



Kvalitetsarbeid i kommunalt bofellesskap.

En kvalitativ studie om lederes erfaringer med kvalitetsarbeid
i bofellesskap til mennesker med psykiske helseutfordringer

Siv Dybdahl
VID vitenskapelige høgskole
Oslo

Masteroppgave
Master i helsefremmende relasjonsarbeid

Antall ord: 23873
15.05.2023

Forord

I arbeidet med denne masteroppgaven har jeg kunnet fordype meg i noe som engasjerer meg, og som motiverer meg til videre arbeid med kvalitet. Som avdelingsleder for to bofellesskap jobber jeg hver dag med oppgavens tematikk. Det har tidvis vært et utfordrende og tungt arbeid å skrive masteroppgave, men aller mest har det vært utviklende og givende.

Det har vært fint å møte positivt innstilte ledere, som gladelig stilte opp til intervjuer, og som med det ønsket å bidra til kunnskapsutvikling. Det har føltes viktig å kunne videreformidle deres erfaringer og refleksjoner. Tusen takk for at dere tok dere tid til å møtes i allerede fulle timeplaner. Fortsett å være engasjerte ledere i tjenester som trenger deres ledelse.

Tusen takk til min veileder Marit Helene Hem. Du har vært trygg, tålmodig og klok gjennom denne prosessen. Du ga meg troen på at dette kunne gå. Takk til medstudenter fra forelesninger, men aller mest fra skriveseminarene. Dere har vært gode og støttende.

Tusen takk til deg Aksel. Du er en fryd å ha i hus. Du har vært forståelsesfull, og stilt gode reflekterende spørsmål til meg underveis som har hjulpet meg å sette arbeidet med masteroppgaven i perspektiv. Takk til deg Geir for at du har troen på meg, og har gitt meg rom til å fullføre denne masteroppgaven. Takk til resten av flokken min Aurora, Frida, Marthe og Linus for at dere heier på meg. Takk til verdens beste kollegaer som har avlastet meg, lest korrektur og klappet meg på skulderen. Mine to hunder, Konrad og Eiffel, dere har betydd mye, og hjulpet meg med lufteturer og kos når hodet har trengt det.

Det kjennes godt å få mulighet til å gjennomføre et masterprosjekt. Jeg er stolt og glad.

Askim, 13.05.2023

Siv Dybdahl

Sammendrag

Hensikt: Det er viktig å fremme bofellesskap sin relevans og betydning for mennesker med langvarige og alvorlige psykiske helseutfordringer, samt betydning av kvalitet i dette arbeidet. Forståelse og innsikt i bofellesskap som tjeneste vil påvirke forståelsen av behovet for kompetanse, og at kontinuerlig kvalitetsarbeid krever kompetente ledere. Studien har søkt å utforske hvilke erfaringer ledere har med kvalitetsarbeid i tjenester til mennesker med psykiske helseutfordringer i bofellesskap.

Teoretisk forankring: Studien er teoretisk forankret i litteratur og forskning om bofellesskap som terapeutisk arena, miljøterapi som metode og som metodikk i bofellesskap, med grunnlag i recoveryperspektivet. Ledelse av helsefremmende tjenester i bofellesskap baserer seg på offentlige styringsdokumenter om kvalitet og ledelse i helse- og omsorgstjenestene, og presenteres som en del av den teoretiske forankringen.

Metode: Gjennom intervjuer med fire ledere av bofellesskap for mennesker med psykiske helseutfordringer ble deres erfaringer knyttet til kvalitetsarbeid undersøkt. Intervjuene ble transkribert og analysert med en hermeneutisk tilnærming, og inspirert av Braun og Clarkes (2022) refleksive tematiske analyse.

Resultat: Studiens resultater presenteres gjennom fire hovedtemaer: Organisering påvirker kvaliteten, Felles faglig forståelse, Arenaer for tjenesteutvikling, og Erfaringer og forståelse av kompetanse og personalsammensetning

Konklusjon: Det fremkommer i studien at strukturelle faktorer påvirker ledernes erfaringer med kvalitetsarbeid i tjenester i bofellesskap. Resultatene viser at kvaliteten påvirkes av om rus- og psykisk helsefeltet er organisert som et samlet fagfelt, eller ved en geografisk områdeinndeling av virksomhetene. Lederne erfarte at de ikke hadde påvirkning på tildelingen av botilbudene, noe som påvirker sammensetningen av beboere. Uheldige sammensetninger av beboere utfordrer arbeidet med målrettet miljøterapi i bofellesskapene. Lederne har overordnede visjoner for kvalitetsarbeid med økt fokus på prosedyrer, felles faglig forståelse og kompetanse. Tjenesten som leveres i bofellesskapene,

defineres av lederne som miljøterapi med målrettede tiltak basert på beboerens behov, med ulike forutsetninger og rammebetingelser.

Nøkkelord: kvalitetsarbeid, bofellesskap, psykisk helseutfordringer, lederes erfaringer

Abstract

Purpose: It is important to promote the relevance and importance of supported accommodations for people with long-term and serious mental health challenges, as well as the importance of quality in this work. Understanding and insight into supported accommodation as a service will influence the understanding of need for competence and the continuous quality work requires competent managers. The study sought to explore what experiences managers have with quality work in services for people with mental health challenges in supported accommodations.

Theory: The study is theoretically rooted in literature and research on supported accommodation as a therapeutic arena, environmental therapy as a method and as a methodology in supported accommodations, with a basis in the recovery perspective. Management of health-promoting services in supported accommodations is based on public management documents on quality and management in health and care services. This is presented as part of the theoretical grounding.

Method: Through interviews with four managers of supported accommodations for people with mental health challenges, their experiences related to quality work were investigated. The interviews were transcribed and analyzed with a hermeneutic approach, and inspired by Braun and Clarke's (2022) reflexive thematic analysis.

Results: The study's results are presented through four main themes: Organization affects quality, Common professional understanding, Arenas for service development, and Experiences and understanding of competence and personnel composition.

Conclusion: It appears in the study that structural factors influence managers' experiences with quality work in services in supported accommodations. The results show that the quality is affected by whether the drug and mental health field is organized as a single subject, or by a geographical division of the businesses. The managers learned that they had no influence on the allocation of housing offers, which affects the composition of residents. Unfortunate combinations of residents challenge the work with targeted environmental

therapy in the supported accommodations. The managers have overall visions for quality work with an increased focus on procedures, common professional understanding and competence. The service provided in the supported accommodations is defined by the managers as environmental therapy with targeted measures based on the resident's needs, with different assumptions and framework conditions.

Keywords: quality work, supported accommodations, mental health challenges, managers' experiences

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	2
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	2
1.1.1 Lederes erfaringer med kvalitetsarbeid	2
1.1.2 Bofellesskap som kontekst for helsefremmende arbeid	2
1.1.3 Kvalitet i helse- og omsorgstjenestene	3
1.1.4 Tidligere forskning.....	5
1.1.5 Kontekst for studien	6
1.2 <i>Problemstilling og hensikt</i>	7
1.3 <i>Oppgavens oppbygning og avgrensning</i>	8
2 Teoretisk forankring	10
2.1 <i>Historisk blikk på bofellesskap innen psykisk helse</i>	10
2.2 <i>Hva er et bofellesskap?</i>	11
2.2.1 Tjenestebeskrivelse	11
2.2.2 Kriterier for tildeling av bofellesskap	11
2.2.3 Bofellesskap som terapeutisk arena.....	12
2.2.4 Miljøterapi i bofellesskap i et recoveryperspektiv	16
2.3 <i>Ledelse av bofellesskap</i>	19
2.3.1 Ansvar og kvalitet i tjenesten	21
3 Metode	25
3.1 <i>Kvalitativ metode</i>	25
3.2 <i>Vitenskapsteoretisk ståsted</i>	25
3.3 <i>Forforståelse</i>	26
3.4 <i>Litteratursøk</i>	27
3.5 <i>Metodisk tilnærming</i>	28
3.5.1 <i>Utvalg og rekruttering</i>	28
3.5.2 <i>Semistrukturert intervju</i>	29
3.5.3 <i>Gjennomføring av intervjuene</i>	30
3.6 <i>Tematisk analyse</i>	32
3.6.1 <i>Bli kjent med datamaterialet</i>	33
3.6.2 <i>Lag de første kodene</i>	33
3.6.3 <i>Søk etter tema</i>	34
3.6.4 <i>Kritisk gjennomgang av tema</i>	34
3.6.5 <i>Definer og navngi temaene</i>	34
3.6.6 <i>Skriveprosess</i>	35
3.7 <i>Etiske overveielser og betraktninger</i>	36
3.8 <i>Forskningskriterier</i>	38

