for å unngå å sette opp farten i samtalen.

Gjennomføring av intervju foregikk på respondentenes kontor eller møterom. Ved et intervju ble samtaleintervjuet avbrutt av en kollega som kom innom, men jeg opplevde at samtaleintervjuet fortsatte på en god måte selv om vi ble avbrutt.

Ettersom jeg har innhentet data fra syv respondenter, er det kun deres holdninger og oppfatninger jeg har fått data på. Det kan tenkes at andre eller flere respondenter ville medført fylldigere og bredere datagrunnlag. Det var flere kandidater som takket nei til deltakelse, både med og uten begrunnelse. De som begrunnet avslaget, svarte gjennomgående at de ikke hadde tid til å gjennomføre intervju.

Når det gjelder studiens validitet, opplevde jeg at enkelte av mine funn både samstemte med mine erfaringer og kompetanse på feltet, samt teori og tidligere forskning. Men jeg fikk også funn som ikke har støtte i teori og tidligere forskning på området. Jeg antar at respondentene vil kjenne seg igjen i beskrivelsene av funn i studien, men kan ikke være sikker uten å ha kontrollert det med dem. Når det gjelder ekstern validitet, så har min undersøkelse en lav grad av generaliserbarhet, da den kun er basert på en casestudie i én avdeling i én utvalgt kommune.

## 5.6 Analyse

I dette avsnittet vil analysen av de kvalitative dataene bli presentert.

Analyse av kvalitative data er utfordrende ettersom det ikke finnes noen standardiserte teknikker man kan benytte. I følge Ringdal (2014) skal analysen medføre en utvikling fra observasjoner til vitenskap. Malterud (2011) beskriver at gjennom analysen skal materialet lede frem til nye beskrivelser, nye begreper eller nye teoretiske modeller. Ringdal (2014) beskriver at en analyseprosess kan deles inn i flere sekvenser, for eksempel datareduksjon, datapresentasjon og konkludering. Analysen består av å abstrahere (skille ut) utsagn som gir mening for respondentene, til utsagn som gir mening for forskeren. Forskeren knytter gjerne meningen opp mot teoretiske begreper (Ringdal, 2014).

Jacobsen (2015) beskriver analysen i kvalitativ metode som en tekstanalyse. Videre beskriver han at analyse av kvalitative data handler om fire forhold. Disse er å beskrive dataene forskeren har innhentet, utforske innholdet i dataene, redusere data ved hjelp av



kategorisering, og å trekke opp forbindelser og sammenhenger mellom de ulike kategoriene. Denne beskrivelsen samstemmer godt med Malterud (2011) sin beskrivelse av systematisk tekstkondensering.

Malterud (2011) beskriver at ved systematisk tekstkondensering gjennomføres analysen i fire trinn, hvor første trinn er å danne seg et helhetsinntrykk av innsamlet data, som er en fase hvor forskeren inntar et fugleperspektiv og unngår systematisering av stoffet. Forskeren leter etter foreløpige temaer i dataene, og kan notere stikkord underveis. Forskeren sitter igjen med temaer som representerer et første intuitivt og databasert steg i organiseringen av materialet.

Andre trinn i analysen består av å skille relevant tekst fra irrelevant tekst, og forskeren sorterer den delen av teksten som kan tenkes å belyse problemstillingen, dette kalles å identifisere meningsbærende enheter. De meningsbærende enhetene systematiseres ved koding, det vil si at tekst i datamaterialet som har sammenheng med de foreløpige temaene skilles ut, for eksempel ved å bruke en fargekode for hvert tema. Forskeren gjennomfører en systematisk dekontekstualisering av teksten, som innebærer at deler av teksten hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng og senere settes sammen med beslektede tekstelementer og den teoretiske referanserammen.

Ved tredje trinn i analysen skal forskeren gå fra kode til mening. Det innebærer at forskeren skal abstrahere kunnskapen fra trinn to ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene. Dersom enkelte kodegrupper inneholder få meningsbærende enheter, må forskeren vurdere hvorvidt de tilhører en annen kode eller om de ikke er å regne som meningsbærende enheter. Dersom man har kodegrupper som er omfangsrike, bør disse vurderes i forhold til om det er hensiktsmessig å dele de opp. Forskeren jobber deretter videre med hver av de enkelte kodegruppene, og deler eventuelt koden inn i ulike subgrupper. Subgrupper er underkategorier til hver enkelt kode. Teksten tolkes deretter ut fra faglig perspektiv og ståsted.

I analysens fjerde trinn skal forskeren gå fra kondensering til beskrivelser og begreper, ved å rekontekstualisere bitene. Rekontekstualisere betyr å sette bitene sammen igjen. Forskeren skal sammenfatte funn i form av gjenfortellinger, og disse gjenfortellingene kan danne grunnlag for nye beskrivelser eller begreper. Forskeren lager en analytisk tekst med utgangspunkt i den sammenfattede kunnskapen fra kodegruppene og subgruppene. Problemstillingen belyses fra ulike sider ved å formidle hva materialet forteller. Forskeren validerer funnene i forhold til den sammenhengen det var hentet ut fra, for å sikre at resultatene stemmer overens med det opprinnelige materialet. Konklusjonene må stemme

overens med de data forskeren har innhentet, og vurderes opp mot foreliggende emipiri og teori (Malterud, 2011).

Langt på vei benyttet jeg meg av Malteruds (2011) råd om systematisk tekstkondensering ved analyse av mine funn. Etter å ha transkribert materialet, bearbeidet jeg dataene for å danne meg et helhetsinntrykk. Dette gjorde jeg ved å lese gjennom alt materialet for å få inntrykk av helheten, og unngikk å systematisere underveis i lesingen. Etter gjennomgangen oppsummerte jeg helhetsinntrykket ved å skrive ned foreløpige temaer, med bakgrunn i hva som skilte seg ut som relevant i forhold til oppgavens problemstilling. Deretter bearbeidet jeg disse temaene på nytt ved å reflektere over hvordan de eventuelt ville bidra til å belyse problemstillingen.

I neste trinn sorterte jeg den transkriberte teksten i ulike fargekoder (koding), ut i fra temaene jeg hadde valgt ut. Etter inndeling i ulike fargekoder fikk jeg oversikt over mengden data jeg hadde for hvert tema, og deretter vurderte jeg om de ulike fargekodene måtte deles opp i flere koder, eller om noen burde slås sammen. Arbeidet med koding var tidkrevende og interessant.

Ved trinn tre hentet jeg ut mening fra det kodede materialet, ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene i forhold til problemstillingen, med tilhørende subgrupper. Jeg tok utgangspunkt i de åtte myndighetskravene i internkontrollforskrift for helsetjenesten, for å dele inn resultatene i ulike meningsbærende enheter. Resultatet er inndelt i fem meningsbærende enheter, og de er «beskrivelse av kommunen og relevante forhold», «utøvelse av styring og ledelse», «kompetansehevende tiltak for medarbeiderne», «systemer for imøtekommelse av myndighetskrav», og «forventninger, samarbeid og særtrekk ved miljøarbeidertjenesten». De fem meningsbærende enhetene har tilhørende subgrupper. Teksten ble vurdert i forhold til teori om ledelse og tidligere forskning.

Ved trinn fire ble resultater fra undersøkelsen sammenfattet i gjenfortellinger, belyst med typiske utsagn, og problemstillingen ble belyst fra ulike sider. Gjennom dette blir det vist hva som karakteriserer de ulike tendensene og tilhørende utfordringer fra resultatene i oppgaven.

## 5.7 Etikk

Følgende avsnitt omhandler de etiske føringene som foreligger, og hva som har blitt gjort for å ivareta disse.

Forskere har plikt til å planlegge forskningen med henblikk på å ivareta etiske prinsipper. Forskningen vil medføre konsekvenser for de som deltar i studien og for samfunnet for øvrig

(Jacobsen, 2015). Dermed må forskeren i følge Jacobsen (2015) tenke nøye gjennom hvordan forskningen kan påvirke deltakerne, og hvordan forskningen vil bli oppfattet og benyttet i et samfunnsperspektiv, samt foreta fortløpende vurderinger av valg i løpet av undersøkelsesprosessen opp mot etiske prinsipper.

De etiske føringene som foreligger er hensyntatt, blant annet de nasjonale forskningsetiske komiteers generelle forskningsetiske retningslinjer (2014), ved gjennomføringen av denne undersøkelsen. For å ivareta anonymitet i presentasjonen av resultater, har jeg valgt ut utsagn av generell karakter, og utsagn som belyser typiske tendenser. Alle krav stilt av NSD er hensyntatt i min undersøkelse.

## **6. Lederes erfaringer med, og imøtekommelse av, myndighetskrav i internkontrollforskrift for helsetjenesten**

I dette kapitlet vil hovedtendensene fra undersøkelsen bli presentert og drøftet, forstått i forhold til problemstilling, teori om ledelse, og tidligere forskning. Hovedtendensene vil bli belyst med en sammenfatning av meningsinnholdet fra samtaleintervjuene, samt av utvalgte utsagn fra respondentene. Gjennom dette blir det vist hva som karakteriserer de ulike tendensene og tilhørende utfordringer. Intervjuguiden var utformet med hensikt å avdekke svar på problemstillingen, som omhandler lederes erfaringer med, og imøtekommelse av, myndighetskrav i internkontrollforskrift for helsetjenesten.

Ledere innenfor tjenester til personer med psykisk utviklingshemning blir stilt ovenfor omfattende myndighetskrav, og de leder tjenester hvor et stort antall av medarbeiderne mangler formell kompetanse. I tillegg innehar lederne ofte et stort kontrollspenn, ved at de har ansvar for mange medarbeidere, og tjenester til brukere med sammensatte behov. Utover de myndighetskravene som stilles, skal lederne ivareta de politiske føringene i offentlig sektor, og de skal håndtere tidvis motstridene krav og forventninger fra samarbeidspartnere. Denne undersøkelsen søker å få svar på hvordan ledere løser disse utfordringene i sin lederhverdag.

Innledningsvis ble generell bakgrunnsinformasjon kartlagt, deretter ble respondentene bedt om å angi ulike aktuelle fagområder med behov for kompetanse, internkontroll og dokumentasjon, dernest omhandlet spørsmålene evaluering, og avslutningsvis ble det foretatt en oppsummering og avslutning av samtaleintervjuet.

Internkontrollforskrift for helsetjenesten, § 4, beskriver innholdet i internkontrollen, med åtte (a-h) dokumentasjonspliktige områder, som skal være tilpasset virksomhetens størrelse,

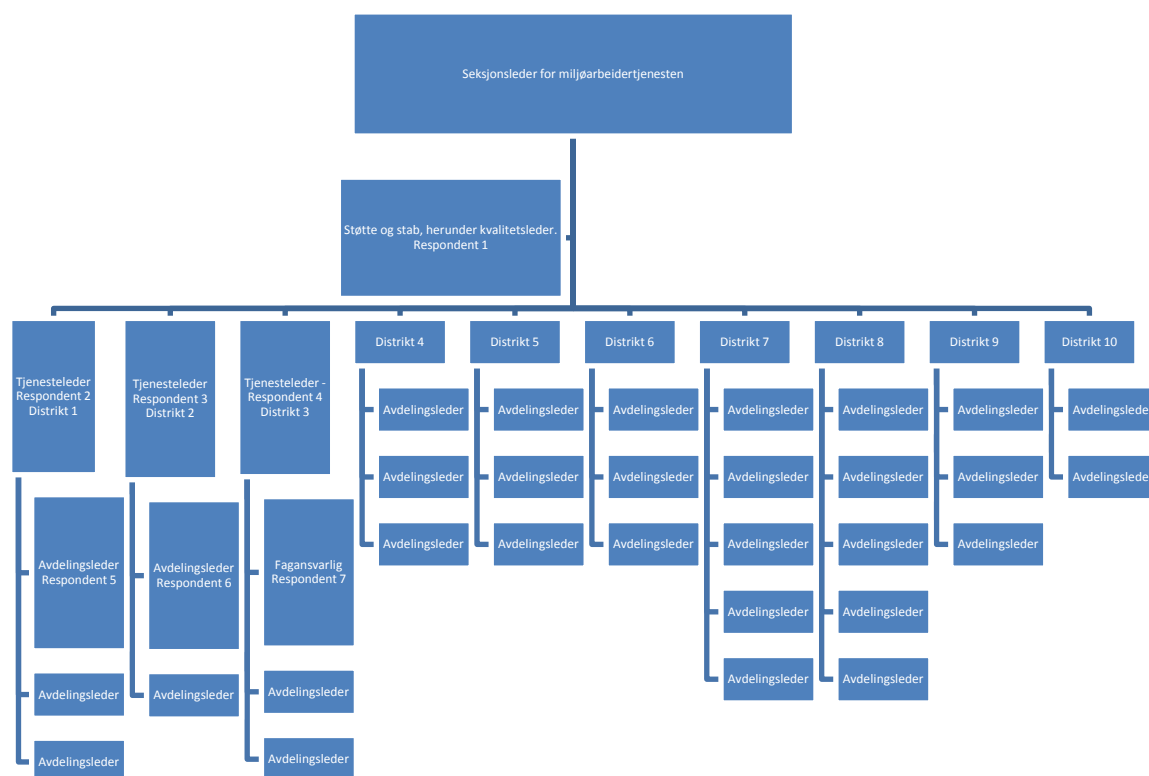
egenart, aktiviteter og risikoforhold. I dette kapitlet presenteres funn tilhørende de åtte dokumentasjonspliktige områdene, sett i forhold til teori om ledelse, samt tidligere forskning. De ulike dokumentasjonspliktige områdene i internkontrollforskrift for helsetjenesten, § 4 a – h, vil bli belyst hver for seg, men noen av områdene vil være aktuelle under flere avsnitt, og enkelte «griper inn i hverandre».

### 6.1 Beskrivelse av kommunen og relevante forhold

I internkontrollforskrift for helsetjenesten § 4 – a, står det at virksomheten skal beskrive sine hovedoppgaver og mål, samt hvordan virksomheten er organisert. Fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet skal fremgå. Den undersøkte kommunen har utarbeidet et handlingsprogram med tidsperspektiv på fire år. Handlingsprogrammet inneholder budsjett for det kommende året, utforming av konkrete handlingsmål for perioden, prioritering av tiltak, og oppstilling av ressurser for gjennomføring.

Den undersøkte seksjonen ledes av en seksjonsleder, og har støtte- og stabsfunksjoner tilknyttet tjenesteområdet. Undersøkelsen omfatter syv respondenter, og disse er kvalitetsleder (stab), tjenesteledere (mellomledere), avdelingsledere og fagansvarlig (førstelinje). Seksjonen kalles miljøarbeidertjeneste, og de yter tjenester til personer med psykisk utviklingshemning.

Figur 6.1 Organisasjonskart for miljøarbeidertjenesten



Forklaring av figur 6.1:

Seksjonsleder er øverste leder i miljøarbeidertjenesten. Avdelingen har støtte- og stabsfunksjoner tilknyttet tjenesten, som de deler med øvrige avdelinger innen pleie- og omsorg i kommunen. Miljøarbeidertjenesten er inndelt i 10 distrikter, og ledes av en tjenesteansvarlig. Hver tjenesteansvarlig har to til fem avdelingsledere under seg i virksomheten. Den enkelte avdelingsleder er ansvarlig for en til tre boliger, og de har en fagansvarlig tilknyttet sine boliger. Respondenter i denne undersøkelsen er markert i tilhørende avdeling i figuren.

