

Etiske utfordringer for kommunale ledere innen helse og omsorg

**En beskrivelse av situasjonen og forslag til tiltak for
etisk kompetanseheving**

**Kari Sverdrup
Veileder: Olav Helge Angell**

**Masteroppgave i verdibasert ledelse
Diakonhjemmet høgskole, etter- og videreutdanningen**

November 2008

Sammendrag

Utgangspunktet for oppgaven er en kontrakt Diakonhjemmet har inngått med Kommunenes Sentralforbund (KS) om Pedagogisk utviklingsprogram (FoU). Prosjektbeskrivelsen har fått navnet: Hvordan kan kommunen styrke sin etiske kompetanse innen helse og omsorg.

I mitt litteratursøk etter relevant forskning hefter jeg meg ved Trollestads (2000): Etik och Organisationskulturer Att skapa en gemensam värdegrund, og Sollund, Merethe J., Sissel Trygstad, Birgitte L. Johansen (2004): Myndiggjorte medarbeidere i praksis – hvorfor og hvordan? Rapportering fra et utviklings- og dokumentasjonsprosjekt. Jeg finner både Trollestads langsiktige og grundige prosess med å skape et felles verdigrunnlag og den relasjonelle formen for myndiggjøring Sollund og hennes team finner i de kommunene der myndiggjøring fungerer best, av interesse. Begge tilnæringsmetoder kan karakteriseres om kommunikative. Både Trollestad og Sollund distanserer seg fra en instrumentell måte å forholde seg til medarbeidere på. Jeg presenterer også juridiske og kulturelle rammer rundt kommunal helse og omsorgstjeneste.

Før jeg kan ta stilling til hvorvidt Sollund og Trollestad presenterer relevante tilnærminger til etisk kompetanseheving i norske kommuner, må jeg kartlegge situasjonen i kommunene.

Problemstillingene lyder:

- Hvilke etiske utfordringer står kommunale ledere innen helse og omsorg overfor i sin hverdag?
- Er Trollestads tilnærming til arbeid med felles verdigrunnlag en hensiktsmessig framgangsmåte for etisk kompetanseheving, sett i forhold til de etiske utfordringene innen helse og omsorg? Er den relasjonelle form for myndiggjøring Sollund presenterer velegnet til å nærme seg de dilemma ledere innen helse og omsorg beskriver?
- Hvilke former for etisk kompetanseheving er allerede tatt i bruk i kommunene?

Jeg bruker feltarbeid, tekstanalyse og survey som metoder til å samle informasjon om etiske utfordringer ledere innen helse og omsorg opplever i sin hverdag. Feltarbeidet er utført under Idékonferansen om etikk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i november 2007

(Etikkonferansen). Referat fra gruppearbeid under konferansen og spørreskjema med åpne spørsmål innsamlet i forbindelse med den er blant tekstene jeg analyserer. Spørsmålene i surveyen jeg sender ca. 150 kommuner er bl.a. formulert på grunnlag av disse tekstene. Det er helse- og sosialsjefer, eller personer i tilsvarende stillinger som mottar disse skjemaene. I ettertid ser jeg at samtlige av landets 431 helse- og sosialsjefer burde få mulighet til å besvare surveyen, svarprosenten blir så lav at undersøkelsen ikke er statistisk reliabel.

Etiske utfordringer respondentene oftest krysser av for, er:

N=46	antall	prosent
1 Manglende faglig kompetanse blant medarbeidere	26	56.5
2 Manglende etisk bevissthet blant medarbeiderne	25	54.3
3 Urimelige krav fra brukerne	22	47.8
4 Ustabil bemanning	20	43.5
5 Manglende bevissthet blant politikere om konsekvenser av budsjettvedtak	18	39.1

Når jeg stiller et åpent spørsmål om noen har opplevd etisk betinget uro knyttet til noe annet i forbindelse med arbeidet, er det hyppigste svaret at det er ressursrammene rundt tjenesten, i forhold til de oppgavene helse og omsorgstjenesten skal ivareta, som uroer dem.

De mest utbredte former for etisk kompetansebygging i kommunene som svarte er: Fora for refleksjon om etiske spørsmål, å vedta kjerneverdier for kommunen, serviceerklæringer, internundervisning i etikk og utforming av verdidokumenter. 93% av helse- og sosialsjefene oppgir å prioritere arbeidet med etikk høyt eller meget høyt.

På bakgrunn av de dilemma helse- og sosialsjefene oppgir, finner jeg både Trollestads og Sollunds tilnærming velegnet til etisk kompetanseheving. Etisk kompetanseheving vil, i flg. Sollund og Trollestad, også være til hjelp i å håndtere problemer med snevre rammevilkår og derav følgende etiske dilemma best mulig, men kan neppe løse problemet med ubegrenset behov og begrensede ressurser.

Innhold

Forord	6
1 Innledning	7
1.1 Problemstillinger	8
1.2 Avgrensinger.....	9
2 Rammer.....	9
2.1 Teoretisk ramme: NPM og verdibasert ledelse	10
2.2 Velferdsstaten.....	11
2.3 Tidligere forskning om myndiggjøring.....	15
2.4 Tidligere forskning om verdibasert ledelse.....	21
2.5 Å skape et felles verdigrunnlag	22
2.6 Å skape et felles verdigrunnlag og myndiggjøring innen NPM.....	26
2.7 Verdigrunnlag og begrepsbruk	30
2.8 Juridiske rammer	32
2.9 Oppsummering	36
3 Metoder og data om utvalget.....	37
3.1 Feltarbeid, tekstanalyse og survey	37
3.2 Utvalg og populasjon	38
3.2.1 Kategoriene storby, store, mellomstore og små kommuner.....	39
3.3 Respons på surveyen	40
3.4 Generaliserbarhet, validitet og reliabilitet	43
3.5 Forskningsetikk	44
4 Analyse.....	45
4.1 Kjerneverdier	45
4.2 Kategorisering av kjerneverdiene	46
4.2.1 Relasjonelle verdier	46
4.2.2 Instrumentelle verdier.....	47
4.2.3 Normrasjonelle verdier	49
4.2.4 Oppsummering.....	52
4.3 Etiske utfordringer kommunale ledere står overfor.....	53
4.3.1 Etiske utfordringer i forhold til medarbeidere og brukere	53
4.3.2 Utfordringer i forhold til rammer	55
4.3.3 Flere årsaker til opplevd etisk uro i forhold til tjenesten	58
5 Eksisterende tiltak for etisk kompetanseheving.....	66
5.1 Fora for refleksjon om etiske spørsmål i forbindelse med arbeidet.....	67
5.2 Vedtatte kjerneverdier i kommunen	69
5.3 Serviceerklæringer	70
5.4 Internundervisning i etikk	70
5.5 Verdidokumenter, opplæring i etikk for nyansatte	70
5.6 Oppsummering	71
6 Konklusjon.....	71
Litteraturliste	76

Lover og forskrifter med mer	78
Elektroniske kilder	78
Vedlegg	80
Vedlegg 1: Lover og forskrifter ang. budsjett	80
Vedlegg 2: Varsling og arbeidsmiljøloven	81
Vedlegg 3: Forespørsel.....	82
Vedlegg 4: SPØRRESKJEMA FOR KOMMUNALE LEDERE	84
Vedlegg 5: Kjerneverdier	90
Vedlegg 6: Årsaker til etisk betinget uro.....	93

Forord

Til Tom Eide og teamet som arbeider med prosjektet: Hvordan kan kommunen styrke sin etiske kompetanse innen helse- og omsorg: Takk for at jeg fikk delta på Etikkonferansen, og bruke materiale fra denne!

Takk til min tålmodige veileder Olav Helge Angell for hjelp til å gjennomføre mitt prosjekt, og til Olav Hindal for innføring i NSD-stat. Og takk til lærere og medstudenter ved Verdibasert ledelse for konstruktiv kritikk under arbeidet med oppgaven. Takk også til bibliotekarene for litterær navigeringsassistanse.

1 Innledning

Utgangspunktet for oppgaven er en kontrakt Diakonhjemmet har inngått med Kommunenes Sentralforbund (KS) om Pedagogisk utviklingsprogram (FoU). Prosjektbeskrivelsen har fått navnet: "Hvordan kan kommunen styrke sin etiske kompetanse innen helse- og omsorg." KS sin intensjon med prosjektet er oppsummert slik:

1. Skaffe kunnskap om hvordan kommunene kan arbeide systematisk med styrking av kompetansen innen etikk i helse- og omsorgstjenestene
2. Utvikle metoder, verktøy, opplæringstilbud og målemetoder for å støtte opp under kommunens arbeid på dette feltet (Tilbudsforespørsel på KS FoU-prosjekt "Hvordan kan kommunen styrke sin etiske kompetanse innen helse- og omsorg?" 27.06.2007).

Oppdraget er grunnet i et vedtak i KS sentralstyre 03.10.2006:

Etikkarbeide - Handlingsplan

Befolkningens tillit til folkevalgte og offentlig ansatte er en forutsetning for lokaldemokratiet. I en kommune med godt omdømme, øker de folkevalgtes handlingsrom, og gjør det mulig for kommunen å fylle rollen som en god tjenesteyter, samfunnsutvikling, forvaltningsmyndighet, eier og arbeidsgiver. KS vil derfor støtte opp med mål og tiltak som bidrar til åpenhet, gode holdninger og handlinger i kommunal sektor.

Vektleggningen av befolkningens tillit må sees i sammenheng med at denne tilliten til folkevalgte og kommunalt ansatte ble satt på en hard prøve i 2006¹. Daværende Kommunal- og regionalminister Åslaug Marie Haga tar avsløringene om uheldige forhold innen kommunesektoren undersøkende journalistikk har ført til, som en utfordring. Utfordringen består i å sørge for at kommunene er godt rustet til å unngå slike saker i framtiden (Haga, 14.08.2006). Hun formulerer seg slik:

Kommunene er styrt av folkevalgte og er dermed avhengige av befolkningens tillit ved valg og mellom valg. Kommunene er ansvarlige for produksjonen av grunnleggende velferdstjenester, de har omfattende myndighetsoppgaver og de forvalter store felles verdier. Derfor er det nødvendig at brukerne og befolkningen generelt har tillit til at kommunene har en høy etisk standard i sin virksomhet (Haga, 14.08.2006).

Denne oppgaven tar for seg arbeid med etisk kompetansestyrking i en del av kommunal virksomhet, helse og omsorg.

¹ Vannverksdirektør Ivar T. Henriksens kreative bokføring i Enebakk kommune (Martinsen 2006, elektronisk kilde).

1.1 Problemstillinger

Med etikk forstås systematisk refleksjon over etiske problemstillinger og håndtering av vanskelige etiske dilemma (Tom Eide, Prosjektbeskrivelsen i tilbudet til KS).

KS etterspør kunnskap om styrking av etisk kompetanse. Jeg søker i tidligere forskning etter former for styrking av etisk kompetanse som kan være relevant når det gjelder å forholde seg til vanskelige etiske utfordringer innen helse og omsorg. Noen av disse utfordringene finnes det ingen fullgod løsning på, innen for de rammene som er gitt. Etisk kompetanse kan, i flg. Eide, være til hjelp for å finne den beste veien ut av slike dilemma.

I mitt litteratursøk etter relevant forskning, hefter jeg meg ved Sollund, Trygstad, og Johansen (2004): Myndiggjorte medarbeidere i praksis – hvorfor og hvordan? Rapportering fra et utviklings- og dokumentasjonsprosjekt (Heretter omtalt som Sollund 2004) og Trollestads (2000): Etik_och Organisationskulturer Att skapa en gemensam värdegrund.

Sollunds forståelse av myndiggjøring dreier seg om medarbeides innflytelse og kontroll over egen arbeidssituasjon, og krever delaktighet og involvering av ansatte på alle nivå i organisasjonen. Denne involveringen innebærer økt etisk bevissthet (Sollund 2004:5,21). Sollund kaller den tilnærming til myndiggjøring hun finner at fører fram, relasjonell. Den presenteres i kapittel 2.3. Trollestad er kommet fram til at en langsom og grundig prosess som involverer både ledelse og medarbeiderne direkte, er det som fører fram i arbeid med grunnleggende verdier i en organisasjon (Trollestad 2000:226). Jeg beskriver denne prosessen nærmere i kapittel 2.4. Begge tilnæringsmetoder kan karakteriseres som kommunikative. Både Trollestad og Sollund distanserer seg fra en instrumentell måte å forholde seg til medarbeidere på (Sollund 2004:133,142, Trollestad 2000:17).

Ledere arbeider innenfor juridiske, økonomiske og kulturelle ramme. De må forholde seg aktivt til disse rammene, og arbeider også gjennom andre mennesker. I hvilken grad opplever de at det er mulig å gi kommunens innbyggere faglig gode helse og omsorgstjenester innenfor budsjettammene?

Jeg undersøker i hvilken grad kommunale tiltak for å heve etisk kompetanse er i tråd med Trollestads og Sollunds anbefalinger. Jeg undersøker også hvilke etiske utfordringer lederne står overfor, for å kunne gjøre meg opp en mening om hvorvidt det er samsvar mellom utfordringene og tiltak som treffes for å overkomme dem.

For å få svar på slike spørsmål, deltar jeg på en etikkonferanse arrangert av KS og Diakonhjemmet høyskole (heretter omtalt som Etikkonferansen), der ledere fra alle kanter av landet er samlet. Jeg gjennomgår svarene på spørreskjemaene sendt ut i forbindelse med

konferansen, og sender også ut spørreskjema til kommuner i alle helseregioner, og av alle størrelser.

Problemstillingene formuleres slik:

- Hvilke etiske utfordringer står kommunale ledere innen helse og omsorg overfor i sin hverdag?
- Hvilke former for etisk kompetanseheving er allerede tatt i bruk i kommunene?
- I hvilken grad er kommunenes arbeid med etisk kompetanseheving i overensstemmelse med anbefalinger fra Trollestads og Sollunds tilnærming til henholdsvis arbeid med felles verdigrunnlag og relasjonell myndiggjøring?

1.2 Avgrensinger

Det er flere former for etisk kompetanseheving. For å gjøre oppgaven håndterlig, avgrensar jeg meg til Sollunds og Trollestads tilnærminger.² Jeg vil også avgrense oppgaven i forhold til konflikthåndtering, et tema som er meget relevant i forhold til vanskelige etiske dilemma. Skjørshammer (2002): Getting to Cooperation og Hjertø (2006): The Relation Between Intragroup Conflict, Group Size and Work Effectiveness måter å forholde seg til konflikter på, lar jeg ligge. Varsling er enda et beslektet og engasjerende tema, som er verdt å vie mer enn en egen masteroppgave til, jeg berører så vidt Skivenes (2005): Varsling i norsk arbeidsliv i denne masteoppgaven.

Å skape et instrument for å måle effekten av tiltak for etisk bevisstgjøring gir ikke formatet av oppgaven rom for. Etisk regnskap (Aakre 2005) er en modell som gjør måling av tiltak mulig.

2 Rammer

I dette kapitlet presenterer jeg først to former ledelsesteorier, New Public Management (NPM) og verdibasert ledelse som teoretisk ramme for oppgaven. Jeg presenterer dernest tidligere forskning som kan kaste lys over etiske utfordringer ledere innen kommunal helse og omsorgstjeneste står over for.

² Eides (2007) modell for etisk refleksjon i artikkelen: Etikk og kommunikasjon tar jeg derfor ikke opptil drøfting.

Rammen ledere innen helse og omsorg arbeider innenfor, er velferdsstaten. Det første forskningsarbeidet jeg presenterer er ”Velferd uten grenser”. Her legger sosialantropolog Vike fram sine tanker om velferdsstaten etter at han gjennom en årrekke har gjort feltarbeid i norske kommuner, fylkeskommuner og sykehus (Vike 2004, forord). I kapittel 2.1 presenterer jeg i hovedsak hans syn på velferdsstaten og Ny Offentlig Styring (NOS)³.

Et annet forskningsarbeid med utgangspunkt innen NPM/NOS, er Sollunds ”Myndiggjorte medarbeidere i pleie og omsorg – hvorfor og hvordan?” Her presenteres en relasjonell form for myndiggjøring som bidrar til økt etisk bevissthet blant medarbeidere. Rapporten er et resultat av et toårig utviklings- og dokumentasjonsprosjekt i 12 kommuner Nordlandsforskning har utført på oppdrag fra KS (Sollund 2004:1). Denne form for myndiggjøring presenteres i kapittel 2.3.

Trollestad presenterer i boka om etikk og organisasjonskultur en fremgangsmåte for å skape et felles verdigrunnlag i en organisasjon (Trollestad 2000:226). Den presenteres i kapittel 2.5. Trollestads empiri er hovedsakelig hentet fra et 2-årig longitudinelt feltarbeid i form av aksjonsforskning i en organisasjon innen svensk kommunal forvaltning. Han sammenligner dette med 5 andre organisasjoners arbeid med verdigrunnlag (Trollestad 2000:24).

Både Trollestad og Sollund legger klare normative føringer på hvordan ledelsen skal og ikke skal forholde seg til medarbeidere. Jeg drøfter resultat av deres forskning sett i forhold til NPM i kapittel 2.6. På bakgrunn av deres forskning utvikler jeg analysebegrepene relasjonelle og instrumentelle verdier som jeg anvender i forhold til kjerneverdier som er valgt i norske kommuner. Jeg presenterer analyseverktøyet i kapittel 2.7. Der legger jeg også fram en tredje verdikategori, normrasjonell. Denne kategorien er hentet fra Molvens bok ”Helse og jus”. I kapittel 2.8 presenterer jeg juridiske rammer kommunale ledere innen helse og omsorg må forholde seg aktivt til i sin hverdag. Men først: teoretisk ramme.

2.1 Teoretisk ramme: NPM og verdibasert ledelse

NPM er et samlebegrep for mange teorier og arbeidsmetoder for ledelse (Vike 2004:43). NPM har sitt utspring innen amerikansk næringsliv, men er forventet å kunne fungere like godt innen offentlig sektor i Norge. Målstyring inngår som en del av NPM. Fokus er på konsekvenser, ikke regler (Christensen 2004:100, Sollund 2004:19). Mål- og resultatstyring er

³ Når jeg forholder meg til Vike bruker jeg hans begrepet Ny Offentlig Styring, som altså er en oversettelse av NPM.

fra 1980/90-tallet innført i norsk forvaltning og er nå den ledende organisasjonstenkning omkring offentlig tjenesteytende organisasjon (Sollund 2004:19). Nedbygging av lederhierarkiet, delegering, og en mental bevegelse bort fra fagorientering og over til strategi og helhetstenkning for å oppnå effektivisering, er trekk ved NPM (Sollund 2004:142). Ledelsen forholder seg til den individuelle arbeidstager. Det legges stor vekt på økonomi og kontrollsystemer. Det er reist kritikk mot denne form for ledelse:

Hvis et politisk-administrativt lederskap forsøker å innføre NPM i et land med sterke rettsstatsverdier eller egalitære normer, som Norge, Frankrike og Tyskland, er det kulturelle samsvaret relativt lavt. Dette kan føre til ulike forløp i reformprosessen (Christensen 2004:178).

Kanskje dårlig kulturelt samsvar mellom NPM og norske egalitære normen er en årsak til at enda en form for ledelse er introdusert i offentlig sektor. Verdibasert ledelse er i ferd med å sette sitt preg på noen norske kommuner, f. eks. har Oslo kommune et felles verdigrunnlag datert 16.12.2004 (Oslo kommune 16.12.2004, elektronisk kilde, herfra e-kilde), et par år før Haga annonserte innsats for å sikre atbefolkningen folk har tillit til at kommunen har høy etisk standard (Haga 14.08.2006 e-kilde). Verdibasert ledelse er både en ledelsesfilosofi og en organisasjonsutviklings-modell, som i stedet for regelstyring er orientert mot at medarbeiderne realiserer organisasjonens visjoner og verdier på et selvstendig grunnlag (Aadland 2006:27). Innen offentlig sektor kan verdibasert ledelse defineres slik:

Helt enkelt den ledelse, der er vedtaget i kommunen eller amtet og på den enkelte institusjon eller avdeling. Herunder verdigrunnlag, målsætninger, forskjellige politikker og rammer og endelig de handlinger vi velger. (...) At man kalder det verdibasert ledelse, borger ikke for at det drejer seg om høy etisk standard. Lidt uartig sagt, kan man stort set lægge hva som helst ind i sit verdigrundlag (Lunde-Jensen 2001:14).

Hvilke verdier som legges til grunn for verdibasert ledelse kan, som Lunde-Jensen skriver, være avhengig av politiske rammer. Velferdsstaten en slik politisk ramme med avgjørende betydning for hvordan ledere innen helse og omsorg kan utøve ledelse.

2.2 Velferdsstaten

”Velferdsstaten kan forstås som iverksettingen av en *utopi*” (Vike 2004:161).

Vike omtaler velferdsstaten som en utopi som er tatt for å være virkelig (Vike 2004:11). Så lenge norsk økonomi var i stadig vekst, var dette ikke et stort problem, realiseringen av

velferdsstaten har lyktes ganske godt i kommunene (Vike 2004:12). Velferdskommunen (Grønli 1991) er kanskje en bedre betegnelse enn velferdsstaten, siden det meste av ivaretagelse av borgeres behov i offentlig regi finner sted der folk bor.

Politisk makt er i Norge er, i følge Vike, også bygget opp fra grunnplanet gjensidig basert på personlig kjennskap over tid. Staten, politisk elite og storbyene har vært lite dominerende (Vike 2004:53-57). Staten er, slik Vike ser det, i økende grad blitt oppdragsgiver for lokale folkevalgte (Vike 2004:28). Staten setter rammene for kommunenes økonomi, og vedtar rettighetslover som skal innfris lokalt.⁴

Siden 1980-tallet er økningene av utgiftene til velferdsstaten blitt vanskelige å håndtere (Vike 2004:16). Samfunnets økonomi er en reell ramme kommunale ledere må forholde seg til. Denne rammen er utenfor kommunal kontroll, siden kommunene må ta seg av alle sykehus og private helse- og omsorgsinstitusjoner kan sende videre, men ikke selv kan avvise noen (Vike 2004:106). Det å innfri rettighetslover innebærer en voksende økonomisk belastning. Ny Offentlig Styring er, i følge Vike, innført som et forsøk på å overvinne økonomiske problemer ved å få *mer for pengene* (Vike 2004:44). Vike påstår at ansvaret for at politiske løfter om velferd ikke innfris, søkes forskjøvet til kommunene, så de selv kan beholde makten (Vike 2004:14). Makt er språk, språk er makt.

Den sentrale stat er i ferd med å utvikle et sett av interesser, roller og et språklig repertoar som på flere områder ikke bare er dårlig tilpasset velferdsstatens iverkettingsinstitusjoner, spesielt kommunene, men som også anvendes på en måte som truer deres legitimitet så vel som deres evne til å strekke til (Vike 2004:13).

Innen Ny Offentlig Styring omtales personer som benytter seg av offentlige tjenester ofte som 'servicemottager', 'brukere' eller 'kunder'. Vike oppfatter språkbruken som indikasjon på at styringsformen og verdigrunnlaget for den er markedsorientert (Vike 2004:94-95, Eriksen 1999:222-223).

I markedet står kunder i kø og venter på å bli betjent. I den situasjonen ser de hverandre som konkurrenter, som i Tönnies' Gesellschaft (Tönnies 1887/2001:52). At individet ikke opplever å stå sammen, kan føre til at det blir mindre solidaritet i samfunnet. I følge Vike råder det fremdeles en kollektiv fornuft om at en kan ofre noe av egne interesser, dersom andre gjør det samme, for å ivareta fellesgoder i form av økonomisk sikkerhet ved sykdom, arbeidsløshet e. l. (Vike 2004:68-69). Fagorganisasjoner er et eksempel på hvordan en slik

⁴ Rettighetslover behandles i kapittel 2.8.

kollektiv fornuft kan arte seg. Fagforeninger har trekk som ligner på Tönnies' beskrivelse av Gemeinschaft (Tönnies 1887/2001:29). Durkheim ser samhold i samfunnet som en "kilde til livskraft".

"De som er vel integrert i samfunnet, bestyrkes i sitt virke og vesen gjennom samkvemet med andre" (Durkheim 1897/1978:9). Å mangle slik integrasjon kan være en alvorlig trussel mot psykisk helse, noe som igjen kan øke behov for helsehjelp og utgiftene i velferdsstaten. Når "apparatet" ikke leverer de tjenester og varer 'kundene' er blitt lovet, blir de fiendtlig innstilt, hevder Vike. Han mener at kommunene som skal levere tjenestene, blir undergravet av alliansen mellom staten, som framstår som selger, og "kunden" (Vike 2004:95), og at dette innebærer en trussel mot velferdsstaten.

Det er tvilsomt at den (velferdsstaten) vil overleve i sin nåværende form dersom stadig flere blir individuelt rasjonelle, begynner å orientere seg mer mot sine egne interesser og innser at tilliten er "naiv" (Vike 2004:83).

Kritikken rettes mot kommunene, som sies å være ineffektive. Massemedier er effektive når det gjelder å sette kommuner som ikke makter dette i skammekroken, som da en dame på 89 år ble plassert på et lager på et sykehjem (F. eks. Granli 06.11.2007).

Verken ineffektivitet innen kommunalt byråkrati eller Ny Offentlig Styrings effektivitet er, i følge Vike, behørig dokumentert. Vike og Christensen argumenterer for at det kommunale byråkratiet har vist seg velegnet til å ivareta alle, i motsetning til Ny Offentlig Styring (Vike 2004:59 og 45, Christensen 2004:78).

Under oppbyggingen av velferdsstaten var medarbeidere innen velferdsprofesjonenes og statens interesser i all hovedsak identiske (Vike 2004:75). Det ser kanskje ikke ut til å være slik nå.

Det er ingen tvil om at profesjonene overtar ansvaret for stadig flere spørsmål som strengt tatt er dypt politiske, men grunnen til det synes først og fremst å være at velferdsstatens førstelinjeansatte har blitt dens viktigste gissel. "Det sorte hullet"⁵ består i at de får utrettet langt mindre enn det som pålegges dem, og at de blir ansvarlige for illegitime prioriteringer (Vike 2004:78).

Medarbeidere innen velferdsprofesjonene er under krysspress. De skal være lojale både mot arbeidsgiver som kanskje ikke har råd til å lønne medarbeidere for å bruke så mye arbeidstid de utifra faglige normer finner nødvendig, og lojalitet overfor pasienter/klienter (Molven 2002/2006:287). Vike ser det slik at medarbeideres faglige samvittighet balanseres

⁵ Begrepet "det sorte hullet" skriver seg fra Eriksen, som ser det at helseprofesjonene begrenser demokratisk styring som et problem (Eriksen 2001:180).

med velferdsstatens evne og vilje til å virkeliggjøre sine målsettinger. Han har inntrykk av at ”moderniserte” organisasjoner er mer autoritære og at lederes makt øker på bekostning av underordnede og fagorganisasjonene. Organisasjonene blir i realiteten ikke mindre hierarkiske, om enn den organisatoriske pyramiden krympes. Vike er av den oppfatning at hierarkiet flytter inn i menneskene, de blir mer servile, og samtidig mer opptatt av egne interesser. Han har lite tro på at fotfolket virkelig ”myndiggjøres”, de får bare økte krav og ikke mer makt. ”Makten er lenger unna, mens ansvaret vokser kontinuerlig” (Vike 2004:214). Han gir inntrykk av at en årsak til at kommuner med utstrakt myndiggjøring skårer høyt på de kriteriene som er skapt for å vurdere dem, er at det stilles absolutte lojalitetskrav til lederne, slik at kritikk sjelden kommer offentligheten for øre. Presset på dem som yter tjenestene øker (Vike 2004:157-158).⁶

Sollunds team får ”inntrykk av at det ute i organisasjonen er liten tiltro til den kommunale ledelse” (Sollund 2004:93). Sosialantropologen Vike gjør sine betraktninger over at svært mange av dem ”ute i organisasjonen” er kvinner som tradisjonelt og har grenseløse omsorgsroller. Han ser kvinner i førstelinjeyrker som kroneksemplet på fleksibilitet, et honnørord som vanligvis hektes på ”dynamiske, mobile og autonome menn” og gjelder deres evne til å være disponibel for arbeidsgiver. Han ser den politiske eliten som maskulint dominert. Mannen framstilles i bl.a. Vestlig kultur og kristen tradisjon som avgrenset, i motsetning til kvinnen, som framstår som uavgrenset (Vike 2004:207, 214).

Den ideologiske kraft som ligger i den maskuline dominans, viser seg særlig tydelig i det faktum at ulike elites frustrasjon over manglende fleksibilitet i all hovedsak retter seg mot kvinner, som i realiteten ofte framstår som et hovedproblem i kampen for nødvendig modernisering (Vike 2004:207-208).

Vikes hovedanliggende er at økt byråkratisering og hierarkisering (som han ser som de reelle konsekvensene av moderniseringen) øker avstand til det overordnede politiske ansvaret, og at dette ”verken er ønskelig for flertallet av kundene eller for mer eller mindre politiske borgere” (Vike 2004: 215). Mange kommunale politikere og ledere Vike er i kontakt med, gir uttrykk for frustrasjon i forhold til misforhold mellom de krav som stilles til kommunale tjenester, og de ressurser som stilles til rådighet. Sollund presenterer en form for myndiggjøring hun mener kan bidra til å gjøre det beste ut av situasjonen.

⁶ Jeg minner om at Nordlandsforsknings undersøkelse også inneholder svar fra medarbeidere (Sollid 2004:1).

2.3 Tidligere forskning om myndiggjøring

Krenkelser fra de ansatte kan forebygges ved hjelp av kunnskap og diskusjoner om etikk i forhold til brukerne. Å redusere krenkelser som stammer fra uvitenhet, og kanskje uheldig arbeidskultur, vil være en viktig effekt og målsetting av myndiggjøring (Sollund 2004:21).