4 Resultater	39
4.1 <i>Organisering påvirker kvaliteten</i>	39
4.1.1 Organisatoriske faktorer	39
4.1.2 Tildelingskontorets rolle for ledernes erfaringer	42
4.1.3 Lederstøtte	44
4.2 <i>Felles faglig forståelse</i>	45
4.2.1 Ledernes visjoner og tanker om tjenesteinnhold.....	45
4.2.2 Faglig tilnærming.....	46
4.3 <i>Arenaer for tjenesteutvikling</i>	48
4.4 <i>Erfaringer og forståelse av kompetanse og personalsammensetning.....</i>	50
5 Diskusjon	52
5.1 <i>Organisering påvirker kvaliteten på tjenestene.....</i>	52
5.1.1 Organisatoriske faktorer	52
5.1.2 Tildelingskontorets rolle for ledernes erfaringer	56
5.1.3 Lederstøtte	58
5.2 <i>Felles faglig forståelse</i>	60
5.2.1 Ledernes visjoner og tanker om tjenesteinnhold.....	60
5.2.2 Faglig tilnærming.....	62
5.3 <i>Arenaer for tjenesteutvikling</i>	66
5.4 <i>Erfaringer og forståelse av kompetanse og personalsammensetning.....</i>	67
6 Avslutning	71
Litteraturliste	74
Vedlegg	84

1 Innledning

Jeg vil i dette kapitlet gjøre rede for bakgrunn for valg av tema for denne masteroppgaven. Videre vil jeg presentere problemstillingen og hensikten med denne studien, før oppgavens oppbygning og avgrensning runder av kapitlet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

1.1.1 Lederes erfaringer med kvalitetsarbeid

Denne masteroppgaven handler om lederes erfaringer med kvalitetsarbeid i bofellesskap til mennesker med psykiske helseutfordringer.

Beboere i bofellesskap er mennesker med alvorlig psykisk lidelse som er i behov av omfattende og langvarige tjenester. Hvordan kommunene organiserer seg for å gi tjenester til denne brukergruppen varierer fra kommune til kommune, og de kommunene som har et botilbud til mennesker med psykiske helseutfordringer organiserer også tjenestene på forskjellige måter. I noen kommuner organiseres botilbud som omsorgsboliger hvor de får vedtak på livsløpsbolig, mens andre kommuner organiserer tjenesten som gjennomgangsboliger, hvor hensikten er å oppnå et selvstendig liv i ordinær bolig på sikt. For å oppnå et selvstendig liv må botilbudet ha miljøterapeutiske tiltak som sikter mot å bistå beboeren i bedringsprosessen.

De siste 13 årene har jeg jobbet som sykepleier i et kommunalt bofellesskap, og de siste 8 årene som avdelingsleder på samme sted. I disse årene har jeg møtt mange mennesker som strever med livene sine, og sett viktigheten av at hjelpere har kompetanse på relasjoner, bedringsprosesser og miljøterapeutiske tiltak. I eget arbeid som avdelingsleder har jeg engasjert meg i utviklingsarbeid med fokus på kvalitet.

1.1.2 Bofellesskap som kontekst for helsefremmende arbeid

Bofellesskap for mennesker med psykiske helseutfordringer har vokst frem i de fleste norske kommuner etter nedbyggingen av institusjonsplasser fra 1970-tallet (Hansen & Grødem,

2012). Organiseringen av disse er svært forskjellig når det kommer til hvilke tjenester som gis og hvem som kvalifiserer til en slik bolig. Helsedirektoratet (2012) påpeker at egen bolig kan bidra til å oppleve mestring, trygghet, selvstendighet og økt livskvalitet, samt at tiltak knyttet til boligen kan bidra til nettverk og styrking av egne ressurser.

En del av de alvorligst syke får omfattende støtte i boliger tilrettelagt for heldøgns omsorgstjenester i hjemkommunene sine (Lauveng, 2020). Det er et kommunalt ansvar å tilby mennesker med langvarige psykiske helseutfordringer et godt og relevant botilbud, med tilrettelagte tjenester som skaper de riktige forutsetningene for å bo i egen bolig (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Å bo i egen bolig betyr å ha et leie- eller eieforhold, og en bor i egen bolig også når boligen er i bofellesskap eller andre kommunale botilbud. Bor en på institusjon er dette ikke å regne som egen bolig (Gjengitt fra:

<https://www.veiviseren.no/stotte-i-arbeidsprosess/tjenester-og-bo-oppfolging/bo-oppfolging-og-andre-typer-tjenester-i-og-ved-bolig>).

Denne oppgaven er knyttet til masterstudiet i helsefremmende relasjonsarbeid. Det betyr at oppgaven tematiserer kvalitetsarbeid i tjenestene til mennesker med psykiske helseutfordringer i bofellesskap. Tjenester til mennesker med psykiske helseutfordringer i bofellesskap vektlegger et samspill mellom det fysiske og psykososiale læringsmiljøet med fokus på relasjonen og alliansen mellom miljøterapeuten og beboeren (Skorpen & Øye, 2010). Relasjonskompetanse ligger til grunn for alt godt psykisk helsearbeid og kan således forstås i sammenheng med kvalitet i tjenestene. Helsepersonalets holdninger om å forstå beboerne og at de ønsker å bruke sin kunnskap til å gi beboere bedre innsikt i egne liv, kan fremme vekst og kan bidra til helsefremming (Torbjørnsen et al., 2022, Borge et al., 2018).

1.1.3 Kvalitet i helse- og omsorgstjenestene

Helse- og omsorgstjenestene som kommunene er lovpålagt å gi beboere i bofellesskap, skal være av en viss kvalitet (Lovdata, Helsedirektoratet, 2020, Meld. St. 10 (2012- 2013)).

Tjenestetilbudet omfatter «utredning, behandling, rådgivning og veiledning, psykosial støtte, herunder bistand til å fremskaffe bolig og yte oppfølging i egen bolig» (Helsedirektoratet, 2020). Tjenestene skal bidra til helsefremming og forebygging gjennom helhetlig,

tilgjengelige og individuelt tilpassede tilbud. For at målsettingen med tjenestene skal innfris, må disse utføres på en forsvarlig måte. Når tjenestene er forsvarlige så innebærer dette at standarden ligger på et visst nivå. Forsvarlighet er en rettslig standard og begrepet er forankret i fagkunnskap fra faglitteratur, retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. På bakgrunn av dette vil hva som er forsvarlig være i endring, ettersom kunnskap og verdier endres med tiden (Helsedirektoratet, 2015). Faktorer som inngår i vurderingen av om tilbud er faglig forsvarlige er faglig innhold, organisering, saksbehandling og samarbeid (Helsedirektoratet, 2020). Forsvarlighet sier at standarden skal være på et visst nivå, men ingenting om at forsvarlige tjenester er tjenester av kvalitet. På tross av dette påpekes det at forsvarlighetskravet beskriver hvordan tjenester bør være og at dette kan betegnes som god praksis, og at det følger av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet (Helsedirektoratet, 2015). Kontinuerlig kvalitetsarbeid innebærer at en til enhver tid søker opp den beste kunnskapen for god praksis (Helsedirektoratet, 2020).

Kjennetegnene ved de nasjonale målene for kvalitet i helse- og omsorgstjenestene er at de «... skal ha god kvalitet, være tilgjengelige innenfor forsvarlig ventetid, og tilbudene skal nå ut til alle uavhengig av sosial bakgrunn og bosted» (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 7). Standarden på tjenestene skal ifølge Helsedirektoratet (2020) ligge på et visst nivå, og ansvaret for innholdet i og kvaliteten på de tjenestene som ytes, påligger både virksomhetene og det enkelte helsepersonell, jf. Helsepersonelloven §4 og §16.

Kvalitetsindikatorene sier noe om hva tjenester av kvalitet inneholder, men lite om hvordan kvalitetsarbeidet skal gjennomføres (Helsedirektoratet, 2020). Den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten «Og bedre skal det bli!» (Helsedirektoratet, 2005, s. 19) påpeker at «tjenester av god kvalitet skal

- Være virkningsfulle
- Være trygge og sikre
- Involvere brukere og gi dem innflytelse
- Være samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelige og rettferdig fordelt».

Mangelfull hjelp og støtte er ofte årsak til problemer med å klare seg i egen bolig, og beboerne savner veiledning i alle dagliglivets aktiviteter og utfordringer, i tillegg til praktisk bistand (Forchuk et al., 2006, Parkinson & Nelson, 2003, Chesters et al., 2005, Walker & Seasons, 2002, Yanos et al., 2004, gjengitt fra Andvig et al., 2013).

1.1.4 Tidligere forskning

Det foreligger studier med bofellesskap som kontekst i Norge og internasjonalt. Utfordringen når en skal finne internasjonale studier er at det benyttes mange forskjellige begreper på «bofellesskap» slik vi forstår det i Norge. Det er ulike måter tjenestene organiseres på knyttet til et slikt botilbud, både i Norge og resten av verden. I utvelgelsen av relevante internasjonale studier har mitt fokus vært å finne studier som kan gi mening som bofellesskap, slik vi forstår det i Norge.