### 6.1.1 Ledere i miljøarbeidertjenesten

Innledningsvis i samtaleintervjuene ble informasjon vedrørende respondentenes stilling, varighet i stillingen, hvilken grunnutdanning de hadde, og eventuell lederutdanning innhentet. Alle lederne hadde en relevant bachelorgrad innen pleie- og omsorg. Kvalitetslederen hadde grunnutdanning som sykepleier, og hadde tatt en del lederutdanning. To av tre tjenesteansvarlige var utdannet vernepleiere og den tredje var barnevernspedagog, alle tre hadde tatt noe lederutdanning i tillegg. En avdelingsleder var vernepleier og den andre var

ergoterapeut, de hadde mottatt internundervisning i ledelse gjennom kommunen. Faglig ansvarlig var utdannet vernepleier.

Lederne hadde ulik varighet på arbeidserfaring i nåværende stilling, eller andre lederstillinger i kommunen. Erfaringen strakte seg fra to til 29 år.

På grunn av språklig variasjon, vil begrepene leder og respondent bli benyttet om hverandre videre i presentasjonen.

#### 6.1.2 Brukere i miljøarbeidertjenesten

Kommunen yter tjenester til personer med psykisk utviklingshemning innenfor miljøarbeidertjenesten, og disse brukerne har svært variert bistandsbehov. Brukerne rangere fra lite bistandsbehov, der det er nok med enkel oppfølging og veiledning, til svært sammensatte behov, hvor det er behov for heldøgns omsorg. Cirka 45 brukere i miljøarbeidertjenesten har vedtak om bruk av tvang og makt i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven kapitel 9. Vedtak om bruk av tvang og makt, vil bli beskrevet nærmere senere i dette kapitlet. Brukerne i miljøarbeidertjenesten, som er omfattet av denne studien, er fra 18 til 73 år.

#### 6.1.3 Medarbeidere i miljøarbeidertjenesten

Kommunen har cirka 1200 årsverk tilknyttet miljøarbeidertjenesten. Kompetansen blant medarbeiderne i miljøarbeidertjenesten er fordelt mellom ufaglærte uten formell kompetanse, medarbeidere med ett-årig formell kompetanse, det vil si helsefagarbeidere eller lignende, og medarbeidere med relevant bachelorgrad som vernepleier, sykepleier, ergoterapeut og lignende (miljøterapeuter). Relativt mange medarbeidere er ufaglærte, lederne opplyste at mellom 40 og 50 % av medarbeiderne mangler formell kompetanse. De opplyste videre en fordeling på mellom 30 og 40 % med ett-årig relevant utdanning, og at 10 til 20 % av medarbeiderne har relevant bachelorgrad, hvor de fortrinnsvis er vernepleiere. Avdelingslederne fordeler ansvar og oppgaver til medarbeiderne ut i fra kompetanse. Hver enkelt bruker har en primærkontakt som har ansvar for koordinering og oppfølging av tjenestetilbudet, og primærkontakten er fortrinnsvis miljøterapeut.

#### 6.1.4 Oppsummering og drøfting

Dette avsnittet har belyst krav i § 4 – a, i internkontrollforskrift for helsetjenesten. Der kreves det at virksomheten skal beskrive sine hovedoppgaver og mål, samt hvordan virksomheten er

organisert. Fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet skal fremgå. Ved å ha handlingsprogram og organisasjonskart, kan man anse kravet i som imøtekommet av den undersøkte kommunen. Alle respondentene har en relevant bachelorgrad for arbeid innenfor pleie- og omsorg. Mange av dem har jobbet som ledere i kommunen i mange år, og har dermed lang erfaring med styring og ledelse innenfor tjenester til personer med psykisk utviklingshemning. Kommunen har et stort antall boliger med heldøgns omsorg, for gruppen som denne undersøkelsen omfatter.

Det fremsto gjennom samtaleintervjuene som at det var kort tjenestevei mellom de ulike lederne i ledelseslinjen, hvor fagansvarlig, avdelingsledere og tjenesteansvarlig virket som de samarbeidet godt. Det fremsto også som det var et godt samarbeid mellom tjenestene lokalt, og kommunens medarbeidere og ledere sentralt. Respondentene ga uttrykk for at de respekterer hverandres ulike roller og ansvarsområder. God oppbygging og ansvarsfordeling i virksomheten vil sannsynligvis medvirke i positiv retning når det gjelder forankring, implementering og måloppnåelse av ulike strategier og tiltak. Dersom ansvars plassering, ledelsesforankring og organisering ikke er tilfredsstillende, vil virksomheten mest sannsynlig ikke kunne jobbe målrettet i henhold til kommunens ledelsesstrategi.

Medarbeiderne som jobber innenfor tjenester til personer med psykisk utviklingshemning er i stor grad medarbeidere uten formell kompetanse. Det er dermed en relativt liten andel medarbeidere med formell kompetanse som skal sikre at tjenestene oppfyller myndighetskravene som stilles, ved at de blir tildelt ansvar, oppgaver og myndighet. Det er nærliggende å anta at dette kan medføre utfordringer tilknyttet oppfyllelse av myndighetskravene. Medarbeidere med formell kompetanse skal sørge for at alle medarbeidere i miljøarbeidertjenesten bidrar til oppfyllelse av kravene. På den ene siden kan tildeling av ansvar, oppgaver og myndighet medføre autonomi, mestring og opplevelse av å ha meningsfylt arbeid for de med formell kompetanse. Men på den andre siden kan det bli utfordrende å imøtekomme myndighetskravene, dersom det er for få medarbeidere som har ansvar, oppgaver og myndighet. Dette peker i retning av et behov for å ha tilstrekkelig antall medarbeidere som kan dele ansvar, oppgaver og myndighet, for å sikre oppfyllelse av myndighetskrav og redusere sårbarhet for tap av kompetente medarbeidere.

## **6.2 Utøvelse av styring og ledelse**

I dette avsnittet rettes søkelyset mot styring og ledelse. Balansert målstyring som ledelsesstrategi, og utfordringer tilknyttet dette, er hovedtendenser som viser seg i

datamaterialet. Den ene utfordringen det fokuseres på, er systemer og prosedyrer for styring og utvikling av tjenestene. Mens andre utfordringer det fokuseres på, er betydningen av velfungerende lederteam, og utfordringer med omorganisering, implementering og tilstrekkelig dokumentasjon. Resultatene peker dermed på at det er utfordringer tilknyttet balansert målstyring som ledelsesstrategi i miljøarbeidertjenesten.

Avsnittet omhandler krav fra internkontrollforskrift for helsetjenesten, § 4 - a, vedrørende fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, samt § 4 - d, medarbeidernes medvirkning slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes. Dette gjøres for å besvare lederes erfaringer med myndighetskrav fra internkontrollforskrift i helsetjenesten, hvordan de møter utfordringene, og hvordan de dokumenterer dette, som er spørsmål som reises i problemstillingen.

### 6.2.1 Balansert målstyring

Kommunen som ble undersøkt, benytter systemer som er bygget på hovedprinsippene i balansert målstyring, som ledelsesstrategi. De enkelte lederne rapporterer i henhold til sin resultatavtale. Målene i handlingsprogrammet for kommunen, operasjonaliseres på hvert nivå i virksomheten. Hver enkelt leder rapporterer til sin overordnede leder i henhold til resultatavtalen, som beskriver det inneværende års mål, for den enkeltes nivå i virksomheten. Respondentene hevdet at mål som blir beskrevet i resultatavtalen, har stor sannsynlighet for måloppnåelse. En typisk uttalelse som gjenspeiler dette er:

*Og vi ser jo det at, får vi det inn i resultatavtalen, så er det størst sjanse for å lykkes, fordi den går helt ned til avdelingsleder.*

Fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt i linje gjennom virksomhetens organisasjonskart. Kommunen har besluttet at den enkelte avdelingsleder skal være ansvarlig for cirka 20 årsverk, slik at kontrollspennet ikke blir for stort. Det ble oppgitt at de fleste avdelingslederne har ansvar for cirka 20 årsverk. Det er noen unntak fra dette, blant annet har en av respondentene ansvar for 43 årsverk, som i hans tilfelle innebærer direkte lederansvar for 85 medarbeidere. Direkte lederansvar for 43 årsverk påvirker handlingsrommet og kapasiteten for avdelingslederen, og han beskrev det som både utfordrende og moro. Respondenten anser det som nødvendig å forsøke å redusere antallet medarbeidere han har direkte ansvar for, og jobber med å endre turnus på tjenestestedet for å oppnå dette. Ved å etablere en langvaktturnus for enkelte medarbeidere, vil tjenestestedet ha behov for færre



antall medarbeidere, og etablering av en slik turnus er et av tiltakene avdelingslederen jobber med å få på plass.

### 6.2.2 Lederteam

Flere av lederne fortalte at det er avgjørende å ha et lederteam som fungerer godt, for å kunne jobbe i henhold til kommunens strategi og målsettinger, og for å ivareta myndighetskrav.

Respondentene beskrev at de har lederteam som støtter og hjelper hverandre, og at det ikke foreligger noen form for intern konkurranse mellom lederne. Det ble påpekt at oppnåelse av mål forutsetter at hver avdeling har en velfungerende avdelingsleder. Typisk utsagn som illustrerer dette er:

*De som skal ha ledelse må faktisk like hverandre. Ellers så går det ikke. Du er helt nødt til å ha en avdelingsleder som fungerer. Ellers så kan du bare glemme alt det andre.*

Fravær av avdelingsleder medfører økt belastning for både tjenestested og tjenesteansvarlig, ved at miljøterapeuter på boligen må ta mer ansvar for daglig drift, og at tjenesteansvarlig må bistå per telefon og e-post. Lederne beskriver tydeliggjør de positive effektene av stabil ledelse og samarbeid i ledergruppen. Ved fravær av avdelingsledere merker tjenesteansvarlige at boligene blir «overlatt til seg selv». Fravær av ledelse kan få flere uheldige konsekvenser, som for eksempel manglende forankring, og forståelse og deling av kommunens løpende prosesser og målsettinger. Lederne beskrev at det noen steder fungerer tilfredsstillende ved fravær av avdelingsleder, i alle fall for en periode, dersom de har dyktige miljøterapeuter som kan bistå tjenesteansvarlig. Fravær av avdelingsleder vil kunne påvirke kommunikasjon og informasjonsflyt i virksomheten, dette er kritiske faktorer for å oppnå suksess med balansert målstyring, og faktorer som i stor grad handler om ledelse. Ved fravær av avdelingsleder, beskriver respondentene at miljøterapeutene i boligene bistår tjenesteansvarlig. De bistår i hovedsak med sikring av daglig drift, som innebærer at det er tilstrekkelig antall og kvalifiserte medarbeidere til stede på jobb for å ivareta brukernes vedtak om tjenester.

### 6.2.3 Ansvarsfordeling, dokumentasjonskrav og implementering av tiltak

Det ble beskrevet flere utfordringer innenfor styring og ledelse i miljøarbeidertjenesten. Respondentene fortalte om utfordringer med tydelig ansvarsfordeling, tilfredsstillende dokumentasjon og implementering av tiltak.

Ansvarsfordelingen fremsto som tydelig fra øverste ledelse i virksomheten, og ned til avdelingslederne. Utfordringen som lederne beskrev, var tydeliggjøring av ansvarsfordeling fra avdelingsleder til fagansvarlig, fra fagansvarlig til miljøterapeuter, og videre til den enkelte medarbeider i avdelingen. Lederne beskrev en usikkerhet tilknyttet den enkelte medarbeiders forståelse av hvilke forventninger som ligger til de ulike rollene i avdelingen, spesielt var usikkerheten tilknyttet medarbeidere i små stillinger og ekstravakter. Typisk utsagn som beskriver denne usikkerheten er:

*Det er en utfordring å tydeliggjøre en mye tydeligere delegasjonsfullmakt fra tjenesteleder til meg, fra meg til fagkonsulent, fra fagkonsulent ned til primærkontaktene, og faktisk helt ut til de som jobber helg. Klare å få tydeliggjort den linja der, så det er tydelig hva som forventes. Ansatte vet jo fra opplæring hva de skal gjøre, men jeg er usikker på om det er detaljert og tydelig nok.*

Myndighetskravene i internkontrollforskrift for helsetjenesten beskriver at man skal tilpasse imøtekommelse av kravene i forhold til lokale behov, og lederne ga uttrykk for at de syntes det var vanskelig å vite hva som egentlig forventes. Med henblikk på krav til dokumentasjon, beskrev de at de gjør mange tiltak av ulike slag, men at de antar at tiltakene bør dokumenteres ytterligere for å være sikre på å oppfylle myndighetskravene. Samtidig omtalte de dokumentasjonskravene som en balansegang av ressursbruk, der de på den ene siden bruker mye tid på dokumentasjon, og på den andre siden ønsker å benytte tiden mest mulig til direkte tjenesteyting og forbedring av tjenestetilbud. Det ble også illustrert at oppfatningen av hva som er tilstrekkelig grad av dokumentasjon endrer seg, slik at det er vanskelig å definere hva som er tilstrekkelig til enhver tid. Et typisk utsagn som illustrerer dette er følgende:

*For fire år siden var det nok en helt annen oppfatning av hva som var tilstrekkelig, også har vi blitt mye bedre. Og da løfter vi også listen for hva vi mener er tilstrekkelig. Så det vil jo være en pendel som svinger hele tiden. Det er vanskelig å si at «der» er man ferdig.*

Resultater fra denne undersøkelsen, sammenfaller med funn fra undersøkelsen til Vabø (2002), som viste en økning i dokumentasjons- og evalueringsaktivitet i pleie- og omsorgstjenestene, hvor medarbeiderne i stor grad hadde innfunnet seg med de økte kravene, men at de samtidig anså det som en besværlig og tidkrevende del av arbeidet. Vabø (2002) beskrev det økte kravet om dokumentasjon som et paradoks, hvor medarbeiderne måtte dokumentere for å få mer ressurser, samtidig som dokumenteringen tok mye av de knappe ressursene som eksisterte. Dette er forhold som understøttes i foreliggende undersøkelse.

Implementering av tiltak i virksomheten ble også beskrevet som utfordrende i denne undersøkelsen. Respondentene omtalte kommunen som en stor virksomhet, hvor de anså det som nødvendig å utarbeide en plan for implementering av tiltak. Foreløpig har ikke kommunen en overordnet plan for implementering, og respondentene beskrev usikkerhet tilknyttet sikring av implementering i alle ledd. Typisk utsagn som beskriver dette er følgende:

*Vi har en for dårlig implementeringsstrategi. Og det har jeg sagt at det bør vi egentlig sette oss ned å lage.*

De omtalte betydningen av forankring av tiltak for å sikre implementering, og at det i noen grad kan være personavhengig i forhold til den enkelte leder om man oppnår implementering av de ulike tiltakene.

Foreliggende undersøkelses beskrivelse av utfordringer tilknyttet mangel på implementeringsplan, sammenfaller med funn i rapporten til Romøren og Svorken (2003), hvor det ble beskrevet at implementering kan være både ovenfra-og-ned styrt og nedenfra-og-opp styrt. Ovenfra-og-ned styrt innebærer sterk grad av styring og kontroll fra øverste ledelse i virksomheten, mens nedenfra-og-opp styrt innebærer at tiltakene presser seg på nedenfra, det vil si fra medarbeiderne som yter tjenestene i virksomheten. Det kan tenkes at mangel på overordnet plan for implementering av tiltak, kan medføre tilfeldige svingninger i forhold til om tiltakene blir styrt fra øverste ledelse i virksomheten, eller om tiltakene blir styrt av medarbeidere som er i direkte tjenesteyting, i den undersøkte kommunen.