Myndiggjøring er i utgangspunktet et strategisk ledelsesverktøy hentet fra NPM. Hensikten er å gjøre offentlige organisasjoner kvalitativt bedre og mer effektive (Sollund 2004:26). Men noen tanker om effektivisering er av eldre dato enn NPM:

Hvordan kan vi gjøre våre organisasjoner mer *effektive*? Hvordan kan vi bedre motivasjon, kommunikasjon og beslutningsprosesser så vi får en smidigere virksomhet? Hvordan kan vi gjøre arbeidet sikrest mulig med minst mulige omkostninger (Selznick 1957/1997:16-17).

Nordlandsforsknings rapport: ”Myndiggjorte medarbeidere i pleie- og omsorg – hvorfor og hvordan?” gir noen svar på disse spørsmålene Selznick reiste for ca. 50 år siden.

Hva dreier myndiggjøring seg om?

Tanken er at en myndiggjort medarbeider er en som har fått, og grepet, retten til å beslutte innenfor områder hun eller han er kompetent. Det dreier seg om innflytelse og kontroll over egen arbeidssituasjon. En slik forståelse av myndiggjøring krever en bottum-up tilnærming til endring, slik at prosessen preges av delaktighet og involvering av ansatte på alle nivåer i organisasjonen. Myndiggjøring handler både om økt ansvar, økt innflytelse og økt kunnskap. Mellom ansvar og myndighet ligger myndiggjøringens flytsone, der den positive utviklingen har størst sjanse for å finne sted (Sollund 2004:5).

For å komme dit, bør i flg. Sollund, ansvar og myndighet bygges parallelt opp for å forankre en endringsprosess i organisasjonen. En ansatt skal idéelt befinne seg i en flytsone, ”mellom rollen som arbeidstaker representert gjennom ansvar, og rollen som fagperson representert gjennom myndighet” (Sollund 2004:156). Myndiggjøring blir da en modningsprosess, fasilitert av å stilles overfor utfordringer som ikke er overveldende. Myndiggjøring må både gis og tas. Myndiggjøring gis i form av delegert ansvar og tillit, og fordrer at de ansatte tar ansvar. Delegert ansvar kan være oppgaver med resultatansvar, myndighet kan innebære egeninnflytelse, autonomi og kompetanse (Sollund 2004:30). Hva kjennetegner en myndiggjort medarbeider? Og hvordan er en medarbeider som ikke er myndiggjort, slik Sollund ser det?

Den myndiggjorte medarbeider kjennetegnes, utifra funn lagt fram i rapporten, av å få nok informasjon til å gjøre en god jobb, opplevelse av god kommunikasjon mellom nærmeste

leder og ansatte, kjenne kravene som stilles til en selv i arbeidet, opplevelse av at brukernes ønsker blir kommunisert og gjort noe med, og en klar formening av hva som er en ”god nok” tjeneste. Sollund forutsetter at deres medvirkning er reell (Sollund 2004:8). Denne listen kontrasteres med kjennetegn på:

Den umyndiggjorte medarbeider, som har vanskelig for å komme med kritikk av forhold på arbeidsplassen, opplever manglende fora til å diskutere sine saker, opplever at det blir stille når leder er til stede, mener folk blir baksnakket når de sier sin mening, og unngår å ta opp saker i frykt for represalier. Ledelsen i slike organisasjoner velger i følge Sollund, ikke å forholde seg aktivt til negative forhold på arbeidsplassen (Sollund 2004:8).

For å unngå en slik utvikling, må i flg. Sollund lederen være tilgjengelig, og ha en god kommunikasjon med sine medarbeidere og følge opp deres henvendelser. En leder skal i blant vise at hun kan ”tre inn i pleien”, være en av oss. Men også kunne ”sette foten ned” (Sollund 2004:52).

Avdelingslederne er avhengige av den kommunale ledelsen i form av støtteapparat og oppfølging, inkludert ev. nødvendig kompetanseheving. (Sollund 2004:52). Avdelingslederne har liten mulighet til å påvirke rammene, men sitter med ansvar for at budsjettet overholdes, ansvar for forsvarlige tjenester og personalansvar. Sollund mener det er viktig at kommunene er bevisste i forhold til hva som forventes av mellomlederne.

Hvilke ressurser gis disse for å imøtekomme forventningene? Er det samsvar her fra den kommunale ledelsens side? I dette ligger også at kommunene vurderer hvordan de støtter opp om mellomlederne og hvilke utviklingsmuligheter disse har (Sollund 2004:53).

I Nordlandsforsknings prosjekt om myndiggjøring er endringene initiert ovenfra i så godt som alle kommuner som deltar. Hvordan endringer introduseres har stor betydning for hvordan medarbeiderne forholder seg til dem:

Graden av usikkerhet og skepsis var påtakelig større i de kommuner der ansatte i liten grad hadde vært involvert, sett i forhold til de kommuner der ansatte var engasjert i tiltak som kan knyttes til en myndiggjøringsprosess (Sollund 2004:6).

Ildsjeler er ofte sentrale i prosessen, noe som gjør den sårbar, særlig i begynnelsen. Involvering av tillitsmannsapparatet kan bidra med forankring og legitimitet. Om fagforeninger er involvert i omstillingsprosesser, fører det, i flg. Sollund, til at prosessen når raskere fram enn der fagforeningene ikke deltar. (Sollund 2004:32-33,153). ”De små stegs suksess” er en betegnelse på en prosess der en setter konkrete delmål, som gjør evaluering

mulig (Sollund 2004:32-33, 50). Et eksempel på realiserbare små trinn, er etablering av refleksjonsgrupper.

”Det psykososiale arbeidsmiljøet i en stor organisasjon som pleie- rehabiliterings- og omsorgstjenesten må stadig arbeide med holdninger og arbeide for at ansatte føler trygghet.(...). Hver enhet skal ca. en halv time hver annen uke reflektere over en situasjon som ansatte har erfart” (Sollund 2004:37).

Refleksjonsgrupper kan vær holdningsskapende, og kan gi et utviklingsperspektiv til de ansattes dagsorden (Sollund 2004: 99). Andre tiltak av typen ”små steg,” kan være å ta konflikter opp i medarbeidersamtaler, arbeid med kompetanseheving i konflikthåndtering, annen form for kompetanseheving, ansvarsfordeling og spesialisering. Kontakt med ledelsen er viktig. ”Vaffelmøter”, der man samles til vaffelpising og drøfting av arbeidspraksis, kan være en begynnelse (Sollund 2004:112). Utvidet rapport kan fungere som debriefing, og dermed få en funksjon som ligner refleksjonsgrupper (Sollund 2004:82,99-100). Disse ”små stegene” er ledd i en myndiggjøringsprosess. Sollund og hennes team har kategorisert ulike måter kommunene forholder seg til myndiggjøring på.

Kommunenes tilnærming til myndiggjøring klassifiseres i tre kategorier etter innhold og fokus i prosessen. De tre klassifiseringene er: mote/konseptdrevet, instrumentelt drevet og relasjonelt orientert.

Et *mote/konsept drevet perspektiv* på myndiggjøring innebærer en ”pakkeløsning”. Ansatte i disse kommunene er i liten grad tatt med på råd, lokale forhold er ikke tatt i betraktning. I de kommunene som bruker en slik tilnærming, gis myndiggjøring enten et instrumentelt eller et relasjonelt innhold. I konseptorienterte kommuner opplever ofte ledelsen stor forskjell mellom planlagt og gjennomført mål (Sollund 2004:7,151).

Et *instrumentelt drevet perspektiv* vil si at myndiggjøring betraktes og benyttes som et strategisk ledelsesverktøy og kobles til effektivisering. Her kuttet ofte ledernivåer, det er mange medarbeidere pr. leder, og lederen oppfattes ofte som utilgjengelig. Det rettes lite oppmerksomhet mot ansattes behov og de utfordringene de står i til daglig. Deres ansvar vektlegges, men ikke deres innflytelse. Arbeidstakeren kobler da økt arbeidsmengde til begrepet myndiggjøring. For ledere i slike organisasjoner, kan myndiggjøring bli noe som må ”pløyes ned i organisasjonen” (Sollund 2004:7). Disse kommunene har høyest sykefravær (Sollund 2004:133).

Det relasjonelt orienterte perspektivet finnes, slik Sollund ser det, i kommuner der arbeidstakernes reelle hverdag er i fokus, og de er aktivt involvert i problemløsnings-

prosessen. Ledelsen er tydelig, tilgjengelig og delaktig. Utgangspunktet i disse kommunene er som i de andre en top-down tilnærming, men den er i disse kommunene snudd i retning av en bottom-up tilnærming. Myndiggjøring bygger på en konsensusmodell. Medarbeiderne viser mer eierskap til endringene, og disse kommunene kan vise de beste resultatene i myndiggjøringsprosessen Fokus på relasjonelle aspekter ved arbeidstakerrollen i kommunale helse- og omsorgsorganisasjoner gir økt effektivitet, større vilje blant medarbeidere til å ta ansvar, og bedret kvalitet på tjenester. De relasjonelt orienterte kommunene har lavere sykefravær enn både de mote/konsept drevne og de instrumentelt drevne kommunene (Sollund 2004:6-8, 89,154, 157,152).

I relasjonelt orienterte kommuner ligger det til grunn at ansatte i økende grad settes i krysspress mellom det økonomiske systemet og kravene fra brukerne. Veiledningsgrupper der ansatte lærte å sette grenser og hva som er ”godt nok,” er til hjelp. Myndiggjøring blir da det motsatte av avmektiggjøring (Sollund 2004:77-78).

De ansatte iverksetter vedtakene. (...) Myndiggjorte medarbeidere oversettes til modne medarbeidere som tar avgjørelser innen eget ansvarsområde, og som ber om hjelp om det trengs, samt arbeider for et godt arbeidsmiljø. Myndiggjøring skal foregå i tangeringspunktet vedtak og autonomi (Sollund 2004:84).

Overfor brukere som krever mer hjelp, kan det henvis til vedtak og ledelsen. Ansatte kan gi tilbakemelding til organisasjonen om at bruker er blitt dårligere, og nå trenger mer hjelp. Å sette fokus på faglighet kan bidra til at arbeidsmiljø betraktes som godt, og vil også bidra til myndiggjøring (Sollund 2004:84-85). Sollund hevder en felles forståelse av hvor en er og hvor en vil hen med endringen er nødvendig, slik at tiltakene tilpasses den virkeligheten som preger organisasjonen (Sollund 2004:91,118).

Ledelsen forholder seg til tre roller medarbeidere har i arbeidslivet: rollen som organisasjonsmedlem, rollen som fagperson/omsorgarbeider og den ansatte som individ (Sollund 2004:23). I avsnittene nedenfor går jeg nærmere inn på disse tre rollene.

Organisasjonsmedlemmet er viet mest oppmerksomhet ved en instrumentell tilnærming der ansvar og delegering av oppgaver vektlegges. Når det gjelder rollen som fag/omsorgsperson, fokuseres det på muligheten for, og ønsker om å gjøre en god jobb, og utvikle den faglige kompetansen. Bevisstgjøring av medarbeidere til å si når arbeidet er godt nok gjort, rettes mot fag/omsorgspersonen, og medarbeideren som individ. Det legges stor vekt på arbeid med godt arbeidsmiljø.

Skal man få til utvikling, må først et arbeidsmiljø preget av trygghet, tillit og trivsel være på plass. Det å få til et inkluderende arbeidsfellesskap er første skritt på veien mot en arbeidsorganisasjon preget av myndiggjorte medarbeidere (Sollund 2004:10).

Tillit mellom alle nivåer i organisasjonen er det første og viktigste av tre punkt knyttet til myndiggjøring. Trygghet er trinn nummer to, forutsigbarhet er en forutsetning for trygghet. Trivsel vil gjerne følge av tillit og trygghet, men kan også være en kilde til både trygghet og tillit. (Sollund 2004:10-11).⁷ Et trivelig arbeidsmiljø er, slik Sollund ser det, en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for tillit til ledelsen, det må i tillegg være mulig å gjøre en god jobb.

Skal ansatte ha full tillit til sine overordnede (kommunen), må de oppfatte at det er samsvar mellom de forventninger som stilles, og de ressurser som stilles til rådighet, samt at deres overordnede har forståelse for de sektorspesifikke forhold som ansatte lever med til daglig (Sollund 2004:54).

Om det gis færre ressurser, og oppgavene ikke endres, skaper det ikke tillit. Under slike forutsetninger, kan det, i flg. Sollund, være noen ansatte vegrer seg mot å påta seg større ansvar og dermed også myndiggjøring (Sollund 2004:148-149).

Myndiggjøring kan ikke påføres de ansatte, det må gis, eller helst, tas, gjennom en utviklingsprosess i organisasjonen der det eksisterer en bevissthet om hva man vil, og der hele organisasjonen er med og tar aktivt del i prosessen (Sollund 2004:50).

En mellomleder blir spurt om hvordan han opplever graden av involvering: *"Det er slik at man er nødt til å ha innflytelse for å ha ansvar, ellers er du et gissel"* (Sollund 2004:74). En annen informant uttrykker seg slik:

"Det har vel mest vært et skinnendemokrati. For vi må jo finne løsninger. Vi har kniven på strupen, og vi må foreslå kutt. Jeg har nå sist vært med på å kutte min egen stilling. Det er liksom gulvet skal styre uten at det er noen ressurser der. Det kommer til å gå utover kvaliteten" (Sollund 2004:70).

Likevel ser ikke alle kommuner økte bevilgninger som en nødvendighet for å realisere myndiggjøring. Flere ledere mener myndiggjøring er en nødvendighet for å kunne utnytte de knappe ressurser bedre (Sollund 2004:54). Myndiggjorte ansatte er også opptatt av etiske problemstillinger sentrert rundt deres møter med brukere og pårørende, og har en gjennomgående diskusjon om sin situasjon og rolle som omsorgsarbeidere (Sollund 2004:56).

Sollund uttrykker at det er i relasjonen mellom brukeren og den ansatte at "produktet

⁷) Trygghet og trivsel er stikkord jeg vil vende tilbake til i kapittel 4, Analyse.

produseres,” både innen omsorg og i tradisjonelle serviceyrker (Sollund 2004:21). Giver og mottaker av tjenesten er utlevert til hverandre. ¾ av yrkesutøverne er beskyldt for tyveri og lignende, blitt utskjelt, utsatt for fysisk aggresjon eller for ubehagelig seksuell oppmerksomhet. Brukere av tjenesten er oftest kilde for belastningene. Brukere kan også oppleve seg umyndiggjort og krenket. Noen av dem reagerer på at arbeidstagerne som ikke har opplæring i pleie, skal stelle dem.

(...) brukere har reagert på at arbeidstakere uten opplæring har blitt pålagt å utføre oppgaver som intimvask og annet stell som arbeidstakerne mener krever et bevisst forhold til etiske spørsmål, fordi man beveger seg inn i den mest private sfære. Krenkelser fra de ansatte kan forebygges ved hjelp av kunnskap og diskusjoner om etikk i forhold til brukerne. Å redusere krenkelser som stammer fra uvitenhet, og kanskje uheldig arbeidskultur, vil være en viktig effekt og målsetting av myndiggjøring (Sollund 2004:21).

Myndiggjøring forventes å medføre mer etisk atferd. Medarbeidere som er bevisste egen atferd, stiller tilsvarende krav til ledelse. To ledertyper trer fram fra Sollund m. fl. sitt materiale: Den inkluderende leder, og den distanserte leder.

Den inkluderende leder

En leder som skaper trygghet og tillit blant oss ansatte
En leder tar hensyn til ansattes individuelle problemer og behov
En leder det er lett å ta opp jobbrelaterte problemer med
En leder som er faglig dyktig
En leder man kan stole på
En leder en kan oppsøke når en har problemer med en bruker

Den distanserte leder

En leder som er vanskelig å få tak i når man trenger han/henne
En leder som overlater ansatte til seg selv
En leder som markerer stor avstand i forhold til de ansatte
En leder som er lite interessert i hva de ansatte mener om forhold på arbeidsplassen

(Sollund 2004:141)

Lederens holdning til ansatte har trolig også betydning for sykefraværet, det later til at sykefravær er høyere blant ansatte som oppfatter sine leder som autoritære, enn blant dem som sier de har en leder med mer demokratisklederstil (Sollund 2004:127). Inkluderende ledere inviterer mer til engasjement i arbeidssituasjonen, og lytter til ansatte, noe som også kan sies å være en forutsetning for demokrati.

Myndiggjøring er en utvidelse av demokratiseringen innenfor management, og en svekkelse av den autoritære leder (Sollund 2004:140, Sims et al 1993, etter Edmonstone 2000:259f.)

Balansegangen mellom myndiggjorte medarbeideres frihet og utøvelse av egen autoritet når nødvendig, uten å bli oppfattet som autoritær, er en utfordring (Sollund 2004:161). Sollund synes det later til at kommuner med flat struktur har forholdsvis flere distanserte ledere. Det kan henge sammen med stort lederspenn, slik at lederen i praksis blir vanskeligere å komme i kontakt med. Mange informanter er skeptiske til å bytte ut avdelingsleder med en koordinator. Både brukere og ansatte etterlyser faglige ledere (Sollund 2004:141-142).

I de NPM-inspirerte avhierarkiske kommuner, der ledernivåer er kuttet, og hvor man i første rekke treffer på den helhetsorienterte lederen, opplever brukere og pårørende en mangel på faglige diskusjoner, synspunkter og råd fra personer som også er gitt en formell lederfunksjon i organisasjonen (Sollund 2004:142).

Å involvere ansatte i faglige vurderinger om hvem som har mest behov for tjenesten, og prioritere dem, har bedret ansattes trivsel, bla. fordi det ble satset på økt faglighet (Sollund 2004:150). Nesten 25% av respondentene i Nordlandsforsknings undersøkelse om myndiggjøring, gir uttrykk for at de utfører oppgaver de må ha mer opplæring for å utføre. Dette kan gå utover kvaliteten på tjenesten (Sollund 2004:147). Arbeidsorganisasjoner som har tradisjon for kompetanseheving lykkes, i følge Sollund, best med myndiggjøringsarbeidet.

Forfatterne av rapporten ser myndiggjøring som en utvidelse av det de kaller det kommunale bedriftsdemokratiet, og observerer at der arbeidstakerorganisasjonene er en aktiv part, har tiltakene større suksess. Kanskje en relasjonelt orientert form for myndiggjøring er svaret på Selznicks spørsmål. Sollund presiserer at en relasjonell tilnærming til myndiggjøring er en forutsetning for å lykkes, det er ikke tre veier til målet (Sollund 2004:89)

Så langt har jeg presentert tidligere forskning relatert til NPM. I det følgende vender jeg oppmerksomheten mot forskning innen verdibasert ledelse.

2.4 Tidligere forskning om verdibasert ledelse

Når KS etterspør framgangsmåter for systematisk arbeid med styrking av kompetanse innen etikk, er forskning innen verdibasert ledelse et hensiktsmessig område å søke innenfor. En klassiker innen forskning på verdibasert ledelse i organisasjoner som arbeider med mennesker, er Aadlands: Organisasjonskultur ved to familievernkontor. Denne er en kvalitative studien tar for seg hvordan de verdiane en organisasjon vil stå for, ikke alltid er det som gjenspeiles i praksis. Verdier som preger møtet mellom pleier og pasient i kommunal helse- og omsorgstjeneste kan være skjult for pleier (Aadland 2006:23). Hun kan ha et forsett om å ivareta sin pasients menneskeverd ved sitt virke, men knapphet på tid kan føre til at pasienten ikke opplever å bli behandlet på en verdig måte. Skjulte verdier kan også være

strukturelle verdier, som ligger nedfelt i rammene om tjenesten (Aadland 2006:24). Jeg gir i det følgende et eksempel på en skjult strukturell verdi.

Ved å kombinere Aadlands begrep om skjulte verdier og Vikes angrep på Ny Offentlig Styring, kan en betrakte mistillit som en skjult strukturell verdi nedfelt i rammen Ny Offentlig Styring. Vike mener at kommunalt byråkrati og utøvelse av helse og omsorg tidligere var basert på verdier som tillit og faglig autonomi. Nå erstattes denne tilliten gradvis av ”kontrollregimer som i en viss forstand setter mistilliten i system” (Vike 2004:79). Han argumenterer for at tilliten til offentlig forvaltning, både i for av kommune og stat, som eksisterer i Norge, aktivt undergraves av styringsformen Ny Offentlig Styring (Vike 2004:80-81). Mistillit blir da, for å anvende Aadlands begrepsbruk, en skjult verdi forbundet med en strukturell ramme, Ny Offentlig Styring.

”Verdibasert ledelse i praksis” er et av Aadlands bidrag til forskning om verdibasert ledelse i praksis. Studien tar for seg 8 håndplukkede bedrifter innen HSH, som er plukket ut fordi de har rykte på seg for å få til verdibasert ledelse. Dette er et ”best case” studium i privat sektor for å vise hvordan verdibasert ledelse kan gjennomføres. Aadland opererer i HSH-studien med tosidig fokus:

Hvordan motivere og mobilisere organisasjonen til å handle i overensstemmelse med ønskede verdier? Hvordan avdekke og avgrense handlinger som uttrykker uønskede verdier (Aadland 2006:21)?

Ved Diakonhjemmet Høgskole er det levert flere masteroppgaver om verdibasert ledelse i praksis. To har helse og omsorg i Oslo kommune som forskningstema: Verdich (2006): En undersøkelse av hvordan verdiene blir omsatt i praksis i hjemmetjenesten i Nordstrand bydel, og Hemma (2006): Bli *engasjert* eller by opp selv En studie av verdien engasjement i to etater i Oslo kommune. Det er også skrevet masteroppgave i forbindelse med HSH-undersøkelsen.

Det jeg vil ta med meg fra denne undersøkelsen, er det dobbeltsidige fokuset, forståelsen av at ikke bare ønskede verdier praktiseres, og at det krever en innsats å framelske de ønskede verdiene. Hvordan det kan la seg gjøre, er tema for Trollestads forskning i: ”Etik & Organisationskulturer”.

2.5 Å skape et felles verdigrunnlag

Handl slik at du alltid bruker menneskeheten både i din egen person og enhver annens person samtidig som et formål og aldri bare som et middel (Kant 1785/1997:429/42)

Kantsitatet presenteres som grunnleggende i verdibasert ledelse, og er av stor betydning for Trollestads verdigrunnlag (Eriksen 1999:42, Trollestad 2000:241). Verdigrunnlaget Trollestad bekjenner seg til, er kristen/humanistisk. Respekt for individets integritet er grunnleggende. Han retter skarp kritikk mot ledelsesfilosofien Humane Resource Management (HRM) fordi han mener den er preget av hard strategisk kontroll og et instrumentelt syn på medarbeidere (Trollestad 2000:17). Han vil hindre instrumentalisering av mennesket (Trollestad 2000:34). Trollestad mener en medarbeider skal sees ikke kun som en ressurs i organisasjonssammenheng, men også som et mål i seg selv, med iboende verdi. Ellers krenkes menneskets integritet. Medarbeidere skal derfor ha reel mulighet til å påvirke sitt arbeidsliv, organisasjonens verdigrunnlag inkludert.

Trollestad ser mennesker som noen som i fellesskap både skaper institusjoner, og blir preget av dem. Dette er et dialektisk forhold (Berger & Lückmann 1966 /1987:79). Lederes holdning til ansatte og arbeid med verdispørsmål er av stor betydning for hvorvidt arbeidet med å skape et felles verdigrunnlag lykkes. På bakgrunn av sitt menneskesyn, velger Trollestad å ta i bruk kommunikative strategier for arbeid med organisasjonskulturer (Trollestad 2000:34-35).

En for sterkt og ensrettet kultur med sterke krav til lojalitet kan gå på bekostning av kreativitet. I så fall kan organisasjonsutviklingen stagnere (Trollestad 2004:188). Men et felles verdigrunnlag kan, i flg. Trollestad, fungere som en støtte når det gjelder prioriteringer, organisatoriske endringer, personalutvikling etc. er gunstig, uten at en risikerer å ende opp i statisk og autoritær regelstyring. Det handler om at ledelse og medarbeidere eier en felles visjon, en realistisk forestilling om en ønsket framtid (Trollestad 2000:242, 259). Men det er ikke alltid visjonen materialiseres.

Trollestads studier av svenske ledere i organisasjoner viser et mønster:

Även om de när de uttryckte sig refererade till nya och ”humanistisk färgade” modeller, dominerades deras uppfattningar mycket tydligt av et traditionellt instrumentellt och auktoritärt sätt att tänka och leda verksamheter. Att arbeta med värderingar i organisationen gavs nästan uteslutande ekonomiska skäl (Trollestad 2000:17).

Prosessen i slike organisasjoner beskrives som toppstyrt, verdiene produseres av en mindre gruppe ledere høyt oppe i organisasjonen og blir så søkt implementert nedover. Mange ledere og organisasjoner er skuffet: ”Medarbetarna hade inte blivit mer lojala, initiativ- och ansvarstagande” (Trollestad 2000:18). Forklaringen på manglende suksess blir, slik Trollestad ser det, snarere søkt i metodene, ikke i den grunnleggende måten å forholde seg til

medarbeidere og arbeidet med verdier på. Trollestad åpner for muligheten av at ledelsens framgangsmåte kanskje ikke er fullt så demokratisk som ledelsen tror. Dette minner om Aadlans ønske om å avdekke og avgrense handlinger som uttrykker uønskede verdier (Aadland 2006: 21).

Trollestad er opptatt av at medarbeiderne skal ha reell innflytelse på valg av verdigrunnlag og utforming av det (Trollestad 2000:52). Det er av stor betydning at slikt arbeid blir fulgt opp fra ledelsens side. En medarbeider i offentlig virksomhet har dårlig erfaring:

Vi har varit med om det här förut, men den här gangen trodde vi att de menade allvar och att de på ett lyhört och tydligt sätt skulle göra oss medarbetare delaktiga i förändringsarbete. Nu kommer det att dröja länge innan vi tror på dem igjen. Snacka om moral (Trollestad 2000:71)!

Skal verdiarbeidet i organisasjoner lykkes, er det av stor betydning at ledelsen selv er engasjert, fra toppledelsen til førstelinjeledere. Manglende kompetanse og engasjement blant i ledelsen er et hinder hva verdiarbeid angår (Trollestad 2000:104), og kan komme til uttrykk i manglende og/eller utydelig informasjon om formålet med verdiarbeidet. Dette kan gi usikkerhet og mangel på kontakt mellom arbeidet med verdier og den praktiske virkeligheten. Medarbeidere som iakttar at ledelsen ofte opptrer i strid med proklamerte verdier i sitt daglige virke, blir i flg. Trollestad, både mistroiske og kyniske (Trollestad 2000:233).

I en annen organisasjon Trollestad beskriver, etterlyser medarbeiderne regelmessig mulighet til samtaler om etiske spørsmål. Et problem mange tar opp, er at andre mennesker møtes på en krenkende måte. Økt bevissthet om menneskesyn og respekt for andre mennesker er nødvendig for å unngå dette (Trollestad 2000:78). At uheldige situasjoner tas tak i på en slik måte at de ikke gjentar seg, kjennetegner en lærende organisasjon. Samtalegrupper kan bidra til at arbeidet med verdigrunnlaget ikke blir med store ord, men at organisasjonen som helhet følger opp arbeidet som er initiert, og at feil rettes opp.

Double-loop learning occurs when error is detected and corrected in ways that involve the modification of an organization's underlying norms, policies and objectives (Argyris & Schön 1978:3 i Trollestad 2000:31)

Et mindre antall organisasjoner Trollestad studerer, viser seg å være meget framgangskrike, både økonomisk og menneskelig. Fokus i disse organisasjonene er både på økonomisk og menneskelig vekst. Organisasjonene arbeider prosessorientert. Trollestad karakteriserer en slik prosess som kommunikativ (Trollestad 2000:18). Nedenfor vil jeg

gjengi en skjematisk framstilling av to fremgangsmåter for arbeid med verdier i organisasjoner

”Quick fix”

1. Ledelsen formulerer organisasjonens verdier
2. Implementerer de rette verdiene
3. Måler og kontrollerer

Langsiktig og grundig prosess

1. Ledelsen skaper interesse og legitimitet for arbeid med organisasjonens verdier
2. Øker bevissthet om egne personlige verdier og beskriver de verdier som preger organisasjonens kultur
3. Analyserer omgivelsene i forhold til strategiske utfordringer
4. Beskriver ønskede endringer i organisasjonskulturen og hvordan en kan komme dit
5. Lar medarbeiderne reflektere over de samme spørsmålene (2-4)
6. Formulerer en felles visjon utifra en dialog med medarbeiderne, og en mulig strategi
7. Forsøker å omsette visjonen i handling
8. Evaluerer og endrer (Trollestad 2000:226).

Å skape en læring og en kritisk, prøvende prosess som verken er preget av ferdigformede normer og verdier, eller er klar for implementering i organisasjonen, er det Trollestad ser som en gunstig framgangsmåte i en slik prosess. Han ser ikke ”quick fix” som en farbar vei (Trollestad 2000:9).

Arbeidet med verdiene kan, etter Trollestads råd, med fordel kombineres med andre utviklingsprosjekter, som virksomhetsplaner og kvalitetssikring. Rekruttering og utvikling av ledere og medarbeidere og møte med dem organisasjonen arbeider for, brukerne, skal være i tråd med organisasjonens verdier. Det ”å lære seg å lære” må gjøres lystbetont, og oppfattes som nyttig, så arbeidet med verdier holdes levende og preger de daglige rutinene (Trollestad 2000:251 -258). Slik bedømmes et resultat av en kommunal organisasjons verdiarbeid:

Att värderingsarbetet skulle inneburet ökad effektivitet var man osäker på, men däremot hade man blivit mer kundinriktad och successivt bemött sina kunder bättre (Trollestad 2000:65). (Kunder er her en fellesbetegnelse på ulike brukere av offentlige tjenester.)

Myndiggjøring er, som Trollestads arbeid med felles verdigrunnlag i organisasjoner, blant annet sett på som og har en positiv virkning på tjenestens møte med kunder/brukere.

Myndiggjøring har også positiv virkning på tjenestens effektivitet (Sollund 2004:54, 157). Jeg vil drøfte vilkårene for verdibasert ledelse og myndiggjøring innenfor rammene av NPM.