Basert på litteratursøk om kvalitet og kvalitetsarbeid i bofellesskap til mennesker med psykiske helseutfordringer, har jeg ikke funnet studier som inkluderer kvalitetsbegrepet, eller ledelse av dette i bofellesskap. Det er innholdet i tjenestene og med det kvaliteten, og de erfaringene beboere har om brukermedvirkning og rammefaktorer som jeg har funnet forskning knyttet til i bofellesskap. Jeg vil her beskrive de mest relevante funnene med referanser for min masteroppgave. Funnene vil videre bli redegjort for gjennom teorikapitlet.

Forskningsfeltet understreker viktigheten av brukermedvirkning ved valg av boform (Hansen, 2020, Ulriksen et al., 2022, Andvig et al., 2013, Tøssebro, 2019), og at bofellesskap kan være en terapeutisk arena hvis faktorer som utforming, tilgjengelig behandling og muligheter for personlig utvikling er til stede (Ådland & Alsaker, 2010, Friesinger et al., Husbanken, 2019, Ulriksen et al., 2022). Det er delte erfaringer fra å bo bofellesskap, og erfaringene påvirkes av rammebetingelser i og utenfor bofellesskapet, samt relasjoner, innhold i tjenestene og følelsen av å ha et hjem (Forchuk et al., 2006 & Nelson et al., 2005, gjengitt fra Andvig et al., 2013, Wågø et al., 2019, Krotofil et al., 2018, Bjaarstad et al., 2014, Borg & Karlsson, 2013, Harrison et al., 2020, Lindvig, 2020). Felles forståelse og kompetanse hos personalet har betydning for samhandlingen i bofellesskap (Sommer & Eilertsen, 2013). Hansen (2013)

mener at det finnes et stort potensiale i den informasjonen som utveksles daglig mellom beboere og tjenesteytere i boligen, om beboerens mål, ressurser, behov og endringer i disse. Dette potensialet mener han bør utnyttes for å skape et helhetlig og samordnet tjenestetilbud, som bidrar til å styrke kvaliteten i tjenestene.

1.1.5 Kontekst for studien

Egen kommune har siden 2020 vært del av en kommunesammenslåing av fem kommuner. I de tidligere kommunene var det tre bofellesskap med ulike formål og målsettinger. Felles ledelse i den nye sammenslåtte kommunen ønsker at tilbudet og måten tjenestene gis er likt uavhengig av hvor i kommunen man får tildelt bolig. Bofellesskapet jeg har vært avdelingsleder for i en av de fem sammenslåtte kommunene har jobbet med målrettet miljøterapi over flere år, noe som er i motsetning til i de andre tidligere kommunene, og det er derfor ønskelig å se om erfaringer kan overføres på tvers av bofellesskapene i den nye storkommunen. Bofellesskap har vært, og er til dels fortsatt i vår kommune, en tjeneste som blir ansett som et sted personer «bare bor». Dette tror jeg handler om informasjon og kunnskap om hvilke tjenester vi leverer, men også erfaring fra lang tid tilbake når denne tjenesten var et botilbud uten målrettet miljøterapi.

På tross av at oppfølgingen av mennesker med omfattende og langvarige behov omfatter tjenester innunder bofellesskap, er min opplevelse som leder i mange år at andre kommunale tjenester ser disse tjenestene som lite faglige og «enkle» å utføre. Jeg opplever å ha fremsnakket bolig med bistandstjenester i stor grad i tidligere kommune og tenker at vi fortsatt har en lang vei å gå for å bli likeverdige de andre kommunale tjenestene. Med likeverdig mener jeg at det ikke har vært samme fokus på behovet for riktig og viktig kompetanse, og at det ikke har vært ansett som nødvendig med høgskoleutdannet personell. I andre avdelinger innen psykisk helse og avhengighet i vår kommune blir man ikke ansatt uten høgskoleutdanning, noe jeg lurer på om henger sammen med synet på tjenestene bofellesskap leverer. Det har vært tradisjon for å omplassere medarbeidere som ikke lenger kan jobbe i somatikken av ulike årsaker til boliger for mennesker med psykiske lidelser eller rusutfordringer, men også til boliger for mennesker med funksjonsvariasjon. Jeg mener dette har bidratt til at en del ansatte i bofellesskapene ikke brenner for feltet.

I bofellesskapet jeg er leder for har felles faglig forståelse blitt satt i fokus. Det har blitt jobbet med ansvarliggjøring av medarbeidere og det er tydeliggjort hvilke tjenester som skal leveres. Her har det vært like viktig å snu omtale utenfra som det har vært å skape mestringstro og tillit til egen kompetanse innad i bofellesskapet. Det er fremdeles mest fokus på kompetanse i de andre avdelingene innen psykisk helse og rus, men i bofellesskapene har vi fått godkjenning for å endre stillingshjemler til kvalifiserte medarbeidere ved naturlige avganger, noe som styrker troen på at anerkjennelsen av våre tjenester øker. Det er i bofellesskapene og botilbudene det jobbes med de menneskene som har langvarige og alvorlige psykiske lidelser i vår kommune, og derfor mener jeg det er desto viktigere å sette fokus på kvaliteten i det faglige i arbeidet.

Den måten toppledere i kommunene og ledere av bofellesskap forstår kvalitetsbegrepet og innholdet i tjenestene påvirker den tjenesten beboerne får. Medarbeidere har et selvstendig ansvar når det kommer til å gi forsvarlige helsetjenester, men de ledes og motiveres også til å yte tjenester av kvalitet i hverdagen til den enkelte beboer. I denne studien håper jeg på å få frem hvordan lederne forstår kvalitetsbegrepet i den tjenesten de er ansvarlige for, og hva som påvirker arbeidet med kvaliteten i hverdagen. På tross av at føringene fra Helsedirektoratet er tydelige når det kommer til kravet om forsvarlighet og hva effekten av tjenestene skal gi den enkelte tjenestemottaker, så er min erfaring som leder at bofellesskap organiserer og gir tilbud svært ulikt i forskjellige kommuner.

1.2 Problemstilling og hensikt

Det er viktig å fremme bofellesskap sin relevans og betydning for mennesker med langvarige og alvorlige psykiske helseutfordringer, og betydning av kvalitet i dette arbeidet. Forståelse og innsikt i bofellesskap som tjeneste vil påvirke forståelsen av behovet for kompetanse, og at kontinuerlig kvalitetsarbeid krever kompetente ledere.

Gjennom studien ønsker jeg å få frem forskjellige lederes erfaringer med kvalitetsarbeid i tjenester til mennesker med psykiske helseutfordringer, som bor i bofellesskap fra ulike kommuner. Ledere vil kunne reflektere over egen ledelse gjennom å beskrive sine erfaringer fra hverdagen og egen praksis. Dette håper jeg vil være med på å sette kvalitetsarbeid på

dagsorden hos flere ledere, som vil få referansepunkter i forhold til eget arbeid med kvalitet. Erfaringer fra andre kommuner vil kunne gi nye verktøy og større innsikt i tjenesten, og det kan gi retning i videre utviklingsarbeid for ledere, men også for toppledere og beslutningstakere i kommunene. Erfaringene vil kunne gi innspill til spørsmål om hvilke faktorer som fremmer kvalitetsarbeid i tjenestene, og hvilke som hemmer og utfordrer, samt et grunnlag for utarbeidelse av retningslinjer og en felles forståelse for arbeid med kvalitet på tvers av kommuner og fylker. Studiens problemstilling lyder som følger:

Hvilke erfaringer har ledere med kvalitetsarbeid i tjenester til mennesker med psykiske helseutfordringer i bofellesskap?

1.3 Oppgavens oppbygning og avgrensning

I kapittel 2 vil jeg introdusere den teoretiske konteksten som ligger til grunn for studien. Dette er en masteroppgave i helsefremmende relasjonsarbeid. Jeg vil vektlegge aktuell forskning om bofellesskap som terapeutisk arena, miljøterapi som metode og som metodikk i bofellesskap, med grunnlag i recoveryperspektivet. Ledelse av helsefremmende tjenester i bofellesskap baserer seg på offentlige styringsdokumenter om kvalitet og ledelse i helse- og omsorgstjenestene, og presenteres videre i dette kapitlet. I kapittel 3 redegjør jeg for kvalitativ metode og mitt vitenskapsteoretiske ståsted. Jeg presenterer min metodiske tilnærming gjennom beskrivelser av utvalget og hvordan jeg rekrutterte intervjupersoner, samt analysemetoden refleksiv tematisk analyse med beskrivelse av de seks fasene jeg beveget meg mellom i analysearbeidet. Studiens resultater presenteres gjennom fire hovedtemaer: Organisering påvirker kvaliteten, felles faglig forståelse, arenaer for tjenesteutvikling og erfaringer og forståelse av kompetanse og personalsammensetning i kapittel 4. Kapittel 5 drøfter studiens problemstilling sett i lys av mine resultater og studiens teoretiske forankring. Avslutningsvis konkluderer oppgaven med studiens viktigste resultater, samt mine refleksjoner for videre forskning og betydningen av ledelse av bofellesskap i fremtiden.