Resultater fra undersøkelsen samstemmer med hovedutfordringer som ble avdekket ved kvalitetsrevisjon i Oslo kommune (Oslo kommune, 2015), der det ble påpekt mangler vedrørende systemer og standardisering, dokumentering, og kjennskap til nasjonale faglige retningslinjer.

#### 6.2.4 Kompetanseanalyse, utviklingssamtaler og kompetansekrav

Lai (2004) har beskrevet kompetanseanalyse som en aktivitet for å definere aktuelle kompetansekrav, få oversikt over kompetansebeholdningen, og identifisere kompetansebehov i virksomheten. Videre beskriver hun at en kompetanseanalyse bør ta utgangspunkt i virksomhetens overordnede mål og strategier. Dette ble i en viss grad etterlevet i den aktuelle kommunen, de hadde for eksempel definert kompetansekrav ved å utarbeide en generalistkompetanse for de ulike fagområdene. I denne undersøkelsen ble ikke alle aktuelle

kompetansekrav for miljøarbeidertjenesten undersøkt, det er dermed mulig at de har definert flere kompetansekrav. Kommunen hadde oversikt over kompetansebeholdningen i lønns- og personalsystemet. Når det gjelder kompetansebehov, hadde kommunen utarbeidet systemer for å ivareta myndighetskrav, og de hadde utarbeidet ulike kompetansehevende tiltak ut i fra de definerte kompetansebehovene, som var i overenstemmelse med kommunens mål og strategier.

Som et tiltak for å følge opp medarbeiderne og sikre kompetanseutvikling som samsvarer med kommunens mål og strategier, gjennomfører avdelingslederne årlige utviklingssamtaler med medarbeiderne. Medarbeiderne blir på forhånd bedt om å forberede seg til samtalen ved å fylle ut et skjema som de får tilgang til via en elektronisk løsning i kommunens personalportal. Skjemaet medfører at medarbeiderne må ta stilling til ulike temaer, og reflektere over egen situasjon i forhold til disse, før de gjennomfører utviklingssamtalen med avdelingslederen.

Sentralt i kommunen har de utarbeidet en oversikt over generalistkompetanse innenfor ulike fagområder. Det vil si at de har laget et skjema som lister opp minimumskrav til blant annet helsefagarbeider og vernepleier. Dette skjemaet skal avdelingslederne benytte når de gjennomfører utviklingssamtaler, og ved ansettelse av nye medarbeidere. Typisk utsagn fra undersøkelsen som beskriver dette er:

*Vi trenger at alle tilfredsstiller generalistkompetanse i sitt fag. Hva vi forventer at en vernepleier skal kunne, uavhengig av hvilket tjenestested han skal jobbe på. Det har vi beskrevet i en sjekklister, som den enkelte må gjennom som en del av utviklingssamtalen.*

Kommunen har mange strategier, systemer og prosedyrer. Det meste utarbeides sentralt i kommunen, og blir deretter operasjonalisert og lokalt tilpasset på de ulike avdelingene. Lederne omtaler at de på denne måten jobber tverrfaglig og på tvers av avdelinger, slik at de ulike rollene hjelper og utfyller hverandre. Typisk utsagn som beskriver dette er:

*De er kjempeopptatt av at det må beskrives slik at det er allmenngyldig. Jeg synes det er bare vakkert jeg da. Når tjenestelederen sier, lag noe som alle kan bruke, så kan vi tilpasse litt. Ja da tenker jeg det er greit det. Og da tenker jeg at da har vi klart å se at fagene skal hjelpe hverandre og ikke være i motstand mot hverandre.*

Det var enighet blant lederne om at det er mange systemer de skal forholde seg til. De beskrev at de i begynnelsen av hvert år bruker to dager på å planlegge hva som skal foregå kommende

år. Tjenesteansvarlig gjennomfører denne planleggingen sammen med avdelingslederne, og har i tillegg med seg tillitsvalgte og verneombud i prosessen. På disse planleggingsdagene tar de for seg alt som bør planlegges, blant annet opplæringsplaner, kompetanseutvikling og helse-, miljø- og sikkerhet (HMS). Lederne beskrev at de ikke alltid klarer å ferdigstille årsplanen i løpet av de to dagene, men at de benytter tiden til å la alle få komme med innspill på hva de synes er viktig å prioritere for kommende år. Lederteamet har ansvaret for å ferdigstille årsplanen og få den godkjent av tillitsvalgte og verneombud. På høsten gjennomfører de en statusgjennomgang av årsplanen, for å sikre fremgang og måloppnåelse, og eventuelt endre kursen. Denne beskrivelsen fra respondentene stemmer overens med anbefalt bruk av resultatsløyfe i balansert målstyring, som er beskrevet i kapittel 4.

#### 6.2.5 Omorganisering, med fusjonering av tjenestesteder

Kommunen har gjennomført, og holder fremdeles på med, omorganiseringer i miljøarbeidertjenesten. Omorganiseringen begynte for fire år siden og innebærer fusjonering av ulike personalgrupper og brukere, hvor små bofelleskap har blitt slått sammen for å etablere større bofelleskap. Fusjonering av personalgrupper medfører flere utfordringer for ledelsen. Lederne beskrev at de hadde planlagt omorganiseringen godt før de iverksatte fusjoneringene. I forhold til ledelse, innebar omorganiseringen at de begynte med å planlegge nye turnuser. Deretter oppsøkte avdelingslederne de ulike personalgruppene for å sørge for god informasjon og kommunikasjon vedrørende prosessen. De berørte medarbeiderne fikk mulighet til å se det nye bofelleskapet og komme med innspill og tilbakemeldinger fortløpende. I tillegg gjennomførte de kartleggingssamtaler med de berørte medarbeiderne.

De foreløpige erfaringene ble omtalt som tidkrevende prosesser, hvor det dukket opp flere uventede situasjoner som måtte håndteres fortløpende. Det ble poengtert at det er viktig å sette av god tid til prosessene, slik at man klarer å håndtere uforutsigbarheter. De hadde også gjort seg erfaring med at omorganiseringen så langt hadde medført noe slitasje blant medarbeiderne, hvor enkelte ble sykmeldt og andre valgte å si opp sine stillinger. De gjorde seg i tillegg erfaringer med at enkelte personalgrupper hadde vært selvgående i mange år, med manglende styring og ledelse. På grunn av dette, hadde det utviklet seg en ukultur blant medarbeiderne, hvor de ikke skilte tydelig nok mellom deres jobb og brukernes privatliv. Av den grunn hadde det vært behov for en opprydning i kulturen, og enkelte medarbeidere måtte slutte i sine stillinger. Videre hadde de erfart at de ved å få ansatt medarbeidere med riktig

kompetanse og engasjement for faget og brukerne, hadde fått en helt annen kultur og positiv faglig utvikling av bofellesskapene. Typisk utsagn som illustrerer dette er:

*Det var hummer og kanari som jobbet her. Dette var jo en bolig som 8 personalgrupper kom inn, eneboliger stort sett alle boligene. Hadde styrt hele pakka selv og hadde ikke noen over seg som styrte. Det var et usunt arbeidsforhold, de hadde problemer med å skille mellom hva som var hjem og hva som var jobb. Det var som en familie som jobbet der, og de gikk ut og inn som de ville. Men vi ser jo veldig klart at når vi nå har fått ryddet opp mye, fjernet medarbeidere som ikke har noe i denne sektoren å gjøre i hele tatt, med tanke på at vi faktisk jobber med mange av de virkelig sårbare i samfunnet, og når du da begynner å få inn fagpersoner som har interesse for faget, og sterke nok til å tørre å si ifra i miljøet, da blir det en veldig positiv forandring.*

I Meld. St. 45 (2012-2013) ble begrunnelse for at vernepleiere valgte bort arbeid i boliger for utviklingshemmede, beskrevet med utbrenthet, faglig isolasjon, ressursknapphet og stort arbeidspress som de mest sentrale årsakene. Det kan se ut til at den undersøkte kommunen har klart å motvirke dette ved å etablere større bofellesskap hvor de nå beskriver at de har fått flere kompetente medarbeidere, og en positiv kultur.

#### 6.2.6 Oppsummering og drøfting

Som beskrevet i avsnitt 6.1.4, ser det ut til at kommunen imøtekommer myndighetskravene i § 4 – a, i internkontrollforskrift for helsetjenesten, ved å ha handlingsprogram og organisasjonskart. Myndighetskravene er at virksomheten skal beskrive sine hovedoppgaver og mål, samt hvordan virksomheten er organisert. I tillegg skal fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet skal fremgå. Ledernes beskrivelser vedrørende fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet peker i retning av oppfyllelse av myndighetskrav, men de gir likevel uttrykk for et behov om tydeliggjøring av ansvarsfordeling på avdelingsnivå.

Oppfyllelse av internkontrollforskrift i helsetjenesten, § 4 – d, vedrørende medarbeidernes medvirkning slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes, fremstår også som imøtekommet, ved at medarbeiderne gjennomfører årlige utviklingssamtaler med nærmeste leder. I utviklingssamtalen får de mulighet til å komme med innspill og erfaringsutveksling. Ved gjennomføring av omorganisering, fikk medarbeiderne tilbud om kartleggingssamtaler og mulighet til å komme med innspill og tilbakemeldinger fortløpende i prosessen.

Utfordringer vedrørende interesser som står i motsetning til hverandre, stemmer overens med resultater fra denne undersøkelsen, og vil bli beskrevet nærmere senere i kapitlet. Resultater fra undersøkelsen gir ikke sterk støtte til utfordringer tilknyttet etablering av styringsparametere, insentiver, og stram og hierarkisk organisering. Dette kan på den ene siden indikere at dette ikke oppleves som problematisk for den undersøkte miljøarbeidertjenesten, og på den andre siden kan det indikere at dette er utfordringer som lederne ikke problematiserer i sin lederhverdag. Resultatene peker i retning av at kommunen har lyktes med å implementere en ledelsesstrategi som fungerer for miljøarbeidertjenesten.

Et av spørsmålene dette reiser er hvilke mål kommunen har i resultattavlen, og dermed hva de faktisk måler. På den ene siden kan det innebære at den undersøkte kommunen har lyktes med å etablere styringsparametere som fungerer, og på den andre siden kan det indikere at medarbeiderne har tilpasset seg kravene, uten å problematisere omkring hva styringsparameterne måler og hvordan disse blir benyttet. Dette resultatet peker i retning av at kommunen har klart å etablere styringsparametere som fungerer. Hvis det er tilfelle, er dette et viktig funn, og noe som burde undersøkes nærmere.

Det fremkom at det var variasjon i kontrollspennet for de ulike lederne, og stort kontrollspenn vil kunne påvirke handlingsrommet for utøvelsen av ledelse. Lederne ga uttrykk for at stabil ledelse var av betydning for måloppnåelse. På den ene siden vil lederen få mindre tid til oppfølging av den enkelte medarbeider, være sårbar for tap av leder, og lederen vil ha mindre oversikt over tjenesten. Og på den andre siden vil lederen kunne oppleve høy grad av mestring ved måloppnåelse, i forhold til resultattavlen. Dette peker i retning av at tjenesten er sårbar for tap av ledere, og på den måten er personavhengig når det gjelder måloppnåelse.

### 6.3 Kompetansehevede tiltak for medarbeiderne

I dette avsnittet presenteres funn tilknyttet internkontrollforskrift i helsetjenesten § 4 b-d, og g.

§ 4 - b stiller krav til at virksomheten skal sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter.

Deretter stiller § 4 – c, krav til at virksomheten skal sørge for at medarbeiderne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet, samt om virksomhetens internkontroll. I tillegg rettes søkelyset mot funn tilknyttet § 4 – d, hvor det stilles krav til at virksomheten skal sørge for at medarbeiderne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes, og § 4 – g hvor det stilles krav til å utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og

forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner og rutiner i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven.

Følgende avsnitt retter søkelys mot oppfyllelse av disse kravene, for å besvare lederes erfaringer med myndighetskrav fra internkontrollforskrift i helsetjenesten, hvordan de møter utfordringene, og hvordan de dokumenterer dette, som er spørsmål som reises i problemstillingen. Avsnittet er bygd opp slik at overordnede tiltak for kommunen belyses først, deretter belyses mer spesifikke tiltak på avdelingsnivå og utvalgte kompetanseområder.

Som belyst i kapittel 4, har Lai (2004) beskrevet fem hovedfaser ved iverksetting av kompetansetiltak. Disse er analyse, design, utvikling, implementering og evaluering. De fem hovedfasene, benyttes som organiserende prinsipp i forhold til lederes uttalelser vedrørende kompetansehevende tiltak.

Medarbeidere som arbeider med tjenester til personer med psykisk utviklingshemning må ha kompetanse innenfor mange områder. Blant annet skal medarbeidere ha kompetanse innenfor legemiddelhåndtering, ulike diagnoser med tilhørende kompetansekrav (for eksempel diabetes og epilepsi), ernæring (eventuelt sondeernæring), fysioterapi, forflytningsteknikker, avviksregistrering, journalføring, etikk, og særlovkrav, som kun gjelder for mennesker med diagnose psykisk utviklingshemning, helse- og omsorgstjenesteloven (HOL) kapittel 9, vedrørende bruk av tvang og makt. Hvert kompetanseområde inneholder mange utdypende krav. Tjenestene skal benytte evidensbasert kunnskap og hele tiden sørge for at tjenestene er oppdatert i forhold til rådende kunnskap innenfor hvert enkelt kompetanseområde. Det stilles ulike krav til kompetanse for de ulike rollene, være seg vernepleier eller medarbeidere uten formell kompetanse. Kompetansehevende tiltak må dermed tilpasses de ulike rollene og kravene. Kommunen som ble undersøkt hadde mange kompetansehevende tiltak, herunder forum, nettverk, forelesning, e-læring, veiledning, egenstudier, utdanning, opplæring og fagadministrative systemer. De kompetansehevende tiltakene blir omtalt i de følgende avsnittene.

### 6.3.1 Forum og nettverk

Kommunens kompetansehevende tiltak er fordelt mellom tiltak som blir utarbeidet og fulgt opp av medarbeidere sentralt i kommunen, tiltak som er lokalt tilpasset, som blir fulgt opp av fagansvarlige og avdelingsledere, og eksterne kompetansehevende tiltak.



På noen sentrale områder har kommunen etablert forum og nettverk på tvers av avdelingene og distriktene, hvor representanter fra ulike spesialfelt i kommunen sentralt leder disse. I kvalitetsforum deltar avdelingslederne, mens i nettverkene deltar de fagansvarlige, samt enkelte vernepleiere og andre miljøterapeuter fra tjenestene. Typisk utsagn som beskriver et av forumene er:

*Vi har et kvalitetsforum for samlokaliserte boliger. Disse forumene er områder hvor vi tar opp og gjør ros-analyser basert på funn i dokumentasjonsgjennomgangene og basert på de store talls lov i avviksregistreringene, som vi mener er 50 % av internkontroll. Det foregår gjennom avviksregistreringene. Så kjører vi statistikk på det også ser vi hvor det svikter. Også har vi sagt at de tre punktene som svikter mest, analyseres.*

I dette forumet gjennomfører de risiko- og sårbarhetsanalyser basert på funn i dokumentasjonsgjennomganger og avviksregistreringer. Disse gjennomgangene gir grunnlag for utarbeidelse av gap-analyser (gapet mellom nå-situasjon og ønsket situasjon), og angir arbeidsmål for hvor det er behov for å iverksette tiltak. Kommunen anser dette for å være en del av internkontrollen.