2.6 Å skape et felles verdigrunnlag og myndiggjøring innen NPM

Jeg aner en mulig motsetning mellom KS sitt uttalte ønske om en metodebok som inneholder evaluering⁸ og Trollestads langsiktige og grundige prosess (Trollestad 2000:226, gjengitt i kapittel 2.5). Når jeg ser på tilbudsforespørselen der det står:

Utvikle metoder, verktøy, opplæringstilbud og målemetoder for å støtte opp under kommunens arbeid på dette feltet (Tilbudsforespørsel på KS FoU-prosjekt "Hvordan kan kommunen styrke sin etiske kompetanse innen helse- og omsorg?" 27.06.2007).

styrkes inntrykket av at KS ønsker en "quick fix"(Trollestad 2000:226)⁹. En mulig årsak til dette, kan være at KS er preget av NPM. Det er en relevant antagelse, i og med at dette er en toneangivende organisasjons- og ledelseskonsept (Sollund 2004:26). Ved årtusenskiftet er verdibasert ledelse kommet mer inn i bildet, jfr. Oslo kommune (16.12.2004 e-kilde).

Jeg er, uansett årsak til at verdibasert ledelse nå trekkes inn i ledelse av kommunal sektor, usikker på hvor godt disse ledelsesformene lar seg kombinere. NPM og verdibasert ledelse kan betraktes som to etterfølgende paradigmer innen ledelse. Kuhn har gitt uttrykk for at paradigmer per definisjon er uforenlige:

"These changes are so expansive that the old ways of thinking are totally incompatible with the new" (Burrell 1996:646).

Når det gjelder forholdet mellom verdibasert ledelse og NPM inntar Aadland en posisjon som minner om Kuhns tanker om uforenlige paradigmer (Burrell 1996:646):

Å harmonisere disse to idésystema til å vere to sider av same sak er ei grov forenkling som altfor ofte har synt seg umogleg i praktisk kvardag (Aadland 2004:145-146).

Aadland begrunner sitt syn med at NPM bygger på formålsrasjonalitet, der målet er effektivitet og økt konkurransevne. Verdibasert ledelse er derimot grunnet på verdirasjonalitet og det å handle i respekt for det gode er grunnleggende, ikke kortsiktig gevinst. Ledere innen offentlige tjenester, inkludert helse- og sosialsjefer, blir bundet opp en double-bind-retorikk og skal se til at to motstridende verdisyn skal utøves i kommunal helse

⁸ Se kapittel 11.

⁹ Se kapittel 2.5

og omsorgstjeneste. Dette kan henge sammen med at det også er motstridende juridiske og politiske hensyn som skal ivaretas innen offentlig sektor.¹⁰ Disse motstridene hensyn kan stille ledere innen helse og omsorg overfor store etiske utfordringer.

Betraktet som et strategisk ledelsesverktøy går myndiggjøring inn som en vesentlig komponent innen NPM (Sollund 2004:26). Da skulle det, i følge Kuhn, være uforenelig med verdibasert ledelse som paradigme betraktet. Sollund antar imidlertid at en norsk form for myndiggjøring vil være noe annet enn et regulært styringsverktøy.

Vi vil anta at ”empowerment på norsk” blir noe mer enn et strategisk ledelsesverktøy, ganske enkelt fordi norsk kommunal sektor er preget av sterke kollektive innflytelsesordninger der tillitsvalgtsystemet har stått og står sterkt (Sollund 2004:27).

Begrepet ’myndiggjøring’, altså ’empowerment’ på norsk, forstås på ulike måter. Det har sammenheng med hvilken tradisjon brukeren av begrepet står i. Myndiggjøring dreier seg i Nordlandsforsknings rapport om ansattes aktive medvirkning i utformingen av arbeidshverdagen. Hensikten er at arbeiderne skal ta i bruk sitt potensial, og kobles ofte til et inkluderende arbeidsliv. Det at medarbeiderne tar ansvar og viser initiativ er mål både i Trollestads og Sollunds studie (Sollund 2004:113, Trollestad 2000:18).

Myndiggjøringsprosessene initiert i Nordlandsforsknings prosjekt, er i utgangspunktet, som prosjekt Trollestad beskriver, toppstyrt. Rapporten ført i pennen av Sollund beretter om skepsis blant medarbeiderne til endringer, og erfaringer med at prosjekt de har arbeidet mye med, ikke har blitt fulgt opp av ledelsen (Sollund 2004:64).

Jeg tror mange hadde store forventinger når de hørte at de skulle på kurs i tre dager, og at det skulle jobbes for et bedre arbeidsmiljø. (...) Men det hele kokte bort i kålen. (...) Folk var jo spente og maste litt i første. Så ble i grunn folk sure. Jeg tror de følge seg litt lurt (ansatt, Sollund 2004:64).

Hvordan kan ledelsen få med seg desillusjonerte ansatte i arbeid etisk kompetanseheving? Trollestad og Sollund viser til bedrifter der arbeid med henholdsvis felles verdigrunnlag og myndiggjøring fører fram. Er det felles trekk ved måten ledelsen forholder seg til ansatte i disse organisasjonene?

Initiativet til verdiarbeidet kommer ovenfra, men medarbeideren involveres i en kommunikativ prosess (Trollestad 2000:18). Et kommunikativt lederskap forfølger initiativ og gjennomfører tiltak på en konsensualistisk måte (Eriksen, 1999:133-134). Den form for

¹⁰ Dette utdypes i kapittel 2.2 og 2.8.

myndiggjøring Sollund kaller relasjonell, bygger, som Trollestads langsiktige prosess, på en konsensusmodell. Myndiggjøring blir verken et rent ledelsesverktøy eller en rettighet ansatte har, uansett hva ledelsen sier. Det dreier seg om å: ”Være villig til å gi de ansatte rett, la de tegne retningen” (Sollund 2004:154). Trollestad stiller krav om en viss form for ydmykhet: ”En god ledare er en person som har äkta kontakt med sig själv, och därför är ödmjuk inför sig själv och andra” (Trollestad 2000:134).

En god leder må kunne sitt fag. Flere kommuner satser på kompetanseutvikling blant ledere i helse og omsorg (Sollund 2004:153). Trollestad ser manglende kompetanse blant toppledere som en trussel mot arbeid med felles verdigrunnlag (Trollestad 2000:104).

Dårlige og bristfällige kommunikativa strategier medför däremot stora problem för organisationens effektivitet och måluppfyllelse. Detta accentueras när de högre chefernas dagliga beteende inte överensstämmer med de uttalade värderingarna, vilket resulterar i en framväxande misstro och cynism hos medarbetarna (Trollestad 2000:233).

En form for kompetanse Trollestad vektlegger, er moralsk kompetanse. Med begrepet ’morsk kompetanse’ mener Trollestad:

förmågan at med bibehållen personlig integritet orientera sig ock ta ställning i moraliska frågor, samt förmågan at handla utifrån denna förståelse (Trollestad 2000:207).

Denne form for kompetanse utvikles i organisasjoner når en skaper arenaer for gode moralske samtaler om hverdagens praktiske virkelighet, og retningslinjer som regulerer virksomheten (Trollestad 2000:206).

Krenkende opplevelser mellom medarbeidere og brukere, drøftes både av Trollestad og Sollund. Myndiggjøring skal medføre mer etisk atferd (Trollestad 2000:78, Sollund 2004:21). Sollund opererer med en arena for drøfting av etisk problematiske situasjoner: refleksjonsgrupper. Trollestad kaller organisasjoner der slike samtaler finner sted og får praktiske konsekvenser lærende (Trollestad 2000:31).

Kommuner med et relasjonelt perspektiv på myndiggjøring, forholder seg til medarbeidere på en måte som minner sterkt om Trollestads metode (Sollund 2004:8). At ledelsen forbereder endringen som skal finne sted grundig, er en forutsetning for begge prosesser. Når ledelsen har initiert verdiarbeidet, må det fortsette nedenfra og opp (Aadland 2006:91). Dette stiller krav til lederskap med sosial kompetanse med forutsetning til å skape kommunikative møter. Med sosial kompetanse mener Trollestad dels en indre evne som

handler om selvinnsikt, modenhet og mot, dels evne til åpenhet, tydelighet og respekt i møtet med andre mennesker (Trollestad 2000:137-140). Det virker som om en god kommunikativ leder, slik Trollestad beskriver henne, også vil kunne fungere godt i en organisasjon med myndiggjøring som arbeidsform.

Bredden av mulige fortolkninger av begrepet myndiggjøring er illustrert som en linje mellom to ytterpunkter:

Top Down	Bottom-up
Funksjonelt ledelsesverktøy	Egenkontroll og autonomi (Sollund 2004:31)

Tilnærming til myndiggjøring – skalaens ytterpunkter

Sollund har som hypotese at om en satser på myndiggjøring for å etablere en unik organisasjon, må organisasjonens tilnærming til endring bevege seg i retning av bottom–up. Trollestads langsiktige og grundige prosess (Trollestad 2000:226) ligner, i og med at medarbeiderne reflekterer over egne og organisasjonens verdier og ledelse og medarbeidere sammen formulerer en visjon og mulig strategi for å realisere visjonen¹¹. Myndiggjøring er også en langsiktig prosess. En leder har uttrykt seg slik:

”Har også tro på at når vi bygger stein på stein og ting tar litt tid, så blir det et bedre resultat enn mer kvikk fiksløsninger. Hvert fall når du inviterer til engasjement. Bare å hive innpå vitapleks og gå i gang” (Sollund 2004:118).

Forutsetninger for arbeid med verdier i organisasjoner skal lykkes, i flg. Trollestad, er nettopp at en ikke går for en ”quick fix” (Trollestad 2000:226). Respekt for individers integritet er grunnleggende, og gjelder både overfor medarbeidere og brukere. Medarbeiderne må oppleve å bli tatt på alvor, om de skal ha tillit til organisasjonen. Når ansatte selv tar stilling, påtar de seg en forpliktelse til å følge opp vedtak de selv har vært delaktige i å fatte (Sollund 2004:31 og Eriksen 1999:155).

Skal lederen fungere overfor sine ansatte, må rammene, både faglige og økonomiske, i følge Sollund, være på plass fra den kommunale ledelsens side (Sollund 2004:52-53). Om ikke de økonomiske rammene gjør det mulig å utføre arbeidet forsvarlig, kan det reises spørsmål ved organisasjonens troverdighet.

Organisationen hade under året stått inför en del smärtsamma beting med bl.a. personalneddragningar som följd. I samband med detta hade den humanistiska

¹¹ NOU 1997: 2:16 slår fast at en vellykket organisasjonsendring er avhengig av lokal forankring og eierskap til løsningene.

inriktningen i værderingsdokumentet ifrågasatts och trovärdigheten diskuterats. Några (...) hävdade dock att det förtroende som ble byggt upp under värderingsarbetets gång bidragit till att denna utmaningen klarats med bibehållen trovärdighet och acceptans för de åtgärder som vidtagits (Trollestad 2000:64).

Troverdigheten ble altså av noen sett på som bevart i denne knapphetstiden på grunn av arbeidet med organisasjonens grunnleggende verdier. Dette fordi ansatte hadde blitt bedre til å håndtere utfordringer i fellesskap, og innrettet seg mer i forhold til brukeren av tjenestens behov. Myndiggjøring er tilsvarende sett på som nødvendig for å få knappe økonomiske ressurser til å strekke til. Like fullt:

Det er også av betydning at de krav og forventninger som stilles til tjenesten, og jobben som sådan, er i samsvar med de ressurser som stilles til rådighet for å utføre det som forventes (Sollund 2004:161)¹².

Det stilles juridiske krav til faglighet til helse og omsorgstjenesten (Molven 2002/2006:188). Flere kilder omtaler nedtoning av det faglige, et trekk ved NPM, som en reell risiko for at tilbudet kan bli dårligere over tid (Øgård 2000:35). Når myndiggjorte medarbeidere etterspør faglighet, og NPM legger vekt på helhetstenkning, ikke faglighet, er det uoverensstemmelse mellom hva medarbeidere som har utviklet seg slik organisasjons- og ledelseskonsept (Sollund 2004:26) ønsket, vil ha, og hva organisasjonsformen har å tilby.

Fellesskapet mellom medarbeiderne og fagforeningene har en vesentlig funksjon i myndiggjøring (Sollund 2004:153). Innen NPM, som myndiggjøring er hentet fra, og Human Resource Management (HRM), forholder organisasjonen seg til det enkelte individ (Sollund 2004:27).

Det kan virke som om myndiggjøring, i relasjonell variant, her overskrider NPM, slik også Trollestads arbeid med felles verdigrunnlag kan gi inntrykk av å gjøre. Det er overlapping både når det gjelder forutsetninger for, gjennomføring og følger av Trollestads arbeid med felles verdigrunnlag og en relasjonelt orientert myndiggjøring, som bl.a. innebærer arbeid med etiske verdier.

2.7 Verdigrunnlag og begrepsbruk

”Verdier må skjønnes som *beveggrunner bak menneskelig handling*” (Aadland 2006:21). En bedrifts kjernevirksomhet, er betegnelsen på arbeidet en organisasjonen er bygget opp for å utføre (Aadland 2006:25), innen helse og omsorg finner dette sted mellom ansatte og brukere

¹² I kapittel 2.8 Juridiske rammer, kommer jeg tilbake til tema ressurser.

av tjenesten: (...) det er i relasjonen mellom brukeren og den ansatte at ”produktet produseres” (Sollund 2004:20-21).

Kjerneverdier ”en presisering av de gode intensjonene organisasjonen forplikter seg på i praktisk handling” (Aadland 2006:21,22). Trollestad gir uttrykk for kjerneverdier når han beskriver hvordan tjenesten skal utformes. Han ikler sitt budskap en språkdrakt som er i HMR/NPM-tradisjon, han snakker om ’kunden’ og et ’produkt’ som skal selges:

At göra kunden, eller motsvarande, delaktig i utformandet av den tjänst eller produkt man säljer hade stark uppmärksammats de senaste åren, helt utifrån idealet att ”värdena skapar vi i mötet med kunden” (Trollestad 2000:246).

Om begrepet ’kunde’ skriver Vike: ”Kunden blir borgerens verste fiende” (Vike 2004:98). ’Borger’ brukt i diskurs om offentlige tjenester, er gjerne uttrykk for et kommunikativt verdigrunnlag, der det avgjørende i en diskusjon ikke er posisjon i samfunnet, men hvor godt en begrunner sitt syn. Målet er ikke å vinne debatten, men å oppnå felles forståelse (Eriksen 1999:41, 222-223, Trollestad 2000:239).¹³ Sollund bruker ikke begrepet ’borger’ om de som tar i mot hjelp fra helse- og omsorgsarbeidere, men ’bruker’ (Sollund 2004:101). Jeg finner det likevel vanskelig å ta Trollestad og Sollund til inntekt for et markedsorientert syn på helse og omsorg.

Trollestads fokus er ikke de verdiene som ofte vektlegges innen NPM-tenkning, han er opptatt av relasjonen mellom den som hjelper og den som får hjelp, og mellom ledelse av organisasjonen og medarbeidere, og hvilke verdier han ønsker skal komme til uttrykk i slike forhold. Normativ vekt på det relasjonelle preger både i Trollestads og Sollunds forskning.

Både Sollund og Trollestad distanserer seg fra en ledelsesform preget av et instrumentelt syn på medarbeidere (Sollund 2004:31, Trollestad 2000:17). På bakgrunn av dette, velger jeg å kalle verdier som har som siktemål ivareta mellommenneskelige forhold mennesker i mellom *relasjonelle*, og verdier som tar sikte på å gjøre organisasjonen mest mulig effektiv *instrumentelle*.

Kommunale ledere har flere verdisett å forholde seg til. De har ”skattebetalernes penger” å forvalte, slik at de gir ”mer helse for hver krone” (Eriksen 2001:163). Kommunalråden har ansvar for at budsjett overholdes. De står også ansvarlige for at pasienters juridiske rettigheter ivaretas (Molven 2002/2006:204).

¹³ I kapittel 2.5 presenterer jeg Trollestads metode for å skape et felles verdigrunnlag, som eksempel på en kommunikativ metode (Trollestad 2000:226-227).

Verdier som bidrar til opprettholdelse av juridiske rettigheter, kategoriseres som *normrasjonelle* verdier. Dette fordi juridisk metode innebærer at rett avgjørelse innenfor jus følger av det normen, dvs. rettsreglen, sier er løsningen på spørsmålet, eller dilemmaet, en person står overfor (Molven 2002/2006:26).

Verdier og etikk er i stor grad omsatt i lovbestemmelser gjennom formuleringer av mål, og ved angivelser av midler for å fremme målene (Molven 2002/2006:82).

I det følgende gir jeg en kort oversikt over sentrale lover og regler en helse- og sosialsjef opererer innenfor.

2.8 Juridiske rammer

Med mindre det er tatt forbehold i loven, kan rettighetskrav ikke avslås fordi den forpliktete mener ikke å ha ressurser til å innfri kravet. Når folk har rettigheter til f. eks. helsehjelp hvor det ikke er tatt økonomisk forbehold, må derfor budsjett og bevilgninger prinsipielt og praktisk innrettes etter hvor mange som gjør krav gjeldende, og hvor mye de har krav på. Et budsjett kan derfor komme til å måtte fravikes ut fra følgende: Når folk har rett til tjenester, styrer ikke budsjettet, men rettighetene hvem av borgerne/pasientene som skal få tjenester og hvor mye (Molven 2002/2006:43).

Borgere har slike rettskrav når det gjelder undervisning, nødvendig sosialhjelp og nødvendig helsehjelp (Molven 2002/2006:43). Budsjettmessig er slike rettighetslover vanskelig å forholde seg til. Finansdepartementet og KS har derfor tradisjonelt vært motstandere av rettighetslovgiving. Rettighetslovgiving styrer økonomien, utgiftene som følger av dem er lovpålagte (Kommuneloven §57).

Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommunen der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg (Pasientrettighetsloven § 2-1). Samtidig fastslår Kommuneloven § 45 nr. 2 og § 46 nr. 2. at kommunestyrets eller fylkestingets årsbudsjettvedtak gir bindende økonomiske rammer for foretakets drift og investeringer (Se vedlegg).

Disse lovene synes å stå i direkte strid med hverandre. Borgere har krav på nødvendig helse- og sosialhjelp, uavhengig av om det er rom for det i budsjettet (Kjønstad 2007:32). Og samtidig skal ikke budsjettet fravikes. Rettighetsbestemmelsen er moderert gjennom prøving ved domsstolene. I lovforarbeidene til Ot prp nr 66 (1981-82:31) står det at hjelpeplikten er ”begrenset til det som økonomi, tilgang på helsepersonell og utstyr gjør mulig”, og at det må stilles krav til en ”viss minstestandard.” Denne minstestandarden skal iflg. en høyesterettsdom være likt uansett bosted og kommunal økonomi (Kjønstad 2007:111).

Om en kommune ikke innfrir denne minstestandarden for tilbud til pasienter, bryter den loven. Det undergraver tilliten til det offentlige. Helsepolitikken og samfunnet er ikke tjent

med en praksis som strider mot loven. ”Å se på at det begås en urett, er etisk betenkelig” (Molven 2002/2006:87). Molven fastslår at helsepersonell er etisk forpliktet til å være pasientens talsmenn, og sørger for at pasienter får den helsehjelp de har krav på. Lojaliteten skal først og fremst, også rettslig, ligge hos pasienten (Molven 2002/2006:75). Både private personer og virksomheter kan stilles juridisk til ansvar for brudd på menneskerettighetene, også når det gjelder retten til helse (Molven 2002/2006:65).

Retten til nødvendig helsehjelp er begrenset av hvorvidt pasienten kan forventes å ha nytte av den, og av at kostnadene står i rimelig forhold til forventet effekt (Pasientrettighetsloven §2-1 annet ledd). Hjelpen skal være i samsvar med LEON-prinsippet, den skal gis på Laveste Effektive Omsorgs Nivå. Når en pasient er ferdigbehandlet ved sykehus, er sykehuset forpliktet til å forvise seg om at kommunen sørger for at pasienten får et forsvarlig opplegg i den kommunale helsetjenesten (Molven 2002/2006:129, med ref. til Spesialisthelsetjenesteloven §2-2).

Når helsepersonell samarbeider til beste for en pasient, som ved overføring fra sykehus til hjemkommune, kan de utveksle opplysninger som er nødvendige for at helsehjelpen skal være forsvarlig, og da kun mellom den som har hatt, og den som skal ha direkte ansvar for behandlingen. Ellers brytes taushetsplikten, jfr. Helsepersonelloven §25. Brudd på taushetsplikten truer personens integritet. Det kan også bruk av tvang gjøre.

I akutte nødrettssituasjoner der pasientens, eller medpasienters liv er direkte truet, er tvang berettiget. Men det åpnes for bruk av tvang for å gi nødvendig hjelp til stell og næringsinntak i lov om psykisk helsevern. Det er vanligvis avdelingens ledende lege som fatter et slikt vedtak jf. §1-4, forutsatt at pasienten befinner seg under tvunget psykisk helsevern. I somatisk helsetjeneste er hovedregelen ”at pasienter som enten brått ellers ville komme til å dø, få betydelig helseskade eller som har en kraftig smertetilstand, skal gis hjelp selv om de ikke vil ha det” (Molven 2002/2006:138). Dette er i tråd med Pasientrettighetsloven §4-1.

Betydelige personskader skal meldes (Molven 2002/2006:225), likeså forhold som kan medføre fare for pasienter, jfr. helsepersonelloven §17. Intern varsling er lovpålagt, selv om helsearbeidere kan bli utsatt for ubehagelige reaksjoner fra arbeidsgiver ved å gjøre det. Det kan også være legitimt å varsle om uforsvarlige forhold på arbeidsplassen eksternt (Molven 2002/2006:287, 291). Varsling til tilsynsmyndigheter om uforsvarlige forhold, som eks. manglende helsepersonell, er lovpålagt (Ot prp nr.13 (1989-99 :225). Det kan være nødvendig å varsle tilsynsmyndighetene direkte (Molven 2002/2006:295).

Krav om forsvarlighet er hjemlet i legeloven § 25, helsepersonelloven §4 og spesialtjenesteloven §2-2. Indirekte følger kravet av kommunehelsetjenesteloven §6-3. ”Kravet anses blant de rettslige bærebjelkene i helseretten” (Molven 2002/2006:183, Kjøenstad 2007:49). Om minstestandarden for tjenesten er innfridd, er behandlingen å regne som forsvarlig, det foreligger ikke et juridisk krav om at alt som er mulig å gjøre skal utrettes for pasienten (Ot prp 13 (1998-99:37)).

Arbeidsgiver gir, gjennom sine økonomiske og andre føringer, rammer for helsepersonellens virksomhet. Føringerne kan komme til å virke ganske konkret inn på handlingene. Legen skal ikke rette seg etter rammene dersom de medfører at den rettslige forsvarlighetsgrensen blir underskredet. Det ligger i fagpersonellens autonomi å bedømme hva som er det faglig forsvarlige og holde seg til. Dette gjelder også for annet helsepersonell (Molven 2002/2006:187).

I henhold til kravet om forsvarlighet, skal helsepersonell også vurdere grenser for egen kompetanse, og ikke gå inn i oppgaver de ikke er i stand til å utføre – om det da ikke gjelder en nødssituasjon (Molven 2002/2006:188). Det skjer at personale instrueres i å handle utover, eller på tvers av egen kompetanse. Det skal de ikke gjøre. Av hensyn både til pasientens rettsikkerhet og behandlingens kvalitet, skal undersøkelser, behandlingen og effekten så vel som uhell og feil dokumenteres i journal, jfr. helsepersonelloven § 40.

Behandlingen skal ikke bare være forsvarlig, men også omsorgsfull. Pasienter skal møtes med ”respekt, verdighet, innlevelse og imøtekommenhet” (Helsetjenesten bør i det hele tatt ha ambisjoner om å ligge over minstekravet, i følge Ot prp nr 10 (1998-99) (Molven 2002/2006:192-193). Dette er skrevet om Spesialisthelsetjenesten, men de samme prinsippene gjelder i utgangspunktet også kommunehelsetjenesten (Molven 2002/2006:198). En pasient har klagerett. Pasienter, eller personer som har rett til å handle på vegne av pasienter, skal først henvende seg til ”den helsetjenesten eller det personell de mener ikke har oppfylt sin plikt.”(...) Hensikten er å få bilagt misnøye og uenighet på lavest mulig nivå” (Molven 2002/2006:313). En leder i førstelinjetjenesten vil ofte være mottager av klager.

Lederens funksjon er å sørge for at virksomheten drives i overensstemmelse med krav loven stiller til eier av virksomheten. Øverste leder, i kommunen vil det si rådmannen, skal sørge for at kravene etterleveres. Til ledefunksjonene hører ansvar for resultater og kvalitet tjenesten skaper, personalansvar og ansvar for at arbeidsmiljø og organisasjonskulturelle holdninger er i overensstemmelse med oppgavene som skal løses. Lederen må også ha evne og vilje både til å utøve myndighet, og til å delegere (Molven 2002/2006:204). Å legge til rette for et godt arbeidsmiljø, er arbeidsgiver/lederansvar (Arbeidsmiljøloven §4-1(1) og (2)).

Å si en person har ansvar for noe, betyr vanligvis at vedkommende arbeider med oppgaven, eller leder arbeidet. I arbeidslivet kan det også innebære at en har et faglig, juridisk eller etisk ansvar. Å ikke gi faglig forsvarlig behandling, kan medføre arbeidsrettslige, økonomiske, administrative så vel som strafferettslige følger. Både for dette, og om en ikke ivaretar sitt administrative eller faglige lederansvar eller handle på tvers av det, kan en leder bli gjort juridisk ansvarlig. Helsepersonell har et etisk ansvar oppimot yrkesetiske regler og retningslinjer, og arbeidsplassens regler. Fagorganisasjon og arbeidsgiver kan gi reaksjoner på brudd på slike etiske normer (Molven 2002/2006:325-326). Brudd på Pasientrettighetsloven kan medføre bøter eller fengsel inntil 3 måneder, dersom rettigheten finnes igjen som en plikt i Helsepersonelloven (2002/2006:325-326).

Om helse- og omsorgenheten disponerer utilstrekkelige ressurser, kan det føre til at det skjer feil, som feilmedisinering, eller andre former for svikt. Om en leder har opptrådt uaktsomt, kan det medføre erstatningsansvar. En pasient kan ha krav på erstatning dersom ”virksomhetens standard kommer under et visst minimumsnivå” (Molven 2002/2006:359). Pasientrettighetsloven § 2-1 og Kommunehelse-tjenesteloven § 2-1 kan tolkes dit hen at helsepersonellet/helsetjenesten blir økonomisk ansvarlig om de bruker ressursmangel som grunn for ikke å gi påtrengende nødvendig eller nødvendige helsehjelp, avhengig av ordlyden i den paragrafen rettigheten er gitt (Molven 2002/2006:359).

Hovedpoengene i dette avsnittet kan sammenfattes i med at kommunene både er juridisk forpliktet til å innfri borgeres rettighet til forsvarlig helsehjelp, og den skal gis med omsorg. Det er lovstridig ikke å gi slik hjelp, også om det overskrider budsjettet. Det er også lovstridig å bryte budsjetttrammene. Enkelte kommuner blir sittende i dette dilemmaet:

Hvilken lov skal vi følge i år? Forholdet mellom den sentrale stat og kommunene har dermed fått et slags juridisk preg. Kommunene er på mange måter ute av stand til å følge opp pålagte oppgaver, og de virkelige politiske prioriteringene i velferdsstaten kommer dermed til å dreie seg om på hvilken måte den sentrale stats offisielle politikk i realiteten må undergraves lokalt (Vike 2004:35).

Jeg lurer på om helse- og omsorgsledere i surveyen jeg gjennomfører gir uttrykk for tilsvarende frustrasjon. Eller finner de budsjetttrammene tilstrekkelige til å gi kommunens innbyggere et forsvarlig tilbud. Vurderer kvinnelige og mannlige ledere situasjonen i kommunene likt? Før jeg presenterer svar jeg har fått på disse sentrale spørsmålene, vil jeg kort oppsummere teorikapitlet, og dernest redegjøre for hvordan svarene er framkommet i metodekapitlet.

2.9 Oppsummering

NPM/NOS er et samlebegrep for mange teorier og arbeidsmetoder for ledelse med opphav fra amerikansk næringsliv (Vike 2004:43). Det er reist tvil om denne styringsformen passer inni Norske forhold, når det kommer til stykket. Verdibasert ledelse, som er både en ledelsesfilosofi og en organisasjonsutviklingsmodell, er lansert som et alternativ eller supplementsom er til NPM. Verdibasert ledelse legger vekt på at medarbeiderne realiserer organisasjonens visjoner og verdier på et selvstendig grunnlag (Aadland 2006:9). Ledelse innen helse og omsorg foregår innenfor rammene av velferdsstaten.

Vike omtaler velferdsstaten som en utopi som er tatt for å være virkelig (Vike 2004:161). Staten setter rammene for kommunenes økonomi, og vedtar rettighetslover som skal innfris lokalt. Nå som økonomiske ressurser ikke holder tritt med de rettighetslover som gjelder for landets innbyggere, er dette et problem som kan gå på tilliten til styresmaktene løs. Ny Offentlig Styring er, i følge Vike, innført som et forsøk på å overvinne økonomiske problemer (Vike 2004:44). Vike påstår at ansvaret for at politiske løfter om velferd ikke innfris, søkes forskjøvet til kommunene, så de selv kan beholde makten. Han ser NOS som et middel til denne forskyvingen av ansvaret, bort fra makten (Vike 2004:14).

Myndiggjøring er i utgangspunktet et strategisk ledelsesverktøy hentet fra NPM. Hensikten er å gjøre offentlige organisasjoner kvalitativt bedre og mer effektive (Sollund 2004:26). Når innføring av myndiggjøring skjer i en relasjonelt orientert prosess som initieres ovenfra og ned, men gjennomføres nedenfra og opp, blir resultatet best (Sollund 2004:76). Dette fordrer at medarbeideren har reell innflytelse på sin arbeidssituasjon, og at det er samsvar mellom de krav til tjenesten som stilles og tilgjengelige resurser (Sollund 2004:31, 53-54). ”Å redusere krenkelser som stammer fra uvitenhet, og kanskje uheldig arbeidskultur, vil være en viktig effekt og målsetting av myndiggjøring” (Sollund 2004:21).