Denne studien omhandler lederes erfaringer med kvalitetsarbeid. Jeg har valgt å benytte Kommunesektorens organisasjons «Guide til god ledelse» som utgangspunkt for min

ledelsesforankring. KS har utarbeidet denne guiden med et ønske om å sette ledelse på dagsorden i kommuner og fylkeskommuner.

Gjennom oppgaven har jeg valgt å benytte meg av begrepene intervjuperson, deltaker og leder om hverandre i betydningen de lederne av bofelleskap som jeg har intervjuet. Når jeg beskriver de personene som mine intervjupersoner har personalansvar for i denne studien, betegnes disse som ansatte, personal og medarbeidere. Dette er for å variere bruken av begreper gjennom oppgaven, og de er ikke studiens deltakere.

2 Teoretisk forankring

I dette kapitlet gir jeg et kort historisk blikk på bofellesskap for mennesker med psykiske helseutfordringer, før jeg beskriver hva et bofellesskap er, og hvem som bor der. Jeg beskriver i kapitlet hvordan bofellesskap kan fungere som en terapeutisk arena gjennom målrettet miljøterapeutisk arbeid med recoveryperspektivet som fundament. Videre beskrives kort lederes rolle for å oppnå kvalitet i helse- og omsorgstjenestene, før jeg til slutt gjør rede for ansvarsforhold og kvalitetsbegrepets betydning for tjenestene som skal leveres.

2.1 Historisk blikk på bofellesskap innen psykisk helse

På 1700- og 1800-tallet ble de som ble definert som syke plassert i store statlige anstalter da de ikke lenger kunne ivaretas hos egne familier. De med mentale utfordringer skulle gjøre terapeutiske fremskritt i landlige omgivelser, men dette utviklet seg i første halvdel av 1900-tallet til lukkede oppbevaringsanstalter med svært dårlige forhold og mange krenkelsener (Haave, 2008). Dette bidro til å presse frem endringer i behandlingen av denne gruppen i hele den vestlige verden. Asylene ble i løpet av andre halvdel av 1900-tallet stengt ned og organisert som kommunale tjenester (Pedersen & Kolstad, 2009). I Norge skjedde dette på 1970-tallet og det vokste frem poliklinikker lokalt, samt distriktpsikiatriske sentre (Tøssebro, 2019). All oppfølging av psykisk syke var frem til begynnelsen av 1980-tallet preget av oppfølging fra psykisk helsevern, men ideologier om desentraliserte tjenester vokste frem. Fra 1995 kom staten på banen med øremerkede midler til tilbud til personer med psykiske lidelser i kommunene. Da «Opptrappingsplanen for psykisk helse» kom i 1997, beskrev den et verdigrunnlag for psykisk helsearbeid med vektlegging av mestring, normalisering og brukermedvirkning (St.prp.nr. 63 (1997-1998)). Boformen bofellesskap vokste frem i kjølvannet av ambisiøse velferdspolitiske mål, med stikkord som normalisering, gode levekår, integrering, selvbestemmelse og et aktivt voksenliv på linje med andre (Tøssebro, 2019).

2.2 Hva er et bofellesskap?

2.2.1 Tjenestebeskrivelse

Oppfølging av mennesker med behov for omfattende og langvarige tjenester, innbefatter også botilbud. De fleste norske kommuner har bygget opp bofellesskap eller samlokaliserte boliger for mennesker med psykisk helse- og/eller rusutfordringer (Hansen & Grødem 2012, gjengitt fra Lindvig, 2021), til tross for at målet for boligsosialt arbeid er at flest mulig skal bo i vanlige boliger i ordinære bomiljø og ha mulighet for å leve aktive og selvstendige liv (Wågø et al., 2019). Omsorgsboliger er en samlebetegnelse på boliger som er tilrettelagt for mennesker med store hjelpe- og/eller tjenestebehov. Bemannede boliger, samlokaliserte boliger eller bofellesskap er alle boliger som er bemannet av personell hele eller store deler av døgnet. Boligene tildeles gjennom vedtak på omsorgsbolig, og kommunene velger selv hva de ønsker å betegne boligen som. Boligen er å regne som beboerens hjem, og tjenestene gis ut fra en behovsvurdering av den enkelte beboer.

Bemannede boliger er primært omsorgsboliger og botilbud for rusavhengige, hvor boligene er samlokalisert og tilknyttet en personalbase. Det kan også være overgangs- og gjennomgangsboliger for bestemte målgrupper, som for eksempel ungdom. En del av disse tilbudene ligner institusjoner, men skillet går på om det er inngått en husleiekontrakt (bolig) eller ikke (institusjon og betaling av vederlag). (Hentet fra: <https://www.veiviseren.no/stotte-i-arbeidsprosess/tjenester-og-bo-oppfolging/bo-oppfolging-og-andre-typer-tjenester-i-og-ved-bolig>).

Jeg velger i denne masteroppgaven å bruke betegnelsen bofellesskap, med betydningen beboerens hjem, i en kommunal bolig med bemanning der det gis individuelle behovsvurderte tjenester.

2.2.2 Kriterier for tildeling av bofellesskap

Psykisk helse og rus fremstår som ett samlet felt i den politiske og byråkratiske strukturen i Norge. Målgruppen til bofellesskap er mennesker med omfattende og langvarige psykiske helseutfordringer, men det rommer også mennesker med rusutfordringer og/ eller begge

del, som antas å få et bedre liv i et slikt botilbud. Det er mennesker en antar vil kunne nyttiggjøre seg et slikt tilbud ved å motta støtte til struktur og mestring i alle dagliglivets gjøremål. Beboerne har forskjellige diagnoser. Kommunene velger selv hvordan de organiserer og gir tjenester i bofelleskap. I noen kommuner er boligene gjennomgangsboliger, noe som betyr at det ikke er et varig botilbud, men et tilbud med en målsetting om at den enkelte skal mestre et liv i ordinær bolig. Andre kommuner gir beboere tilbud om livsløpsboliger. Sammensetningen i bofellesskap kan være beboere med mange forskjellige psykisk helse- og rusutfordringer. De menneskene som får tildelt disse botilbudene har særskilte hjelpe- og/eller tjenestebehov i en begrenset periode av livet eller som et varig behov (Helsedirektoratet, 2014, Andvig et al., 2013). Jeg har i studien valgt å fokusere på psykiske helseutfordringer, som i denne sammenheng betyr mennesker med langvarige, alvorlige psykiske helseutfordringer, med sammensatte behov (Ulriksen et al., 2022).

Vedtakene som gis i bofelleskap varierer også noe mellom kommunene. «Helsetjenester i hjemmet» og «praktisk bistand og opplæring» er vedtak knyttet til de tjenestene som gis i boligene. «Helsetjenester i hjemmet» er alle former for planlagte kommunale helsetjenester som ytes hjemme hos beboerne, eller med utgangspunkt i hjemmet, herunder samtaler hvis det er behov for dette til mennesker med rus- eller psykiske lidelser. Hvilke tjenester som kan ytes begrunnes ut ifra en forsvarlighets- og hensiktsmessighetsvurdering. «Praktisk bistand og opplæring» handler om å gjøre den enkelte i stand til å være mest mulig selvstendig i alle dagliglivets gjøremål, herunder boveiledning. I tillegg gis det vedtak på botilbudet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

2.2.3 Bofellesskap som terapeutisk arena

I St.meld. nr. 25 (1996-1997) understrekes det at målet med tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. En av tankene bak bofellesskap er å skape arenaer som muliggjør tilknytning for beboerne. Relasjoner er viktige fra dannelsen av vår personlighet, og hvordan relasjoner vi har vil prege oss resten av livet i møte med andre, og hvordan vi mestrer belastninger (Ådland og Alsaker, 2006). Ådland og Alsaker (2006) sier at nettverket vi omgir oss med påvirker livskvaliteten.

Viktige elementer i et godt nettverk handler om trygghet, romslighet fra omgivelsene, gjensidighet og det å være knyttet til noen andre.

I «Sammen om mestring» sies det at kommunen bør tilrettelegge for fleksible og varige botilbud. Videre beskrives det at «bolig er avgjørende for helse, selvstendighet og deltagelse» og at «alle skal bo trygt og godt, fortrinnsvis i egen bolig» (Helsedirektoratet, 2014, s. 40). Noen beboere kan bli boende i lang tid i boligen sin, mens i andre boliger er det stor utskiftning. Målsetting er at beboere skal videre, og helst bli i stand til å bo i en ordinær bolig (Wågø et al., 2019). Det må finnes botilbud som passer ulike behov i en kommune og det er av vesentlig betydning hvem en plasserer sammen i bofellesskap eller samlokaliserte boliger slik at beboerne opplever trygghet. Det å medvirke rundt egen bosituasjon gir mestringsopplevelse, følelse av å bli inkludert og tatt på alvor (Helsedirektoratet, 2014).