Kommunen har etablert ulike nettverk, og et av nettverkene omhandler kapitel 9 i HOL, vedrørende bruk av tvang og makt ovenfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning. Dette nettverket ble fremhevet av lederne som et velfungerende og nyttig nettverk for miljøarbeidertjenesten. HOL kapitel 9 er en særlov som krever mye kompetanse. I følge HOL, § 9-7, skal kommunen ha en overordnet faglig ansvarlig (OFA) som til enhver tid påser at kravene i loven blir oppfylt. Den undersøkte kommunen har ansatt en medarbeider som OFA og som jobber sentralt i kommunen. OFA leder nettverket, som består av de fagansvarlige, samt vernepleiere og andre miljøterapeuter fra de ulike avdelingene, og OFA samarbeider tett med de for å sikre oppfyllelse av lovkrav. Typisk uttalelse som beskriver nettverket er:

*Overordnet faglig ansvarlig har et nettverk som er bestående av vernepleiere og sykepleiere, litt ut ifra hvordan boligen er satt sammen. Som da er i nettverket og er med på å bygge opp kompetansen i nettverket, og som igjen går ut. De er ganske sånn «dusj-opplegg».*

OFA og nettverket arrangerer kompetansehevende tiltak i forhold til kapitel 9 flere ganger i året, som er tilpasset ulike kompetansenivå. De fagansvarlige ivaretar oppfølging av lokale kompetansehevende tiltak på området, og er med på å utarbeide informasjon og kurs, samt

gjennomføring av kompetansehevende tiltak, og oppfølging av de enkelte i det daglige arbeidet.

### 6.3.2 Felles tiltak innen pleie- og omsorg

Kvalitetsansvarlige sentralt i kommunen jobber med ulike satsningsområder. Kommunen har nylig hatt en satsning i forhold til kompetansehevende tiltak på demens og palliasjon for alle avdelingene innen pleie- og omsorg, deriblant miljøarbeidertjenesten. Tjenesteansvarlige og avdelingsledere innenfor de ulike avdelingene, være seg hjemmetjenesten eller miljøarbeidertjenesten, ble utfordret til å tilpasse de ulike tiltakene lokalt, slik at de ble spisset inn mot det enkelte fagområde. Typisk utsagn som illustrerer dette er:

*En mening miljøarbeider har ikke demenskompetanse i utgangspunktet. Derfor har vi kjørt tungt på kompetansehevende tiltak på demens. Vi hatt demens som satsning på hele pleie og omsorg. I tillegg har vi satsning på palliasjon, og litt av grunnen er disse gamle gutta. De lever lenge, selv om det ble sagt at de ikke skulle det.*

Respondentene beskrev at demens er et område med behov for kompetansehevende tiltak, fordi personer med psykisk utviklingshemning lever lengre enn de gjorde tidligere, og de rammes ofte av demens i en yngre alder enn normalbefolkningen.

### 6.3.3 Forelesning for grupper

Kompetansehevende tiltak blir gjennomført på ulike måter. Kommunen benytter både forelesninger, e-læring, veiledning, egenstudier og utdanninger som tiltak.

Gjennomføring av kompetansehevende tiltak ved bruk av forelesninger, hvor man kan nå mange ansatte på en gang, ble tidligere benyttet i utstrakt grad. Nå har de kommet frem til at dette er et tiltak som gir lite læringsutbytte og som koster mye, ettersom man må ta ut mange medarbeidere av tjenesten, for å gjennomføre tiltaket. Typisk utsagn som illustrerer bruk av forelesning er:

*For eksempel har vi hatt kurs nede i kinoen, med cirka 100 ansatte. Men det endrer ikke noe. Det er hyggelig, du kommer deg litt bort. Det er ikke sånn at det er helt bortkastet, men du klarer ikke å hente mye ut av det.*

Kommunen har derfor valgt å fokusere mer på andre kompetansehevende tiltak.

#### 6.3.4 E-læring og veiledning

Kommunen har nå gått mer over til å benytte e-læringskurs, fremfor forelesninger. Lederne omtalte e-læring som en positiv utvikling i forhold til stillesittende kurs i gruppe. E-læring fordrer at den enkelte medarbeider er aktiv under hele kurset, og de får tilbakemelding fortløpende på om de svarer riktig eller galt. Typisk utsagn som beskriver dette er:

*Jeg har veldig tro på e-læring. Du må være aktiv. Du får spørsmål underveis og øyeblikkelig beskjed om svaret er riktig. Hvis foreleseren er kjedelig, så ramler jeg ut etter 5 minutter. Jeg tror det er kjempebra, en mye bedre måte å lære på. Hvis ikke du skal direkte veiledes i situasjonen.*

I tillegg til e-læring benyttes også direkte veiledning av medarbeider i tjenesteytingen. Denne veiledningen gjennomføres av fagansvarlig og miljøterapeuter, men lederne beskrev at de hadde liten tid til å gjennomføre slike tiltak. Veiledning ble beskrevet som effektivt, ved at veilederen observerer medarbeideren og kan gi konkrete tilbakemeldinger på alt fra kroppsspråk til posisjonering. Stramme budsjettammer som ikke gir rom for direkte veiledning, kan medføre svikt i sikring av kompetanse, og respondentene uttrykte ønske om mer tid til direkte veiledning. Ønsket bruk av veiledning, og andre interne kompetansetiltak, samstemmer med Lais (2004) beskrivelse av at interne kompetansetiltak gir et bedre grunnlag for utvikling av virksomhetsspesifikk kompetanse.

#### 6.3.5 Egenstudier

Kompetansehevende tiltak på lokalt nivå, inkluderer også lesing, hvor den enkelte medarbeider blir bedt om å holde seg oppdatert og heve kompetansen ved lesing av utvalgte lovverk, rundskriv, veiledere og fagstoff. En typisk beskrivelse av hvordan lederne gjorde dette er:

*Jeg har rett og slett skrevet ut, tatt sidene, laget word-dokument, lagd et hefte, skrevet det ut. Også sier jeg «les kapitel 1, 2 og 4. De andre kan dere vente med, men det er noen kapitel dere er nødt til å lese». For der er ting beskrevet på en enkel og grei måte, hvis du ikke kan de begrepene fra før, så har du muligheten til å lære de der. Man må nesten pålegge de litt, at det her må dere lese dere opp på.*

I tillegg til papirversjoner av aktuelle lover og forskrifter, har alle medarbeiderne tilgang til lover og forskrifter via lovdata på internett.

### 6.3.6 Utdanning

Flere medarbeidere har fått tilrettelegging fra arbeidsgiver for å gjennomføre utdanning og videreutdanning. For medarbeidere i miljøarbeidertjenesten, satser kommunen særlig på helsefagarbeider- og vernepleierutdanning, samt videreutdanning innen kunnskapsbasert praksis, som kompetansehevende tiltak. Typisk utsagn som beskriver dette er:

*Vi har utdannet masse vernepleiere selv i kommunen, så vi har fått en del av dem på den måten. Det har vært vanskelig å rekruttere vernepleiere utenifra. Helsefagarbeidere er ikke så vanskelig, fordi det begynner å bli ganske mange av de etter hvert.*

Ved å utdanne eksisterende medarbeidere, har kommunen klart å få flere medarbeidere med formell kompetanse.

### 6.3.7 Vernepleiere

Vernepleiere er den yrkesgruppen som blir løftet frem som den mest skreddersydde yrkesgruppen når det gjelder arbeid med personer med psykisk utviklingshemning. Lederne fortalte om utfordringer med å rekruttere og beholde vernepleiere. Kommunen har gjennom mange år tilrettelagt for at medarbeidere kan gjennomføre vernepleierutdanning med støtte og tilrettelegging fra kommunen, mot at de skriver under på en bindingsavtale på to år etter fullført utdanning. I Meld. St. 45 (2012-2013) fremheves det en betydelig reduksjon i antall vernepleiere som jobber innenfor feltet, sammenliknet med antallet som jobbet i feltet før ansvarsreformen. Motivasjonsårsakene for at vernepleierne valgte bort arbeid i boliger for personer med psykisk utviklingshemning, beskrevet i Meld. St. 45 (2012-2013), sammenfaller med kommunenes begrunnelser for ønske om å etablere større bofellesskap, og det kan tenkes at det ved opprettelse av større bofellesskap vil bli etablert fagmiljø som kan være med på å tiltrekke seg flere vernepleiere.

Lederne uttrykte frustrasjon over problemer med rekruttering av vernepleiere. Typisk utsagn som belyser dette er:

*Vi vet jo hva vi mangler og hva vi trenger. Men fra det, til å klare å få rekruttert de riktige folkene, det er kjempevanskelig altså. Det er den største utfordringen vi har, å få de riktige folkene på rett plass. Og Fylkesmannen og alle sier at «dere må få fagfolk», og ja det må vi. Men det er litt vanskelig å trylle. Jeg føler at det er litt ut av mine hender det der noen ganger. Ikke sant, for vi jobber med det, vi får fagfolk, hvorfor klarer vi ikke å beholde de?*

Og:

*Vi er nok til dels avhengig av litt flaks for å få de riktige folkene på riktig sted. Vi har prøvd å sende både avdelingsleder og fagkonsulent på høyskolen, hvor de har hengt opp oppslag, pratet litt med studentene og sånn. Det har ikke gitt noen veldig store resultater. Jeg fikk på plass en løsning med et stipend her, som innebar at de fikk en sum penger når de startet her. Men det måtte jeg avslutte på grunn av stram kommuneøkonomi. Men med en gang du har fått noen inn, så er det lettere å få flere inn. For da ser de at det er et miljø der, et etablert fagmiljø. Vi ser nå at noen er på vei til å slutte, fordi de bor litt for langt unna og sånn, så det er også en utfordring du møter jevnlig. Det skal ikke veldig mye til før ting raser sammen.*

Lederne iverksetter mange ulike tiltak for å rekruttere og beholde vernepleiere, og de uttrykker frustrasjon over utfordringene knyttet til dette. Ettersom det tydeligvis er vanskelig å rekruttere og beholde vernepleiere, kan man reise spørsmål om hvor de tar veien, hva de jobber med istedenfor å jobbe i boliger for utviklingshemmede. Lederne informerte om at de har samarbeidet med høgskolen for å informere om arbeid med personer med psykisk utviklingshemning til studentene, og på denne måten forsøke å rekruttere, men at det hadde gitt lite resultater. Flere mente at vernepleierne har blitt flinkere til å promotere egen kompetanse, og at de søker seg inn i andre fagfelt, som for eksempel rus og psykiatri. I tillegg påpekte de at mange vernepleiere går rett inn i lederstillinger innenfor tjenester til personer med psykisk utviklingshemning, og at de dermed forsvinner fra den direkte fagutøvelsen.

Kommunen har tilbudt mange medarbeidere å gjennomføre vernepleierutdanning med tilrettelegging fra arbeidsgiver. Lederne fortalte at dette hadde blitt gjennomført med varierende hell. En periode hadde veldig mange mottatt tilrettelegging, og respondentene mente at det ikke hadde blitt foretatt noen vurdering av hvem som kunne egne seg, og at dette hadde medført at de fikk en del vernepleiere som ikke egnet seg så godt. I tillegg beskrev de at det var mange som hadde problemer med å gå fra en rolle, som for eksempel helsefagarbeider, til ny rolle som vernepleier. En del av de som har mottatt tilrettelegging, har sagt opp sine stillinger i kommunen når de to årene med bindingstid har vært over.

Respondentene beskrev det dermed som en kortvarig glede. Disse forholdene ga lederne utfordringer med at de fikk medarbeidere som ikke egnet seg godt nok i rollen som vernepleier, lederne måtte benytte mye tid til å veilede de nyutdannede vernepleierne, og en del av vernepleierne sluttet etter kort tid.

### 6.3.8 Ekstern bistand til kompetansehevede tiltak

Enkelte kompetanseområder krever spisskompetanse som medfører behov for ekstern veiledning. Diabetes og epilepsi ble fremhevet som eksempler på områder hvor kommunen innhenter bistand eksternt, for å veilede medarbeidere i miljøarbeidertjenesten. I slike tilfeller mottok den enkelte avdelingen opplæring og oppfølging fra spesialister innenfor de ulike fagfelt. Typisk uttalelse som belyser dette er:

*Vi har en som har diabetes. Der har vi Dia-senteret inne. Vi har brukt å dra dit, men nå er det sånn at de kommer hit. Par – tre ganger i året, og kjører internundervisning. Akkurat det fungerer veldig bra.*

Mange medarbeidere får også tilbud om å delta på kompetansehevede kurs eksternt. Blant annet ble Nafo nevnt som eksempel på dette av flere av respondentene. Nafo står for Norsk atferdsanalytisk forening, og de avholder årlig et seminar som strekker seg over 5 dager. På Nafo-seminaret er det forelesninger, symposier, workshops og postere fra hele spekteret av atferdsanalytisk virksomhet.

### 6.3.9 Opplæring, opplæringsplaner og fagadministrative systemer

Når det gjelder kompetansehevede tiltak for lederne i kommunen, har de utviklet et internt opplæringsprogram som består av 7-8 moduler som alle lederne må gjennomføre når de begynner som ledere i kommunen. Modulene omfatter kompetansehevede tiltak vedrørende helse, miljø og sikkerhet, akan, sykefraværsoppfølging, ulike lover, og lignende.

Alle avdelingene har interne opplæringsplaner som ligger i års-kalenderen. Dette gjelder opplæring av nye eller endrede kompetansekrav, og repetisjon på kompetanseområder som krever jevnlig oppfriskning.

Medarbeidere i boligene gjennomgår opplæring i den enkelte avdelingen. Hver avdeling har utarbeidet en opplæringsplan for aktuelle områder, som for eksempel brannrutiner, og opplæring på hver enkelt bruker. Opplæringen blir registret, og registreringen signeres av den som gir og den som mottar opplæring. Typisk uttalelse som beskriver opplæring er følgende:

*Vi har alltid signeringslister på alt av opplæring i forhold til hva de skal ha lært. Brannrutinene våre, signeringslister på at de har gått gjennom med brannansvarlig, branntavle og brannrutiner på den enkelte beboer. Det er mye signaturlister.*

Avdelingene benytter fagadministrative systemer (FAS) for å sikre informasjonsflyt og lik praksis blant medarbeiderne i miljøarbeidertjenesten. FAS innebærer at hver bruker har hver sin tilhørende perm hvor all relevant informasjon, prosedyrer og tiltaksbeskrivelser foreligger, og disse holdes oppdatert til enhver tid. Medarbeidere skal lese gjennom FAS permene for de brukerne de jobber med, ved starten av hver vakt. Ved endringsprosedyrer skal de signere for at de har lest og forstått, eventuelt kontakte ansvarlig dersom de har behov for veiledning. Fagansvarlig kan kontrollere hvem som har lest prosedyrene, og følge opp medarbeidere som ikke har signert for «lest og forstått». Etablering av FAS er et tiltak som kommunen mener er med på å sikre imøtekommelse av krav i internkontrollforskrift for helsetjenesten og kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene. Etablering av systemer og standardisering kan i følge Lai (2004) være med på å sikre lik praksis, der det er behov for det. Kommunens satsning på etablering av FAS samstemmer dermed med Lais (2004) anbefaling.