Undertittelen Trollestad har satt på sin bok Etik och organisationskulturer, er å skape et felles verdigrunnlag (Trollestad 2000). På bakgrunn av sitt menneskesyn, velger Trollestad å ta i bruk kommunikative strategier for arbeid med organisasjonskulturer (Trollestad 2000:34-35). Vektlegging på medarbeideres reelle innflytelse og mulighet til å reflektere over etiske spørsmål i forbindelse med arbeidet, er som hos Sollund, stor. Både Sollund og Trollestad framholder at dette er tidkrevende prosesser (Sollund 2004:158, Trollestad 2000:226). Sollund framholder at myndighetsprosessen er tidkrevende, når den er innført, myndiggjøring til økt effektivitet (Sollund 2004:163).

På bakgrunn av Sollunds skille mellom et relasjonelt orientert og en instrumentelt drevet ved myndiggjøringsprosess og Trollestads avstandtagen fra et instrumentelt syn på arbeidstagere (Sollund 2004:89, Trollestad 2000:17), danner jeg to kategorier for kjerneverdier: Relasjonelle og instrumentelle. På bakgrunn av at noen verder verdier som bidrar til opprettholdelse av juridiske rettigheter, oppretter jeg en tredje kategori: normrasjonelle verdier. Ved gjennomgang av helselovgivingen kommer det fram at kommunene både er juridisk forpliktet til å innfri borgeres rettighet til forsvarlig helsehjelp, og den skal gis med omsorg. Det er lovstridig ikke å gi slik hjelp, også om det overskrider budsjettet. Det er også lovstridig å bryte budsjetttrammene.

3 Metoder og data om utvalget

Masteroppgavenspringer ut fra et pedagogisk utviklingsprosjekt (FoU) Diakonhjemmet har påtatt seg på vegne av KS, ved navn ”Hvordan kan kommunene styrke sin etiske kompetanse innen helse og omsorg?”

Hensikten med oppgaven er å kartlegge hvilke etiske utfordringer kommunale ledere innen helse og omsorg står overfor, og hvilke former for etisk kompetanseheving er allerede tatt i bruk, og vurdere i hvilken grad kommunenes arbeid med etisk kompetanseheving er i overensstemmelse med anbefalinger fra Trollestads og Sollunds tilnærming til arbeid med felles verdigrunnlag (Trollestad 2000) og relasjonelt orientert myndiggjøring (Sollund 2004).

For å få best mulig innblikk i de etiske utfordringene og den etiske kompetansehevingen som finner sted for å møte dem, benytter jeg metodetriangulering i form av feltarbeid, hermeneutikk og survey (Sverdrup 2000:111-112).

3.1 Feltarbeid, tekstanalyse og survey

Feltarbeid i denne forbindelse var en dag blant ledere innen helse og omsorg fra hele landet. Jeg var til stede under Idékonferansen om etikk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene fredag 16. november 2007, arrangert av KS og Diakonhjemmet (Etikkkonferansen). Jeg lyttet til innledende talene, innleggene fra gruppene av ledere og brukerrepresentantene.

Min rolle var sekretærens. Jeg tok referat av diskusjonene i en gruppe jeg fulgte igjennom dagen og tok vare på gruppens framlegg. Jeg deltok ikke aktivt i samtalen, så min observasjonsform i feltet var passiv. Siden jeg refererte gruppens samtaler, fikk materiale form av tekst. Det ga meg muligheten til i ettertid å gjennomgå hvilke utfordringer konferansedeltagerne stod overfor i sitt arbeid, hvordan de håndterte dem, og til å sammenholde denne informasjonen med litteraturen.

Jeg fikk også tilgang til spørreskjema med åpne svar som var inn sendt til Diakonhjemmet i forbindelse med Etikkonferansen. Jeg fikk dermed innblikk i hvordan kommunale ledere selv kjenner hvor skoen trykker. På bakgrunn av dette materialet utviklet jeg et spørreskjema med hovedsakelig lukkede spørsmål. Jeg testet et utkast til spørreskjemaet ut på medstudenter, hvorav flere ledere innen helse og omsorg. Jeg la et revidert skjema fram for 2 ledere i egen bydel. En kollega testet dessuten at skjema fungerte, rent teknisk. En tidligere ansatt i Oslo kommune med utenlandsk bakgrunn, har også sett på skjemaet.

3.2 Utvalg og populasjon

Ettersom undersøkelsen skulle ha landsdekkende karakter, valgte jeg å gjøre en survey og sende den ut elektronisk. Det var hensiktsmessig å stille seg inn på en målgruppe som har informasjon om hvilke etiske utfordringer ledere innen helse og omsorg står i til daglig, som ikke var for stor, slik at utvalget kunne bli representativt.

Førstelinjeledere hadde faglig og budsjettmessig ansvar, i tillegg til personalansvar. Sannsynligvis ville de mer enn andre ledere stå mellom barken og veden. Denne gruppen ledere hadde trolig mest føling med etiske dilemma krysspress fra brukere, medarbeidere og budsjett kan gi.

Populasjonen av førstelinjeledere var imidlertid vanskelig å tallfeste. Jeg rykket høyere opp i hierarkiet. Ved det tapete jeg noe av den umiddelbare erfaring av å ha utfordringene tett på førstelinjeledere kunne gitt, men vant den oversikten over situasjonen det å være høyere opp i det kommunale hierarkiet ga. Mitt valg falt på helse- og sosialsjefen.

Det var da 431 kommuner i landet, hver med en helse- og sosialsjef¹⁴. Å gjennomgå 431 spørreskjema ville bli et stort arbeid. Utvalgets størrelse ble satt til ca.150 helse- og sosialsjefer. Verken kjønns sammensetning, alderssammensetning eller form for utdanning var kjent for meg når det gjelder universet av helse- og sosialsjefer.

For å være sikker på å få med alle landsdeler og kommuner av alle størrelser, foretok jeg en stratifisert trekning blant landets kommuner (Mordal 2000:76-77). Jeg fulgte en allerede etablert inndeling med relevans for denne forskningen, helseregionene:

¹⁴ Stillingens navn og ansvarsområde varierte kommunene imellom, men jeg henvendte meg til den øverste leder i kommunen med ansvar for utøvelse av helse og omsorgstjenesten. Jeg omtaler likevel disse lederne som helse- og sosialsjefer. En kommune ble sammenslått med en større nærliggende kommunen i løpet av forskningsperioden, antallet ble derfor redusert til 430.

Helse Sør-Øst (Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder)
Helseregionen Midt-Norge (Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag).
Helseregion Vest (Rogaland, Hordland, Sogn og Fjordane).
Helseregion Nord (Nordland, Troms, Finnmark).
(Kilde: 19.01.08 <http://www.nettsykehus.no/helseregionene.htm> og http://www.helsesorost.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=25&I=82&mids=a26a) nedlastet 19.01.08).

3.2.1 Kategoriene storby, store, mellomstore og små kommuner.

Jeg lette etter en etablert måte å dele inn norske kommuner etter størrelse på. Kommunal Monitor fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste regnet, i følge Holm, kommuner med inntil 3.000 innbyggere som små, og kommuner med over 9.000 som store (Holm 2007:29). Kommuner med 3.001-9.000 innbyggere ble da mellomstore.

Jeg avvek fra Norsk monitors inndeling på ett punkt: Jeg skilte de 4 største byene ut fordi de var så mye større enn kommuner med 9.001 innbyggere, at jeg fant det mer fruktbart å sammenligne dem innbyrdes. Skille mellom store kommuner og store byer ble satt til 110.000 for å unngå at Bærum ble betraktet som storby.

Storbyene ble inndelt i bydeler¹⁵ der det var slik inndeling, ettersom jeg fant dem for store til at en helse- og omsorgssjef kunne ha godt innblikk i situasjonen i hver enkelt bydel. Alle bydeler i Bergen og Stavanger ble tilsendt spørreskjema. Trondheim var ikke administrativt delt opp i bydeler, og mottok ett skjema. Oslo stratifiserte jeg i forhold til øst- og vestkant. Jeg holdt bydelen jeg selv var ansatt i utenfor trekningen¹⁶. Det ble 6 bydeler fra Oslo Vest og 8 fra Oslo Øst med i trekningen, og jeg trakk ut 6 bydeler totalt fra Oslo. Det ble 23 enheter i kategorien storby.

I hver av helseregionene ble det trukket ut 12 store, mellomstore og små kommuner. Storbyene ble holdt utenfor trekningen. Utvalget ble bestående av 144 kommuner trukket fra helseregionene. Pga. av inndelingen i bydeler ble det sendt 23 spørreskjema til storbyene. I alt ble 167 skjema sendt ut. Siden muligheten til å bli trukket ut i storbykategorien ville være langt høyere enn blant små kommuner i Helseregion Nord, ville jeg foreta en veiing (Mordal 1989:80) av svarene. Sammen med spørreskjemaet la jeg et introduksjonsbrev. Jeg purret én gang.

¹⁵ Både Bergen og Stavanger var inndelt i 8 bydeler.

¹⁶ Bydelene Marka og Sentrum var ikke oppført som egne bydeler i Kommune-nøkkelen. Marka falt utenfor, Sentrum ble administrert av bydel St. Hanshaugen (2007/2008:30-31 og Osloprosjektet:28). Fordelingen mellom Vest- og Østkant følger kart fra Statistisk sentralbyrå 2006.

3.3 Respons på surveyen

En helse- og sosialsjef i en storby ringte og spurte om han skulle sende spørreskjemaet videre til en enhetsleder. Han hadde selv ikke direkte kontakt med brukere og fotfolket. I storbysammenheng ble avstanden for stor til at han synes han hadde grunnlag for å kunne besvare alle spørsmålene like godt. Kanskje flere ledere fant det vanskelig å besvare spørreskjemaet pga. avstand til førstelinjen. Det er mulig at dette kun var et problem i større enheter, og at helse- og sosialsjefer i mindre kommuner ikke så dette som et problem.

To helse- og sosialsjefer sendte meg en e-post der de beklaget at de ikke hadde tid til å besvare spørreskjemaet. Jeg fikk også et par personlige, oppmuntrende mail sammen med utfylte spørreskjema. Noen valgte å sende meg svar pr. papirpost. De fleste sendte svarene elektronisk. I alt 46 svar kom inn, iberegnet de som kom etter en purrerunde. Om surveyen skulle ha statistisk gyldighet, måtte svarprosenten være minst 50% (Jacobsen 2000:300). Svarprosenten på denne surveyen ble knapt 30%. Den gir ikke grunnlag for generalisering.

I etterpåklokskapens navn skulle samtlige helse- og sosialsjefer i Norge blitt tilsendt skjema. Det ville vært i tråd med Jacobsens anbefalinger, han anbefaler å sende spørreskjema til samtlige om populasjonen er på under 500 individer (Jacobsen 2005:291). Da ville også utvalgsproblematikken falle bort.

Siden jeg nå valgte å gjennomføre et stratifisert utvalg, var jeg forberedt på å veie innkomne svar i forhold tiltreks sannsynligheten (Mordal 2000:80). Nå falt hensikten med å veie resultatene av surveyen bort, i og med at de ikke ville bli mer representative ved det, grunnet den lave svarprosenten.

Blant de svarene som kom inn, var det så få som ga uttrykk for erfaringer med å forholde seg til personer med annen etnisk og kulturell bakgrunn at den delen av surveyen falt bort.

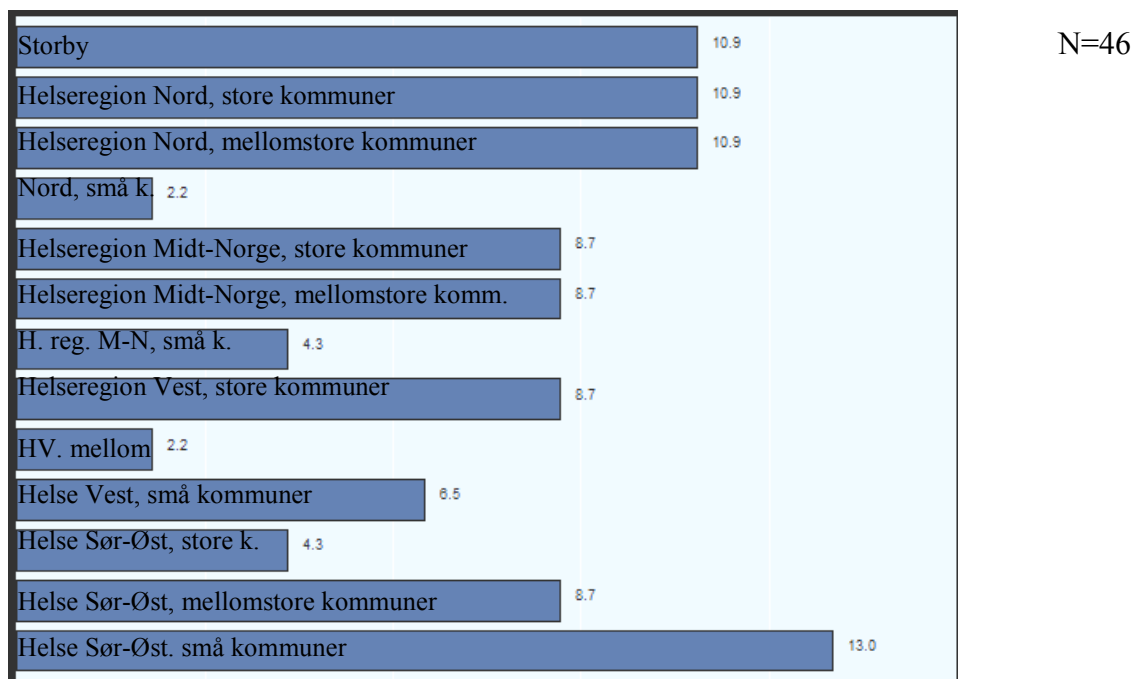
Likevel ga surveyen, sammen med det andre materialet, et bilde av etiske utfordringer noen ledere innen helse og omsorg sto overfor i sin hverdag. Det ble ikke generaliserbart til alle landets kommuner, men fikk sin gyldighet kun for respondentene. Men jeg antar likevel at situasjonene er gjenkjennbare for flere. Jeg fikk ikke et grunnlag til å uttale meg om hvorvidt de fleste av landets kommuner har etisk kompetansehevende tiltak i tråd med Trollestads anbefalinger (Trollestad 2000). Jeg kan kun uttale meg om hvorvidt de tiltakene som ble iverksatt i kommunene jeg fikk svar fra, er i samsvar med hans råd. På samme måte som jeg ikke fikk grunnlag for å uttale meg om hvor stor andel av landets kommuner som

iverksetter den relasjonelle form for myndiggjøring som i følge Sollund kan bidra til økt etisk bevissthet (Sollund 2004).

Jeg stilte ikke spørsmål om tillitsvalgte og fagforeningenes eventuelle involvering i arbeid med verdigrunnlag. I følge Sollund er det å involvere fagorganisasjoner i endringsarbeid gunstig, men jeg samlet ingen informasjon om hvor vanlig det er at det gjøres (Sollund 2004:153). Noen spørsmål kunne kanskje vært stilt annerledes, jeg kommer tilbake til det i analysen. Jeg nummererte et spørsmål feil, noe som kan ha senket svarprosenten på et annet.

Svarene ble analysert ved hjelp av NSD-stat. Nedenfor følger en oversikt over hvor i landet svarene kom fra, alder til de som har svart, kjønnsfordeling bland de som her svart, og kjønnsfordeling i forhold til lederutdannelse.

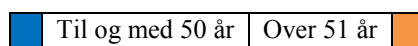
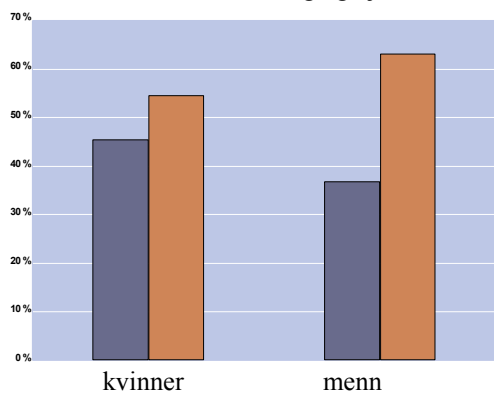
Tabell 3.3.1 Grafisk framstilling av svarprosent fordelt på helseregion og kommunestørrelse



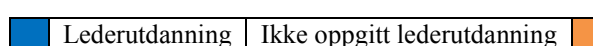
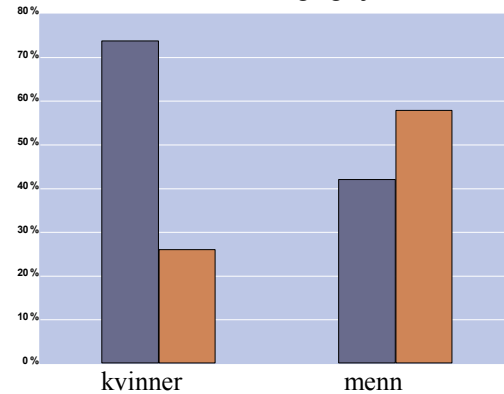
Helse- og sosialsjefer fra kommuner i kategorien små kommuner i Helse Sør-Øst hadde en svarprosent på 13 %. Tilsvarende leders svarprosent i storbyer, og store og mellomstore kommuner i Helseregion Nord var 10.9. I Helseregion Midt-Norge var svarprosenten 8.7% for både store og mellomstore kommuner, like stor som i mellomstore kommuner i Helse Sør-Øst. 6.5 % var svarprosenten fra mellomstore kommuner i Helse Vest. I Helse Sør-Øst var

svarprosenten den laveste blant store kommuner, 4.3 %, like stor som i små kommuner i helseregion Midt-Norge. Ledere i små kommuner i Helseregion Nord og mellomstore i Helse Vest hadde svarprosent på 2.2. Det kunne sett ut som om store kommuner hadde større svarhyppighet enn små, men det mønstret ble fullstendig brutt av Helse Sør-Øst. Siden tallene er så små, vil jeg ikke gå inn på eventuelle forskjeller mellom kommuner der helse- og omsorgsarbeidet ledes av kvinner eller av menn, eller se etter forskjeller med tanke på om helse- og sosialsjefen har lederutdanning eller ikke. Det lar seg ikke gjøre å skille den ene eventuelle effekten fra den andre (Hellevik 2002:418). Det har også lite for seg å se etter systematiske forskjeller mellom kommuner i ulike helseregioner og av forskjellig størrelse, i og med at det ikke er grunnlag for generalisering når det for noen kategoriers vedkommende er kun 1 kommune i det faktiske utvalget¹⁷.

Tabell 3.3.2 Aldersfordeling og kjønn N=42



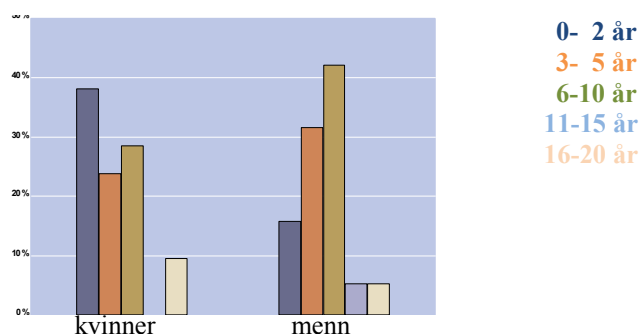
Tabell 3.3.3 Lederutdanning og kjønn N=42



23 kvinner og 19 menn besvarte surveyen. 4 av respondentene har verken oppgitt kjønn eller alder. Svarprosenten var høyest for personer med oppgitt alder over 51 år. 25 av 46 ledere i utvalget hadde lederutdanning, hvorav 17 kvinner og 8 menn, altså blant dem som har oppgitt kjønn. Det betyr at om jeg ville undersøkt om det var forskjell på hva personer med lederutdanning så som etiske dilemma i forhold til personer som ikke hadde slik utdanning, kunne eventuelle forskjeller til dels være resultat av eventuelle forskjeller i menns og kvinners vurdering av situasjonen. Aldersfordelingen blant personer med lederutdanning var omtrent som i utvalget for øvrig.

¹⁷ Omkodning krever at alle svarene legges inn på nytt. Surveyen blir uansett ikke generaliserbar pga. få svar.

Tabell 3.3.4 Antall år ansatt i denne lederstillingen N=42



Dobbelt så mange kvinner som menn var nyansatt (0-2 år) i stillingen. Ca. 60% av kvinnene var ansatt i denne stillingen i inntil 5 år, 50% av mennene var ansatt i mer enn 6 år på undersøkelsestidspunktet. Det å være nyansatt kan ha hatt betydning for hvordan en så situasjonen. 6 år eller mer i en stilling ga trolig et annet perspektiv enn 2. Men det ville ikke vært mulig å avgjøre hvorvidt det var varighet av ansettelsesforhold, lederutdanning eller kjønn som måtte påvirke eventuelle forskjeller i hvordan disse lederne så på situasjonen. Det var også mulig at kjønn hadde betydning for valg av å ta en lederutdanning, og kanskje også for ansettelsestidspunkt i livsløpet.

Det at 4 respondenter ikke oppga kjønn, skapte enda et problem i forhold til å undersøke om det foreligger forskjeller mellom menns og kvinners svar. Den totale prosentfordeling i svar fra alle 46 respondenter kunne avvike fra svarfordelingen for dem som hadde oppgitt kjønn. I et tilfelle la jeg merke til at det var 5 respondenter, samtlige kvinner, som sa seg uenig i en påstand. Det kan virke interessant, men da det faktisk bortfalt 4 svar som kunne ha utgjort en omtrent like stor forskjell i fordelingen, ble poenget borte. Det ga meg ikke grunnlag for å si stort om ev. betydning av kjønn for oppfatninger helse- og sosialsjefer hadde i forhold til hva de måtte se som etisk utfordrende i sin arbeidshverdag.

3.4 Generaliserbarhet, validitet og reliabilitet

Svarprosenten er på 28. Dette er ikke tilfredsstillende med tanke på generaliserbarhet, til det kreves en svarprosent på minst 50% (Jacobsen 2000:300). Surveyen er derfor ikke generaliserbar til universet av norske kommuner. Når det gjelder valg av kilde, burde kanskje noen spørsmål vært vinklet på en litt annen måte overfor helse- og sosialsjefer. En kommune er organisert seg slik at de øverste lederne innen helse og omsorg velger å gi en kollektiv

besvarelse. Besvarelsen fra denne kommunen er blant de som har bakgrunnsvariablene, blant dem kjønn, stående åpne.

Når det gjelder validering av mitt kvalitative materiale, sammenligner jeg survey med materiale fra Etikkonferansen og tidligere forskning. Kategoriseringen av verdier er drøftet med ansatte og studenter ved Diakonhjemmet. Den er inspirert av litteraturen (Se kapitel 2.7). Ettersom materialet fra survey og Etikkonferansen ikke er særlig omfattende, kan jeg ikke trekke bastante konklusjoner.

Reliabiliteten av spørsmålene er ikke testet statistisk før utsendelse av surveyen. Jeg velger å holde spørreskjemaet slankt for å unngå frafall. Jeg stiller derfor ikke mange spørsmål om samme sak. Jeg har derfor ikke mange overlappende svaralternativer å undersøke samsvar mellom. Inspirert av Mordals likeverdighets-reliabilitet (Mordal 2000:64) sammenligner jeg nedenfor 3 spørsmål fra surveyen med samme tema:

Når det gjelder spørsmål om ivaretagelse av brukers juridiske rettigheter, ser responsen på påstand om at ”brukers juridiske rettigheter krenkes ofte”, og ”brukers personvern blir dårlig ivaretatt” ut til å stemme overens.

	helt uenig			helt enig	
	1	2	3	4	
30. Brukeres juridiske rettigheter krenkes ofte	65%	25%	9%	-	N=44
34. Brukeres personvern blir dårlig ivaretatt	52%	34%	9%	5%	N=44

Samsvaret blir atskillig dårligere når jeg trekker fram at 22 % av respondentene har opplevd etisk betinget uro i forhold til at ”brukers juridiske rettigheter til hjelp ikke ble ivaretatt”.

18. Brukeres juridiske rettigheter til hjelp ble ikke ivaretatt	22%	N=46
---	-----	------

Forskjellen i svarfordelingen mellom spørsmål 30 og spørsmål 18 kan bero på at det er forskjell på om noe har skjedd, at brukers rettigheter ikke ble ivaretatt, og at noe inntreffer ofte. En annen mulig årsak til dårlig samsvar mellom spørsmål 30 og spørsmål 18, kan være at påstanden i spørsmål 30 og 34 er for provoserende for en person med ansvar for at rettighetene innfris. Surveyen utfylt med svarprosenter er vedlagt.

3.5 Forskningsetikk

Å sende ut survey pr. e-post var praktisk. Jeg antok noen ville ta spørsmålene hjem i fred og ro og fylle ut skjema for hånd, og sende skjemaet inn pr. papirpost. De fleste svarene kom som vedlegg til e-post, med navn som en del av e-postens avsenderadresse.

Jeg kopierte svarene og byttet ut kommunenavn med kode. Jeg slettet e-posten, så det ikke ble noen form for register over respondentene. Denne undersøkelsen kunne oppleves som

følsom fordi den aktualiserte etiske utfordringer. Personvern ble ikke mindre viktig da. En respondent var skeptisk til motivene bak undersøkelsen:

Utifra spørsmålene ift. til tema, så vil vel alle komme i miskreditt på ett eller annet av områdene, noe som er gjennomgående og førende ved slike undersøkelser (Surveyen).

Hensikten med undersøkelsen er å kartlegge etiske utfordringer kommunale ledere står overfor, og tiltak i form av etisk kompetanseheving. Ikke å sette noen i gapestokk.

4 Analyse

Utgangspunktet for analysen er den landsomfattende surveyen¹⁸ jeg gjennomfører i forbindelse med masteroppgaven. Jeg supplerer med data som er kommet fram i forbindelse med Etikkonferansen. Jeg drøfter disse funnene i lys av tidligere forskning og teori. Jeg presenterer kommunenes valg av kjerneverdier og drøfter dem i kapittel 4.1 og 4.2. I kapittel 4.3 tar jeg for meg etiske utfordringer kommunale ledere står overfor. Eksisterende tiltak for etisk kompetanseheving behandles i kapittel 5.

4.1 Kjerneverdier

Det å velge kjerneverdier er vanlig framgangsmåte i verdibasert ledelse (Aadland 2006:48). Både måten verdiene velges og hvilke verdier organisasjonen velger som sine kjerneverdier, kan fortelle noe om hvorvidt kommunene har en kommunikativ tilnærming til etisk kompetanseheving, jfr. kapittel 2.6.

På 26 av de 46 innkomne spørreskjemaene er svarfeltet for kjerneverdier utfylt. Ikke alle svar er like informative, noen forteller at de har mange verdisett, eller at jeg kan laste verdiene ned fra kommunens nettsted. Mitt fokus er verdier som er framme i bevisstheten. Jeg laster derfor ikke ned fra internett. 16 av de 26 utfylte svarene presenterer kjerneverdiene. Her er noen:¹⁹

- Trivsel – trygghet – tilhørighet
- Atferdskrav: Respektfull, ansvarlig og mulighetsorientert. Oppfølgingskrav: Vise tillit, imøtekommende, akseptere forskjellighet. Tenker helhet, ta avgjørelser, følge opp avtaler og vedtak. Ha fokus på utvikling, ta vare på kreativitet, tørre prøve.
- En ansvarlig, modig og endringsvillig kommune. Rett tjeneste utført til rett tid og med rett kvalitet.

¹⁸ Utfylt spørreskjema med avgitte svar oppgitt i % finnes i Vedlegg 4.

¹⁹ Fullstendige kjerneverdisett finnes i Vedlegg 5

- Respekt, Omsorg, Likeverd, Lojalitet, Ærlighet, Rettferdighet
- Etske retningslinjer skal avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av krav gitt eller fastsatt i medhold av HMS, jfr. AML §§ 7 og 12
- Ansattes og folkevalgtes etiske holdninger - menneskeverd – likebehandling m.m. Om ansattes opplysningsplikt og betydning av å melde om kritikkverdige forhold. Unngå konflikt mellom kommunens interesser og egne.
- Respekt, ansvarlighet, engasjement, raushet, mot, humor, dette gjelder i personalarbeid og i arbeid i forhold til klienter/innbyggere
- Våre sentrale verdier er åpen, modig og kompetent. Dette er verdier vi ønsker at alle ansatte skal preges av i sitt møte ved våre brukere. Ellers har Bystyret vedtatt etiske retningslinjer som du finner på nettsiden vår. Vi har jobbet mye med å implementere tenkning rundt disse retningslinjene blant alle kommunale ledere.

Uttrykket 'implementere' kan oppfattes som å stå i motsetning til måten Trollestad (2000:226) anbefaler at arbeid med grunnleggende verdier i en organisasjon skal finne sted, se kapittel 2.5.

4.2 Kategorisering av kjerneverdiene

Det er oppgitt i alt 37 kjerneverdier. 14 av dem er nevnt mer enn en gang. (Liste over kategoriserte kjerneverdier finnes i vedlegg 5.) Det blir for omfattende å gå nærmere inn på alle verdiene i detalj. For å få oversikt kategoriserer jeg kjerneverdiene i tre kategorier: Relasjonelle, instrumentelle og normrasjonelle verdier, jfr. kapittel 2.7. Jeg presiserer at dette er etiske (Klausen 1981:72) kategorier, altså kategorier påført utenfra, av meg, i tolkningsøyemed. Det er fullt mulig at personene som har oppgitt disse kjerneverdiene ville ha kategorisert dem annerledes. Jeg har imidlertid ikke tilgang til disse etiske kategoriseringene, og benytter derfor mine egne.