Ådland og Alsaker (2010) mener at bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser kan være en viktig terapeutisk arena hvis andre rammefaktorer også er til stede, som for eksempel tilgjengelig behandling, samt andre tilpassede tilbud. Bofellesskap er noens hjem og noens arbeidsplass (Tøssebro, 2019), noe som kan bidra til å gi det et institusjonspreg. Utformingen av bofellesskap kan også bidra til en opplevelse av institusjon da boligene er samlokalisert og ofte knyttet til en personalbase (Friesinger et al., 2019, 2020, Husbanken, 2019). Bofellesskap kan være et godt tilbud for mennesker med psykiske helse- og/eller rusutfordringer, hvor brukermedvirkning er i fokus og det er anledning til å velge type boform (Hansen, 2020). I noen bofellesskap gis det ikke tilstrekkelig muligheter for personlig utvikling for beboerne, og de mangler mestringsopplevelser. Flere beboere ønsker å flytte til en ordinær bolig, og de setter fokus på viktigheten av oppsøkende tjenester som kan gis i hjemmet (Ulriksen et al., 2022).

En scoping review (Andvig et al., 2013) fant at mennesker med psykiske helseutfordringer ønsker å bo i vanlige boliger i vanlige bomiljøer, og at dette gir større muligheter for kontakt med andre og en normalisert hverdag. Det foretrukne valget var å bo i egen bolig med oppfølging på egne premisser. Andvig et al. (2013) påpeker at det er få studier knyttet til beboeres erfaringer med å mestre og trives i egen bolig. De fant også at det var delte erfaringer knyttet til å bo i bofellesskap. Noen mener det gir trygghet og mulighet for

bedring gjennom kontakt med naboer, aktiviteter og praktisk bistand, mens andre opplevde å miste sin uavhengighet og at privatlivet ble skadelidende på grunn av regler i bofellesskapet (Forchuk et al., 2006 & Nelson et al., 2005, gjengitt fra Andvig et al., 2013). Sandhu et al. (2017) har intervjuet beboere og ansatte i tre forskjellige typer botilbud for å finne ut av deres erfaringer og målsettinger med botilbudet. Det er enighet blant disse om at det må være trygge og støttende omgivelser, samtidig som målet er at beboerne blir selvstendige og det tilrettelegges for bedringsprosesser. Krotofil et al. (2018) fant også ut at beboernes erfaringer med botilbud påvirkes av mange faktorer som relasjoner, hvilken bistand som gis, omgivelsene og forskjellige sosiale og kommunale faktorer. De fant også at beboerne var opptatt av følelsen av å ha et hjem. Det er behov for mer kunnskap om beboeres utfordringer og opplevelse av bokvalitet som kan bidra til et verdig liv (Wågø et al., 2019).

Sommer og Eilertsen (2013) viser til betydningen av at felles forståelse og økt kompetanse hos personalet har positiv betydning for samhandling i kommunale bofellesskap som jobber med kognitiv miljøterapi. Deres studie undersøker kognitiv miljøterapi (KMT) som metode for tilnærming i bemannede bofellesskap. KMT viste seg å styrke deltagerens kompetanse i å håndtere utfordrende situasjoner, og det var med på å utvikle fagforståelsen blant de ansatte.

Det er viktig at tjenestene til mennesker med psykiske helseutfordringer tar utgangspunkt i hva den enkelte person ønsker og trenger (Bjaarstad et al., 2014). Hjemmet som samarbeidsarena utfordrer og stiller andre krav til fagpersoner som skal gi tjenester hjemme hos mennesker med psykiske helseutfordringer. Tillit, samarbeid og tiltak skal ivaretas om det er i ordinære boliger eller i bofellesskap. Hjemmet preger den enkeltes hverdag uavhengig av boform, da det representerer personens identitet og historie (Borg & Karlsson, 2013), og miljøterapi i noens hjem må derfor planlegges annerledes på bakgrunn av faktorer som blant annet tid, påvirkning av miljøet og grensesetting (Lauveng, 2020). For mennesker som bor i forskjellige botiltak fremkommer det som viktig å fokusere på forbedring av sosial fungering (Harrison et al., 2020). Bjaarstad et al. (2014) understreker også viktigheten av dette gjennom at støtte fra omgivelsene kan bidra til økt opplevelse av normalitet.

Borge og Hummelvoll (2019) går gjennom gjeldende forskning om miljøterapi i artikkelen «Miljøterapi - samspill og læring i helende omgivelser». Det er lite forskning på forskjellige typer av miljøterapi, men også begrenset forskning om miljøterapi som et konsept og i praksis. De mener at pasienters erfaringer i bedringsprosesser gjør at miljøterapi igjen er mer aktuelt. De er opptatt av kontekstens betydning i endringsprosessen, og selv om det her er institusjonsmiljøet som presenteres, mener jeg det har overføringsverdi til kommunale bofellesskap og den miljøterapien som skjer der. Omgivelsene kan hjelpe mennesker å vokse og et godt klima med struktur, fleksibilitet, profesjonalitet, medvirkning, likeverd, myndighet, respekt og trygghet kan påvirke pasienters motivasjon og vilje til endring. Borge og Hummelvoll (2019, s. 51) konkluderer i artikkelen med at en «revitalisering av miljøterapien med bedring/recovery som mål forutsetter en ny bredere og tverrfaglig kunnskapsplattform som ivaretar et helhetlig perspektiv». For å oppnå dette må lederne som lager føringene for det miljøterapeutiske arbeidet i bofellesskapene ha bred kompetanse på psykisk helsearbeid, og sette sammen personalgruppen med tverrfaglig kompetanse, slik at helheten ivaretas. Beboere i bofellesskap trenger informasjon og kunnskap om målsettingen med å bo i bofellesskap, og hvordan en sammen kan nå den enkeltes mål.

Miljøterapien må ha et konkret innhold som kan stimulere utvikling av kunnskap og læring av nye ferdigheter, og dette må foregå i samspill og samarbeid med medpasienter og ansatte. En enhetlig tverrfaglig behandlingsmodell, hvor pasienter og ansatte får opplæring i samme teoretiske forståelse, ser ut til å gjøre samarbeidet mer målrettet. (Borge & Hummelvoll, 2019, s. 51).

Lindvigs (2020) doktorgradsavhandling har resultert i en veileder. Veilederen gir en oppskrift på hjelpen som gis med utgangspunkt i hjelpsomme relasjoner. Her kom man frem til fire nøkkelbegreper som er vesentlig for bedring gjennom beskrivelser fra pasienter og ansatte: relasjonskompetanse, handlingskompetanse, relasjonsmuligheter og handlingsmuligheter. Dette er viktig kunnskap for ledere som skal lede og motivere ansatte i arbeid med kvalitet i bofellesskap og ved sammensetning og ansettelse av nye medarbeidere.

2.2.4 Miljøterapi i bofellesskap i et recoveryperspektiv

Helsedirektoratet (2014) anbefaler i veilederen i lokalt psykisk helse- og rusarbeid, «Sammen om mestring», at recoveryperspektivet ligger til grunn for de tjenester en skal gi. De beskriver recovery på bakgrunn av studier som er gjort på denne måten:

[...] recovery [er] belyst med fokus på samfunnsforhold, levekår og sosiale prosesser. Hjemmet, arbeid og aktivitet, utdanning, penger, sosiale arenaer, lokalmiljøet, venner og familie er tillagt stor betydning for bedringsprosessen. «Å komme seg» eller recovery foregår på hverdagslivets ulike arenaer og er uavhengig av varierende behandlingsideologier. Recovery handler om å utvikle måter å håndtere ulike psykiske problemer på, og ikke minst de sosiale konsekvensene av problemene.

(Helsedirektoratet, 2014, s. 31-32)

De er også opptatt av å beskrive hjelperens rolle i dette perspektivet:

Recoveryperspektivet legger til grunn at tjenesteutøveren anser brukeren som ekspert på seg selv og formidler tro på at han eller hun kan utvikle seg og få et bedre liv. Relasjonen mellom bruker og tjenesteutøver må preges av likeverdighet, åpenhet, ærlighet og tillit. Tjenesteutøveren må bistå brukeren i å utvikle ferdigheter, nettverk og støtte, slik at hun eller han kan ta mest mulig ansvar for eget liv.

(Helsedirektoratet, 2014, s. 32)

Forståelsen for begrepet har utviklet seg fra det oppsto som en motvekt til den tradisjonelle forståelsen der reduksjon av symptomer for bedre fungering var rådende, til at mennesker med psykiske helseutfordringer har rett til et selvstendig liv, til å være medborger, til et hjem og en jobb og trygge levekår (Borg et al., 2011). Deegan (1988) var en av de første som beskrev troen på bedringsmuligheter for mennesker med psykiske helseutfordringer og at folk skulle være deltagere i egne bedringsprosesser.

Med dette til grunn handler all miljøterapi i bofellesskap til mennesker med psykiske helseutfordringer, om at recoveryperspektivet ligger som en grunnstein i alt arbeid.