#### 6.3.10 Skadeavvergende tiltak

I boliger hvor brukere har vedtak etter HOL, kapitel 9, om bruk av tvang og makt, foreligger det myndighetskrav til kompetansehevende tiltak på dette området. Enkelte brukere som har vedtak om bruk av tvang og makt, har skadeavvergingstiltak som er så inngripende at medarbeiderne har behov for grundig opplæring og trening i teknikker på hvordan skadeavvergingstiltakene skal gjennomføres. Skadeavverging består i å hindre eller begrense vesentlig skade. Den enkelte brukers skadeavvergende tiltak er beskrevet i vedtaket som er behandlet av Fylkesmannen. Skadeavverging innebærer posisjonering, og teknikker for å avbryte uønsket atferd, og skal stå i forhold til det formålet som skal ivaretas, for eksempel ved å holde fast brukeren med så lite makt som nødvendig. Hyppighet på treningene bestemmes ut i fra brukerens tiltaksbeskrivelse, og tiltaksbeskrivelsen er en del av vedtaket som skal være godkjent av Fylkesmannen.

Flere utvalgte medarbeidere har mottatt opplæring i å være trenere på skadeavvergende tiltak, men spesielt en medarbeider ble fremhevet av respondentene som en som har god kompetanse på området. Han ble beskrevet som et naturtalent, og flere av respondentene mente at kommunen hadde hatt flaks når de fikk ansatt han. Treningen ble gjennomført daglig, og det ble dokumentert hvem som deltok på trening og hvilken trening som ble gjennomført.

Betydningen av personlig egnethet ble beskrevet på denne måten:

*Før han ble ansatt, hadde ikke medarbeiderne noen tiltro til treningen, men nå har det blitt en helt annen holdning. Og der ser du hvor viktig det er og både ha folk som kan det og som har*

*troen på det. Med en gang du begynner å tvile på hva du skal svare, så har du tapt dem. Han tar bilder, og lager systemer på hvordan det er. Pluss at det er som jeg sier, han er et naturtalent. Også blir det faglige diskusjoner rundt de ulike brukerne.*

En respondent mente at det var flaks at de hadde klart å rekruttere en medarbeider med god kompetanse på trening i skadeavverging. Han uttalte følgende:

*De i kommunegården var så imponert over det vi har fått til. Jeg sa at det er flaks! Jeg synes det er for dumt at vi skal basere det på flaks.*

Tidligere hadde skadeavvergingstreningene blitt gjennomført noe sporadisk. Fagansvarlig og avdelingsleder hadde vurdert at det var behov for å øke og systematisere treningsmengden. Respondentene beskrev at de tidligere hadde forsøkt ulike tiltak. De hadde forsøkt å leie inn eksterne konsulenter til tre-dagers kurs, men opplevde at det ga lite utbytte og at det kostet mye.

Trening på skadeavvergende tiltak er et myndighetskrav, ettersom kommunen skal ivareta godkjente vedtak om bruk av tvang og makt. Å eventuelt basere et slikt tiltak på flaks, kan tyde på at det er tilfeldigheter som styrer kvaliteten på det kompetansehevende tiltaket, og at tiltaket kan være skjørt i forhold til endringer i avdelingen. Dette er et viktig funn i forhold til problemstillingen, som stiller spørsmål til hvilke utfordringer myndighetskravene medfører, hva lederne gjør for å møte utfordringene, og hvordan lederne dokumenterer dette?

### 6.3.11 Etisk refleksjon

Kommunen har valgt ut enkelte kompetanseområder som de utdanner interne ansvarlige veiledere på, for hver avdeling. Dette gjelder forflytnings-, ernærings-, og etikkveiledere. I tillegg har hver avdeling egne hygienekontakter.

Kommunenens sentralforbund var for noen år siden, pådriver for etablering av etisk refleksjon i kommunene. Lederne fortalte om etablering og organisering av etisk refleksjon i miljøarbeidertjenesten, og fremsto som samstemte i nytteverdien av etisk refleksjon. De ga uttrykk for at det henger tett sammen med faglig refleksjon. De påpekte at kompetanseheving i forhold til refleksjon, gir mange nyttige smitteeffekter. De beskrev at medarbeiderne har blitt flinkere til å gi og motta tilbakemeldinger, åpner seg om egne styrker og svakheter, avklarer uenigheter fortløpende, har blitt engasjerte i faglige diskusjoner, og at arbeidsmiljøet har utviklet seg positivt. De beskrev også at medarbeiderne har blitt flinkere til å reflektere i andre



sammenhenger, som for eksempel i overlappinger mellom vaktene. Når det gjelder etikkveiledere, ble dette fremhevet av alle respondentene som et vellykket kompetansehevende tiltak. Typisk utsagn som beskriver dette er:

*Etikk-prosjekt har skapt en arena for hvor man kunne drive med refleksjon over egen praksis, og arbeid med rutiner og prosedyrer, eller hva det måtte være altså. Det har hjulpet slik at det har blitt enklere å drøfte ting, og drøfte uenigheter. Vi har en etikkveileder i hvert hus.*

Etikkveilederne gjennomfører etisk refleksjon en gang per måned i hver avdeling. De benytter et skjema som guider dem gjennom arbeidsprosessen med de utvalgte problemstillingene, og som avsluttes med løsningsforslag. Alle medarbeiderne kunne melde inn problemstillinger som de ønsket å diskutere. Dersom det ikke hadde blitt meldt inn noen problemstillinger, hadde kommunen forskjellige kort som beskrev relevante problemstillinger innenfor pleie- og omsorg, som veilederne kunne benytte som utgangspunkt til refleksjon. Tjenestelederne beskrev at de gjennomfører samlinger med etikkveilederne fire ganger i året, for å gi de oppfølging og støtte.

#### 6.3.12 Legemiddelhåndtering

Legemiddelhåndtering er et aktuelt kompetanseområde for alle avdelingene i miljøarbeidertjenesten. Kommunen hadde gjennom mange år utarbeidet en legemiddelhåndbok, og alle medarbeiderne måtte ta e-læringskurs i legemiddelhåndtering. Kommunen hadde i tillegg etablert etterkontroll av faglærte med medisinsk autorisasjon. Dette er krav som kommunen har bestemt at de skal ha, utover det som stilles som myndighetskrav, og dette ble beskrevet slik:

*Vi har også etterkontroll av 3-åringer. «Vær så god, ta et 4 timers kurs. Du må bestå testen. Hvis du ikke består, må vi snakke om hva vi gjør da». Vi kan ikke ta ifra folk autorisasjonen, men vi kan si at forsvarlighetskravet står på spill, hvis ikke du består.*

Kommunene velger selv om de ønsker å stille strengere krav til sine medarbeidere enn det loven tilsier. Et slikt krav kan indikere at kommunen mener at legemiddelhåndtering er et viktig kompetanseområde som de ønsker å rette ekstra fokus på.

Medarbeidere som ikke har medisinsk autorisasjon, gjennomførte et kurs i legemiddelhåndtering, for å kunne gi ferdigdoserte legemidler til brukerne, og lære seg å observere virkning og bivirkning av legemidlene. Medarbeiderne måtte få godkjent en

forprøve, før de fikk avlegge eksamen på sin avdeling. Eksamen ble avlagt på avdelingen for å sikre at det var rette vedkommende som besvarte prøven. Etter godkjent eksamen måtte de gjennom en intern opplæring på de aktuelle legemidlene for den enkelte avdelingen. Til slutt signerte de på at de hadde mottatt opplæring, og fikk dispensasjon til å levere ut legemidler. Kommunen hadde en målsetning om at alle medarbeiderne skulle ha godkjente kurs i legemiddelhåndtering.

Enkelte respondenter problematiserte at alle ansatte skulle ha legemiddelkurs. Dette utsagnet illustrerer følgende:

*Jeg sier at jeg tror ikke alle skal dele ut medisin. Tror det er dumt, det sier seg selv at her med så mange ansatte, så er det noen som ikke skal dele ut medisin. Ferdig med det. Det er rett og slett ikke mulig å få med alle, det er en helt håpløs oppgave.*

Kurs i legemiddelhåndtering er omfattende og tidkrevende. For å sikre at alle medarbeiderne er egnet til å administrere utdeling av legemidler, kreves det store ressurser. En målsetting om at alle medarbeidere skal ha kurs i legemiddelhåndtering innebærer dermed en stor utgift for kommunen, og et sterkt fokus på et utvalgt kompetanseområde. En betraktning som kan trekkes fra dette, er at prioriterer på en måte som medfører at andre kompetanseområder får mindre fokus.

### 6.3.13 Journalansvarlig

Journalansvarlig er et myndighetskrav som den undersøkte kommunen har hatt, og fortsatt har, mye fokus på. Myndighetskravet gjelder for institusjoner, men kommunen har i tillegg ansvarliggjort alle avdelingslederne utenfor institusjoner, som journalansvarlige. Altså har de også her valgt å legge kravet høyere enn myndighetskravet. Utsagn som beskriver dette er:

*Vi har noe som heter journalansvarlig. Det ligger i forskrift for pasientjournal, krav til journalansvarlig. Det skal være på institusjoner, men vi har sagt at det skal være på alle tjenester. Enhver avdelingsleder hos oss er journalansvarlig for sin gruppe.*

Hver avdeling utarbeidet kvartalsrapporter fra journalsystemet som primærkontaktene (ansvarlig for hovedoppfølging) til den enkelte bruker fulgte opp. Kommunen hadde utarbeidet en indikator med skåring av journaler, som skulle indikere om den var pasient-sikker eller ikke. Denne skåringen ble benyttet som internkontroll på journalene, og tiltak ble utarbeidet basert på funn fra skåringen. Medarbeidere sentralt i kommunen gjennomførte

stikkprøve-kontroller av journalene, og ga tilbakemeldinger til journalansvarlige om funn og behov for tiltak. Ved at kommunen hadde valgt å stille høyere krav, enn myndighetskravet, kan dette indikere at kommunen mente at journalansvarlig var et særdeles viktig kompetanseområde.

#### 6.3.14 Oppsummering og drøfting

Dette avsnittet skulle besvare spørsmålene vedrørende oppfyllelse av myndighetskrav i internkontrollforskrift i helsetjenesten § 4 b-d, og g.

§ 4 – b omhandler tilgang på aktuelle lover og forskrifter, og dette beskrev respondentene at kommunen ivaretar både ved å ha aktuelle lover og forskrifter tilgjengelig i papirversjon, og ved at alle medarbeidere har tilgang til lovdata. I tillegg har kommunen ulike kompetansehevende tiltak som omfatter de mest aktuelle lover og forskrifter.

Når det gjelder § 4 – c, omhandler det å sikre at medarbeiderne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor fagfeltet, samt om internkontrollen. Lederne problematiserte begrepet «tilstrekkelig», med andre ord et skjønnsmessig begrep, og beskrev at vurdering av hva som er tilstrekkelig vil være i stadig endring og utvikling, samt at graden av tilstrekkelighet avhenger av hvem som vurderer det.

§ 4 – d stiller krav til medarbeidernes medvirkning. Som beskrevet i avsnitt 6.2, fremstår det som imøtekommet, ved at medarbeiderne gjennomfører årlige utviklingssamtaler med nærmeste leder. I tillegg beskrev lederne at dette ivaretas ved at medarbeiderne medvirker i planlegging og gjennomføring av kompetansehevende tiltak.

§ 4 – g omhandler etablering av prosedyrer, instruksjoner og rutiner, for å sikre ivaretagelse av myndighetskrav i helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunen har etablert FAS i alle avdelingene i miljøarbeidertjenesten, og dette er et tiltak for å sikre oppfyllelse av § 4 – g. FAS er en måte å organisere og strukturere miljøarbeidertjenesten på, ved hjelp av prosedyrer, planer og endrings skjemaer. Hovedelementene i systemet er permer, endrings skjema og rapportssystemer.

De kompetansehevende tiltakene ble vurdert opp mot Lais (2004) fem hovedfaser for iverksetting av kompetansetiltak, nemlig analyse, design, utvikling, implementering og evaluering.

Lederne kunne ikke redegjøre for om det fantes en overordnet kompetanseplan for kommunens miljøarbeidertjeneste. Dermed er det ikke mulig å fastslå om kommunen har foretatt en analyse av kompetansebehov og definering av overordnede mål for tiltak. Dette kan indikere et noe tilfeldig utvalg av kompetanseområder som kommunen velger å fokusere på. Gjennomgangen av de ulike kompetansehevende tiltakene, viste at kommunen har valgt å innføre strengere krav enn myndighetskravene på enkelte områder. På den ene siden kan dette være et nødvendig tiltak for å sikre kompetanse på spesielt viktige områder. På den andre siden kan dette ta ressurser og fokus bort fra områder som burde vært prioritert. Dette peker i retning av behov for kompetanseanalyse, hvor kommunen kan analysere hva som er behovet, og etablere en målrettet og overordnet kompetanseplan.

Når det gjelder design, beskrev lederne at kommunen forholder seg til samkjøpsavtaler og har lite påvirkning på valg av kompetansetiltak. De beskrev at de hadde erfart at overgang fra forelesninger, til økt fokus på e-læring, ga bedre utbytte når det gjelder økt kompetanse hos medarbeiderne. De kunne ikke vise til noen post-tester fra utbytte av kompetanseøkning ved de ulike tiltaksformene, men beskrev en opplevelse av økt utbytte. E-læring som tiltaksform var vurdert som mer kostnadseffektivt for kommunen. På den ene siden fremstår lederne som fornøyde med tilgjengelige kompetansetiltak, men på den andre siden fremstår valg av tiltak som noe tilfeldig. Dette peker i retning av behov for evaluering av de ulike tiltaksformene, slik at valg blir foretatt med bakgrunn i hvilken avkastning de ulike tiltakene gir, fremfor å være basert på ledernes opplevelse av effekt.

Vedrørende utvikling, beskrev respondentene at innhold, materiell, gjennomføringsplan og ansvarlig for tiltaket, var ulik for de forskjellige kompetansehevende tiltakene. De fleste kompetansehevende tiltakene er initiert av kommunen sentralt, men mange av tiltakene blir tilpasset lokalt, slik at det blir «skreddersydd» for den aktuelle avdelingen og de behovene som råder til enhver tid. Dette medfører på den ene siden at medarbeiderne har mindre påvirkning i forhold til prioritering av tiltak, og på den andre siden at de får mulighet til å tilpasse tiltakene til sine lokale forhold. Ved å gjøre det på denne måten vil kommunen kunne sikre seg at områder de mener skal prioriteres, får fokus. På den andre siden vil kommunen miste noe av kontrollen over tiltaket, i det tiltaket blir lokalt tilpasset, og det vil kunne medføre ulike tilpasninger i de ulike avdelingene. Dette peker i retning av at kommunen styrer valg av tiltak, noe som kan indikere at de har etablert en overordnet kompetanseplan. Dersom kommunen har etablert en kompetanseplan, fremstår ikke den som tydelig nok forankret på

førstelinjenivå, ettersom lederne omfattet av denne undersøkelsen ikke er kjent med den overordnede kompetanseplanen.