4.2.1 Relasjonelle verdier

Relasjonelle verdier omhandler mellommenneskelige forhold. Ettersom helse og omsorg hovedsakelig dreier seg om forhold mellom mennesker, er det ikke overraskende at 23 av de 26 kommunene som har nevnt sine kjerneverdier, har relasjonelle verdier blant kjerneverdiene. Det er nevnt 14 kjerneverdier jeg kategoriserer som relasjonelle. Den hyppigst nevnte er åpenhet.

Åpenhet er nevnt 5 ganger. Åpenhet vurderes som en forutsetning for demokrati, og kan også stå som en normrasjonell verdi. Men da får åpenhet få mer betydningen innsynsrett. Åpenhet kan også innebære å stille seg åpen for å ta i mot personer slik de er. Derfor velger jeg å la verdien åpenhet stå for en måte å forholde seg til medmennesker på, altså en

relasjonell verdi. Trollestad ser verdien åpenhet som en forutsetning i organisasjonskultur for at kommunikasjonen skal være kommunikativ (Trollestad 2000:233.).

Sollund hevder at åpenhet og toleranse, humør og det å unngå tause konflikter er sentralt for et godt arbeidsmiljø (Sollund 2004:51). Trygghet og trivsel er også relasjonelle verdier knyttet til arbeidsmiljø, Sollund ser tilstedeværelse av disse verdiene i organisasjonen som grunnleggende for relasjonell myndiggjøring (Sollund 2004:153). En kommune har nevnt verdiene *trygghet og trivsel* samlet - jeg antar at myndiggjøring er en inspirasjonskilde for denne kommunens arbeid med etisk kompetanseheving.

Tillit og deltagelse/delaktighet er også blant kommunenes utvalgte kjerneverdier som korresponderer godt med både Trollestads (Trollestad 2000:245-246) og Sollunds (Sollund 2004:33) anbefalinger til måter å oppnå økt etisk bevissthet på.

En helse- og sosialsjef gir uttrykk for et videre perspektiv enn egen organisasjon når det gjelder utbredelse av en relasjonell verdi: *”Åpenhet – alle innbyggere er en del av fellesskapet”*.

4.2.2 Instrumentelle verdier

Det er, i følge Sollund, en mulig positiv sammenheng mellom det relasjonelle og det instrumentelle:

Fokus på relasjonelle aspekt synes å føre med seg effekter også av instrumentell art. Kvaliteten blir bedre, ansatte tar mer ansvar, og effektiviteten går opp (Sollund 2004:90).

Sollund kategoriserer altså verdiene kvalitet, det å ta ansvar og effektivitet som å være av ”instrumentell art”. Jeg kategoriserer 13 av kjerneverdiene som instrumentelle. Kjerneverdier som i utgangspunktet er relasjonelle verdier, kan skifte karakter utifra sammenhengen verdien blir satt i. Et eksempel på dette, er *serviceinnstilt*, som er nevnt som kjerneverdi. Ved lanseringen av NPM på 80-tallet, er det rettet kritikk mot det kommunale byråkratiet for ikke å være ”tilpasset fleksibel oppgaveløsning, serviceorientering, kostnadseffektivitet og målorientering” (Vike 2004:43). Begrunnelsen som henvises til for å innføre Ny Offentlig Styring er, i følge Vike, ”kvalitative ambisjoner som bedret service, høyere kvalitet osv.” (Vike 2004:44). Disse verdiene er nå knyttet opp imot markedstenkning, ettersom NPM kommer fra amerikansk privat næringsliv. At medarbeiderne tilegner seg slike verdier er ment å gjøre organisasjonen mer effektiv. Derfor kategoriserer jeg *serviceinnstilt*, som i utgangspunktet handler om forhold mellom mennesker, nå som en

instrumentell kjerneverdi. Verdien er instrumentalisert. En annen verdi som er nevnt av Sollund og Vike i sitatene ovenfor og i surveyen i sammenheng med serviceinnstilt, er kvalitetsbevisst. En helse- og sosialsjef har nevnt utelukkende verdier jeg kategoriserer som instrumentelle:

Serviceinnstilt, kvalitetsbevisst og framtidsretta. Dette er "være-begrepene". "Gjøre-begrepene" er utarbeidet i ettertid på hver enkelt avd. etter at alle ansatte har deltatt i felles diskusjon. Prosessen har hatt to-tre arbeidsbolker (Mellomstor kommune i Helseregion Nord).

Kjerneverdiene serviceinnstilt, kvalitetsbevisst og framtidsretta kan gi inntrykk av at kommunen har gjennomført Ny Offentlig Styring/NPM (Vike 2004:44). Denne styringsformen skal, i følge Aadland, være uforenelig med verdibasert ledelse (Aadland 2004:145-146)²⁰. Dette kan gi en prøve på om det å satse på Ny Offentlig Styring er uforenelig med verdibasert ledelse, slik Aadland gir uttrykk for

Serviceinnstilt er et begrep som i følge Vike passer utmerket i et marked (Vike 2004:94), men kanskje ikke så godt i forhold til en person i behov for omsorg. En har ikke kropp på samme måte som en har bil. For meg virker det som om respondenten er influert av en endringsmodell for arbeid med verdier Trollestad beskriver i sin bok Etik & Organisationskulturer (Trollestad 2000:44-47). Dette på bakgrunn av måten hun omtaler arbeidet med valg av kjerneverdier på.

"Vara – böra - gjöra" er trinn i denne modellen. Under overskriften "Være", som representerer første trinn, aktualiseres forestillinger om hva som karakteriserer organisasjonen og de som er involvert i den nå. Dernest setter man i fellesskap opp hvordan en mener situasjonen skal bli under overskriften "bør". Jeg antar at værebegrepene slik respondenten her bruker ordet, dreier seg om en visjon for hvordan organisasjonen "bør være". Respondenten bruker uttrykket "gjøre-begrep". Etter modellen Trollestad beskriver, er overskriften på det tredje trinnet "gjøre" (Trollestad 2000:47). Her listes det gruppene kommer fram til at skal til for å bringe organisasjonen i retning av visjonen. I den kommunen vårt eksempel kommer fra, har hele kommunen felles visjon om hvordan kommunen skal være, nedfelt i kjerneverdiene som er utformet som "være-begrep". I tillegg utarbeider altså hver enkelt avdeling i tillegg til disse egne begrep for hva de skal gjøre for å realisere disse verdiene. Alle i avdelingene deltar i utarbeidelse av "gjøre-begepene". Det kunne være av

²⁰ Se kapittel 2.6

interesse å kjenne til eksempler på ”gjøre-begrepene” fra denne kommunen, men den informasjonen har jeg dessverre ikke tilgang på.

I denne kommunen ser jeg i valg av verdier spor av NPM og i prosessen som fører fram til valg av disse instrumentelle kjerneverdiene, en framgangsmåte som er som sakset fra Trollestads bok som er lagt opp som en lærebok i innføring av verdibasert ledelse. Idésystemene er harmonisert, i det minste i prosessen fram mot valg av kjerneverdier.

4.2.3 Normrasjonelle verdier

Jeg nevnte serviceinnstilt som eksempel på en omkategorisert verdi, som i utgangspunktet er relasjonell, men som jeg nå kategoriserer som instrumentell. En annen verdi som i utgangspunktet dreier seg om forhold mellom mennesker, er respekt. Denne verdien er nevnt i lovs form:

Pasientrettighetsloven §4A-1:

Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett.

Verdier som bidrar til opprettholdelse av juridiske rettigheter, kategoriseres som normrasjonelle verdier (Molven 2002/2006:26). Den relasjonelle verdien respekt har skiftet karakter ved sin normrasjonelle funksjon, og kategoriseres derfor dit hen.

Respekt/respektfull er nevnt 5 ganger, og er den oftest nevnte verdien. At verdien er hyppig nevnt, kan skrive seg fra Pasientrettighetsloven. Sammenhengen mellom loven og kommunenes vektlegging av respekt kan også være omvendt, loven kan reflektere allmenne verdier. Jeg forstår det slik at kommunal helse og omsorgstjeneste er klar over at mange som mottar deres hjelp er i en sårbar situasjon, og derfor lett vil oppfatte noe annet enn å bli behandlet som likeverdig, dypt krenkende. Høy bevissthet om menneskesyn og respekt for andre mennesker er nødvendig for å unngå dette (Trollestad 2000:78, Sollund 2004:21). Respekt for individet og individets integritet er en verdi som ofte er nevnt i samtaler om verdigrunnlag Trollestad har kjennskap til, og er i overensstemmelse med en kommunikativ tilnærming til etisk kompetanseheving. (Trollestad 2000:139). Begrepet ’borger’ (Eriksen 1999:186) er kanskje bedre egnet til å inngi respekt enn ord som bruker, kunde og klient.

Ærlighet/redelighet er nevnt til sammen 5 ganger. Å ikke opptre ærlig og redelig er brudd på en grunnleggende norm: ”Du skal ikke lyve.” Ansatte innen helse og omsorg kan ha mulighet til å svindle personer en handler for, eller på andre måter forvalter penger på vegne

av. Det har vært flere skandaler i forbindelse med utro tjenere i kommunal sektor (Jensen, NrK 22.01.2008, e-kilde, og Møller, Dagsavisen 23.09.08). Å bruke ærlighet og redelighet som kjerneverdier er trolig ett ledd i kampen for å styrke både etisk bevissthet og kommunal sektors renommé.

Likeverd/menneskeverd/likebehandling er i alt nevnt 3 ganger blant kjerneverdiene. Tanken om alle menneskers likeverd betraktes nesten som selvsagt, i flg. Trollestad (2000:243). Kanskje det er årsaken til at den ikke er nevnt oftere i surveyen. Likeverd er basis for menneskerettighetene.

Universal Declaration of Human Rights Article 1

All human beings are born free and equal in dignity and rights. They are endowed with reason and conscience and should act towards one another in a spirit of brotherhood.

En kommune har oppgitt hovedsakelig normrasjonelle verdier. Det handler om likebehandling og plikt til varsling, og om å unngå sammenblanding av private og kommunale interesser. At like saker skal behandles likt er et grunnleggende rettsprinsipp og oppleves som rettferdig. Pasienter skal behandles like godt, ”uansett bosted, stand og økonomi” (Molven 2006:80).

Ansvarlighet er nevnt et par ganger. Det administrative ansvaret kalles ofte for myndighetsansvaret, herunder ligger:

(...) rett og plikt til å sørge for at lover, regler og avtaler av personellmessig, organisatorisk og annen art etterleves, og at virksomhetsmål oppfylles (Molven 2002/2006:203).

Dette ansvaret kan overlappes med faglig ansvar, som innebærer rett og plikt til å se til at arbeider utøves etter gjeldende faglige krav (Molven 2002/2006:203). En leder som ikke følger opp sitt ansvarsområde tilstrekkelig, kan holdes juridisk ansvarlig (Molven 2002/2006:325). Å ikke opptre etisk ansvarlig, kan også medføre straff, men da fortrinnsvis fra arbeidsgiver eller fagforening (Molven 2002/2006:326). Om faglig og etisk forsvarlig standard ikke innfris, inntreer en varslingsplikt.

Varsling er mitt stikkord for to formuleringer av normrasjonelle verdier:

- *Etiske retningslinjer skal avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av krav gitt eller fastsatt i medhold av HMS, jfr. AML §§7 og 12.*
- *Ansattes og folkevalgtes etiske holdninger - menneskeverd – likebehandling m.m. om ansattes opplysningsplikt og betydning av å melde om kritikkverdige forhold.*

Varsling av kritikkverdige forhold er, som det framgår av sitatet, lovpålagt (Molven 2006:294, Arbeidsmiljøloven §2-3 b, se vedlegg). Det bør, hvis mulig skje internt, slik at den som måtte være ansvarlig for det kritikkverdige forholdet, får mulighet til å rette det opp.

I en undersøkelse om varsling har nesten alle ansatte har observert noe kritikkverdig. 72% av dem har sagt ifra. 63% av arbeidstagerne opplever at det nytter å påpeke feil. Det er vanligvis ledelsen som følger opp, men også tillitsvalgte har tatt affære (Skivenes 2005:5). Men, varsling kan koste dyrt. 37 % av sykepleierne sier at faglige uforsvarlige situasjoner ikke alltid rapporteres på sin arbeidsplass, pga. frykt for represalier. NSF mener derfor at det må bygges opp et landsdekkende system for anonym varsling (Stormyr 27.02.2007). Varsleren har juridisk vern mot represalier i Arbeidsmiljøloven §2-4 fra 1. januar 2007²¹.

Lojalitet/unngå konflikt mellom kommunens og egne interesser/følge opp vedtak er i alt nevnt 3 ganger. Om en lege bruker sin stilling som kommunalt ansatt til å styrke pasienttilgangen i egen private praksis, kan det være et brudd på denne kjerneverdien, lojalitetsplikten, og på Helsepersonelloven §19.

Lojalitet for en helsearbeider kan ha flere retninger (Trollestad 2000:176). Er lojaliteten rettet mot arbeidsgiver, og dreier seg da helst om et aktivt ønske om å gi noe av seg selv til organisasjonen som helhet, til organisasjonens mål og verdier (Trollestad 2000:177). Lojalitet overfor organisasjonen kan betraktes som en instrumentell verdi. En viss form for lojalitet har arbeidsgiver juridisk sett krav på, en ansatt skal ikke undergrave den virksomheten en er ansatt i (Molven 2002:285-288). Ettersom det er juridiske bindinger for hvor lojaliteten i arbeidslivet, er verdien å betrakte som normrasjonell. Den juridisk tyngst veiende lojalitetsbindingen for helsepersonell, er til pasienten (jfr. Helsepersonelloven § 17 om rettslig forpliktende varsling til tilsynsmyndigheten). Ved å være lojal overfor pasienten, er en også lojal overfor samfunnet.

”Avtaler og vedtak følges opp”, en verdi nevnt av en kommunal leder innen helse og omsorg. En saksbehandler har gitt følgende bemerkning ang. årsak til etisk begrunnet uro:

Når medarbeidere gir den hjelpen de mener bruker har behov for og ikke tenker på/er bevisst på vedtakene som er gjort. Dette skaper forskjellsbehandlinger ift. Brukere og usikkerhet/utrygghet. Lojalitet til vedtak på omsorgstjenester (hjemmehjelp, hjemmesykepleie osv. er også viktig mht. arbeidsmiljø (spørreskjema til Etikskonferansen).

²¹ Informasjonen om varsling i dette avsnittet er også brukt i L35Ledelse av menneskelige ressurser 11.-15.05.07.

Vike omtaler samme fenomen slik:

Selv har jeg møtt veldig mange ansatte i førstelinjeyrkene som faktisk har vendt seg til å holde en høyere standard på ytelsene de gir, enn den som arbeidsgiver forventer (Vike 2004:75).

Om dette skal være veien å gå, vil ev. mangelfulle vedtak tilsløres. Sollund inntar en tredje posisjon, som er ganske nær saksbehandlerens: Den enkelte ansatte skal forholde seg til vedtaket, og kun utføre lovpålagte tjenester. Arbeid som ikke skal utføres, er listet opp. Om bruker forventer mer, skal den ansatte konsultere sin leder. Dessuten skal den ansatte utøve faglig skjønn og gi beskjed om brukeren nå har behov for mer omfattende tiltak. Om medarbeideren vurderer situasjonen dit hen at det er akutt behov for mer hjelp, skal pasienten få den hjelpen, og lederen orienteres i etterkant (Sollund 2004:85). Dette virker, slik jeg ser det, som en mer farbar vei enn den Vike kan oppfattes som talsmann for. Løsningen Sollund presenterer, tar høyde for at situasjonen kan være annerledes enn den vedtaket er basert på, og at en unntaksvis må yte mer. Men så må vedtaket endres etter de faktiske behov brukeren har og så følges²².

Kompetent nevnt som kjerneverdi er. Det er medarbeideres ansvar ikke å overskride sin kompetanse – med mindre de er under direkte instruksjon eller i en nødssituasjon (Molven 2002/2006:190)²³. Det innebærer at en ikke kan ha som fast ordning ved et sykehjem at personer som ikke har forsvarlig opplæring i forhold til å gi medisiner, kan bli satt til det.

4.2.4 Oppsummering

I dette avsnittet har jeg presentert kjerneverdier respondentene har fortalt foreligger i kommunene de arbeider. Kjerneverdiene som ofte er nevnt, er: respekt, åpenhet, ærlighet, imøtekommenhet, ansvarlig, endringsvillig og redelighet. Jeg kategorisert dem til å være av relasjonell, instrumentell eller normrasjonell karakter, og ser det i sammenheng med at kommunene skal ivareta mellommenneskelige forhold, organisasjonen og juridiske krav til hvordan bl.a. tjenester innen helse og omsorg skal utøves.

I neste kapittel vil jeg ta for meg den uro ledere innen helse og omsorg kan oppleve når de stilles i en situasjon der det kan vise seg vanskelig å ivareta alle disse hensyn.

²² Via Oslo kommunes tverrfaglige meldingssystem ang. pasienter innen hjemmebaserte tjenester (Gericca) kjenner jeg flere eksempler på at en bydel innen Oslo kommune gjennomfører fremgangsmåten skissert i Sollund 2004:85).

²³ Dette tema er drøftet kapittel 2.8

4.3 Etiske utfordringer kommunale ledere står overfor

Moralsk eksistens er å leve i en *ubestemmelighet*, en uro, uten noen klar vei ut. Vi skal derfor ikke lete etter moralske dilemmaer, som var de sjeldne, uhåndterlige unntak fra etikkens klare rettesnorer. Etikken (teoretiske) rettesnorer er blitt til som et resultat av et allerede eksisterende kaos, av allerede truende ”dilemmaer” (Nyeng 2000:214).

Etiske utfordringer som drøftes i dette avsnittet, er blant de 13²⁴ som ble presentert for meg som åpne svar i surveyen, eller fra spørreskjema innkommet i forbindelse med Etikskonferansen og referat fra konferansen. Jeg dekker tema som er tatt opp, men sitrer ikke alle svar. Noen av utfordringene har ingen og god løsning, lederen blir stående med valg mellom ”handlingsalternativer som alle har minussider,” altså etiske dilemma (Aadland 1998:14). Utfordringer og dilemma drøftes i forhold til hverandre, og i forhold til hvordan litteraturen behandler dem. Problemet flest tar opp, er her behandlet sist.

I surveyen bekreftet 84% av lederne at de har opplevd noe i sin hverdag som leder innen helse og omsorgstjenesten i den kommunen de nå arbeider, som gjorde dem urolige, eller som de opplevde som etisk vanskelig. Jeg spør også hva denne uroen var knyttet til, og åpner for frie svar²⁵.

Jeg kategoriserer svarene i henholdsvis: A) Etiske utfordringer i forhold til medarbeidere og brukere B) Etiske utfordringer i forhold til ”begrensede ressurser og grenseløst behov” (Sollund 2004:54). Jeg vil i det følgende sitere og kommentere svarene.

4.3.1 Etiske utfordringer i forhold til medarbeidere og brukere

1) Stor uformell kjennskap til både brukere og ansatte (Helse Sør-Øst, mellomstor kommune).

Taushetsplikt er den eldste plikt leger og andre helsearbeidere har hatt, og skriver seg fra Hippokrates’ legeed fra ca. 425 f. Kr. Den kom inn i Legeloven i 1927 (Kjønstad 2007:47). En påstand jeg ba respondentene si seg helt eller litt uenig i surveyen kan være provoserende for en helse- og sosialsjef: ”Brukeres personvern blir dårlig ivaretatt.” 86% (N=44) sa seg helt eller litt uenige i min påstand, denne helse- og sosialsjefen er blant dem som sa seg litt uenig i påstanden. 14% sa seg litt eller helt enig.

Når en lever i et tett samfunn, kan det være vanskelig å skille kunnskap om mennesker en har fra profesjonelle forhold fra det ”alle vet” om hverandre. Det kan også være vanskelig å skille privatliv fra ens profesjonelle liv i forhold til medarbeidere. I Solberg (1995:149)

²⁴ Sitatene som stammer fra surveyen er nummerert og kursivert.

²⁵ Alle frie svar er å finne i vedlegg.

omtales uformelle forhold til medarbeidere som et kvinneproblem. Lederen som lufter dette etiske problemet, er en mann.

2) *Aggressive klienter som tyr til vold eller verbal vold (Helse Sør Øst, småkommune).*

Her har lederen to motstridende hensyn å ivareta. Også klienter som tyr til vold har krav på helsehjelp. Årsaken til voldsom atferd kan være psykisk sykdom, psykisk utviklingshemming eller andre forhold klienten ikke kan ta ansvar for, eller rus. På den andre siden skal en leder ivareta sine ansattes sikkerhet på jobb.

Kanskje økt kompetanse ang. psykiske lidelser kan gjøre situasjonen mer håndterbar, eller at en ikke er alene med klienten. Begge forslag til løsninger krever ressurser kommunen kanskje ikke umiddelbart rår over. Om ansatte og klienten kjenner hverandre, kan i følge en leder innenfor rusomsorg, bidra til at truende situasjoner ikke oppstår. Når hun kommer alene til klienter som betraktes som farlige, blir hun møtt med: *"Trenger du ikke anstand du da, er du ikke redd meg?"* (Gruppearbeid, Etikkonferansen).

Hjemmebaserte tjenester forholder seg også til rusmisbrukere og psykisk syke, men har kanskje ikke den samme kompetansen som spesialiserte deler av større kommuners og byers helse- og omsorgstilbud rår over. At ulike deler av kommunens helse og omsorgstilbud ikke kjenner hverandres arbeid, eller har ulike arbeidsformer, kan skape manglende tillit. En leder føler uro på grunn av dette:

3) *Ja, manglende tillit/tiltro fra ansatte i en avdeling til det faglige arbeidet i en annen avdeling i kommunen (Helseregion Nord, mellomstor kommune).*

Trollestad forteller også at mistro mellom ulike nivåer i organisasjonen og overfor andre grupper i samme virksomhetsområde. Ledergruppen i organisasjonen dannet seg en visjon av situasjonen slik den burde være, og hvordan de kunne nå dit. Det resulterte i et stort felles arbeid med grunnleggende verdier der medarbeiderne var aktive (Trollestad 2000: 46-49). Modellen de arbeidet etter (Være - bør – gjøre) er skissert i kapittel 4.2.2.

En respondent fra en liten kommune er, som overnevnte leder, også urolig over medarbeideres holdninger:

4) *Hovedsakelig liten grad av etisk bevissthet blant tilsatte og mangel på bemanning. Den faglige kompetansen blant de tilsatte vil jeg vurdere som god, og de sørger for en rimelig god tjeneste innenfor de ressursrammer de har (Helse Sør-Øst, småkommune).*

Lederen oppfatter sine medarbeideres etiske bevissthetsnivå som urovekkende, men utdyper ikke dette. Både Trollestad og Sollund (Trollestad 2000:78, Sollund 2004:21) har erfaring for at felles refleksjon om situasjoner fra arbeidet kan bidra til økt etisk bevissthet. Etikkkonferansen er sentralt i undervisningen for helsefaglige utdannelse, så en kan forvente at personer med slik utdannelse er etisk bevisste. Men vil det dermed si at personer uten helsefaglig utdannelse ikke har tilegnet seg en slik bevissthet? I diskusjoner under Etikkkonferansen gir noen uttrykk for at de ser en sammenheng mellom manglende faglig utdannelse og fravær av etisk bevissthet. Andre gir uttrykk for at ufaglærte kan være vel så etisk bevisste som personer med relevant utdannelse. Uttalelsen ovenfor kan tyde på at en helsefaglig utdannelse ikke borger for tilstrekkelig etisk bevissthet, da etisk bevissthet vurderes som lav og faglig kompetanse er vurdert som god. Sitatet avsluttes med en bemerkning om ressursrammene. Flere helse- og sosialsjefer tar opp ressursrammene.

4.3.2 Utfordringer i forhold til rammer

Et siste moment er diskusjonen om kommunenes tilgjengelige ressurser. I hovedtrekk dreier det seg om at flesteparten kommunene gjennomgående er misfornøyd med de statlige overføringer, og hevder disse ikke står i forhold til de tjenester kommunene er lovforpliktet til å yte sine innbyggere. På den andre siden finner vi de som mener kommunene må klare seg med det de får (Sollund 2004:19).

- 5) *??? Stadig "uro" omkring beslutninger, midler, bemanning med mer uten at dette har noe særlig etisk begrunnelse er implikasjon (Helseregion Midt-Norge, stor kommune).*

En annen leder opplever etisk uro på bakgrunn av en så å si identisk situasjon:

- 6) *Det forelå dramatiske kutt utifra økonomi, som rammer brukere og ansattes rettigheter, gir bortfall av tjenester og øker arbeidspresset på de ansatte (Helse Sør-Øst, stor kommune).*

I min survey kom jeg med en påstand som kan være provoserende overfor den som sitter med det praktiske ansvaret for tildeling av helse og omsorgstjenester i kommunen: "Brukeres juridiske rettigheter krenkes ofte." 91% (N=44) av respondentene sier seg helt eller delvis uenige i min påstand, hvorav 25% sa seg litt uenige. 9% sa seg litt enige. I et annet spørsmål krysset 22 % av på at brukers juridiske rettigheter til hjelp ikke ble ivaretatt. Jeg forstår svarene slik at nesten ¼ av respondentene kjenner til at noen brukers rettigheter ikke alltid er blitt ivaretatt, men at det ikke skjer ofte.

Økonomien kan true både brukers og ansattes juridiske rettigheter. Det kan medføre brudd både på Pasientrettighetsloven, Kommunehelsetjenesteloven og Arbeidsmiljøloven, men skjer altså likevel. "Der inter er, har selv keiseren tapt sin rett." Trollestad mener at

arbeid med grunnleggende verdier kan medføre at nedskjæringer kan gjennomføres med bevart troverdighet i forhold til humanistiske verdier (Trollestad 2000:64). En leder fra en storby har et annet forslag til løsning på dilemmaet gapet mellom resurser og behov innbyggerne har for tjenester medfører:

- 7) *Det kan vi gjøre for å bedre dagens tilbud, er å jobbe med kompetanse og holdninger blant ansatte, samt jobbe med å gi brukere og innbyggere realistiske forventninger til hva vi kan bidra med nå og i framtida (Storby)!*

Når det gjelder arbeid med kompetanse, kan målrettet personal- og kompetanseledelse være en løsning (Nordhaug 2002:69). I forhold til arbeid med holdninger, kan både en relasjonell tilnærming til myndiggjøring og arbeid med grunnleggende verdier i organisasjonen være godt egnet.

Hvorvidt innbyggernes forventninger til hva ”vi” kan bidra med skal endres, er i flg. Vike, et grunnleggende politisk spørsmål ”de politiske eliter” ikke ønsker å ta stilling til (Vike2004:97).

- 8) *Hvor tydelig er vi på forskjellen mellom juridisk forsvarlig, faglig forsvarlig og etisk forvarlig. Og i diskusjonen godt nok, hva er godt nok i disse tre perspektivene (Storby)?*

Juridisk forsvarlig skal, i følge Molven, være identisk med det som vurderes som faglig forsvarlig. Det dreier seg om en minstestandard som ikke innebærer alt en er faglig i stand til å iverksette. Denne minstestandarden skal etter en dom i høyesterett være likt uansett bosted og kommunal økonomi (Molven 2002/2006:111, Kjønstad 2007:111). Samtidig oppfordres helsevesenet til å bestrebe seg på å holde bedre faglig nivå enn minstestandard. Vikesitatet ang. ansatte som yter mer, kan i denne sammenheng oppfattes som eksempel til etterfølgelse:

Selv har jeg møtt veldig mange ansatte i førstelinjetjenesten som faktisk har vent seg til å holde en høyere standard på ytelsene de gir, enn den som arbeidsgiveren forventer (Vike 2004:75).

Loven er i strid med seg selv når det gjelder hvorvidt er tillat å ta økonomiske forbehold, siden Pasientrettighetsloven § 2-1 fastslår at dårlig kommunal økonomi ikke frata pasienten sine rettigheter, og Kommuneloven § 45 nr. 2 og § 46 nr. 2 fastslår at det er ulovlig å overskride budsjetttrammene. Men det er verken etisk eller juridisk forsvarlig å akseptere en standard som ikke holder faglig mål (Molven 2002/2006:87)²⁶. Hva som er rett og riktig å gjøre, skal etter normrasjonell forstand følge av loven. Når lovens paragrafer er motstridende,

²⁶ Dette tema er drøftet i kap. 2.8.

står kan en stå overfor alvorlige etiske dilemma. En helse- og sosialsjef i en storby sier det slik:

- 9) *Det går ikke an å diskutere etikk uten å se på våre rammebetingelser. Mitt "bakteppe" er kunnskapen om at vi ALDRI noen gang kommer til å få høyere bemanning enn vi har i dag. Dette skyldes demografien og manglende tilgang til arbeidskraft i årene som kommer. I beste fall vil vi klare å opprettholde dagens tilbud. Sett utifra en slik erkjennelse, er hovedproblemet mht etikk i dag at ansatte, ulike interesseorganisasjoner og politisk ledelse både nasjonalt og lokalt ikke forholde seg til denne kunnskapen. Ved å innføre rettighetslovgiving og love for mye, graver velferdsstaten sin egen grav mht oppslutning. Etikk må handle om prioritering; skal noe prioriteres opp, må vi som fagfolk også ta ansvar for å prioritere noe ned (Storby).*

Helse- og sosialsjefen oppfatter demografiske begrensinger som gitte.

Arbeidsinnvandring og annen tilflytting til landet, som bl.a. asylsøkere og flyktninger kan representere, nevnes ikke som mulig løsning på problemet med knapphet på arbeidskraft innen helse og omsorg. Respondenten ser det som nødvendig å ta rammene i betraktning når etikk drøftes. Når det gjelder rettighetslover og bekymring for oppslutning om velferdsstaten når rettigheter ikke innfris, er han på linje med Molven:

Lover og forskrifter som skaper skinn av at befolkningen har en bedre situasjon eller flere rettigheter enn det den reelt har, vil i lengden volde problemer. Hvis det blir et gap mellom på den ene side berettigede forventninger som følger av lovgivingen (...) og på den annen side den praksis som helsetjenesten og helsepersonell følger, svekkes troverdigheten til politikere, helsemyndigheter og helsepersonell. (...) Bryter helseforvaltningen loven, skaper det også et inntrykk av at det ikke er så farlig om loven følges. (...) Dessuten vil befolkningen og samfunnet da etter hvert finne andre løsninger på sine problem enn de som det offentlige ønsker og planlegger etter (Molven 2002:74-75).