Holdningen om at hver enkelt beboer får mulighet til å mestre, få nye roller og være en del

av et sosialt fellesskap, og om likeverdige samarbeidsformer mellom beboere og fagpersoner er grunnleggende (Bjaarstad et al., 2014). I dette arbeidet er det viktig å balansere forståelsen av recovery slik at fagpersonene hjelper og inkluderer alle, uavhengig av hvor de befinner seg i sin recoveryprosess (Lauveng, 2020).

Skorpen & Øye (2010) har i sin litteraturgjennomgang sett på miljøterapiens historie i Norge fra tanken om Det terapeutiske samfunn. Her var de grunnleggende ideologiske forutsetningene fellesskap, demokrati, likhet, respekt, ansvar, solidaritet og realitetskonfrontering i avdelingens daglige gjøremål på 1960- og 70-tallet. Denne ideologien vokste frem som en reaksjon og motsetning til den rådende bio-medisinske modellen som dominerte behandlingen i psykiatriske sykehus (Jones, 1971 gjengitt fra Skorpen og Øye, 2010). Skorpen og Øye (2010) påpeker at det er vanskelig å finne systematisk kunnskap om miljøterapi, og at forskningsbasert kunnskap om miljøterapiens innhold og nytteverdi er påfallende begrenset.

«Den psykiatriske sykepleien bidro i denne utviklingen til å gjøre begrepet miljøterapi meningsfullt, gjennom å arbeide for å utnytte dagliglivets gjøremål og døgnrytmen på avdelingen til terapeutiske muligheter» (Hummelvoll, 1998, s. 18). Definisjoner av miljøterapi er preget av den tiden de har oppstått i, og gjenspeiler utviklingen av meningsinnholdet i begrepet. I nyere tid har forståelsen av miljøterapi endret seg til å fokusere mye på relasjonens betydning (Skorpen og Øye, 2010). Det er mange måter å forstå miljøterapi på, og kan ikke sees på som en metode, men som uttrykk for en fagideologisk tenkning (Lillevik & Øien, 2015).

Det finnes flere typer miljøterapi, men jeg vil i denne studien ta utgangspunkt i generell miljøterapi slik det blant annet beskrives av Lauveng (2020). Hun benytter seg av Vandvik (2014, gjengitt fra Lauveng, 2020, s. 200) sin definisjon av miljøterapi som «systematisk og gjennomtenkt tilrettelegging av miljøets psykologiske, sosiale og materielle/fysiske betingelser i forhold til individets og gruppens situasjon og behov». Med denne definisjonen til grunn er ikke alt som gjøres av tiltak i et bofellesskap å regne som miljøterapi. Miljøterapi må være planlagt, gjennomtenkt og med en tydelig hensikt. Det må også være planlagt ut

ifra behovene til beboeren som er mottager av miljøterapien. Lauveng (2020) understreker at det ikke er tilstrekkelig med en generell plan, den skal være tilpasset den enkeltes behov. Miljøterapi i bofellesskap skal være systematisk og planlagt, og graden av planlegging avhenger av tiltaket. For små dagligdagse avgjørelser og tiltak kreves kanskje ikke den store planleggingen, men likevel en kritisk tenkning rundt alternativer og hvorfor en gjør det en gjør. For større og alvorligere tiltak som varer over tid kreves systematisk planlegging som skrives ned, diskuteres med beboeren og kollegaer som er involvert i behandlingen, evalueringer og reformulering av målsetting (Lauveng, 2020). Lillevik og Øien (2015, s. 60) vektlegger i større grad terapeutens rolle, og viktigheten av den terapeutiske virksomheten med en hensikt og virkning:

Miljøterapi er en planlagt og faglig begrunnet terapeutisk virksomhet som nyttiggjør seg de til enhver tid tilgjengelige ressursene omgivelsene gir. Gjennom samhandling tar man sikte på å legge til rette for fysisk, psykisk, sosial og åndelig vekst- og å styrke brukerens egenomsorg. Dette oppnår man ved å variere mellom støtte og utfordring i en terapeutisk allianse preget av anerkjennelse og respekt for brukerens egenverd og integritet. (Lillevik og Øien, 2015, s. 60)

I bofellesskap har miljøterapien et unikt mulighetsrom på grunn av nærheten til personal gjennom hele døgnet. Miljøterapeutiske tiltak påvirkes av forståelsesmodellen en velger. Vi må forstå utfordringen eller personens problemer riktig for at tiltakene skal treffe og gi resultater. Som en forlengelse av identifisering av et problem, og valg av hvordan vi forstår problemet, er det av vesentlig betydning hva som er målet med tiltaket og om det er personens mål og ikke personalets (Lauveng, 2020). Det miljøterapeutiske arbeidet påvirkes av mange forhold, både rammebetingelser utenfor ens myndighetsområde som lovverk, retningslinjer, forskrifter og økonomi, samt faktorer innenfor myndighetsområdet som kan handle om kompetanse, strukturer, sammensetning av personalet og andre faktorer kollegiet kan påvirke selv (Lillevik & Øien, 2015).

Vatne (2006) er opptatt av at kvaliteten på relasjonen mellom terapeut og bruker er avgjørende for miljøterapiens bidrag til bedringsprosessen, og sier at gjennom relasjonserfaringer i miljøterapien skal pasientene oppnå utvikling, vekst og modning. I

bofellesskap vil en kunne jobbe godt med relasjonene da personalet og beboerne tilbringer mye tid sammen gjennom uken. Det å oppleve terapeuten som varm, empatisk og imøtekommende viser seg i vitenskapelige studier å være det viktigste bidraget til en god relasjon (Berge & Repål, 2011). Relasjonens kvalitet er en avgjørende faktor for resultat og den er viktigere enn metodevalg, teori og teknikk (Lillevik og Øien, 2015).

2.3 Ledelse av bofellesskap

Regjeringen har vedtatt en forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften peker på at toppledelsen, ved kommunedirektøren og dens ledergruppe, i kommunene har ansvaret for at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Den fastslår videre at god ledelse er avgjørende for å kunne gi gode helse- og omsorgstjenester (Lovdata). Det hviler derfor et stort ansvar på toppledelsen i kommunene slik at dette følges opp, og det blir tydelige retningslinjer for arbeidet i botilbudene for mennesker med psykiske helseutfordringer.

For å oppnå kvalitet i tjenestetilbudet er en avhengig av god ledelse (Helsedirektoratet, 2005, s. 13). Ledelse av bofellesskap til mennesker med psykiske helseutfordringer er ledelse av døgnbemannede botilbud med personalansvar for ansatte i turnus. Regjeringens føringer for kvalitet gjelder for vedtakene på tjenestene som gis i bofellesskapene og for overordnede føringer om kvalitet. Disse føringene må lederne oversette til arbeidet i bofellesskapene slik at kompetanse sikres og at innholdet i tjenestene imøtekommer de til enhver tid rådende anbefalinger og oppdatert kunnskap.

Behovet for endringskompetanse hos ledere som følge av voksende utfordringer i helse- og omsorgssektoren har ført til at Helsedirektoratet har bedt om en Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Dette har Helsedirektoratet sett behovet for som et tiltak i regjeringens plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling for 2021-2025, med mål om å bringe verdi til samfunnet gjennom å bidra til bedre helsetjenester for brukere og pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Ledelse har som funksjon å produsere forandringer, derfor er det å styre retningen for forandringene vesentlig for lederskap (Kotter, 2015, s. 59). I tillegg til å drive ledelse består en lederjobb av administrasjon av ulike

oppgaver og faglig arbeid, som i sum dreier seg om å skape forståelse for mål og arbeidsoppgaver, samt legge til rette for medarbeidernes målrettede arbeid (Martinsen, 2015, s. 103).

Ledere i kommunal sektor har store ledelsesoppgaver og Kommunesektorens organisasjon (u.å., s. 3) mener at god ledelse i kommunal sektor handler om å «vise gjennomføringskraft, mestre styring, være tydelig i rollen og legge til rette for mestring og motivasjon hos medarbeiderne. I tillegg er det viktig å bygge en kultur for nyskapning og læring, godt arbeidsmiljø og høy etisk bevissthet». Gjennomføringskraft handler om å kunne ta beslutninger og gjennomføre disse i tråd med de retningslinjer og mål som ligger til grunn for arbeidet. Dette gir handlingsrom, respekt og tillit. Rolleklarhet bidrar til tillit, og dette er avgjørende for leders legitimitet og mulighet for å påvirke. Leder har ulike roller med både beslutningsmyndighet og ansvar, og rolleklarhet mellom leder og medarbeider er viktig for å avklare forventninger til hvilke oppgaver som skal løses på hvilken måte. Det er også viktig at ledere og medarbeidere skaper «tillit til kommunens innbyggere gjennom åpenhet, involvering, profesjonalitet og høy etisk standard» (KS, u.å., s. 10-11). De beste resultatene oppnås av medarbeidere som opplever mestring, læring og utvikling. Dette fordrer at leder legger til rette for dette gjennom definerte krav og mål, motivasjon til måloppnåelse og individuell oppmerksomhet, støtte og omtanke (KS, u.å., s. 13). Leders ansvar handler også om å utvikle en kultur som gjenspeiler organisasjonens verdier og vise dette gjennom ord og handling. Tydelig kommunikasjon som gir retning og viser tillit gir mening, og skaper en opplevelse av tilhørighet og empati. Dette har stor effekt på medarbeideres tro på egen kompetanse og mestring (KS, u.å., s. 13-14).