I forhold til implementering, beskrev respondentene at de fleste kompetansehevende tiltakene var godt implementert. Men de beskrev at enkelte tiltak var særdeles ressurskrevende, og at det kunne være utfordrende å gjennomføre for alle medarbeiderne. Det var spesielt medarbeidere i små stillinger og ekstravakter, som de beskrev at det kunne være utfordrende å sikre gjennomføring av kompetansehevende tiltak med. På den ene siden beskrev lederne mange ulike kompetansehevende tiltak, og på den andre siden beskrev de utfordringer med gjennomføring av tiltakene, spesielt i forhold til medarbeidere i små stillinger. Dette peker i retning av at kommunen har mange kompetansehevende tiltak for å sikre imøtekommelse av myndighetskrav, men samtidig at lederne opplever at det er utfordringer tilknyttet gjennomføring av tiltakene. Det kan være mange årsaker til dette, for eksempel kan det være på grunn av stramme budsjetttrammer eller fordi medarbeidere i små stillinger ikke har mulighet til å delta på de tidspunktene som tiltakene gjennomføres.

Siste fase når det gjelder iverksetting av kompetansetiltak, omhandler evaluering. Denne fasen er det også vanskelig å konkludere i forhold til, ettersom respondentene ikke kunne henviser til en overordnet kompetanseplan for kommunens miljøarbeidertjeneste. Det er vanskelig å måle om de iverksatte tiltakene treffer i forhold til behov og mål, dersom kommunen mangler en overordnet kompetanseplan. Lederne kunne ikke svare tydelig på evaluering av tiltakene, utover hva de erfarte selv at fungerte godt. Det fremsto ikke som at kommunen hadde fokus på planlagt og konkretisert evaluering av om tiltakene medfører kompetanseheving hos medarbeiderne. Evaluering som ble nevnt av lederne, omhandlet økonomiske kostnader tilknyttet tiltakene, og eventuell endring til kostnadsbesparende tiltak. Dette er resultater som er i tråd med Lais (2004) beskrivelser, som hevder at evaluering av tiltak er et av de mest forsømte områdene i forbindelse med kompetansehevende tiltak. Hun beskriver at evalueringen bør innebære en kontroll av hvilken avkastning tiltaket ga, og en eventuell forbedring av dette. Avkastning innebærer både økonomisk gevinst, eller nytteeffekter for virksomheten, eller den enkelte medarbeider (Lai, 2004). Resultater fra undersøkelsen peker i retning av at den undersøkte kommunen har hatt mest fokus på evaluering av økonomisk gevinst ved evaluering av kompetansehevende tiltak. Dette kan i så tilfelle medføre at beslutninger tas kun på grunnlag av økonomiske parametere.

På den ene siden kan skjønsmessige vurderinger medføre økt grad av autonomi og kreativitet for medarbeiderne, mens på den andre siden avhenger dette av at de har tilstrekkelig kompetanse til å foreta vurderinger og avveininger. Ettersom miljøarbeidertjenesten har en stor andel medarbeidere uten formell kompetanse, kan dette peke i retning av sårbarhet vedrørende kvalitetssikring av tjenestene. Systemer og standardisering kan være med på å sikre lik praksis, der det er behov for det. Ved at kommunen har etablert FAS, har de etablert et system for standardisering og informasjonsflyt. Dette innebærer en balansegang for kommunen sin del, i forhold til å ha tilstrekkelig med systemer og standardisering, samtidig som det skal være rom for skjønsmessige vurderinger.

Det ble også fremhevet at et kompetansehevende tiltak er basert på flaks, ved at de har ansatt en medarbeider som er personlig egnet for det aktuelle tiltaket. Dette innebærer at tiltaket er skjørt, og at kommunen er sårbar for endring. På den ene siden fungerer tiltaket i dag, ettersom de har en medarbeider med kompetanse på området, men på den andre siden skal det lite til for å ødelegge tiltaket, ettersom det er sårbart for endring. Dette peker i retning av en tilfeldighet i forhold til kvalitetssikring av det kompetansehevende tiltaket, og et behov for standardisering som gjør tiltaket mindre sårbart.

Redegjørelsen fra lederne i forhold til de fem hovedfasene for iverksetting av kompetansetiltak, peker i retning av at kommunen har forbedringspotensialet for å sikre satsning på riktig type kompetansehevende tiltak. Spesielt gjelder dette etablering av overordnet kompetanseplan som blir forankret i ansvarslinje, og evaluering av tiltak i forhold til avkastning, slik at både økonomiske- og ikke-økonomiske faktorer blir evaluert.

#### 6.4 Systemer for imøtekommelse av myndighetskrav

Internkontrollforskrift i helsetjenesten, § 4 – f stiller krav til virksomhetene om å skaffe oversikt over områder hvor det er fare for svikt, eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Og § 4 – h stiller krav om systematisk overvåkning og gjennomgang av internkontrollen. Dette avsnittet retter søkelyset mot kommunens oppfyllelse av disse myndighetskravene, for å besvare lederes erfaringer med myndighetskrav fra internkontrollforskrift i helsetjenesten, hvordan de møter utfordringene, og hvordan de dokumenterer dette, som er spørsmål som reises i problemstillingen.

##### 6.4.1 Avvikssystem

Avviksrapportering kan være et tiltak for å sikre oversikt over områder hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Respondentene fortalte at de hadde jobbet med avviksregistrering gjennom mange år, og utviste stolthet over å motta svært mange avvik per år. De beskrev at de hadde jobbet i lang tid med å etablere en kultur for forbedringsarbeid gjennom behandling av avvik, og at alle medarbeiderne kjente avvikssystemet godt. Typisk utsagn som illustrerer dette er:

*Jeg mottar avvikene mine på mail. Og det må skapes en kultur i avdelingen. «Hva er et avvik, hvordan fyller du ut, hva betyr avvik, hvordan gjør dere og hvordan skal vi håndtere det etterpå». Så det har vi fått til, vi har fått en helt annen kultur på det.*

Respondentene beskrev at det gjenstår noe arbeid med å få medarbeidere til å melde avvik på seg selv, og at de jobber med å trygge medarbeiderne i dette.

Lederne beskrev at de bruker avvikene aktivt i gjennomganger sammen med medarbeiderne, og at de sammen finner løsninger på hvordan de skal lukke avvikene og forbedre tjenestene.

#### 6.4.2 Internkontroll

Kommunen har plikt til å etterleve føringer i lov og avtaleverk. Den undersøkte kommunen organiserer interkontroll og revisjon på flere måter. For å oppfylle lovkrav i internkontrollforskrift i helsetjenesten, hadde kommunen sentralt utarbeidet et kvalitets- og oppfølgingsprogram. Dette består av en perm med alle krav fra forskriften, hvor de enkelte avdelingene fyller ut punkter i skjemaer, og dermed er sikret overholdelse av lovkrav.

Skjemaene i permene samsvarer med kravene i internkontrollforskrift for helsetjenesten § 4. De gjennomførte internkontroll ved at avdelingslederne kontrollerte hverandres avdelinger sammen med tjenesteansvarlig. Kommunen sentralt gjennomførte ulike systemrevisjoner, hvor de på forhånd bestemte hvilke områder de skal gjennomføre revisjon i forhold til, og deretter kontrollerte med egne revisorer som jobber i stab- og støttefunksjoner sentralt i kommunen.

Det utføres også revisjoner av Fylkesmannen og helsemyndighetene. Flere av respondentene påpekte at det er mange myndighetskrav og at det kan være utfordrende å imøtekomme alle krav. De påpekte også at de omfattende myndighetskravene medfører at de må benytte mye tid til å sikre ivaretagelse av disse, og at det kan gå på bekostning av tidsbruk til andre aktiviteter. Myndighetskrav er en form for hard styring, som ikke er gjenstand for

forhandlinger, der staten har bestemt et sett med krav som skal oppfylles. Typiske utsagn som belyser arbeid med imøtekommelse av myndighetskrav er:

*Nei spør du meg, så synes jeg det er alt for mye byråkrati. Vi bruker for mye tid på ryggdekning, synes jeg. Det er sikkert mange som er uenig med meg, men det synes jeg. Jeg har sagt at når vi har så mye rundskriv og regler som vi er pålagt, så er det en ting som lider. Og det er kreativitet, og det å tørre. Det lider. Det er viktig med lovverk, det er viktig at vi blir sett i kortene, det er viktig at de tjenestene vi gir har en god kvalitet og at vi blir sjekket på det. Men det er en bakside med det også, og det er kreativiteten. Du bør ha noen cowboyer i ett hvert arbeidslag. Det må være de riktige typene cowboyer, og det må ikke være for mange. Men det må være noen som ikke gjør det som står i detalj, for det er da man finner ut, at «ja kanskje det, kanskje vi skal gjøre det litt annerledes». Det er da du begynner å endre litt på ting.*

Når det gjelder å motta revisjon fra Fylkesmannen eller andre helsemyndigheter, beskrev respondentene at det kan være vanskelig å unngå å få avvik eller merknader, selv om de jobber for å ivareta myndighetskravene. Tolkning av hva som er tilstrekkelig i de ulike tilfellene, og omfanget av krav, medvirket til en usikkerhet på om det de gjorde var tilstrekkelig. Dette belyses med følgende utsagn:

*Jeg tror det er vanskelig å komme unna systemrevisjon uten å få avvik. For du verden det er mye vi skal kunne. Og som jeg har sagt, vi er jo glade amatører. Det er så mye vi skal ha rede på. Når du tenker på hvem vi er vi som jobber her, og hvilke arbeidsoppgaver vi har, så burde det ikke overraske noen at det kommer avvik. Det er veldig omfattende. Så hvis man er av den nervøse typen så bør man nok finne seg noe annet å gjøre.*

Respondentens uttalelse vedrørende for stor grad av byråkrati, og for lite kreativitet, er i overensstemmelse med Lais (2004) beskrivelse av styrker og svakheter ved systemer og standardisering, hun pekte også på at svakhetene er at det kan virke hemmende på fleksibilitet og læring. Selv om respondentene var enige i at det er mange myndighetskrav som skal imøtekommes, var de også samstemte i at de yter tjenester av god kvalitet.

#### 6.4.3 Oppsummering og drøfting

Spørsmålene som skulle besvares i dette avsnittet handlet om internkontrollforskrift i helsetjenesten, § 4 – f, som stiller krav til virksomhetene om å skaffe oversikt over områder



hvor det er fare for svikt, eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Og § 4 – h som stiller krav om systematisk overvåkning og gjennomgang av internkontrollen.

Kommunen hadde etablert et system for å avdekke fare for svikt, eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Systemet fremsto som implementert i miljøarbeidertjenesten, og myndighetskravet i interkontrollforskrift for helsetjenesten § 4 – f, fremsto som imøtekommet.

Ledernes beskrivelser tyder på at kommunen har fokus på å jobbe for å imøtekomme myndighetskrav fra interkontrollforskrift i helsetjenesten, § 4- h, om krav til systematisk overvåkning og gjennomgang av internkontrollen. Lederne uttrykte usikkerhet tilknyttet tolkninger av hva som er tilstrekkelig i forhold til myndighetskravene, og at det er mange medarbeidere uten formell kompetanse som jobber i tjenestene. Dette peker i retning av at skjønsmessige vurderinger kan medføre usikkerhet tilknyttet imøtekommelse av myndighetskrav.

På den ene siden fremstår det som at kommunen har fokus på å utarbeide systemer og standardisering, for å sikre oppfyllelse av myndighetskrav og lik praksis. Ved at avdelingslederne gjennomførte internkontroll hos hverandre, legges det til rette for læring og åpenhet. På den andre siden, kan det se ut til at systemer og standardisering kan begrense medarbeidernes, og kommunens, fleksibilitet og læring. Dette peker i retning av en balansegang mellom styring og ledelse, der kommunen til enhver tid må avgjøre hva som er tilstrekkelig fordeling av styring og ledelse, og tilstrekkelig antall medarbeidere med formell kompetanse til å ivareta myndighetskravene.

### 6.5 Forventninger, samarbeid og særtrekk ved miljøarbeidertjenesten

I dette avsnittet vil det presenteres resultater tilknyttet interkontrollforskrift i helsetjenesten, § 4 – e, vedrørende krav til å gjøre bruk av erfaringer fra brukere og pårørende til forbedring av virksomheten. I tillegg vil det presenteres resultater vedrørende samarbeid med andre aktører, og noen særtrekk ved miljøarbeidertjenesten. Dette gjøres for å besvare lederes erfaringer med myndighetskrav fra interkontrollforskrift i helsetjenesten, hvordan de møter utfordringene, og hvordan de dokumenterer dette, som er spørsmål som reises i problemstillingen.

### 6.5.1 Brukere og pårørende

Brukerne er de viktigste samarbeidspartnere til medarbeiderne i miljøarbeidertjenesten, ettersom det er de som mottar tjenester. Brukere innenfor miljøarbeidertjenesten har svært varierte bistandsbehov og grunnlag for samarbeid. Enkelte brukere kan formidle ønsker og behov, mens andre ikke har samtykkekompetanse, og har behov for bistand fra pårørende for å avdekke ønsker og behov. Det kan være usikkert hva som er brukers ønsker og behov, kontra pårørendes ønsker og behov. Dersom brukerne ikke kan uttrykke hva de mener, vil det være vanskelig å gjennomføre brukerundersøkelser for å avdekke erfaringer og meninger. Lederne beskrev at ved bruk av brukerundersøkelser er det ofte pårørende, eller verge, som svarer på vegne av brukerne. Vabø (2002) og Andresen et. al. (2001) sine undersøkelser påpekte at resultater fra brukerundersøkelser kunne fremstå som uklare og tvetydige, og som fakta som kunne være vanskelig å tolke og med en tvilsom validitet. Dette sammenfaller med beskrivelsene til respondentene i denne undersøkelsen.

Mange av brukerne har mottatt tjenester fra offentlig sektor siden de var barn. Respondentene beskrev at krav og forventninger fra pårørende ofte kan komme i konflikt med myndighetskrav. Det ble fremhevet noen utfordringer tilknyttet overgangen på tjenester fra barn til voksen. Utfordringene som ble fremhevet var at pårørende ikke har forventning om endring i tilbudet fra barn til voksen. Når brukerne er under 18 år, mottar de ofte tjenester fra avlastning eller barnebolig. Rammebetingelsene for tjenester endrer seg når brukerne blir 18 år, og dermed myndige, og dette påpeker respondentene at pårørende ofte ikke har erkjent. Typisk utsagn som beskriver dette er:

*Vi har sett problemstillingen med de som skal ut av barnebolig. Der har du ganske mye du skulle ha sagt som pårørende, for du yter jo egentlig tjenester til de, så de er jo med på å utforme tiltak. Kanskje ikke i detalj, men i stor grad.*

Det er svært få av brukerne som er umyndiggjort, selv om de har behov for omfattende tjenester. Det oppnevnes ofte verge til å bistå med enkelte områder, som for eksempel håndtering av økonomi, men verge har kun mandat i forhold til det som står oppført i oppnevningen utstedt av Fylkesmannen.

Når brukerne er under 18 år og mottar tjenester, har pårørende stor innflytelse på tilbudet som gis. I tillegg har som regel avlastningen eller barneboligen tilgang til bil, og brukerne har kun et soverom og forholde seg til. Mens når de blir 18 år og flytter inn i egen leilighet, har de

tilgang til alle fasiliteter en leilighet innehar, samt at de selv har ansvar for dagligdagse gjøremål som innkjøp av mat, ivaretagelse av eget hjem, og organisering av transport. Dette kan gi store omveltninger i forhold til pårørendes ønsker om begrensninger i forhold til for eksempel kosthold, aktiviteter, overvåkning og lignende.