Storbylederen sitert i pkt 9 plasserer ansvaret for å prioritere innenfor de gitte rammene hos fagfolk. Myndiggjorte medarbeidere tar, i flg. Sollund, gjerne på seg ansvaret med å prioritere brukere (Sollund 2004:85). Vike mener disse prioriteringene er av politisk karakter (Vike 2004:92-93). Det er han ikke alene om.

-Det handler om knappe ressurser. Politikk, alt er egentlig politikk og vilje. Det hjelper ikke å lage Stortingsmeldinger og handlingsplaner.

-Vi må jobbe for å ansvarliggjøre politikerne

Det er brukere som skal stå i fokus. Han skal føle at det er folk som jobber for ham, alle sammen, om en er på sykehus eller hvor en er.

-De føler seg som kasteballer.

-Hvis vi ikke tar tak i Stortingsmeldinger osv., hjelper det ingenting.

(Replikkveksling under gruppearbeid, Etikkonferansen).

4.3.3 Flere årsaker til opplevd etisk uro i forhold til tjenesten

Over 84% (N=43) av lederne innen helse og omsorg som besvarte surveyen har opplevd noe som gjorde dem urolig, eller som de opplevde som etisk vanskelig i sin hverdag, i den kommunen nå er ansatt i. Dette er en bemerkelsesverdig stor andel. Tabellen nedenfor viser en oversikt over hva lederne krysser av for som årsak slik uro.

Tabell 4.3.3 Årsaker til opplevd etisk uro N=46, flere kryss er mulig

Etisk uro var relatert til:	Antall	Prosent
1 Manglende faglig kompetanse blant medarbeidere	26	57
2 Manglende etisk bevissthet blant medarbeiderne	25	54
3 Urimelige krav fra brukerne	22	48
4 Ustabil bemanning	20	44
5 Manglende bevissthet blant politikere om konsekvenser av budsjettvedtak	18	39
6 Vedvarende lav bemanning	11	24
7 Manglende ivaretagelse av brukers rett til hjelp	10	22
8 Manglende faglig kompetanse blant lederne	9	20
9 Manglende etisk bevissthet i lederkollegiet	7	15

Nedenfor knytter jeg noen kommentarer til de ulike årsakene til etisk uro. Den hyppigst avkryssede årsak til uro kommenteres først, og den med lavest avkryssingsfrekvens sist.

4.3.3.1 Manglende faglig kompetanse blant medarbeidere

Helse- og sosialsjefene har oppmerksomhet rettet mot sine ansattes rolle som omsorgsmenneske/fagpersoner (Se også kapittel 2.3). Godt over halvparten (57%) av respondentene er urolige fordi medarbeidere ikke har tilstrekkelig kompetanse. Det tyder på at det er et utbredt og alvorlig problem. Manglende kompetanse kan gå på forsvarligheten av tjenesten løs. Det representerer i så fall brudd med Helsepersonelloven §4 og Spesialtjenesteloven §2-2, og indirekte med Kommunehelsetjenesteloven §6-3. I Nordlandsforsknings undersøkelse er det nesten halvparten av medarbeiderne som svarer at jobben krever at en tilegner seg nye kunnskaper og ferdigheter. En fjerdedel mener de utfører oppgaver de trenger mer opplæring for å utføre. Sollund antar at dette går utover kvaliteten på tjenesten (Sollund 2004:147).

Kompetanseutvikling er en mulig løsning på problemet, slik Sollund ser det. Å holde fokus på fag vil gjøre tjenesten bedre (Sollund 2004:147). Kompetanseutvikling er en vesentlig del av utvikling av myndiggjorte medarbeidere. En fagkoordinator ved et sykehjem uttrykker bekymring i forhold til kompetansen helsefagarbeidere som nå rekrutteres fra VK1, får (Fra spørreskjema til Etikkonferansen). Bekymring at ikke kun knyttet til at medarbeiderne

ikke har tilstrekkelig helsefaglig utdannelse, det er også knyttet bekymring til det faglige nivået på den utdannelsen som tilbys²⁷.

Det kan se ut til at løsningen må bli å utdanne den arbeidskraften som er tilgjengelig, og søke å holde på den. Å legge til rette for faglig videreutvikling, er en måte å knytte medarbeidere til organisasjonen. Utdanningspermisjon med bindingstid til organisasjonen etterpå, kan være en mulig vei å gå (Nordhaug 2002:177).

4.3.3.2 Manglende etisk bevissthet blant medarbeiderne

Etisk bevissthet ligger i krysningpunktet mellom rollen som omsorgsarbeider og rollen som individ, etter Sollunds rolleinndeling av arbeidsstakerens roller (Sollund 2004:23). Mer enn halvparten (54%) av lederne i undersøkelsen mener at medarbeidere mangler etisk bevissthet, og ser det som et problem. En leder har ikke kun bemerket dette som et problem, men har i tillegg gitt uttrykk for en mulig løsning på problemet.

De ansattes refleksjonsnivå er lavt. Negative holdninger kommer fram. (...) Vi mangler møteplasser for etisk refleksjon – det må forankres og etableres (Fra spørreskjema til Etikskonferansen).

Forslaget å etablere møteplasser for etisk refleksjon er i overensstemmelse med både myndiggjøring, gjerne med refleksjonsgrupper, slik Sollund presenterer det (Sollund 2004:21, 37), og refleksjonsgrupper i forbindelse med arbeid med felles verdier i organisasjonen, slik Trollestad legger det fram (Trollestad 2000:226). Både myndiggjøring, refleksjonsgrupper, og verdibasert ledelse i form av en langsiktig og grundig arbeid med verdigrunnlag, kan bidra til økt etisk bevisstgjøring.

Responser på min påstand om at medarbeiderne viser etisk bevissthet i praksis var oppløftende: 91 % sa seg litt eller helt enige i at de gjør det. Jeg forstår denne forskjellen i svar ang. oppfatning av medarbeidernes etiske bevissthet slik: De fleste medarbeiderne oppfattes som etiske bevisste i sitt daglige virke, men halvparten av lederne har enkelte medarbeidere som ikke til en hver tid opptrer etisk bevisst.

4.3.3.3 Urimelige krav fra brukerne

Nesten halvparten (48%) av respondentene ser urimelige brukerkrav som et etisk problem.

²⁷ Manglende kompetanse er også behandlet i kapittel 4.2.3.

Under Etikkonferansen nevnte en ansatt stoffmisbrukeres krav om ekstramedisinering, underbygget med trussel om selvmord, som eksempel på urimelig brukerkrav: ”Får jeg ikke 2 Vival og 2 Paralgin Forte ser jeg ingen annen utgang på det enn å gjøre slutt på det!”

Noen krav enkelte brukere kan stille, er klart urimelige. Kravet ovenfor må kunne klassifiseres blant dem. Spørreskjemaet brukt i surveyen gir ikke rom for innhenting av informasjon om hvilke krav brukerne stiller som finnes urimelige. Jeg er derfor henvist til å søke i andre kilder for å finne ut mer om temaet, og går til et spørreskjema fylt ut av en brukerrepresentant og sendt inn til Etikkonferansen. Hun reiser følgende grunnleggende spørsmål:

Hvem har definisjonsmakt til å bestemme over hva den enkelte personen trenger, og hva som er best for vedkommende? Hvilken makt har systemet, en saksbehandler/ en hjemmehjelper? (Brukerrepresentant, Etikkonferansen)

I følge Lov om pasientrettigheter §4A-1 skal helsehjelpen så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett. 72% (N=43) av lederne i det faktiske utvalget sa seg litt eller helt enig i at brukervedvirkning blir godt ivaretatt i praksis. Noen flere kvinner enn menn er litt uenige i det, men forskjellen er verken reliabel eller valid, bl.a. fordi jeg ved å ta hensyn til kjønn mister 4 svar. Ingen er helt uenig. I lovteksten står det: ”Så langt som mulig”. Det kan innebære en viss begrensning av pasientens rett til å bestemme. En person som er i behov for hjelp, ser kanskje ikke for seg at andre kan trenge hjelpen mer. Vike uttrykker det slik: ”Rettferdig fordeling av felles goder er uinteressant for brukere som har rett på individuelle ytelser” (Vike 2004:116). Jeg oppfatter ham slik at når innbyggere blir tiltalt som kunder med krav på service, forventer de nettopp det. Det er også mulig at brukere av kommunale tjenester forventer den standard Storting og regjering setter for hva og hvordan tjenester skal ytes. De er, i følge Vike, både på et høyere nivå og mer omfattende enn det kommunene er i stand til å innfri (Vike 2004:148).

Brukerrepresentanten sitert ovenfor oppfordrer kommunene til å vurdere hvorvidt et avslag er i tråd med regelverket, og hvor mye en klagesak vil koste den enkelt og kommunen. Molven råder helsepersonell til å gjøre seg kjent med pasientrettighetene og etablere administrative og organisatoriske systemer som bidrar til at rettighetene oppfylles, slik at konflikter unngås (Molven:2002/2006:47).

Sollund presenterer funn der 47% av respondentene, deriblant mange 1. linjeansatte, gir uttrykk for at brukerne i noen/stor grad har forventninger de ikke kan innfri. 37 % sier at

brukerne i liten grad har for store forventninger, 16 % svarte verken eller på spørsmålet. (Sollund 2004:125).

At brukerkrav oppfattes som å være urimelige, kan være både fordi de faktisk er det, og fordi de overskrider det førstelinjetjenesten har kapasitet til å stille opp med. Selv om kravet i seg selv er rimelig nok og muligens innenfor de rammer lover og regler sette for forsvarlig og nødvendig helsehjelp. En årsak til at krav ikke kan innfris, kan være ustabil bemanning.

4.3.3.4 Ustabil bemanning

Helse- og omsorgssjefene er selvfølgelig opptatt av arbeidstakernes rolle som organisasjonsmenneske. Organisasjonen har behov for effektive og lojale medarbeidere (Sollund 2004:23). 44% av respondentene har krysset av for at ustabil bemanning er en årsak til at de opplever uro. Ustabil bemanning kan innebære både at personer kun blir en kort periode i stillingen, eller stort sykefravær. Det ene utelukker ikke det andre. Jeg presenterer et hjertesukk:

Hadde det vært en kvalitativt god grunnbemanning som tok høyde for å følge lovverket, tok høyde for sykefraværet og tok høyde for at vi jobber med folk der det oppstår situasjoner, hadde sykefraværet ikke vært så høyt. Det å gå hjem etter endt arbeidsdag og hele tiden føle på at brukerne og pasientene ikke får det de skulle hatt av kompetanseomsorg/pleie, er belastende (Fra spørreskjema til Etikkonferansen).

Lovverket sykepleieren henviser til, er til dels presentert i kapittel 2.8). I følge Sollund kan fysiske belastninger blant turnusarbeidende hjelpepleiere kan gi seg utslag i langvarig sykefravær, psykiske belastninger som liten bemanning og det å ha liten mulighet til å styre arbeidsdagen, kan gi seg utslag i kortere sykefravær. Sykdom og slitasje er det forhold som har størst betydning for å slutte, psykisk belastning er den 3. viktigste forhold av betydning for å slutte i en stilling innen helse og omsorg (Sollund 2004:135). Lederens lederstil kan også ha betydning for medarbeidernes sykefravær. De som mener deres ledere er demokratisk innstilt, har lavere sykefravær enn de som ser sine ledere som autoritære. En nærværende, støttende leder som kan håndtere konflikter, kan, i følge Sollund, ha positiv betydning for personalets helse (Sollund 2004:127, 134).

Det er også av betydning at krav og forventninger som stilles til tjenesten, og jobben som sådan, er i samsvar med de ressurser som stilles til rådighet for å utføre det som forventes (Sollund 2004:161).

Det er ikke alltid dette er tilfelle.

4.3.3.5 Manglende bevissthet blant politikere om konsekvenser av budsjettvedtak

39% av respondentene mener at politikerne ikke helt vet hva de gjør. En virksomhetsleder innen helse- og omsorg ser det som utfordrende å formidle behov og etiske dilemma til øvrig administrasjon og politikere. Han står i vanskelige prioriteringer i forhold til knappe rammer som stiller store krav til bevissthet ang. krav til faglig forsvarlighet (Fra spørreskjema til Etikkonferanse).

Vike gir inntrykk av at den politiske eliten ikke ønsker å lære av erfaring. Det er en sterk barriere mellom den sentrale stat og kommunene som fungerer slik at den sentrale staten ikke trenger å ta konsekvensene av egne vedtak – med det første. Ny Offentlig Styring er, i flg. Vike, egnet til å blokkere læringsprosessen. Staten kan framstå som økonomisk ansvarlig og samtidig la de velferdspolitiske ambisjonene vokse (Vike 2004:107). Dette fordi Staten beholder makten, og distanserer seg fra ansvaret ved å la det være kommunenes sak, og krever at kommunene moderniserer og effektiviser driften. Forestillingen om at offentlig sektor er umoderne og lite effektiv, er, slik Vike betrakter det, et kulturelt og kognitivt problem som skriver seg fra begjæret etter å få til mer, uten at det skal koste mer. Men han har lite tiltro at Ny Offentlig styring er bedre egnet enn den fleksible styringsformen kommunene har fra før (Vike 2004:192-193, 103).

Like fullt er nærmere 60% (N=44) av helse- og sosialsjefene i det faktiske utvalget mer eller mindre enige (15% helt enige) i at budsjetttrammene gir rom for forsvarlig drift av kommunens helse og omsorgstjeneste. Disse svarene er ikke reliable i forhold til universet av Norges helse- og sosialsjefer.

En helse- og sosialsjef har budsjettansvar for sin resultatenhet. Det er ulovlig ikke å gi borgere helsetjenester de har krav på om budsjettet ikke strekker til (Pasientrettighetsloven § 2-1), og det er ulovlig å sprekke budsjettet (Kommuneloven § 45 nr. 2 og § 46 nr. 2). En helse- og sosialsjef kan vanskelig si seg helt uenig i at budsjettet gir tilstrekkelig rom for faglig adekvat behandling av brukerne, og fortsette i stillingen. Likevel er det 4.5 % som gjør nettopp det. 73% (N=44) av respondentene sier seg helt eller litt uenig i at effektivitetskrav har forrang og går på bekostning av det som er faglig forsvarlig. Kvinner og menn har tilsynelatende ganske lik svarfordeling på dette punktet.

4.3.3.6 Vedvarende lav bemanning

Lokale folkevalgte ”prøver å få jobben gjort med færrest mulig ansatte” (Vike 2004:109). 23.9% av ledere krysser av for at vedvarende lav bemanning er et etisk problem. En virksomhetsleder uttrykker seg stikkordsmessig på et spørreskjema ang. bemanning i

forbindelse med Etikkonferansen: ”Ufaglærte - lave stillingsbrøker – knapp grunnbemanning”.

Varsling til tilsynsmyndigheter om uforsvarlige forhold, som eks. manglende helsepersonell, er lovpålagt (Ot prp nr.13 (1989-99:225)), dersom problemene med bemanningen går på forsvarligheten løs. Å rapportere om dette, kan gå ut over egen verdighet og stolthet over alt en får utrettet på tross av snevre rammer (Vike 2004:115). Jeg minner om helse- og sosialsjefen i en storby, som ser bemanningsproblemene som varige (Kapittel 4.3.2).

4.3.3.7 Manglende ivaretagelse av brukers rett til hjelp

22% av respondentene ser dette som et etisk problem. En helse- og sosialsjef formulerer uttaler seg om sine dilemma:

Fremste vanskeligheten er at jeg stadig må sette grupper opp mot hverandre og vurdere alternativ nytte av de innsatser vi gjør. Dette er et systemisk, styringsmessig (politisk) og konkret dilemma.

Når skal vi godta en persons avslag på hjelp når vedkommende sannsynligvis trenger den? Realisme kan som kjent gå over i kynisme.

Dette henger også sammen med at mens på en side er for paternalistiske, så kan vi fort gli over i en misstolking av den individuelle tidsånden der vi godtar brukerens egne valg - og derved slipper å utfordre egne prioriteringer/utfordringer.

Det å utforske nærmere hva autonomi betyr for et praksisfelt der samtykkekompetanse er variabel, kan med fordel belyses mer (Fra spørreskjema til Etikkonferansen).

Denne helse- og sosialsjefen berører dilemma ved å føle seg tvunget til å sette svake grupper opp mot hverandre i kampen om hvem som skal få innfridd hjelp en iflg. loven har krav på, og hvem som skal få avslag. Han ser dette som et politisk dilemma. Dette dilemma deler han med kommunale politikere Vike kaller samvittighetspolitikere, som opplever at budsjettet ikke strekker til for å drive forsvarlig politikk og motvillig gjør flere innsparingstiltak som ikke fører fram. En gruppe Vike kaller handlingspolitikere, forsøker å løse problemet ved å ta budsjettkontrollen fra administrasjonen og fordeler ressursene dit de mener det trengs mest. Ordføreren blant handlingspolitikerne konfronterer borgerne med at det er et felles ansvar å fordele ressursene rettferdig. Noen av innbyggerne gir uttrykk for at han saboterer statlige krav og forventninger til kommunale ytelser. Ordføreren er ikke gjenvalgt (Vike 2004:25-26).

Vike er opptatt av at staten ved å garantere for individuell frihet ved hjelp av universelle stønader binder opp den politiske handlefriheten staten har, via rettighetslover overfor enkeltmennesker som binder opp statens økonomiske handlefrihet (Vike 2004:92-93).

Staten inngår ved å gi rettighetslover en allianse med enkeltindividene, og overlater så til kommunene å innfri statens løfter, uten at staten gir kommunene ressursene som skal til (Vike 2004:92-93,148).

Både dette styringsmessige temaet (Vike 2004:26-27), og et annet tema respondenten reiser, individualisering, er tema Vike tar opp til drøfting: Individet kan, ved statens hjelp bli fritatt fra alle forpliktelser (Vike 2004:92). Da kan en bli ganske alene. Trollestad er også opptatt av at individualisering kan gå så langt at det kan medføre fare for sosiale dysfunksjoner (Trollestad 2000:165).

Individet kan takke nei til tilbud det offentlige gir ham eller henne. Jeg forstår det slik at helse- og sosialsjefen er bekymret for at en person som overvurderer sin evne til egenomsorg skal bli overlatt til seg selv. Helse- og sosialsjefen bruker begrepet ”tidsånden”. Jeg mener det han omtaler slik er godt beskrevet i en annen tid: En person kan

”bukke under for det formløse ved det samfunnsliv han (eller hun) deltar i (...) Når samfunnsforholdene er anomiske, - dvs. ikke bestemt av sed, skikk og andre samfunnsnormer – blir også de enkelte samfunnsmedlemmenes sinn mer eller mindre anomisk og oppløst, hvilket truer selvoppholdelsen (Durkheim1897/1978:10).

Når helse- og sosialsjefen ser personer avslå tilbud de har behov for, er det opp til ham å sørge for at vedkommendes samtykkekompetanse blir vurdert (Pasientrettighetsloven § 4.3). Tvunget psykisk helsevern kan kanskje være nødvendig.

4.3.3.8 Manglende faglig kompetanse blant lederne

Når fotfolket ikke er tilstrekkelig faglig kvalifisert, må det være av stor betydning at nærmeste overordnede, er det. Ca. 20% av utvalget, som består av ledere, mener lav kompetanse blant ledere kan være et problem. Sollund gir uttrykk for at lav faglig kompetanse blant ledere kan være en følge av innføring av NPM. Det er innen NPM et uttalt mål at det faglige skal overskrides, helhetlig tenkning er foretrukket (Sollund 2004:142). Det er ulike syn på viktigheten av faglig kompetanse innen helse- og omsorg. Lindén ser faglig kompetanse nødvendig, men ikke alltid tilstrekkelig for å fungere godt som leder, både fordi leder- og administratorrollen hviler på generelle regler og en dyktig fagperson ikke nødvendigvis er den best egnede lederen (Lindén 2002:29).

Kjennskap til reglementet er nødvendig, men ikke tilstrekkelig. Trollestad er opptatt av flere former for kompetanse han mener en leder bør inneha: kompetanse som leder, moralsk kompetanse og sosial kompetanse (Trollestad 2000:104,140). Manglende lederkompetanse kan være til hinder for arbeidet med etiske verdier i organisasjonen. Inkompetent lederskap vil

være til hinder for arbeid med verdigrunnlaget i organisasjonene. En inkompetent leder er usynlig og har ikke medarbeidernes tillit, og likner derved den distanserte lederen Sollund skildrer (Sollund 2004:141).²⁸ Få helse- og sosialsjefer i det faktiske utvalget uroer seg over manglende faglig kompetanse blant lederne. Det kan være fordi de er mange kompetente ledere innen helse og omsorg, med både faglighet og andre former for lederkompetanse intakt.

4.3.3.9 Manglende etisk bevissthet i lederkollegiet

15 % av respondentene så manglende etisk bevissthet i lederkollegiet som et problem. 72% (N=43) av lederne sier seg helt eller delvis uenig i at den administrative ledelsen ikke står helhjertet bak etikkarbeidet.

En kommunal saksbehandler satte disse ordene på ”hvor skoen trykker” når det gjelder etikk innen helse og omsorgsarbeid innen kommunen:

Etikk er generelt for dårlig forankret i ledelsen. Det settes ikke av tilstrekkelig tid. Når det undervises i etikk, blir det ofte for teoretisk.(...) De ansatte blir gjerne satt til å jobbe i grupper. Ledere engasjerer seg for lite i arbeidet. Det må settes på dagsorden og jobbes kontinuerlig med det, lederne må delta/engasjere seg i prosessen (fra spørreskjema til Etikskonferansen).

Det er intet grunnlag for å tro at denne saksbehandleren har noen av helse- og omsorgssjefene som ikke mente at det var manglende etisk bevissthet i lederkollegiet, som leder. Uttalelsen er tatt med som en påminnelse om at hvordan en person betrakter en gruppe han eller hun identifiserer seg med, ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med hvordan denne gruppen betraktes utenfra, jfr. Joharis vindu (Aadland 1998:148).

4.4 Oppsummering

Helse- og sosialsjefenes åpne svar er preget av at de har knappe ressurser i forhold til de krav trykket på tjenesten stiller. Manglende etisk bevissthet blant medarbeidere uroer også noen av lederne.

Manglende faglig kompetanse blant medarbeidere er hyppigst kryssset av (57%). Dette kan gå på forsvarligheten løs, og dermed være lovstridig (Helsepersonelloven §4 og spesialtjenesteloven §2-2, og Kommunehelsetjenesteloven §6-3). Manglende faglige kvalifikasjoner er en bekymring Sollund er kjent med. Hun framholder at ivaretagelse av den ansatte som fagperson er en vesentlig del av myndiggjøringsprosessen (Sollund 2004:147).

Nesten like mange ledere er bekymret pga. manglende etisk bevissthet blant medarbeiderne (54%). En leder foreslår å etablere møteplasser for etisk refleksjon for å bedre

²⁸ Se kapittel 2.3.

på denne situasjonen. Tiltaket er i overensstemmelse med både Sollunds (Sollund 2004:21, 37) og Trollestads (Trollestad 2000:226).

48% av respondentene rapporterer uro på bakgrunn av at brukerne av tjenesten stiller urimelige krav. Jeg drøfter hvorvidt denne oppfattede urimeligheten beror på at de reelt forlanger for mye, eller om det er i forhold til de ressurser kommunen rår over at kravene oppfattes som urimelige.

5 Eksisterende tiltak for etisk kompetanseheving

74% av respondentene oppgir at det er forå for etiske spørsmål i kommunen. Refleksjon i grupper over egne handlinger og den sammenheng en arbeider i, sees som grunnleggende for styrking av etisk atferd. I dette samstemmer både Sollund og Trollestad (Sollund 2004:37, 99, Trollestad 2000:78). Disse kommunene har et godt utgangspunkt i forhold til KS sin varslede satsing på styrking av etisk kompetanse i kommunene.

En annen styrke undersøkelsen viser, er at 93% (N=46) av respondentene vil prioritere dette arbeidet høyt eller meget høyt. At den øverste ledelsen i organisasjonen stiller seg bak tiltaket, er også en grunnleggende premiss for mulighet til suksess. Ledelsen må også gå foran som gode eksempler, og vise både morask og sosial kompetanse om satsing på etisk kompetanseheving skal komme noen vei (Trollestad 2000: 233, 137-140, se kapittel 2.5). En måte slik kompetanse kan komme til uttrykk på, er å ta initiativ til å drøfte etiske utfordringer. 91% (N=33)²⁹ av respondentene tar slike initiativ.

Når jeg nå fordyper meg i enkeltfunn i surveyen, tar jeg først for meg hvilke etisk kompetansehevende tiltak som er iverksatt. Jeg tar utgangspunkt i følgende tabell og behandler dem punktvis, etter utbredelse.

²⁹ N ble så lav pga. en nummereringsfeil i spørreskjemaet, som medførte at flere hoppet over spørsmålet. Feilen ble rettet opp før parring.

Tabell 5.a: De mest utbredte tiltak for kompetanseheving innen etikk i kommunal helse og omsorgstjeneste i utvalget N=46, svar oppgitt i %

	ja	nei	vet ikke
1. Fora for refleksjon om etiske spørsmål	74	26	-
2. Vedtatte kjerneverdier i kommunen	63	28	9
3. Serviceerklæringer	63	35	2
4. Internundervisning i etikk	48	46	7
5. Verdidokumenter	36	48	16
6. Opplæring i etikk for nyansatte	33	58	9
7. Planer for etikkarbeid	33	59	9

5.1 Fora for refleksjon om etiske spørsmål i forbindelse med arbeidet

I ca. 3/4 av kommunene som besvarte spørreskjemaet, finnes det mulighet for felles, etisk refleksjon. 100% av kommunene av små kommuner i Helseregion Nord, store og mellomstore kommuner i Helseregion Vest og mellomstore kommuner i Helse Sør-Øst har slike fora. Store kommuner i Helseregion Nord er den eneste kommunekategori som har et flertall der det ikke er dannet slike fora. I Helseregion Vest har ca. 90% av kommunene i det faktiske utvalget fora for etisk refleksjon. I de resterende helseregionene har ca. 75% av kommunene slike fora. Om en sammenligner mellom ulike kommunestørrelser, er det kategorien mellomstore kommuner som har flest fora for etisk refleksjon, ca. 90% av dem har dette. 80% av storbyenhetene har slike fora. Ca. 70 % av småkommunene har fora for etisk refleksjon, og ca. 60 % av de store kommunene. Jeg kan ikke gi noen forklaring for hvorfor fordelingen er slik på bakgrunn av en så lav svarprosent som denne undersøkelsen har. (Søylediagram som viser utbredelse av slike fora vises i fig. 5b, neste side.)

At det er så mange fora der det er mulig å reflektere over etiske spørsmål, kan tyde på at arbeid med etisk kompetanseheving er godt i gang, utifra Sollunds (Sollund 2004:97-98) og Trollestads kriterier (Trollestad 200:226). Formuleringen ”fora for etisk refleksjon” er vag, og kan omfatte alt fra rapporter, refleksjonsgrupper og møter i ledergruppen. Når det gjelder faste organiserte samlinger med drøfting av etiske spørsmål knyttet til arbeidet som formål, er hyppigheten annerledes. Ca ¼, 26.1% av kommunene i det faktiske utvalget har slike faste møter (Se søylediagram for forekomst av slike møter nedenfor, 5c).

Fig. 5.1b: Forekomst av fora for etisk refleksjon, fordelt på helseregion og kommunistørrelse. (N=46)

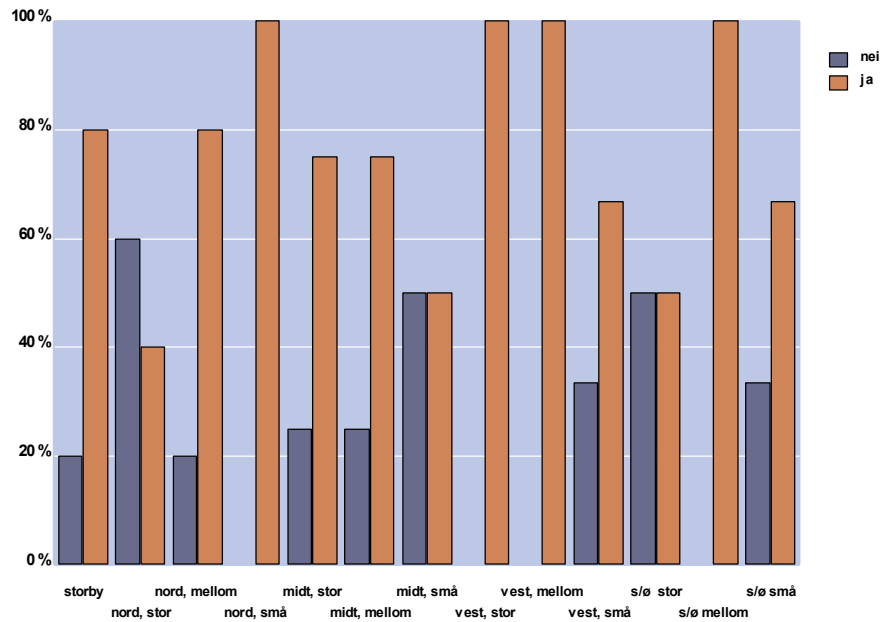
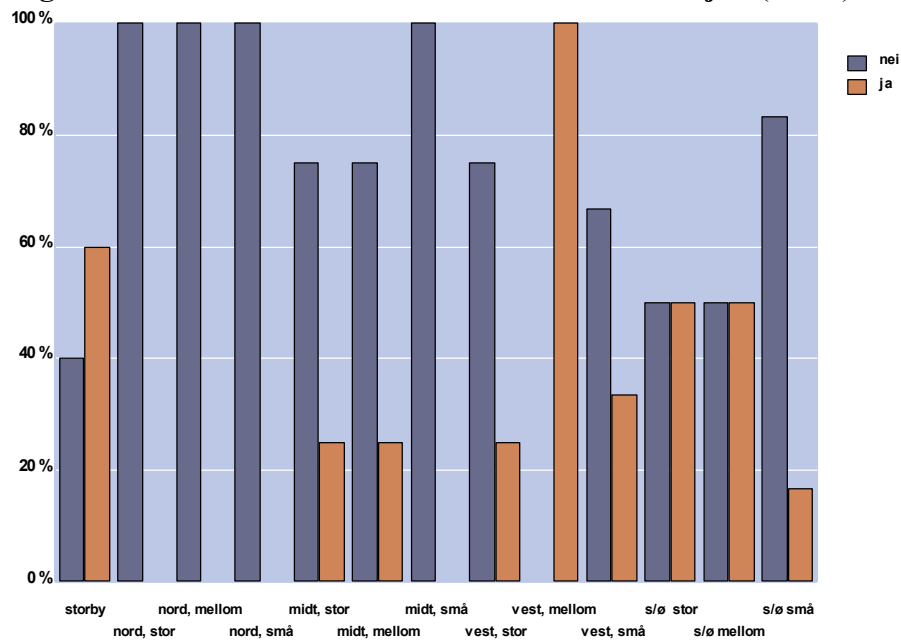


Fig. 5.1c: forekomst av faste møter for etisk refleksjon (N=46)



Jeg minner om at Tabell 3.3.1 som viser at representasjonen fra de ulike helseregionene og kommuner av ulik størrelse er ujevn. Dermed er verdien av informasjonen som framkommer ved analyse av diagrammene liten. Jeg tar derfor ikke for meg fordelingen av andre tiltak for etisk kompetanseheving på samme detaljerte måte.