Lai (2015, s. 342) påpeker at for å lykkes i en moderne lederrolle må leder ha gode ferdigheter i å påvirke andre, gjennom å motivere og stimulere medarbeidere til ønsket innsats på en konstruktiv måte. Lai (2014) mener det er vesentlig at lederen har tro på egen gjennomføringskraft og påvirkningsevne, samtidig som leder ikke kan overvurdere egne evner og undervurdere kraften i motstand hos medarbeidere. Tre egenskaper trekkes frem som vesentlige for å utnytte sitt potensiale som leder, og for å få optimal påvirkningskraft: bevissthet om egen og andres følelser og adferd, fleksibilitet i evne til å tilpasse egen adferd

til situasjonen og kontroll over egen adferd og motivasjon til å påvirke andre menneskers adferd (Huczynski, 2004, gjengitt fra Lai, 2015, s. 357).

2.3.1 Ansvar og kvalitet i tjenesten

Helse- og omsorgstjenesteloven (Lovdata) er førende for tjenestetilbudene som gis, og for mennesker med psykiske helseutfordringer kan dette være: utredning og behandling, rådgivning og veiledning, psykososial støtte, inkludert bistand til å skaffe bolig og hvordan en får hjelp i egen bolig, samt henvisning til psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Dette er føringer også for tjenester i bofellesskap. Alle kan utvikle psykiske helseplager i løpet av livet og derfor har den førende politikken søkelys på helsefremming og forebygging av psykiske helseutfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023).

Kommunene har store ansvarsområder og skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle innbyggere, og organiserer seg forskjellig for å ivareta disse behovene. Ansvarer omfatter alle pasient- og brukergrupper. Tilbud om tjenester i habilitering- eller rehabiliteringsformål skal gis uavhengig av pasientenes og brukers boform, og skal sikre en helhetlig oppfølging av mennesker med blant annet psykiske lidelser. I dette ligger det at kommunene må ha et differensiert tilbud til sine innbyggere bestående av døgnbaserte tilbud i institusjon, dagtilbud, tilbud i brukers hjem, samt tilbud integrert i barnehage, skole, dagtilbud og arbeid, lærings- og mestringstilbud og hjelpemidler (Helsedirektoratet, 2020). Uavhengig av hvordan kommunene har organisert botilbudet til mennesker med psykiske helseutfordringer er føringene at tjenestene skal sikre en helhetlig oppfølging. Ledere i bofellesskap har ansvar for å sikre denne oppfølgingen gjennom god praksis og ledelse.

Helse- og omsorgstjenester skal være forsvarlige, noe som innebærer at standarden på tjenestene skal ligge på et visst nivå, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 (Lovdata). Virksomhetene, og det enkelte helsepersonell, har et selvstendig ansvar for innholdet i, og kvaliteten på de tjenestene som gis, jf. Helsepersonelloven § 4 og § 16. Forsvarlighetskravet er en «rettesnor for tjenesten og viser normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Disse normene utgjør kjernen i forsvarlighetskravet og kan betegnes som god praksis»

(Helsedirektoratet, 2020). Bofellesskapenes ledere representerer virksomhetene og har ansvar for å oversette innholdet i loven til praksis, slik at det ligger til rette for at tjenestene kan utføres på en forsvarlig måte. Det følger av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Det vil derfor være rom for utøvelse av skjønn i vurderinger av hvorvidt en tjeneste betegnes som å ligge mellom god praksis, og i nedre grense for forsvarlighet (Helsedirektoratet, 2020).

Kvalitet defineres ut fra den enkeltes subjektive oppfatning og ståsted, og ifølge Norsk Standard (NS-EN ISO 9000:2000, hentet fra Helsedirektoratet, 2005, s. 13) er definisjonen: «Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav». Kvalitet er en politisk prioritet og er viktig for faglig arbeid i helse- og sosialtjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere gis ut for å beskrive hvordan god praksis bør være, basert på forskningsbasert kunnskap. Disse er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven §12-5 (Helsedirektoratet, 2020).

Målene i helse- og omsorgstjenestene beskrives ved at de «skal ha god kvalitet, være tilgjengelige innenfor forsvarlig ventetid, og at tilbudene skal nå ut til alle uavhengig av sosial bakgrunn og bosted» (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 7). Tjenesten skal være brukerorientert, og medbestemmelse skal bidra til bedre resultater og bedre utnyttelse av ressursene. «Tjenester av god kvalitet skal være virkningsfulle, trygge og sikre, involvere brukerne og gi dem innflytelse, være samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte, være tilgjengelige og rettferdig fordelt» (Helsedirektoratet, 2017, s. 3). Som en del av forståelsen av kvalitet i helse- og omsorgstjenestene trekkes kunnskapsbasert praksis frem som et viktig element i kvalitetsarbeid. Virksomheter, og det enkelte helsepersonell, må skaffe seg den best tilgjengelige kunnskapen gjennom ny og aktuell forskning og annen litteratur, og vurdere denne kritisk som en del av god praksis (Helsedirektoratet, 2020). Systematiske tiltak for kvalitetssikring og styringssystemer som bidrar til å sikre forsvarlige og gode tjenester er nedfelt i lover og forskrifter jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, tredje ledd, § 4- 1, § 4-2, helsepersonelloven § 16 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten § 4 (Lovdata). Virksomhetene må legge til rette for god praksis gjennom å sette søkelys på dette arbeidet.

Tøndel og Rindsem (2022) påpeker at forvaltningen jobber hardt for å lage tjenester av høy kvalitet. Virksomhetene legitimeres gjennom sin kvalitet og sin nødvendighet for folk, likevel er kvalitet vanskelig å definere. Virksomhetene må på tross av dette definere kvalitet for å trekke grenser for eget ansvar. Et utviklingstrekk i måte å tenke kvalitet på de siste 30 årene i offentlig sektor, har vært å operasjonalisere kvalitet til kvantitative mål. Dette bidrar til at tall og målinger får større verdi enn annen kunnskap og kvalitetsindikatorer sier noe om hvordan kunnskapskrav omformer det som måles. Dette mener de har gjort «kvalitet» til et egen kunnskapsform som løsrives fra en gjengs oppfatning om kvalitet (Tøndel & Rindsem, 2022, s. 22). Funksjonen til kvalitetsindikatorer er blant annet «å skape sammenligningsgrunnlag for å få tjenestene til å stramme seg opp og etterstrebe mer effektivitet og spesifikke mål» og de lager «observasjons- og kommunikasjonslinjer mellom kommunene» (Tøndel & Rindsem, 2022, s. 24). Arntzen (2014) mener det er en etisk forpliktelse å gi befolkningen best mulige helsetjenester. Hun mener at kvalitet, pasientsikkerhet, ledelse og internkontroll handler om at lederen legger til rette for at ansatte får bruke sin kompetanse, at beboere opplever å medvirke til god behandling, og at «god faglighet og god praksis må defineres, etterleves og forbedres» (Arntzen, 2014, s. 34). Opplevd kvalitet beskrives som den subjektive opplevelsen i møte mellom mennesker, som baseres på verdier og normer. Pasienter eller brukere har vanligvis ikke forutsetninger for å vurdere hvor god den faglige kvaliteten er, og derfor handler det ofte om hvordan de har blitt møtt, sett og hørt, altså relasjonskvaliteten (Arntzen, 2015, s. 80). Ledere har ulik kompetanse og personlige egenskaper, dette gjelder også ledere av bofellesskap. Hvordan ledere forstår kvalitetsbegrepet vil påvirke hvilken tjeneste som bofellesskapet gir (KS, u.å.).

De krav som følger av lover og forskrifter kan også suppleres av den enkelte virksomhet i møte med den enkelte kommunes innbyggere. Helsedirektoratet (2020) understreker viktigheten av at virksomheter holder seg faglig oppdatert på ny fagkunnskap og på faglige retningslinjer. Samtidig må det legges til rette for rekruttering av ansatte med riktig kompetanse, og det må oppdateres kunnskap med kurs, etter- og videreutdanninger slik at kompetansen sikres i samsvar med endrede behov.

I tråd med myndighetenes beskrivelser av gode tjenester har Steinsbekk et al. (2013) gjort en studie om viktige kjennetegn på god psykisk helse- og sosialtjeneste. Respekt og dyktige

fagpersoner betegnes som grunnleggende og som en forutsetning for «forutsigbarhet, fleksibilitet, informasjon, samhandling, felles beslutninger, sosial kontakt, utviklingsmuligheter og ansvarsfrihet» (Steinsbekk et al., 2013, ss. 2-5).