Lederne uttrykte et behov for at pårørende bør realitetsorienteres av tjenesteyterne som gir tjenester til de under 18 år, om endring i rammebetingelsene, i god tid før brukerne fyller 18 år. Typisk utsagn som beskriver dette er:

*Jeg har sagt til de som jobber i barnebolig, dere er nødt til å forberede de på hva som kommer når de flytter ut i voksenbolig. For det er noen der som tror at det er bare å knipse så får du både penger og bil, og det er ikke måte på hvor delaktig du skal være i utformingen av tilbudet. Så vi har hatt en del, og har en del utfordringer med det.*

Dersom brukerne har vedtak om bruk av tvang og makt etter HOL, kapittel 9, kan overgangen oppleves som stor for både pårørende og tilsynsmyndighet. Dersom brukeren aldri har hatt tilgang til egen mat og lignende, vil dette etter innflytting i egen leilighet eventuelt måtte omfattes av et tvangsvedtak. Lederne beskrev at pårørende for eksempel ofte ønsker at de skal låse inn mat uten å skrive det i vedtaket, og at Fylkesmannen kan reagere på et det har oppstått økning i tvang og makt, uten at de kan se en endring i brukerens atferd.

Respondentene opplyste at overgang fra under til over 18 år, ofte medførte at de måtte benytte mye tid og ressurser på samarbeid med pårørende og tilsynsmyndigheter, for å forklare endringer i rammebetingelsene. Dette ble beskrevet på følgende måte:

*Barneboligen må opplyse Fylkesmannen om at brukerne ikke har tilgang til mat. Men sant, det er ikke deres egen mat, derfor tas det ikke med i tvangstiltaket. Også flytter de ut, så ser det ut som at det plutselig er mye tvang som ikke var der før. Men de har jo bodd under slike betingelser hele livet. Det må det opplyses om, ellers så blir vi brevvenn med Fylkesmannen. Det går seg til, men jeg synes det er mye unødvendige problemstillinger, unødvendige møter, ja krangling rett og slett. Det kunne vært unngått.*

### 6.5.2 Andre samarbeidspartnere

Medarbeidere i miljøarbeidertjenesten har mange samarbeidspartnere, og de kan deles inn i interne og eksterne samarbeidspartnere. Interne samarbeidspartnere er andre medarbeidere i avdelingen, søknadskontor, støtte- og stabsfunksjoner, ledere over seg i virksomheten og lignende. Eksterne samarbeidspartnere er pårørende, verger, spesialisthelsetjeneste, fastleger,

tannleger, Fylkesmannen, Norsk forbund for utviklingshemmede (NFU) også videre. Alle samarbeidspartnere har sine krav og forventninger til hvordan tjenestene skal være, og krav og forventninger fra de ulike aktørene kan stå i motsetning til hverandre. I kapittel 4 ble det fremhevet noen utfordringer tilknyttet offentlig sektor, blant annet at kommunen skal ivareta mange interesser, og at disse kan stå i motsetning til hverandre (Høst, 2005), dette ble bekreftet av resultater fra denne undersøkelsen.

Respondentene beskrev også at det er ulike forventninger og ønsker når det gjelder vedtak om bruk av tvang og makt, HOL kapittel 9. Respondentene fortalte at NFU har uttrykt at det er for mange vedtak om bruk av tvang og makt, mens pårørende ofte ønsker strengere regulering enn det kommunen mener er hensiktsmessig og nødvendig. Respondentene beskrev at de bruker mye tid på samarbeid, både internt og eksternt. De uttrykte at det til tider er en del frustrasjon tilknyttet samarbeid med blant annet Fylkesmannen, fordi samarbeidet avhenger av hvilken saksbehandler det er som har ansvar for saken. Typisk uttalelse som belyser dette er:

*Det er nok en del oppgitthet i gangene over hvor firkantet og rigide systemene er til tider. Og hvor lite forståelse det virker som det er inne hos Fylkesmannen. Helt avhengig av hvilken saksbehandler du får hos Fylkesmannen, fordi de har ulike måter å jobbe på, og stiller ulike krav.*

Meld. St. 45 (2012-2013) påpekte en utvikling av større bofellesskap, og at pårørende i større grad etablerer borettslag. Flere opplyste om sine erfaringer om dette og at det er forskjell på reaksjoner når kommunen etablerer, versus når pårørende etablerer større bofellesskap.

Typisk utsagn som beskriver dette:

*Når de er med og bygger selv, da er de ikke i mot større borettslag. Da er det helt greit. De er jo med på å lage kjempestore bofellesskap. Men med en gang kommunen gjør det samme, da er det totalt krise. Jeg er jo enig i at det ikke bør bli for stort. Jeg synes ikke pårørende og NFU differensierer noe. Diskusjonen blir så svart/hvit. Ideologisk styrt. Det går ikke an å snakke om fornuftige løsninger.*

Endring fra små til større bofellesskap ble begrunnet på flere måter. Noen begrunnet det med etablering av fagmiljø, ettersom fagkompetansen blir spredd når det er flere små enheter versus samling av kompetanse ved etablering av større enheter. Flere mente at større enheter vil medføre høyere grad av rettsikkerhet for brukerne ved at det er fagmiljø som ivaretar

rettsikkerheten. Noen argumenterte med stordriftsfordeler ved større enheter, hvor de mente at kvalitetssikring av tjenestene ville bli mindre sårbare og at ressursene ville bli utnyttet på en best mulig måte.

Begrunnelsene som respondentene oppga i studien, sammenfaller med argumentene i Meld. St. 45 (2012-2013), hvor det ble beskrevet at kommunene mener at større bofellesskap medfører etablering av fagmiljø, stabilitet i personalgruppen, motvirkning av ensomhet og bedre økonomisk ressursutnyttelse.

Meld. St. 45 (2012-2013) identifiserte flere områder med behov for ytterligere kunnskap, deriblant utviklingshemming i et livsløpsperspektiv. Flere av respondentene i denne undersøkelsen beskrev at mennesker med psykisk utviklingshemming har de samme helsemessige utfordringene som befolkningen for øvrig. De informerte om at de tilrettelegger for at beboerne skal kunne bo i boligene sine så lenge som det er forsvarlig. Beskrivelsene fra lederne peker i retning av at det er en høyere terskel for at brukerne i miljøarbeidertjenesten skal motta bistand fra hjemmetjenesten, og at det i størst mulig grad er tjenesteyterne som jobber i boligene som skal tilby bistand ved endrede behov. I tillegg beskrev lederne at mennesker med psykisk utviklingshemming sjelden overføres fra bolig til sykehjem.

Å tilby tjenester til utviklingshemmede i et livsløpsperspektiv byr på ulike utfordringer på ulike tidspunkt gjennom livet. Dette medfører at medarbeiderne må ha, eller tilegne seg, riktig kompetanse ut i fra de behov som til enhver tid foreligger. Noen respondenter beskrev at det var etablert et godt samarbeid mellom miljøarbeidertjenesten og hjemmesykepleien, slik at de kunne samarbeide på tvers i forhold til endrede behov hos brukerne. Mens andre respondenter beskrev at hjemmesykepleien tilbydde opplæring til medarbeiderne i miljøarbeidertjenesten, men at de ikke tok oppdrag i boligene utover opplæring. Typisk utsagn som belyser dette er:

*Vi ønsker å få bistand fra hjemmesykepleien når det er konkrete hjemmesykepleieoppdrag. Men de vil gjerne komme og lære oss opp. Lære opp våre ansatte, for at vi skal kunne gjøre det selv, for de har nok med sitt, og de er ikke så «hyppen» på denne brukergruppen. Og sånn har det egentlig alltid vært.*

Og på den andre siden:

*Ja altså her er det folk med to ben og to armer i gjennomsnitt. De får de samme utfordringene som alle andre. Vi har et tett samarbeid mellom miljøarbeidertjenesten og*

*hjemmesykepleien. Veldig etablert og godt. Så fagutviklingssykepleieren i hjemmetjenesten driver på med både internundervisning og kan tilkalles ved behov i boligene.*

Ut i fra utsagnene fra respondentene, ser det ut til å være litt ulike oppfatninger eller ønsker i forbindelse med samarbeidet mellom miljøarbeidertjenesten og hjemmetjenesten. Noen respondenter uttrykte ønske om at hjemmetjenesten skal tilby hjemmetjenester utført av hjemmetjenesten. Mens andre beskrev at det er et etablert og velfungerende samarbeid mellom tjenestene, der medarbeidere i miljøarbeidertjenesten kan motta opplæring ved behov.

### 6.5.3 Oppsummering og drøfting

Avsnittet har presentert resultater tilknyttet internkontrollforskrift i helsetjenesten, § 4 – e, vedrørende krav til å gjøre bruk av erfaringer fra brukere og pårørende til forbedring av virksomheten.

Lederne beskrev at de forsøker å avdekke erfaringer fra brukere og pårørende til forbedring av virksomheten, gjennom direkte samhandling og ved møter. De påpekte dog at dette kan være utfordrende, og at det ofte kan være vanskelig å vite om det er brukernes eller pårørendes erfaringer som avdekkes. Dette peker i retning av at brukermedvirkning kan være krevende å gjennomføre, og at grad av brukermedvirkning vil kunne variere i forhold til brukerens evne til å gi uttrykk for ønsker og behov.

I tillegg opplyste de at de opplever at det forekommer mange forventninger og krav, og at disse kan stå i motsetning til hverandre. Dette er resultater som finner støtte i utfordringer som er beskrevet i kapittel 4, om bruk av balansert målstyring i offentlig sektor, hvor blant annet motstridende interesser og etablering av velfungerende kvalitetsindikatorer ble beskrevet.

Ledernes beskrivelser viser på den ene siden at de samarbeider med mange samarbeidspartnere, men på den andre siden at de ulike samarbeidspartnerne kan ha motstridende ønsker og forventninger. Dette peker i retning av store utfordringer for de som jobber innenfor tjenester til personer med psykisk utviklingshemning, og er i tråd med tidligere beskrevne utfordringer tilknyttet innføring av balansert målstyring i offentlig sektor.

Innføring av NPM i offentlig sektor har høstet mye kritikk, og for tiden er det politisk fokus på å endre offentlige tjenester, med for eksempel tillitsreformen. En endring fra NPM til tillitsbasert ledelse, vil kunne medføre en styrking av medarbeidernes bruk av faglige skjønn, og brukernes medvirkning.

## 6.6 Oppsummering av kapitel

I dette kapitlet har det blitt foretatt en gjennomgang av lederes erfaringer med, og imøtekommelse av, myndighetskrav i internkontrollforskrift for helsetjenesten, § 4 a-h. Lederne har beskrevet hva de gjør for å imøtekomme myndighetskravene, og hvilke utfordringer de opplever, og hvordan de dokumenterer det de gjør.

Gjennomgangen har vist at myndighetskravene i hovedsak blir imøtekommet, men at lederne påpeker enkelte utfordringer tilknyttet dette.

## **7. Konklusjon**

I dette kapitlet vendes blikket tilbake til problemstillingen, og resultater fra undersøkelsen vil bli belyst for å besvare spørsmålene i problemstillingen, samt peke ut retning for videre forskning.

### 7.1 Tilbake til problemstillingen

I dette avsnittet vendes blikket tilbake til problemstillingen, for å gi svar på om resultater fra undersøkelsen besvarer problemstillingen.

Denne oppgaven omhandler internkontrollforskrift i helsetjenesten, og utfordringer dette medfører for ledere innenfor tjenester til personer med psykisk utviklingshemning. Det ble benyttet kvalitativ metode, og syv respondenter ble intervjuet. Resultatene er analysert og drøftet i lys av relevant teori om ledelse og tidligere forskning på området. Følgende problemstilling dannet utgangspunkt for undersøkelsen:

**Hvilke erfaringer har ledere med myndighetskrav fra internkontrollforskriften i helsetjenesten? Hvilke utfordringer medfører myndighetskravene, hva gjør lederne for å møte utfordringene, og hvordan dokumenterer lederne dette?**

Ledere innenfor tjenester til personer med psykisk utviklingshemning belyste ulike erfaringer, utfordringer og aktiviteter for å imøtekomme myndighetskrav fra internkontrollforskrift for helsetjenesten, og hovedfunnene vil bli belyst i etterfølgende avsnitt.

### 7.2 Oppsummering av resultater

I dette avsnittet vil hovedfunnene fra undersøkelsen bli belyst og problematisert.

Resultatkapitlet var bygd opp for å besvare imøtekommelse av de åtte (a-h) kravene i internkontrollforskriften, samt drøfting av de ulike resultatene. Resultatene viste at myndighetskravene i hovedsak fremsto som imøtekommet. Men selv om myndighetskravene fremsto som imøtekommet, belyste lederne ulike utfordringer tilknyttet imøtekommelsen. Hovedutfordringene handlet om balanseringen mellom styring og ledelse, altså grad av standardisering og systemer, versus grad av kreativitet og læring, og at tjenesten består av mange medarbeidere uten formell kompetanse, hvor det skal sikres tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter.

Kommunen benyttet systemer som var bygget på hovedprinsippene i balansert målstyring, som ledelsesstrategi. Det har blitt fremhevet utfordringer tilknyttet bruk av balansert målstyring i offentlig sektor, spesielt i forhold til at man skal ivareta mange interesser som kan stå i motsetning til hverandre, etablering av styringsparametere, etablering av insentiver for måloppnåelse, og at virksomhetene i offentlig sektor ikke er så stram og hierarkisk organisert som balansert målstyring forutsetter. Resultater fra denne undersøkelsen viser at lederne påpeker utfordringer med ivaretagelse av interesser som er motsetningsfylte. Men det ble ikke funnet støtte til utfordringer tilknyttet etablering av styringsparametere, insentiver og hierarkisk organisering. Altså gir ikke denne undersøkelsen støtte til teori om balansert målstyring og tidligere forskning sine resultater på området. Dette kan tyde på at den undersøkte kommunen har lyktes med å etablere styringsparametere og insentiver, samt en organisatorisk oppbygging med tydelig ansvarsfordeling, som medfører at ledelsesstrategien fungerer. Dette er viktige resultater som burde undersøkes nærmere.

Et annet viktig resultat fra undersøkelsen, var at det ble belyst at det foreligger omfattende myndighetskrav til tjenestene, og at det er en stor andel av medarbeiderne innenfor miljøarbeidertjenesten som ikke har formell kompetanse, kun 10-20 % av medarbeiderne var miljøterapeuter. Gjennomføring av kompetansehevende tiltak for å sikre tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter hos medarbeiderne, i en tjeneste hvor det var få med formell kompetanse å fordele ansvar, oppgaver og myndighet til, belyste at det var krevende å imøtekomme myndighetskravene. Miljøarbeidertjenesten fremsto som sårbar for endringer, og det ble belyst utfordringer tilknyttet rekruttering av vernepleiere. Skjønnsmessig vurdering av hva som er tilstrekkelig til enhver tid, ble også belyst som en utfordrende oppgave som medførte usikkerhet blant lederne i forhold til imøtekommelse av myndighetskrav.