Ingen kommuner i Helseregion Nord har faste møter det etisk refleksjon er hovedtema. Jeg kan ikke ut fra materialet se at kommunestørrelsen har systematisk betydning når det gjelder dannelse av slike fora. Helseregionen med den største andelen av kommuner som har forum for etiske spørsmål, er Helse Vest, med ca. 60%. Dernest følger helse Sør-Øst med ca. 40%, så Helseregion Midt-Norge med 25%. 60% av storbyenhetene har slike faste fora. Om en sammenligner kommunene nordpå med storbyene, kan det se ut til at avstander har betydning for hvor vanlig det er å ha faste møter for etisk refleksjon. Jeg ser ikke at kommunestørrelse har noen betydning for hvorvidt det arrangeres slike møter. Det er mulig at etisk refleksjon regelmessig inngår i andre sammenhenger, over hele landet, som utvidet rapport eller lunsjmøte, der det ikke er satt av egne møtetider for etisk refleksjon (Sollund 2004:139).

67% (N=44) av respondentene er helt eller litt uenige i at det settes av tilstrekkelig tid til å drøfte etiske vanskelige situasjoner som oppstår i sin egen enhet (Surveyen). Trollestad bemerker at mangel på tid kan oppfattes som en hindring i forhold til et prosessorientert arbeid med verdigrunnlag. Om arbeid med etisk kompetanseheving kunne sees i kombinasjon med f. eks. arbeid med kvalitetssikring eller andre prosjekt, kan det bli mer innarbeidet i organisasjonen og dessuten vurderes som ikke så tidkrevende. Det er et spørsmål om prioritering (Trollestad 2000:107-109.) Det er stor uttalt vilje til å prioritere dette arbeidet blant lederne i det faktiske utvalget, men det har tydeligvis ikke latt seg gjennomføre til nå. En deltager på Etikkonferansen uttaler seg slik:

Vi mangler det å tenke systematisk rundt etiske dilemma, mangler ord på etikk. En opplever i dag å stå alene i praksis, mangler steder å reflektere, få arenaer, det er en utfordring å identifisere de etiske dilemmaene (Innlegget høstet samtykkende mumling under gruppearbeidet i Etikkonferansen).

5.2 Vedtatte kjerneverdier i kommunen

Vedtatte kjerneverdier er en indikasjon på at arbeid med felles verdigrunnlag i kommunen er i gang. 63 % av kommunene er kommet så langt, kan tyde på det. (Hvilke kjerneverdier som er valgt, er listet i vedlegg 5.) Arbeid med grunnleggende verdier er sentralt i verdibasert ledelse

(Trollestad 2000:9). I Nordlandsforsknings rapport om myndiggjorte medarbeidere i pleie og omsorg, legges det også vekt på å ha fokus på verdigrunnlaget (Sollund 2004:110).

Når det gjelder utbredelse av kjerneverdier etter helseregioner og kommunestørrelse, vil jeg nevne ytterpunktene: 100% av små kommuner i Helseregion Nord, små kommuner i Helseregion Midt-Norge, store kommuner i Helseregion Vest har valgt kjerneverdier. Ingen små kommuner i Helse Vest har valgt kjerneverdier.

5.3 Serviceerklæringer

En forgjenger til dagens verdifokus var vektlegging på kvalitetsarbeid – gjennom 90-tallet var kvalitetssikring, kvalitetsutvikling, oppfølging av ISO-standarder, etc. høyt profilert innenfor offentlig virksomheter. Rundt årtusenskiftet har begrepet *verdi* kommet stadig mer i fokus – kanskje som en delvis erstatning for kvalitetsbegrepet (Aadland 2006:62).

En vesentlig del av arbeidet med kvalitetssikring er utarbeidelse av serviceerklæringer. I 63 % av utvalgets kommuner foreligger det slike. Mye arbeid er nedlagt i forbindelse med denne reformen, som nok må betegnes som gårdsdagens.

5.4 Internundervisning i etikk

Omtrent halvparten av kommunene har internundervisning i etikk, kan hende utarbeidelse av verdidokumenter skjer i forbindelse med slik undervisning, jfr. kommunen nevnt i kap. 4.2.2 der gjøre-begrep utarbeides innen hver enhet, i tråd med en metode beskrevet av Trollestad (Trollestad 2000:44-47).

5.5 Verdidokumenter, opplæring i etikk for nyansatte

Utarbeidelse av verdidokumenter har ikke nådd nivået utarbeidelse av kjerneverdier ligger på i utvalget ennå. Over 1/3 av kommunene i det faktiske utvalget har kommet så langt i arbeidet med verdigrunnlaget at det foreligger et verdidokument. At slike dokumenter foreligger, er ikke avgjørende for hvor langt arbeidet med etisk kompetanseheving er kommet, men viser at det er i gang. Om det foreligger et slikt dokument, er det ikke gitt at det er kjent i organisasjonen (Aadland 2006:42). Ca. 1/3 av kommunene har opplæring i etikk for nyansatte, omtrent like mange har utarbeidet planer for etikkarbeidet. Et tiltak Sollund forteller er brukt aktivt i kommunene, i tillegg til refleksjonsgrupper, er etablering av kjøreregler for hvordan de oppfører seg mot hverandre. Fokus på dette videreføres i hvordan de opptrer overfor brukere. De ansatte lærer gjennom dette også mer om dilemma en kan

oppleve i forskjellige situasjoner med brukere, og hvordan dilemmaene kan løses (Sollund 2004:101). En god måte å lære etisk atferd på, er å ha gode forbilder (Wyler1996:56).

Trollestad ser kompetente ledere som en viktig forutsetning for at arbeid med grunnleggende verdier i kommunene skal føre fram (Trollestad 2000:104, 233). 25 av 46 ledere i undersøkelsen har lederutdanning. Det skulle kunne gi et tilfredsstillende utgangspunkt. Helse- og sosialsjefenes prioritering av arbeid med etiske spørsmål vil ha betydning for hvordan dette arbeidet vil la seg gjennomføre i kommunen.

5.6 Oppsummering

Den form for etisk kompetanseheving flest kommuner i det faktiske utvalget har rapportert, er fora for refleksjon om etiske spørsmål (72%). Dette er en grunnleggende form for tiltak for styrking av etisk bevissthet, slik både Sollund (Sollund 2004:97-98) og Trollestad (Trollestad 200:226) ser det. 63% av kommunene har vedtatt kjerneverdier.

Å velge kjerneverdier har å gjøre med arbeid med grunnleggende verdier, og er sentralt i verdibasert ledelse (Trollestad 2000:9). Sollund legger også vekt på å ha fokus på verdigrunnlaget (Sollund 2004:110).

Utarbeidelse av serviceerklæringer kan sees som en forløper for verdibasert ledelse, og har like stor prosentmessig utbredelse blant kommunene som det å vedta kjerneverdier.

De mest brukte tiltak for etisk kompetanseheving i det faktiske utvalget, er i tråd med Sollunds og Trollestads anbefalinger. Men begrepet implementering brukt i forbindelse med arbeid med kjerneverdier i kapittel 4.1 framstår som å være på tvers av Trollestads kommunikative tilnærming.

6 Konklusjon

Utgangspunktet for masteroppgaven er KS sitt ønske om kunnskap om hvordan kommunene kan arbeide systematisk med styrking av kompetansen innen etikk i helse- og omsorgstjenestene. For å kunne vurdere hvilke tiltak som er beste egnet, er det nødvendig å kartlegge situasjonen i kommunene.

En landsomfattende survey³⁰ stilet til kommunale helse- og sosialsjefer viser at 84% av lederne innen det faktiske utvalget rapporterer at de opplever etisk betinget uro i forbindelse med sitt arbeid (Kapittel 4.4). Den form for etiske utfordring de selv oftest nevner, er

³⁰ Svarprosenten ble dessverre på i underkant av 30% (kapittel 3). Resultatet av surveyen er derfor ikke generaliserbart til universet av norske kommuner.

utfordringer i forhold til rammer. De økonomiske rammene går ikke opp i forhold til rettighetslover som angir hvilke helsetjenester kommunene skal innfri overfor innbyggerne. Manglende etisk bevissthet blant medarbeidere uroer også noen av lederne.

Ved lukkede svaralternativ er det mangler ved medarbeideres faglige kompetanse som markeres oftest som en etisk utfordring (57%). Manglende faglig kompetanse også medføre lovbrudd. Manglende etisk bevissthet følger på listen over utfordringer (54%). 48% av respondentene rapporterer uro på bakgrunn av at brukerne av tjenesten stiller urimelige krav. En svakhet heftet ved kvantitativ metode er at det gis få muligheter til å stille oppfølgingsspørsmål. Jeg vet ikke hvilke kriterier helse- og sosialsjefene legger til grunn for å karakterisere krav som urimelige (Kapittel 4).

De rapporterte utfordringene i forhold til rammene, er i tråd med det Vike og Sollund legger fram (Sollund 2004:19). Et forhold som forsterker disse utfordringene, er at loven er i strid med seg selv: ”Når folk har rett til tjenester, styrer ikke budsjettet, men rettighetene hvem av borgerne/pasientene som skal få tjenester og hvor mye” (Molven 2002/2006:43). Samtidig fastslår Kommuneloven § 45 nr. 2 og § 46 nr. 2 at kommunestyrets eller fylkestingets årsbudsjettvedtak gir bindende økonomiske rammer for foretakets drift og investeringer (Se vedlegg). Myndiggjøring blir sett på som egnet til bedre å utnytte knappe kommunale ressurser (Sollund 2004:54,160-163). Trollestad viser til at arbeid med felles verdigrunnlag både øker etisk bevissthet, og gjør det mulig å gjennomføre nødvendige nedskjæringer med bevart troverdighet i forhold til humanistiske verdier (Trollestad 2000:226, 64).

Vekt på faglig kompetanseheving hører sammen med myndiggjøring (Sollund 2004:155). Å styrke etisk bevissthet er også et siktemål med myndiggjøring (Sollund 2004:21). En forutsetning for myndiggjøring, slik Sollund ser det, er tillit. Skal ansatte ha full tillit til kommunen, må de kunne se

”samsvar mellom de forventninger som stilles, og de ressurser som stilles til rådighet, samt at deres overordnede har forståelse for de sektorspesifikke forhold ansatte lever med til daglig” (Sollund 2004:54).

Reell medvirkning på arbeidssituasjonen, både som individ og kollektivt, er premisser Sollund legger til grunn for at myndiggjøring skal finne sted. Den mest utbredte form for etisk kompetanseheving i det faktiske utvalget, er fora for refleksjon om etiske spørsmål (72%). I og med at denne refleksjonen foregår i grupper, er noe av det kollektive aspektet ivaretatt.

Refleksjonsgrupper er en grunnleggende form for tiltak for styrking av etisk bevissthet, slik både Sollund (Sollund 2004:97-98) og Trollestad (Trollestad 2000:226) ser det. NPM forbindes med stort lederspenn og vekt på helhetstenkning, snarere enn faglighet (Sollund 2004:153,142). Jeg har ingen data når det gjelder ledertetthet og mellomlederes faglige kompetanse, og kan derfor ikke vurdere kommunenes tiltak opp i mot Sollunds anbefalinger på disse områdene.

63% av kommunene har vedtatt kjerneverdier. Å velge kjerneverdier har å gjøre med arbeid med grunnleggende verdier, og er sentralt i verdibasert ledelse (Aadland 2006:48).

En helse- og sosialsjef oppgir at Bystyret har vedtatt etiske retningslinjer. ”Vi har jobbet mye med å implementere tekning rundt disse retningslinjene blant alle kommunale ledere” (Survey). Jeg stusser litt på språkbruken, implementering av verdier later til å være litt på tvers av Trollestads anbefalinger.

Trollestads legger vekt på et kommunikativt forhold mellom medarbeidere og ledelse. Ledelse og medarbeidere utarbeider en felles visjon om hvordan organisasjonen skal fungere, og en mulig strategi for å nå dit (Trollestad 2000:226). Sollund legger også vekt på å ha fokus på verdigrunnlaget (Sollund 2004:110). Utarbeidelse av serviceerklæringer kan sees som en forløper for verdibasert ledelse, og har like stor prosentmessig utbredelse blant kommunene som det å vedta kjerneverdier (63%). De resterende tiltakene er: Internundervisning i etikk (48%), utarbeidelse av verdidokumenter (36%), opplæring i etikk for nyansatte og planer for etikkarbeid (33%).(Se kapittel 5.)

De mest brukte tiltak for etisk kompetanseheving i det faktiske utvalget, er i tråd med Sollunds og Trollestads anbefalinger. En helse- og sosialsjef refererer sågar direkte til en metode Trollestad beskriver. Både Trollestad og Sollund presiserer at ting tar tid, det finnes ingen ”quick fix” (Trollestad 2000:9, Sollund 2004:118). Surveyen gir ingen indikasjoner på hvorvidt dette blir tatt hensyn til.

Initiativet til arbeid med verdigrunnlag og myndiggjøring kommer fra toppledelsen. Skal gjennomføringen lykkes, kreves det at ledelsen er oppriktig engasjert og følger opp prosessen de initierer (Trollestad 2004:299, Sollund 2004:6,64). 91% av helse- og sosialsjefene sier seg å prioritere arbeid med etisk kompetanseheving høyt/meget høyt. Både Trollestad og Sollund ser det som nødvendig å ha medarbeiderne med som premissleverandører, om de skal ha eierskap til det organisasjonen står for og oppleve seg forpliktet på det (Trollestad 2004:226,90 Sollund 2004:158). Sollund skriver at under denne

prosessen snus organisasjonen på hodet, medarbeiderne engasjerer seg individuelt og i fellesskap (Sollund 2004:90,154).

At det legges slik vekt på det kollektive, kan stå i motsetning til en instrumentell form for myndiggjøring innen NPM, der ledelsen primært forholder seg til individet (Sollund 2004:28). I tillegg vurderes samarbeid med fagforeninger og tillitsvalgte som hensiktsmessig i den relasjonelle form for myndiggjøring Sollund gjør seg til talsperson for (Sollund 2004:160-161). At Sollund også vektlegger faglighet, mens NPM legger vekt på helhetlig tenkning, noe som i flg. Sollund kan komme til kort i en så fagspesifikk tjeneste som helse og omsorg, er enda et eksempel på at relasjonell myndiggjøring overskrider NPM. Sollund legger også stor vekt på å ha en nærværende mellomleder, dette er et ledernivå som ofte rasjonaliseres bort innen NPM (Sollund 2004:142). Mellomlederen må ha god kommunal ryggdekning, og kommunen må ”signalisere samsvar mellom de ressurser som stilles til rådighet og de forventninger man har til tjenesten” (Sollund 2004:54,163). (Dette tema er behandlet i kapittel 2.6.)

Noen av helse- og sosialsjefene uttaler at de ser prioriteringer innenfor rammene som et etisk og faglig ansvar kommunale ledere må ta. En helse- og sosialsjef kritiserer ulike interesseorganisasjoner og politisk ledelse for ikke å forholde seg til dette. Han mener at rettighetslover og det å love for mye, undergraver velferdsstaten. Det er et faglig ansvar å prioritere noe ned (Fra surveyen). Denne helse- og sosialsjefen mener prioriteringsansvaret ligger hos fagfolk. Vike mener det er et politisk ansvar på statlig nivå å gi klare retningslinjer for hva som skal nedprioriteres, og at ”den politiske elite” ikke ønsker å påta seg det ansvaret. Han ser Ny Offentlig Styring /NPM som et middel staten forskyver ansvaret for manglende kvalitet på helse- og omsorgstjenester over på kommunene ved hjelp av. Han ser det at borgere gjøres til kunder og konkurrenter som en trussel mot velferdsstaten (Vike 2004:94-95). Christensen er inne på liknende tanker:

Nyliberale reformer basert på NPM-ideer vil for eksempel ha et innhold som styrker aggregerende og individualistisk demokratibegrep og svekker mer integrerende og kollektivistiske demokratisyn. Den normative utfordringen er å organisere oppmerksomheten i modernisering, omstilling og fornyelse av offentlig sektor, slik at det tas hensyn til den kompleksiteten som er innebygd i styrings-, organisasjons- og ledelsesformer i moderne demokrati og som sikrer utvikling av en demokratisk politisk orden gjennom aktiv opplæring og sosialisering både av borgere, av offentlig ansatte og av politiske og administrative ledere (Christensen 2004:194).

I form av instrumentelt styringsverktøy er myndiggjøring en del av NPM og kan, om en skal følge Christensens tankegang, bidra både til ”individualisering” og svekkelse av ”kollektivistisk demokratisyn”. Men i relasjonell form, kan myndiggjøring kanskje ha den funksjonen Christiansen ønsker, og påvirke kommunene mer i retning av *Gemeinschaft* (Tönnies 1887/2001: 17).

Ledelsesparadigmene verdibaser ledelse og NPM fungerer side om side, selv om Aadland (Aadland 2004:145-146) og Kuhn (Burrell 1996:646) har sine tvil om at paradigmer kan eksistere side om side. Jeg ser det som en teoretisk mulighet at arbeid med felles verdigrunnlag beskrevet av Trollestad (2000:226) og en relasjonell tilnærming til myndiggjøring, beskrevet av Sollund (2004:8), kan overskride NPM og skape noe nytt.

Imidlertid lar neppe alle etiske utfordringer kommunale ledere innen helse og omsorg måtte stå i, seg løse ved hjelp av etisk skolering og kompetanseheving. Det er et gap mellom det enkelte ansatte innen kommunal helse og omsorgstjeneste ønsker å gi, som fagperson, og det som lar seg gjøre. Lunde-Jensen vil avlive en myte: Fagfolk er ansatt i det offentlige for å levere den perfekte ytelse de er utdannet for å gi. ”Men her tager man grueligt fejl³¹” (Lunde-Jensen 2001:24).

Personalnormeringsordninger og økonomien setter grenser for hva som er mulig å gjennomføre. Mange prøver å levere en tjeneste på et nivå ingen ber om, eller betaler for. Dette er årsak til stor frustrasjon for mange ansatte. Ledere og medarbeidere må undersøke hva politikerne har bedt om. Men, det er selvfølgelig faglige og etiske grenser for hvor langt ned grensen for kvalitet kan senkes, og ledere må rapportere oppover (Lunde-Jensen 2001:200).

Hvem som skal sette denne grensen, og hvor den skal gå, er for tiden uavklart.

³¹ Her er Lunde-Jensen på linje med Molven (Molven 2002/2006:111).

Litteraturliste

- Aadland, Einar (1994): Organisasjonskultur ved to familievernkontor Ei gransking av opne og løynde verdiar ved eit kyrkjeleg og eit offentleg familievernkontor. Oslo, Det norske samlaget (219s)
- (1998): Etikk for helse- og sosialarbeidarar (3. utg.) Oslo, Det Norske Samlaget
- (2004): Den truverdige leiaren. Oslo, Det Norske Samlaget
- (2006): Verdibasert ledelse i praksis En studie av 8 medlemsvirksomheter i HSH, Seksjon for Verdibasert ledelse, Diakonhjemmet Høgskole
- Aakre, Marie (2005): Hva er verdiene verdt? Etisk regnskap ved St. Olavs hospital: slutt rapport: prosjektet "Verdibasert ledelse i praksis" 2002-2005 Trondheim, St. Olavs hospital, Universitetssykehuset i Trondheim
- Arbeidsmiljøloven: 17. Juni. Nr. 62. 2005: Lov om arbeidsmiljø. Arbeidstid og stillingsvern
- Befring, Anne K.. og Bente Ohnstad (2000): Lov om helsepersonell, kommentarutgaven. Oslo, Fagbokforlaget
- Berger, Peter L. og Thomas Luckman (1966): Den samfundsskabte virkelighet En videnssociologisk afhandling af Peter L. Berger og Thomas Luckman Viborg, Lindhardt og Ringhof (1987)
- Brewster, Chris og Henrik Holt Larsen (2000): Human Resource Management in Northern Europe. Oxford, Blackwell Publishers Ltd
- Burrell, Gibson (1996): Normal Science, Paradigms, Metaphors, Discourses and Genealogies of Analysis. I: Stewart R. Clegg, Cynthia Hardy & Walter R. Nord (ed.): Handbook of organizational Studies. London, Sage
- Durkheim, Emile (1897/1978): Selvmodet. Oslo, Gyldendal
- Holm, Arne, Siri Nørve (2007): Bostedsløse i små og mellomstore kommuner Strategier i arbeidet med å forebygge og bekjempe bostedsløshet NIBR-Rapport 2007:8
- Christensen, Tom, Per Lægred, Paul G. Roness, Kjell Arne Rørvik (2004): Organisasjonsteori for offentlig sektor. Instrument, kultur, myte. Oslo, Universitetsforlaget
- Eide, Tom (2007): Etikk og kommunikasjon i Kommunikasjon og relasjoner (Kapittel 4, s. 99-126)
- Eriksen, Erik Oddvar: (1999/2000): Kommunikativ ledelse – om styring av offentlige organisasjoner. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- (2001): Demokratiets sorte hull – om spenning mellom fag og politikk i velferdsstaten, Abstrakt Forlag A/S
- (1992): Det selvstyrte sykehus, NORUT Samfunnsforskning
- Granli, Lene og Ingvild-Anita Velde (2007): 89-åring bor på lageret på sykehjem Nrk Buskerud Publisert 06.11.2007 12:24
- Grønlie, Tor (1991): Velferdskommunen. I: Anne-Hilde Nagel (red.): Velferdskommunen. Kommunens rolle i utviklingen av velferdsstaten, Bergen
- Hellevik, Ottar (2002): Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap, Oslo, Univeristetsforlaget
- Hemma, Jorunn Sveinang (2006): Bli *engasjert* eller by opp selv En studie av verdien engasjement i to etater i Oslo kommune L41 Mastergradsoppgave i verdibasert ledelse.

- Hjertø, Kjell Brynjulf (2006): The Relation Between Intragroup Conflict, Group Size and Work Effectiveness. Series of Dissertations 9/2006 BI Norwegian School of management N-0442 Oslo www.bi.no
- Jacobsen, Dag Ingvar (2000): Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskaplig metode. Kristiansand, Høyskoleforlaget
- Kant, Immanuel (1785/1997): Utdrag fra grunnlegging til moralens metafysikk (norsk oversettelse av Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, 1785), i Morallov og frihet. Oslo, Gyldendal 1997, 9-53
- Kjønstad, Asbjørn (2007): Helserett – pasienter og helsearbeideres rettsstilling. Oslo, Gyldendal Akademisk
- Klausen, Arne Martin (1981): Antropologiens historie En oversikt over fagets utvikling – fra de eldste tider frem til i dag. Oslo Gyldendal Norsk Forlag
- Kommuneforlaget (2007/2008): Kommunenøkkel
- KS/Diakonhjemmet (2007): Kontrakt om pedagogisk utviklingsprosjekt (FoU) Mellom KS og Diakonhjemmet høyskole
- KS (27.06.2007): Tilbudsforespørsel på KS FoU-prosjekt ”Hvordan kan kommunen styrke sin etiske kompetanse innen helse- og omsorg?”
- Lindén, Leila og Erling Birk Madsen (2002): Fagprofesjonelle som ledere En debattbok om ledelse og lederrollen i sundhetsvæsenet. København, Munksgard
- Lunde-Jensen, Lise-Lotte (2001): Værdibasert ledelse i praksis: om ledelse i den offentlige sektor. København, Nytt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Molven 2002/2006: Helse og jus En innføring for helsepersonell. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS 5. utgave
- Mordal, Tove (2000): Som man spør får man svar Arbeid med survey-opplegg. Oslo, Universitetsforlaget
- Møller, Iselin Stalheim (2008): Avslører korrupsjon og dårlig arbeidsmiljø. Dagsavisen (23.09.08:9)
- Nordhaug, Odd: Ledelse av Menneskelige Ressurser Måttet personal- og kompetanseledelse. Oslo, Universitetsforlaget 3. utg.
- Nyeng, Frode (2000): Det autentiske menneske – med Charles Taylors blikk på menneskevitenenskap og moral. Bergen, Fagbokforlaget
- NOU 1997: 2 Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus. Utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet 29. april 1996 Oslo, Statens forvaltningstjeneste Statens trykking
- Osloprosjektet januar 2008: Forslag til nye sokne- og prostigrenser i Oslo
- Selznick, Philip (1957/1997): Lederskap New York, 1997: Otta, Tano Aschehoug
- Solberg, Anne Kristine (1995): Ledelse på kvinners vis. Kvinnelig lederskap i omsorgssektoren. Oslo, Kommuneforlaget A/S
- Sollund, Merethe J., Sissel Trygstad, Birgitte L. Johansen (2004): Myndiggjorte medarbeidere i praksis – hvorfor og hvordan? Rapportering fra et utviklings- og dokumentasjonsprosjekt
- Skivenes, Marit, Sissel Trygstad (2005): Varsling i norsk arbeidsliv Hva betyr det og hva vet vi. Fafo-notat 2005:29
- Stortingsmelding 25 (2005-2006:78)
- Sverdrup, Sidsel (2000): Evaluerer Faser, design og gjennomføring. Bergen, Fagbokforlaget
- Trollestad, Claes (2000): Etik och Organisationskulturer Att skapa en gemensam värdegrund, Stockholm, Svenska förlaget
- Tönnies (1887/2001): Community and Civil Society Cambridge Texts in the History of Political Thought (ed): Jose Harris.

- Verdich, Mona (2006): En undersøkelse av hvordan verdiene blir omsatt i praksis i hjemmetjenesten i Nordstrand bydel L41 Masteroppgave i Verdibasert ledelse, Diakonhjemmets Høgskole, Avd. for etter- og videreutdanning 1. nov. 2006
- Vike, Halvard (2004): Velferd uten grenser 1 Den norske velferdsstaten ved veiskillet. Oslo, Akribe as.
- Wyller, Truls(1996): Etikkens historie En systematisk tilnærming. Oslo, Cappelen Akademiske Forlag
- Øgård, Morten 2000: New Public Management – markedet som redningsplanke? I Baldersheim, Harald og Lawrence Rose (red.): Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering. Bergen, Fagbokforlaget.

Lover og forskrifter med mer

Arbeidsmiljøloven

Lov 17. juni Nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern m.v.

Merknader til forskrift 24. august 2006 nr. 1033 om særbudsjett, særregnskap og årsberetning for kommunale og fylkeskommunale foretak

Helsepersonelloven

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.

Kommuneloven

Lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner

Kommunehelsetjenesteloven

Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene

Menneskerettsloven

Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett

Pasientrettighetsloven

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter

Pasientskadeloven

Lov av 15. juni 2001 nr. 53 om pasientskader

Personopplysningsloven

Lov 14. april 2000 nr. 31 om behandling av personopplysninger

Lov om pasientrettigheter

Ot prp nr 12 (1989-99)

Forskrift til Sosialtjenesteloven

Fo Forskrift 4. desember 1992 nr. 0915 til lov om sosiale tjenester m.v

Elektroniske kilder

Bergen: <http://www.bergen.kommune.no/tema/politikk?articleId=14697&artSectionId=791>

Haga, Åslaug Marie (14.08.2006): Kommunene trenger godt omdømme

http://www.regjeringen.no/nb/dep/krd/dep/Kommunal-_og_regionalminister_Aslaug_Marie_Haga/taler_artikler/2006/Kommunene-trenger-godt-omdomme.html?id=113755

Helseregionene: <http://www.nettsykehus.no/helseregionene.htm> og

http://www.helsesorost.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=25&I=82&mids=a26a nedlastet 19.01.08).