I tillegg var resultater vedrørende overordnet kompetanseplan av interesse. Undersøkelsen ga ingen tydelige svar på om kommunen hadde etablert en overordnet kompetanseplan. Dersom kommunen har gjennomført en kompetanseanalyse, og utarbeidet en overordnet kompetanseplan, er ikke denne forankret hos lederne som var respondenter i denne undersøkelsen. Dette tyder eventuelt på mangler i implementeringsstrategien. Dersom kommunen ikke har utarbeidet en overordnet kompetanseplan, kan det medføre fokusering på kompetansehevende tiltak basert på tilfeldigheter, og dermed også muligheter for feil fokus i valg av kompetansehevende tiltak.

Avslutningsvis viste resultater fra undersøkelsen at evaluering av ulike tiltak, fremsto som et forsømt område. Dette er i overensstemmelse med Lais (2004) beskrivelser. Kommunen så ut til å hovedsakelig fokusere på evaluering av økonomiske forhold, slik at det manglet en evaluering av avkastning på nytteeffekter for virksomheten eller den enkelte medarbeider. Lai (2004) beskriver at nytteeffekter kan for eksempel være bedret arbeids- og læringsmiljø, økt lojalitet og høyere jobbtilfredshet. Dette kan også medføre at kommunen satser feil i valg av kompetansehevende tiltak.

### 7.3 Veien videre

Resultater fra denne undersøkelsen har begrensninger, da de ikke er generaliserbare, ettersom undersøkelsen kun omfatter én avdeling i én kommune.

Forslag til videre forskning er fokus på etablering av styringsparametere og insentiver, som kan ha god effekt innenfor «myke tjenester» i offentlige sektor.

## **8. Litteraturliste**

- Aadland, E. (2013). «Og eg ser på deg...» *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag, 3.utgave*. Oslo: Universitetsforlaget
- Agenda. (2008). *Internkontroll i norske kommuner. Status og utviklingsbehov*. Sandvika: Agenda Utredning og Utvikling AS.
- Andresen, K., L.B.H. Friestad & K. Robertsen. (2001). FoU-rapport nr. 12/2001. Styring av kvalitet i offentlig tjenesteproduksjon. Kristiansand: Agderforskning.
- Busch, T. (2012). *Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Christensen, T. & P. Lægreid. (Red.). (2011). *The Ashgate Research Companion to New Public Management*. Great Britain: MPG Books Group, UK.
- De nasjonale forskningsetiske komiteers generelle forskningsetiske retningslinjer. (2014, 23.6.). Generelle forskningsetiske retningslinjer hentet 1.4.2016 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Fellesorganisasjonen. (2008). *Om vernepleieryrket*. Oslo: Fellesorganisasjonen.
- Heggdal, H.M. (2010). *Kvalitetsarbeid i pleie- og omsorgstjenesten. En studie om iverksetting av Internkontrollforskriften, Kvalitetsforskriften og Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. (Mastergradsavhandling, Høgskolen i Sogn og Fjordane). H.M. Heggdal, Sogndal.
- Helsedirektoratet. (2004). *Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial- og helsetjenesten. IS-1183*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Høring – Forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing--forskrift-om-styringssystem-i-helse--og-omsorgstjenesten/id2459663/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Samhandlingsreformen i kortversjon*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/>

- Helsetilsynsloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).
- Helsepersonelloven. (2001). Lov om helsepersonell m.v.
- Helsetilsynsloven. (1984). Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.
- Helsetilsynet. (2002). *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Hoff, K.G. & P.A. Holving. (2002). *Balansert målstyring. Balanced Scorecard på norsk*. Oslo: Universitetsforlaget
- Husbanken. (1990). *Rundskriv HB-1212*. Oslo: Husbanken
- Husbanken. (2009). *Rom for trygghet og omsorg. Veileder for utforming av omsorgsboliger og sykehjem*. Oslo: Husbanken
- Høst, T. (2005). *Ledelse i helse- og sosialsektoren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Indreeide, E. *To kloke*. Hentet 01.05.16 fra <http://mellomhimmelogjordbaer.blogspot.no/2012/03/to-kloke.html>
- Internkontrollforskrift i helsetjenesten. (2003). Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.
- Innst. 212 S. (2009-2010). (2010). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform*. Oslo: Helse- og omsorgskomiteen.
- Jacobsen, D.I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode, 3.utgave*. Oslo: Cappelen Damm Akademiske
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L.(2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode, 4.utgave, 2.opplag*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kirkhaug, R. (2013). *Verdibasert ledelse. Betingelser for utøvelse av moderne lederskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kommunal- og regionaldepartementet. (2009). *85 tilrådingar for styrkt eigenkontroll i kommunane*. Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet.

- Kommunal- og regionaldepartementet. (2004). *Resultatledelse. Bruk av balansert målstyring og andre former for systematisk resultatmålinger i kommunal sektor*. (H2154). Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/krd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/221475-veileder\\_resultatledelse.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/krd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/221475-veileder_resultatledelse.pdf)
- Kommunesektorens organisasjon. (2013). *Rådmannens internkontroll. Hvordan holde orden i eget hus?* Oslo: Kommunesektorens organisasjon.
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Ladegård, G. & S.I. Vabo (Red.). (2010). *Ledelse og styring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lai, L. (2004). *Strategisk kompetansestyling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- LO. (2015). Tillitsreform for og med de ansatte. *LO Oslo*. Hentet fra <http://lo-oslo.no/forside-pdf/2015-08-faktaark-tillitsreform.pdf>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring, 3.utgave, 2.opplag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, Ø.L. (Red.). (2010). *Perspektiver på ledelse. 3.utgave, 3.opplag*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Meld. St. 45 (2012-2013). (2013). *Frihet og likeverd. –Om mennesker med utviklingshemming*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
- Meld. St. 47 (1989-1990). (1990). *Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming*. Oslo: Sosialdepartementet.
- Meld. St. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 67 (1986-1987). (1987). *Ansvar for tiltak og tenester for psykisk utviklingshemma*. Oslo: Sosialdepartementet.
- Molven, O. (2015). *Helse og jus*. Oslo: Gyldendal juridisk.

- Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming. (2013). *Diagnose: Psykisk utviklingshemming og ICD-10*. Hentet 22.3.2016, fra <http://naku.no/node/195>
- NOU 2004:18. (2004). *Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2005:3. (2005). *Fra stykkevis til helt- En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nyseter, T. (2016). Vekk med New Public Management! *Dagens medisin*. Hentet fra <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/04/11/vekk-med-new-public-management/?x=MjAxNi0wNC0xNiAxMDo1NT00MQ==>
- Oslo kommune. (2015). *Samlerapport for kvalitetsrevisjoner i boliger2014*. Hentet 11.3.2016, fra <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Statistikk/Kvalitetsrapporter%20-%20Helse%20og%20sosial/Samlerapport%20for%20kvalitetsrevisjoner%20i%20boliger%202014.pdf>
- Personopplysningsloven (2015). Lov om behandling av personopplysninger.
- PricewaterhouseCoopers. (2009). *Rapport til Kommunal- og regionaldepartementet. Internkontroll i kommuner*. Oslo: PricewaterhouseCoopers.
- Prop. 91 L. (2010-2011). (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 8. april 2011, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Stoltenberg II)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Ringdal, K. (2014). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode, 3.utgave*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Romøren, T.I. & B. Svorken. (2003). *Velferdsstat og velferdskommune. Iverksetting av «Handlingsplan for eldreomsorgen»*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Stamsø, M.A. (Red). (2005). *Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Steinkjer, B. (2016). LEON-prinsippet. *Forebygging.no*. Hentet fra <http://www.forebygging.no/Ordbok/L-P/LEON-prinsippet/>

SV. (2014). Ny kurs for velferden: Prinsipper for en tillitsreform. *Uttalelse fra SVs landsstyre*. Hentet fra <http://lo-oslo.no/forside-pdf/2015-08-faktaark-tillitsreform.pdf>

Sverdrup, S. og H. Kr. Halvorsen (2000). *Evaluering av forskrift: miljørettet helsevern i skoler og barnehager*. Oslo: Asplan Analyse, Asplan Viak AS.

Tannhelsetjenesteloven. (1984). Lov om tannhelsetjenesten.

Vabø, M. (2002). *Kvalitetsstyring og kvalitetsstrev. Nye ambisjoner i hjemmetjenesten*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Hei [REDACTED].

[REDACTED] har gitt meg din e-postadresse og beskjed om at jeg kunne ta kontakt med deg vedrørende min masteroppgave.

Jeg jobber for tiden med master i verdibasert ledelse ved Diakonhjemmet høgskole. I den forbindelse har jeg bestemt meg for å fokusere på internkontrollforskriften for helse- og omsorgstjenester. Jeg planlegger casedesign med samtaleintervju.

Mitt ønske er å intervju ledere i førstelinje om hvordan de imøtekommer kravene i internkontrollforskriften. Jeg har utarbeidet en problemstilling og noen forskningsspørsmål og jobber med en intervjuguide. Disse kan jeg sende til deg dersom det er av interesse. I tillegg til å intervju ledere i førstelinje, har jeg lyst til å intervju den eller de som utfører internkontroll (i tråd med internkontrollforskriften i helsetjenesten) med disse tjenestestedene.

I denne forbindelse så lurer jeg på om det er mulig å få et samarbeid med dere i [REDACTED] kommune? Jeg mener at dere vil kunne få utbytte av de funn jeg gjør i min forskning til enten å videreføre og forsterke det gode arbeidet dere allerede har, eller til å avdekke eventuelle feil og mangler med mulighet for forbedringsarbeid. Dersom dere ønsker meg velkommen til å forske i [REDACTED] kommune kommer jeg til å forespørres den enkelte leder om deltakelse, forskningen er basert på frivillighet og med mulighet for å trekke seg. Jeg kommer til å anonymisere kommunen og de forskjellige tjenestestedene. Hvert intervju kommer til å ta cirka en time.

Hvis du synes dette høres interessant ut vil jeg gjerne ha hjelp av deg til å komme i kontakt med de riktige lederne.

Jeg har behov for en oversikt over hvem som er ledere på de forskjellige tjenestestedene og deres kontaktinformasjon.

I tillegg ønsker jeg navn og kontaktinformasjon til den/ de som utfører internkontroll.

Håper dette høres interessant ut for dere.

Ta kontakt dersom du ønsker mer informasjon.

Med vennlig hilsen

**Hanne Mohrsen**

**Intervjuguide**

<b>1. Bakgrunnsinformasjon</b>	<b>Svar</b>
<b>Leder</b>	
Hvor lenge har du vært i nåværende stilling?	
Tittel på stillingen?	
Hvilken grunnutdanning har du?	
Har du noen lederutdanning? Evt. hvilken og antall studiepoeng?	
<b>Beboere</b>	<b>Svar</b>
Antall	
Alder	
Vedtak om bruk av makt og tvang etter kap. 9?	Antall:
<b>Ansatte</b>	<b>Svar</b>
Antall årsverk?	
Antall ufaglærte?	
Antall faglærte (hpl./helsefagarb./omsorgsarb.)?	
Antall miljøterapeuter med 3.årig høgskoleutdanning?	
<b>2. Kompetanse</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Aktuelle fagområder med behov for kompetanse</b></li> </ul>	<b>Ja/ nei/ uaktuell/ kommentar</b>



Ernæring	
Legemiddelhåndtering	
Somatikk (epilepsi/ diabetes/ sonde-ernæring, fysioterapiøvelser, forflytningsteknikk og lignende)	
Avviksregistrering	
Journalføring	
Kap. 9 om bruk av makt og tvang (posisjonering, utføre makt og tvang, skrive enkeltmelding eller protokoll, generell kunnskap om lovverket, håndtering av truser og vold og lignende).	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Internkontroll og kompetanse</b></li> </ul> <p>(Aktuelle virkemidler for å oppnå nødvendig kompetanse kurs internt/eksternt/nettbasert, veiledning, etter- og videreutdanning, mentorordninger, bob, opplæring etc.)</p>	<b>Kommentar</b>
På hvilken måte oppfyller dere kravene om kompetanse?	
Hvilke områder ifht. kompetanse vil dere eventuelt få avvik på ved en internkontroll?	
Opplever du at kompetansenivået på de ansatte er bedre eller dårligere enn det som kommer frem ved en internkontroll? (beskriv	

på hvilken måte)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aktuell dokumentasjon på kompetanse</b></li> </ul>	<b>Kommentar</b>
Har dere en systematisk oversikt over kompetanse?	
Har dere kartlagt kompetansebehovene (eksisterende og fremtidige)?	
Har dere en kompetanseplan (hvordan evt. tette hull eller møte fremtidige behov)?	
<b>3. Evaluering</b>	<b>Kommentarer</b>
Hvilken form for evaluering benytter dere ved kompetansehevede tiltak? (Eks. pre- og posttester ved tiltak som kurs, opplæring etc.)	
<b>4. Oppsummering og avslutning</b>	<b>Kommentarer</b>
Er det noe jeg ikke har spurt deg om som du ønsker å tilføye?	
Hvordan opplevde du dette intervjuet?	

### **Samtykkeskjema til intervju**

I forbindelse med masteroppgave i verdibasert ledelse ved Diakonhjemmet Høgskole ønsker jeg å gjennomføre intervju for å finne svar på min problemstilling. Formålet med oppgaven er å undersøke hvordan ledere sikrer at ansatte har tilstrekkelig kompetanse i tråd med internkontrollforskriften for helsetjenesten. Funnene fra undersøkelsen vil kunne danne grunnlag for en videreføring og styrking av allerede etablert arbeid, eller avdekke funn som gir muligheter for forbedringsarbeid.

Jeg har utarbeidet en semistrukturert intervjuguide. Den består i hovedsak av enkle spørsmål knyttet til bakgrunnsinformasjon og kompetanse. Avslutningsvis stiller jeg noen åpne spørsmål. Jeg kommer til å ta lydopptak av intervjuet, og i tillegg kommer jeg til å notere litt underveis. Gjennomføring av intervjuet kommer til å ta cirka en time. Sted for gjennomføring av intervju avtales med hver enkelt i forhold til hva som passer best.

Informasjon om kommunen, tjenestestedene og informanter vil bli anonymisert i oppgaven. Innsamlet data skal anonymiseres, direkte- og indirekte personopplysninger, samt lydopptak, vil bli slettet ved prosjektslutt. Prosjektet planlegges slutført den 02.05.16. Svar som fremkommer i intervjuene vil bli analysert opp mot problemstillingen. Deltakelse i denne undersøkelsen er frivillig, og deltakere som takker ja til å delta i studien kan når som helst trekke seg fra studien uten å oppgi begrunnelse.

Flere av deltakerne i denne studien er helsepersonell og dermed underlagt bestemmelsene i helsepersonelloven. Helsepersonell er ikke fritatt fra sin taushetsplikt i forbindelse med denne undersøkelsen. Jeg minner derfor om at det ikke må fremkomme identifiserbare opplysninger om enkeltbeboere eller enkeltansatte. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Veileder for gjennomføring av masteroppgaven er professor Sidsel Sverdrup ved Diakonhjemmet Høgskole.

Jeg vil med dette spørre om du som leder kunne tenke deg å delta som informant ved å bli intervjuet? Dersom du takker ja til å delta, ber jeg deg om å signere dette informasjonsbrevet.

Med vennlig hilsen

.....

Hanne Mohrsen

Jeg ønsker å delta i undersøkelsen

Ditt navn i blokkbokstaver:

.....

Sted og dato:

.....

Din signatur:

.....