Jensen, Grethe Kielland (2008): Rundstjeler hjelpetrengende Nrk Østlandssendingen

22.01.2008 kl. 08.26, <http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/ostlandssendingen/1.4589047>

Martinsen, Truls og Maria Nakken (2006): [NRKNyheter](#) > [Distrikt](#) > [Østlandssendingen](#):

<http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/ostlandssendingen/1.599878> Publisert 31.05.2006

Menneskerettighetserklæringen:

http://en.wikipedia.org/wiki/Universal_Declaration_of_Human_Rights Universal Declaration of Human Rights Article 1

Oslo kommune (16.12.2004): [Felles verdigrunnlag for 43 000 ansatte i Oslo kommune](#)

16.12.2004 <http://www.utviklings-og-kompetanseetaten.oslo.kommune.no/category.php?categoryID=10937&archiveID=14997>

Stavanger: <http://www.stavanger.kommune.no/publikum/ansatt.nsf/SVGradmannen/0?opendocument&referer=Radmannen&sub=1> nedlastet 03.02.08

Stormyr, Bernhard 27.02.2007: Tre av fire sykepleiere tror på anonym varslingsordning (27.02.2007) NSF mener, Kvalitet i helsetjenesten. Hentet fra:

<http://www.sykepleierforbundet.no/article.php?articleID=13988&printMe=1>

Trondheim: http://no.wikipedia.org/wiki/Kategori:Bydeler_i_Trondheim nedlastet 30.01.08

www.lovdatabasen.no

www.stortinget.no/komiteene/sosial.html - Ot innstillinger

www.dep.no – Helse- og omsorgsdep. for Ot prp

Vedlegg

Vedlegg 1: Lover og forskrifter ang. budsjett

Merknader til forskrift 24. august 2006 nr. 1033 om særbudsjett, særregnskap og årsberetning for kommunale og fylkeskommunale foretak

Til § 1

Bestemmelsen angir forskriftens virkeområde.

Til § 2

Bestemmelsens første ledd fastsetter at kommunestyrets eller fylkestingets vedtak om årsbudsjett for kommunen eller fylkeskommunen skal omfatte virksomhet i kommunalt eller fylkeskommunalt foretak. Dette følger av bestemmelsen i kommuneloven § 45 nr. 1, som innebærer at kommunestyret og fylkestinget har enekompetanse til å fastsette årsbudsjettet for kommunens eller fylkeskommunens virksomhet. Formannskapet eller fylkestinget, alternativt rådet, har likeledes enekompetanse til å avgi innstilling til årsbudsjett for kommunen eller fylkeskommunen. Kommunale eller fylkeskommunale foretak er en del av kommunen eller fylkeskommunen som juridisk enhet. Dette innebærer at kommunestyrets eller fylkestingets budsjettvedtak, og formannskapets eller fylkesutvalgets, alternativt rådets, innstilling til budsjettvedtak, også må omfatte foretak, jf. kommuneloven § 45 nr. 2 og § 46 nr. 2. Kommunestyrets eller fylkestingets årsbudsjettvedtak må således gi bindende økonomiske rammer for foretakets drift og investeringer. Rammene angir de økonomiske fullmakter som foretaket må holde seg innenfor. At rammene er bindende innebærer at de ikke kan overskrides uten at kommunestyret eller fylkestinget på forhånd har foretatt de nødvendige endringer i årsbudsjettet for kommunen eller fylkeskommunen, herunder foretaket.

Vedlegg 2: Varsling og arbeidsmiljøloven

Varsling defineres arbeidsrettslig slik:

Varsling er definert som de tilfeller der ansatte sier fra om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen. Kritikkverdige forhold er forhold i strid med lov eller etiske normer, eksempelvis korrupsjon eller annen økonomisk kriminalitet, fare for pasienters liv og helse, farlige produkter eller dårlig arbeidsmiljø. Det er tale om varsling hvis arbeidstaker sier fra om slike forhold internt til ledelsen eller andre i virksomheten eller eksternt til blant annet tilsynsmyndigheter og media (Arbeidstilsynet 11.12.2006, nytt regelverk om varsling).

§ 2-3b) Arbeidstakers medvirkningsplikt

Arbeidstaker skal straks underrette arbeidsgiver og verneombudet og i nødvendig utstrekning andre arbeidstakere når arbeidstakeren blir oppmerksom på feil eller mangler som kan medføre fare for liv eller helse, og vedkommende selv ikke kan rette på forholdet.

Arbeidsmiljøloven, nye regler fra 01.01.07

§ 2-4 Varsling om kritikkverdige forhold i virksomheten

- (1) Arbeidstaker har rett til å varsle om kritikkverdige forhold i virksomheten.
- (2) Arbeidstakers framgangsmåte ved varsling skal være forsvarlig. Arbeidstaker har uansett rett til å varsle i samsvar med varslingsplikt eller virksomhetens rutiner for varsling. Det samme gjelder varsling til tilsynsmyndigheter eller andre offentlige myndigheter.
- (3) Arbeidsgiver har bevisbyrden for at varsling har skjedd i strid med bestemmelsen. Endret ved lov 1. des. 2006 nr. 64 (i kraft 1. jan. 2007 iflg. res. 1.des.2006 nr. 1324

Vedlegg 3: Forespørsel

Oslo, mars 2008

Kari Sverdrup
Odv. Solbergs vei 212
0973 Oslo
Tlf: 22 21 02 24/450 202 77
kari.sverdrup@diastud.no

Til:
Kommune:

Forespørsel om deltagelse i forskning om etikk

Dette er en forespørsel om deltagelse i et forskningsprosjekt i forbindelse med en masteroppgave i verdibasert ledelse ved Diakonhjemmet høgskole. Oppgaven har følgende problemstilling: *Hvilke etiske utfordringer står ledere innen kommunal helse- og omsorgssektor overfor i sin hverdag?* Masteroppgaven er en del av et FoU-prosjekt for Kommunenes Sentralforbund (KS) som Diakonhjemmet Høgskole har påtatt seg. Prosjektet har som mål å:

- skaffe kunnskap om hvordan kommunene kan arbeide systematisk med styrking av kompetansen innen etikk i helse- og omsorgstjenestene
- utvikle metoder, verktøy, opplæringsstilbud og målemetoder for å støtte opp under kommunens arbeid på dette feltet

Hensikten med prosjektet fra KS sin side, er å medvirke til at folkevalgte, ledere og ansatte har grunnleggende kompetanse i fagetikk, i tråd med Stortingsmelding 25 (2005-2006:78).

Vedlagt følger et spørreskjema som sendes ca. 150 av landets 431 kommuner. Spørsmålene dreier seg om etiske utfordringer ledere i kommunal helse- og omsorgssektor kan oppleve i møte med brukere av tjenesten, medarbeidere og andre ledere.

Jeg håper inderlig du vil ta deg bryet med å fylle ut skjema og returnere det elektronisk til kari.sverdrup@diastud.no innen 15.04.08. Alternativt kan du skrive ut skjemaet og returnere det utfylt til: Kari Sverdrup, Odvar Solbergs vei 212, 0973 Oslo. Jeg har bakgrunn fra i helse- og omsorgstjenesten i kommunal sektor.

At du svarer er av stor betydning, både for KS sin etikksatsning, og for meg personlig, i og med at masteroppgaven min hviler på svarene. Svarene blir anonymisert, både hva person og kommune angår. KS vil distribuere forskningsresultatene.

Min veileder under arbeidet med oppgaven er førstemanuensis, dr. polit. Olav Helge Angell ved Diakonhjemmet Høgskole i Oslo. Han kan nåes på tlf: xxxxxxxx og e-post: angell@diakonhjemmet.no. Om du har spørsmål, vil jeg sette pris på at du tar kontakt med meg.

Med forventningsfull hilsen:

Kari Sverdrup

Vedlegg 4:

SPØRRESKJEMA FOR KOMMUNALE LEDERE

VERSJON 23.03.08

SPØRRESKJEMA OM ETIKK I KOMMUNENES HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Etikk handler om hvordan ting bør og ikke bør være. Tema for spørreskjemaet er: Hvilke etiske utfordringer står ledere innen helse- og omsorgssektor overfor i sin hverdag? All informasjon behandles konfidensielt. Person og kommune blir anonymisert.

Vær så snill å returnere utfylt spørreskjema elektronisk som vedlegg³² til:

kari.sverdrup@diastud.no, eller som post til Kari Sverdrup, Odv. Solbergs vei 212, 0973 Oslo.

1. Finnes det fora innen helse og omsorg i kommunen for å ta opp etiske spørsmål (kryss av)?

26% Nei 74% Ja - Vet ikke N=46

2. Er det organisert faste møter for etisk refleksjon i din enhet (kryss av)?

74% Nei 26% Ja N=46

3. Har kommunen vedtatt kjerneverdier (kryss av)? N=46

28% Nei 63% Ja 9% Vet ikke

4. Hvis ja, hva handler de om?

Spesifiser: ...

Se eget vedlegg

Er det for kommunale helse- og omsorgstjenester utformet (kryss av):

	Ja	Nei	Vet ikke	
5. Serviceerklæringer?	63%	35%	2%	N=46
6. Verdidokumenter?	36	48		N=44
7. Pasienten-i-sentrum-prosedyrer?	28	50	22	N=46
8. Etisk regnskap?	4	80	13	N=45
9. Planer for etikkarbeid?	33	59	9	N=46
10. Internundervisning i etikk?	48	46	7	N=46
11. Opplæring i etikk for nyansatte?	33	58	9	N=45
12. Etisk råd/utvalg?	16	73	11	N=45
13. Samarbeid med andre institusjoner ang. etikk?	29	62	9	N=45
14. Studiesirkel om etikk?	20	71	9	N=45

³² Tips: Lagre utfylt skjema på skrivebordet og legg ved e-posten når du svarer.

15. Etikk handler om hvordan ting bør og ikke bør være. Hvor høyt på en skala fra 1-4, der 1 er meget lavt og 4 er meget høyt, mener du arbeid med etiske spørsmål bør prioriteres innen helse- og omsorg i din kommune (kryss av)?

	meget lavt			meget høyt	
	1	2	3	4	
-	7%	44%	49%		N=45

16. Har du opplevd noe i din hverdag som leder innen helse- og omsorgstjeneste i denne kommunen, som gjorde deg urolig, eller som du opplevde som etisk vanskelig (kryss av)?

16% Nei 84% Ja

Hvis ja, var det relatert til (flere kryss er mulig): N=46

17. Manglende etisk bevissthet i lederkollegiet	15%
18. Brukers juridiske rettigheter til hjelp ble ikke ivaretatt	22%
19. Ustabil bemanning	44%
20. Manglende faglig kompetanse blant medarbeidere	57%
21. Manglende etisk bevissthet blant medarbeidere	54%
22. Vedvarende lav bemanning	24%
23. Manglende bevissthet blant politikere om konsekvenser av budsjettvedtak	39%
24. Urimelige krav fra brukere	48%
25. Manglende faglig kompetanse blant ledere	20%

26. Var eventuell uro knyttet til noe annet i forbindelse med ditt arbeid?
Spesifiser: ...

Se eget vedlegg

Nedenfor følger noen påstander angående etiske spørsmål innen helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Kryss av for hvor enig eller uenig du er i påstandene, 1 for helt uenig, 4 for helt enig.

(Tall i tabellen er oppgitt i % , N oppgis pr. svar)	helt uenig			helt enig	
	1	2	3	4	
27. Budsjettet gir tilstrekkelig rom for faglig adekvat behandling av brukerne	45	34	46	16	N=44
28. Den administrative ledelsen står ikke selv helhjertet bak etikkarbeidet	44	28	23	5	N=43
29. Brukermedvirkning blir godt ivaretatt i praksis	-	28	56	16	N=43
30. Brukeres juridiske rettigheter krenkes ofte	66	25	9	-	N=44
31. Medarbeidere viser etisk bevissthet i sin praksis	-	7	70	23	N=43
32. Effektivitetskrav har forrang, på bekostning av det som er faglig forsvarlig	30	43	23	5	N=44
33. Det settes av tilstrekkelig tid til drøfting av etisk vanskelige situasjoner som oppstår i min enhet	11	46	36	7	N=44
34. Brukeres personvern blir dårlig ivaretatt	52	34	9	5	N=44
35. Tjenesten justeres i tråd med berettiget kritikk	7	12	49	33	N=43
36. Det lar seg ikke gjøre å bruke tolk i den daglige kontakt med brukere som kunne trenge det	48	30	14	9	N=44

37. Kjenner du til at det har oppstått etisk kompliserte situasjoner innen helse- og omsorgssektor i din kommune i forbindelse med møter mellom mennesker med forskjellige etnisk/kulturell bakgrunn (kryss av)?

65% Nei 35% Ja N=46

Hvis nei, gå videre til spørsmål 56.

Hvis ja, gjaldt det (kryss av): N=46

38. etniske/kulturelle forskjeller innad i personalet, dvs. mellom ansatte/grupper av ansatte?

9%
30%

39. etniske/kulturelle forskjeller mellom ansatte på den ene side, og pasient, bruker og/eller pårørende på den andre side?

Nedenfor følger påstander om hva som kan ha gjort møtet mellom mennesker med ulik etnisk/kulturell bakgrunn vanskelig. Kryss av for hvor enig eller uenig du er i påstanden, 1 for helt uenig, 4 for helt enig.

Svar oppgitt i % i forhold til hver linjes N	helt uenig		helt enig	
	1	2	3	4
40. Medarbeideren forsto ikke norsk godt nok N=16	31	13	25	31
41. Brukeren forsto ikke norsk godt nok N=19	11	37	53	-
42. Ledelsen viste ikke tilstrekkelig imøtekommenhet i når det gjaldt religiøse/kulturelle behov hos medarbeider (f.eks. bruk av hodeplagg, julebordsmeny).N=16	50	50	-	-
43. Ledere med minoritetsbakgrunn ble ikke respektert på lik linje med etnisk norske ledere N=12	75	25		
44. Bruker hadde forventninger som ikke lar seg innfri N=19	11	5	58	26
45. Bruker traff valg som går på tvers av norsk rett og forvaltningspraksis N=12	17	25	50	8
46. Pårørende traff valg som går på tvers av norsk rett og forvaltningspraksis N=13	31	23	39	8
47. Medarbeidere viste ikke tilstrekkelig fleksibilitet (mindre, gjennomførbare tilpassinger, som å ta av seg sko, vise eldre respekt o.l.) N=14	36	21	43	-
48. Medarbeidere med ulik etnisk/kulturell bakgrunn var uenige om hvordan arbeidet skulle fordeles, f. eks. mellom kvinner og menn N=13	46	23	23	8
49. Det lot seg ikke gjøre å bruke tolk i en situasjon overfor medarbeider/e som kunne trenge det N=14	36	29	29	7
50. Leder opptrådte nedlatende overfor medarbeider/e med annen etnisk/kulturell bakgrunn N=15	87	13	-	-
51. Medarbeidere/n traff valg som går på tvers av norsk rett og forvaltningspraksis N=14	64	21	14	-
52. Medarbeider opptrådte nedlatende overfor bruker med annen etnisk/kulturell bakgrunn N=15	67	33	-	-
53. Menn med minoritetsbakgrunn hadde vanskelig for å innordne seg kvinnelige ledere N=13	31	23	31	15
54. Pasienten/brukeren ønsket kun hjelp av norske medarbeidere N=15	33	20	13	33
55. Det oppsto motsetninger mellom tolk og medarbeider/bruker av tjenesten N=12	50	17	33	-

56. Har du selv tatt initiativ til å drøfte etiske utfordringer i forbindelse med ditt arbeide på din arbeidsplass, eller i et annet forum i kommunen (kryss av)?

9% Nei 91% Ja N=33

Bakgrunnsinformasjon:

57. Kjønn, kryss av:

55% Kvinne 45% Mann N=42

58. Alder, kryss av: N= 42

Under 30	31-40	41-50	51-60	Over 60
-	10%	33%	48%	10%

59. Hva er din kulturelle/etniske identitet? Om du har tilhørighet til flere grupper, kan du godt nevne samtlige: Norsk: 88%, nordisk, norsk unntatt: 5%, annet: 7 N=41
Ingen fra andre verdensdeler enn Europa, men noen oppga tilleggstilhørigheter til norsk, som eks. samisk, eller tilhørighet til andre europeiske land.

60. Hva er din stilling i kommunen og ditt ansvarsområde i stillingen?

Stilling: Helse- og sosialsjefenes titler og ansvarsområder er varierende, og lar seg ikke kategorisere.

Ansvarsområde:

61. Utdanning etter videregående skole:

Kun kategorisert lederutdanning: N=46

57% har lederutdanning,

44% har ikke oppgitt lederutdanning

62. Kommunens/bydelens navn: Se oversikt over helseregion og kommunestørrelse i vedlegg (Vi ber om kommune/bydelsnavn fordi kommuner/bydeler blir klassifisert etter helseregion og størrelse i analyseøyemed. Stedsnavn blir anonymisert.)

63. I hvor mange år har du vært ansatt i denne kommunen?

64. I hvor mange år har du vært ansatt i denne lederstillingen?

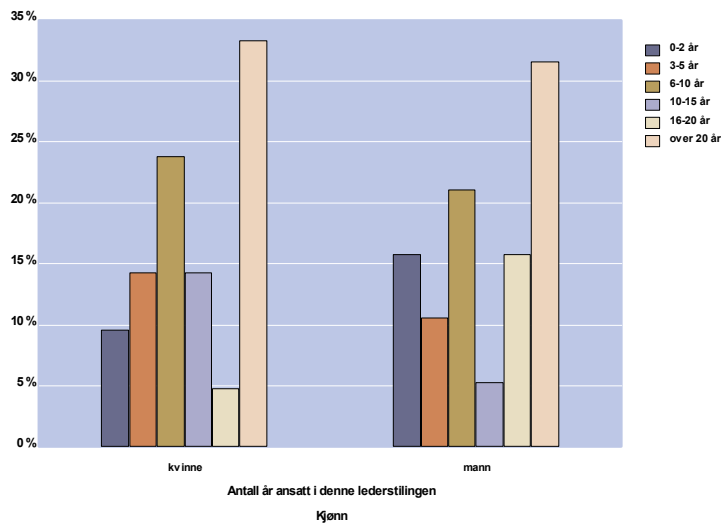
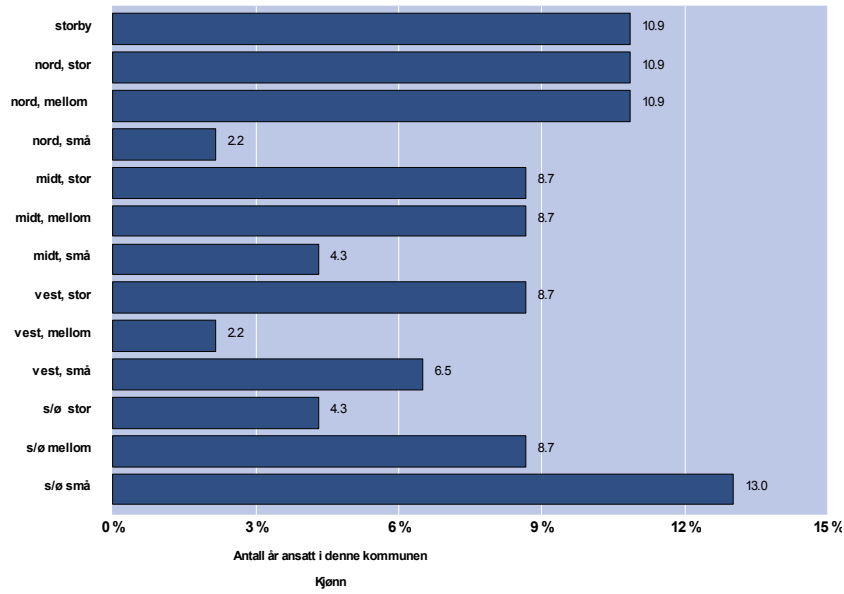
Antall år:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se vedlagte diagram

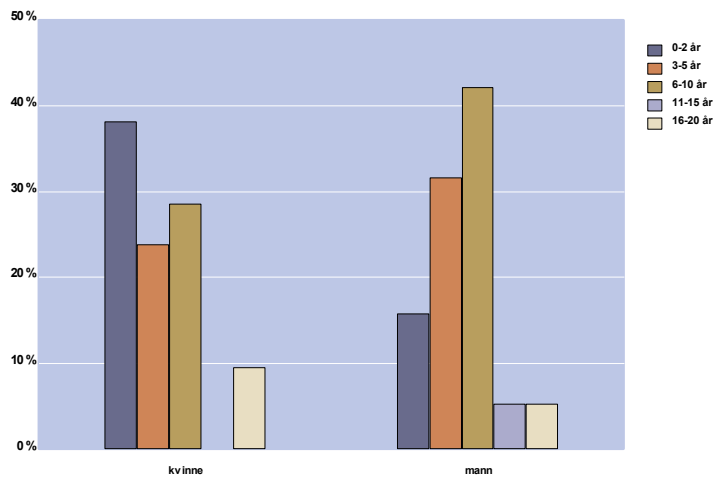
65. Ev. kommentarer til spørreskjema:

Takk for hjelpen!

Helseregion og kommune størrelse



Spørsmål 63, N=42



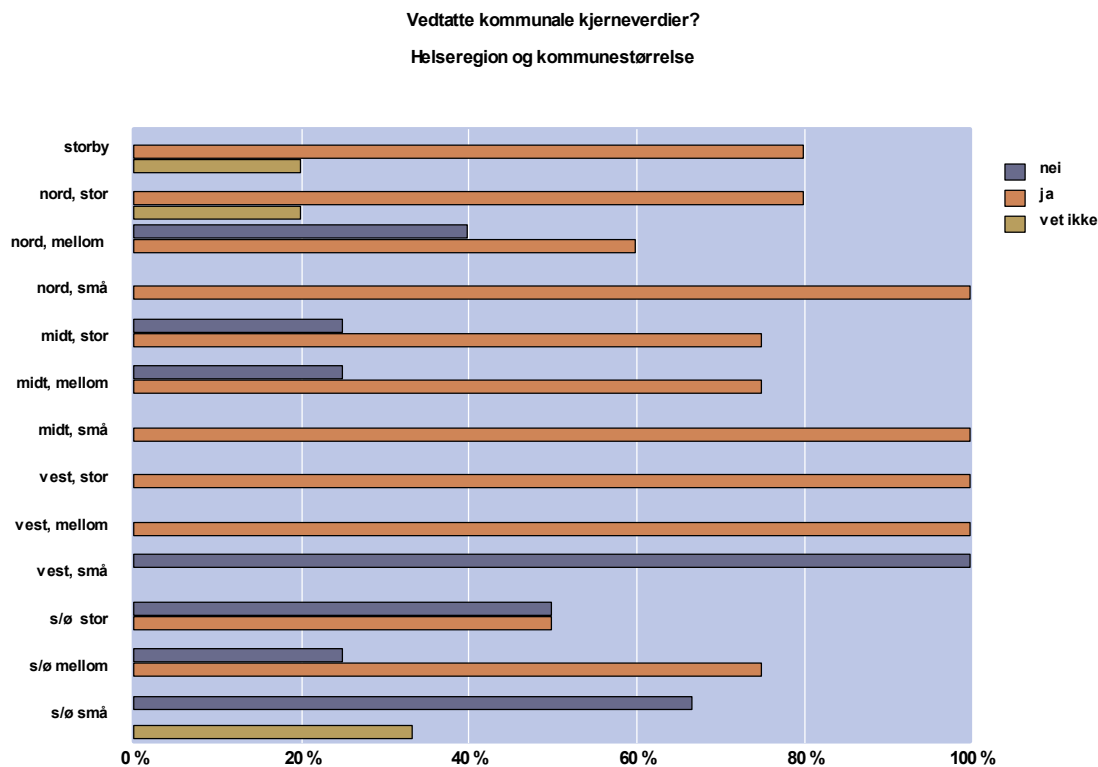
Spørsmål 64, N=42

Vedlegg 5: Kjerneverdier

- Trivsel – trygghet – tilhørighet
- Kommunen er en omsorgskommune
- Lagånd, stolt, åpen, ha trua
- Ærlighet, seriøsitet, deltagelse, interesse, søken
- Atferdskrav: Respektfull, ansvarlig og mulighetsorientert. Oppfølgingskrav: Vise tillit, imøtekommende, akseptere forskjellighet. Tenker helhet, ta avgjørelser, følge opp avtaler og vedtak. Ha fokus på utvikling, ta vare på kreativitet, tørre prøve.
- Våre sentrale verdier er Åpen, modig og kompetent. Dette er verdier vi ønsker at alle ansatte skal preges av i sitt møte ved våre brukere.
Ellers har Bystyret vedtatt etiske retningslinjer som du finner på nettsiden vår. Vi har jobbet mye med å implementere tenkning rundt disse retningslinjene blant alle kommunale ledere.
- En ansvarlig, modig og endringsvillig kommune. Rett tjeneste utført til rett tid og med rett kvalitet.
- Respekt, medvirkning og inkludering
- Respekt, Omsorg, Likeverd, Lojalitet, Ærlighet, Rettferdighet
- Etiske retningslinjer skal avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av krav gitt eller fastsatt i medhold av HMS, jfr. AML §§ 7 og 12
- Åpenhet - alle innbyggere en del av fellesskapet
- Respekt, Raushet, Ansvarlighet og Medvirkning
- Ansattes og folkevalgtes etiske holdninger - menneskeverd – likebehandling m.m. Om ansattes opplysningsplikt og betydning av å melde om kritikkverdige forhold. Unngå konflikt mellom kommunens interesser og egne.
- Handler om rettesnor eller mønster for hvordan den enkelte bør opptre på vegne av kommunen
- Respekt, ansvarlighet, engasjement, raushet, mot, humor, dette gjelder i personalarbeid og i arbeid i forhold til klienter/innbyggere
- Ærlighet, redelighet, åpenhet +++ (Vedlegges)

Tabell over kategoriserte kjerneverdier

<p>Åpenhet/ Åpenhet – alle innbyggere er en del av fellesskapet (5) Akseptere forskjellighet/imøtekommenhet/inkludering (3) Raushet (2) Omsorg/kommunen er en omsorgskommune (2) Vise tillit (1) Trivsel (1) Trygghet (1) Tilhørighet (1) Deltagelse (1) ”Ha trua” (1) Interesse (1) Søken (1) Humor (1) (14)</p>	<p>Endringsvillig mulighetsorientert/fokus på utvikling/ kreativitet/framtidsretta (6) Modig/modig kommune / tørre prøve (4) Ansvarlig (2) Medvirkning (2) Serviceinnstilt (1) Kvalitetsbevisst (1) Tenke helhet (1) Lagånd (1) Stolt (1) Beslutningsdyktig (1) Seriøsitet (1) Rettesnor eller mønster for hvordan den enkelte bør opptre på vegne av kommunen (1) (13)</p>	<p>Respekt/respektfull (5) Ærlighet/redelighet (5) Likeverd/menneskeverd/likebehandling (3) Ansattes og folkevalgtes etiske holdninger - menneskeverd – likebehandling. Varsling (2): Opplysningsplikt og betydning av å melde om kritikkverdige forhold/ Etiske retningslinjer skal avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av krav gitt eller fastsatt i medhold av HMS, jfr. AML §§7 og 12 Lojalitet (2) Ansvarlighet (2) Kompetent (1) Rettferdighet (1) Følge opp avtaler og vedtak (1) Rett tjeneste til rett tid med rett kvalitet (1) (10)</p>
--	--	--



relasjonell	instrumentell	normrasjonell
--------------------	----------------------	----------------------

Vedlegg 6: Årsaker til etisk betinget uro

- Ja, manglende tillit/tiltro fra ansatte i en avdeling til det faglige arbeidet i en annen avdeling i kommunen (Helseregion Nord, mellomstor kommune).
- Stor uformell kjennskap til både brukere og ansatte (Helse Sør-Øst, mellomstor kommune).
- Aggressive klienter som tyr til vold eller verbal vold (Helse Sør-Øst, småkommune).
- Det forelå dramatiske kutt utifra økonomi som rammer brukere og ansattes rettigheter, gir bortfall av tjenester og øker arbeidspresset på de ansatte (Helse Sør-Øst, stor kommune).
- Det vi kan gjøre for å bedre dagens tilbud, er å jobbe med kompetanse og holdninger blant ansatte, samt jobbe med å gi brukere og innbyggere realistiske forventninger til hva vi kan bidra med nå og i framtida! (Storby)
- Hovedsakelig liten grad av etisk bevissthet blant tilsatte og mangel på bemanning. Den faglige kompetansen blant de tilsatte vil jeg vurdere som god, og de sørger for en rimelig god tjeneste innenfor de ressursrammer de har (Helse Sør-Øst, småkommune).
- ??? Stadig ”uro” omkring beslutninger, midler, bemanning med mer uten at dette har noe særlig etisk begrunnelse er implikasjon (Helseregion Midt-Norge, stor kommune) Forholdet mellom lovens beskrivelse av brukerens rettigheter og kommunens ressursmessige evne til å imøtekomme krav og forventninger til tjenester (Helseregion Midt-Norge, stor kommune)
- Hvor tydelig er vi på forskjellen mellom juridisk forsvarlig, faglig forsvarlig og etisk forvarlig. Og i diskusjonen godt nok, hva er godt nok i disse tre perspektivene? (Storby)
- Det går ikke an å diskutere etikk uten å se på våre rammebetingelser. Mitt ”bakteppe” er kunnskapen om at vi ALDRI noen gang kommer til å få høyere bemanning enn vi har i dag. Dette skyldes demografien og manglende tilgang til arbeidskraft i årene som kommer. I beste fall vil vi klare å opprettholde dagens tilbud. Sett utifra en slik erkjennelse, er hovedproblemet mht etikk i dag at ansatte, ulike interesseorganisasjoner og politisk ledelse både nasjonalt og lokalt ikke forholde seg til denne kunnskapen. Ved å innføre rettighetslovgiving og love for mye, graver velferdsstaten sin egen grav mht oppslutning. Etikk må handle om prioritering; skal noe prioriteres opp, må vi som fagfolk også ta ansvar for å prioritere noe ned (Storby).
- Stadig uro i forhold til kvalitet på arbeidet vi gjør. Alt for mange oppgaver av ymse slag i forhold til bemanning. Stadig utfordringer i forhold til rapport/statistisk/data/omstillinger mv. sett i forhold til at brukerne skal ha ”rett svar” i ”rett tid” (Helseregion Nord, småkommune).
- Informasjonsplikt, ”varsling”, likebehandling (Helseregion Nord, stor kommune).
- Forholdet mellom lovens beskrivelse av brukerens rettigheter og kommunens ressursmessige evne til å imøtekomme krav og forventninger til tjenester (Helseregion Vest, stor kommune)
- Liten kommune med stor uformell kjennskap til både brukere og ansatte. (Helse Sør-Øst, mellomstor kommune).