3 Metode

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for de metodiske valgene som er tatt i denne studien. Den vitenskapelige forankringen som ligger til grunn, og min egen forforståelse, er beskrevet for å kunne øke forståelsen for de valgene jeg har tatt i denne prosessen. Videre vil studiens utvalg og veien frem til en presentasjon av resultatene beskrives her. Avslutningsvis i dette kapitlet vil jeg vurdere prosessen gjennom etiske betraktninger og forskningskriterier.

3.1 Kvalitativ metode

Prosjektet er gjennomført som en kvalitativ studie. Studien søker å finne ut av egenskapene, eller erfaringene lederne har, knyttet til det kvalitetsarbeidet som gjøres i bofellesskap for mennesker med psykiske helseutfordringer. Det jeg ønsker å finne ut av kan ikke måles i kvantitet, da det handler om erfaringer og opplevelser. Kvalitative studier egner seg godt når en søker forståelse av sosiale fenomener. I denne studien ønsker jeg å skape mening og forståelse rundt kvalitetsarbeidet, og hvordan dette er fortolket i praksis (Thagaard, 2021, s. 53).

3.2 Vitenskapsteoretisk ståsted

Vitenskapelige forståelsesrammer skaper grunnlaget for hvordan vi forstår det som studeres (Thagaard, 2021). Hensikten med denne studien er å utforske lederes erfaringer og opplevelser av kvalitetsarbeid, med formål å utvikle kunnskap og forståelse om dette temaet. Denne studien vil ha en hermeneutisk forståelsesramme. Hermeneutiske teorier er beskrivende, fortolkende og fortellende, og søker på den måten forståelse for, og innsikt i mennesker. Dette gjøres ved å fortolke meningsinnhold opp imot den konteksten den står frem i (Thomassen, 2021).

Hermeneutikken er opptatt av at vår tolkning alltid drives av vårt utgangspunkt, og at vår egen kontekst påvirker vår forståelsesramme. Et viktig spørsmål blir da hvordan vår forforståelse får betydning for det vi ønsker å forstå, og hvordan denne kan brukes til nytte for utvikling. Den hermeneutiske sirkel tar til orde for et vekselspill mellom forforståelse og

ny kunnskap, mellom helheten og delene. På denne måten endrer eller utvikler en sin egen forforståelse slik at det en mente i utgangspunktet enten bekreftes, endres eller utvikles. Vår egen forståelseshorisont er dynamisk, og stadig i endring og utvikling, i møte med andres horisonter (Thomassen, 2021).

Forskningsprosessen påvirkes ved at man gjennom intervjuene får data som endrer forskerens forforståelse og tolkninger, som igjen kan endre intervju spørsmålene eller inngangen i neste møte. Problemstillingen kan på bakgrunn av dette påvirkes, og by på nye etiske overveielser. Dette er også hvorfor kvalitative studier betegnes som fleksible. Studerer man mennesker kan man ikke ha rigide rammer for forskningen på samme måte som ved en kvantitativ studie. Nærheten mellom forsker og de man studerer i kvalitative undersøkelser påvirker hvordan data utvikles, og forskeren må derfor reflektere og dokumentere rundt relasjonen og hvordan data kan være påvirket av forskeren (Thagaard, 2021, s. 16).

3.3 Forforståelse

Som Thomassen (2021) beskriver så kan ikke forskeren være objektiv da en er påvirket av den forforståelsen en har. Min forforståelse er med meg og påvirker meg i alt jeg gjør, tenker og lærer. For å lære og utvikle meg må jeg være vår min egen forforståelse og bringe det med meg inn i søken etter ny kunnskap, som et viktig verktøy for fortolkning.

Selv er jeg sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid og ledelse. Jeg har vært avdelingsleder for to av tre bofelleskap i egen kommune gjennom flere år. Dermed har jeg med meg min faglige kunnskap fra profesjon og erfaring.

På bakgrunn av min egen forståelse av kvalitetsarbeid har jeg i de årene jeg har vært leder i bofelleskap endret og utviklet måtene vi møter og gir tjenester til beboerne på. Dette har også bidratt til at jeg i større grad har reflektert over hvordan andre kommuner forstår og gir tjenester i bofelleskap, og hvordan de definerer kvalitet og lovlighet. I eget arbeid har jeg vært opptatt av kvalitetsutvikling av de tjenestene som gis, med fokus på at beboerne skal ha en målrettet plan. Beboerne skal eie planen selv, og personalet skal bistå i dette arbeidet gjennom dynamiske tiltaksplaner. For å lykkes med dette har vi erfart at det kreves mere av personalet i forhold til kommunikasjonsferdigheter, evne til å bygge virksomme relasjoner og

forstå hvordan en kan hjelpe den enkelte i bedringsprosessen og ikke minst av fagutviklers oppfølgings- og støttefunksjon opp mot personalgruppen.

Gjennom dette prosjektet har jeg forsøkt å forholde meg til min forforståelse ved å være åpen, nysgjerrig og reflekterende i møte med intervjupersonene. Jeg har vært opptatt av at måten jeg leder kvalitetsarbeid og innhold i tjenestene på, ikke nødvendigvis er den rette måten å gjøre det på. I søken etter ny kunnskap har jeg hatt med meg erfaringer som har bidratt til at jeg er i verden på den måten jeg er, og er påvirket av den sosiale, kulturelle og språklige forforståelsen jeg har. Min forforståelse har for eksempel vært preget av at målrettet miljøterapi er vesentlig for at beboerne skal oppleve å eie sin egen plan. Dette kan ha preget gjennomføringen og tolkningen av de erfaringene lederne har delt i intervjuene.

3.4 Litteratursøk

Jeg har gjort søk i databasene Vid Open, Oria, Idunn, NORA, CINAHL, Google Scholar, Cochrane library og Medline. Jeg har brukt tid på litteraturlister til aktuelle studier, for å finne forskning og teori som også kunne være aktuell for min studie.

Databasene jeg har søkt i har vært norske og internasjonale. Søkeordene som ble brukt for å finne forskning om bofellesskap som kontekst i psykisk helsearbeid, og hvilket innhold bofellesskap har i tjenestene var «kvalitet bofellesskap», «kvalitet i helse- og omsorgstjenester», «bofellesskap psykisk helse», «målrettet miljøterapi», «miljøterapi bofellesskap», «bofellesskap recovery», «bofellesskap brukere».

Søkeordene som ble brukt internasjonalt var «supported accommodations», “milieu therapy”, “healing environment”, “supported housing”, “mental health care”, “mental disorder”, «quality care» og «quality in mental care».

Litteratursøkene ga mange norske og internasjonale treff ved bruk av ett og ett søkeord. Ved å bruke flere av søkeordene sammen fant jeg noen relevante forskningsartikler. De fleste forskningsartiklene som var aktuelle for min studie kunne jeg også finne igjen i

litteraturlisten til norske forskningsartikler. Forskningsartiklene er beskrevet kort i innledningen, og ytterligere gjennom teorikapitlet.

3.5 Metodisk tilnærming

Intervju er valgt som metode i denne studien. Dette er en metode for å få fylldig og omfattende kunnskap om hvordan andre erfarer et gitt tema eller sin livssituasjon (Thagaard, 2021, s.89). Jeg har intervjuet ledere som er ansvarlige for bofellesskap til mennesker med psykiske helseutfordringer for å få innsikt i hvordan de erfarer kvalitetsarbeid.

3.5.1 Utvalg og rekruttering

For å besvare problemstillingen var det viktig å velge deltakere som var ledere for denne type tjenestetilbud. Studiens intervjupersoner er derfor basert på et strategisk utvalg (Thagaard, 2021). I rekrutteringen av deltakere ønsket jeg tilstrekkelig med intervjupersoner til at resultatet kunne gi en forståelse og kunnskap om de fenomenene jeg studerer, slik at de kan brukes til formålet med undersøkelsen. Samtidig kunne det ikke bli så mange at jeg ikke skulle få tid til å foreta en grundig analyse av intervjuene (Thagaard, 2021). Jeg kontaktet tre kommuner i samme fylke og ba om kontaktinformasjon til ledere av bofellesskap for mennesker med psykiske helseutfordringer. Deretter kontaktet jeg de direkte for intervjuavtaler.

Kommunene jeg har intervjupersoner fra er alle organisert forskjellig (Tabell 1, s. 29), men har det til felles at utfordringene de står i, basert på trekk ved kommunens folkehelseprofil, er relativt like. Kommunene har alle høyere andel av husholdninger med lav inntekt enn landet som helhet, og de har høyere andel ungdomsskoleelever som har psykiske plager enn landsgjennomsnittet (Folkehelseinstituttet, 2022). I en av kommunene har jeg intervjuet to ledere (Tabell 1, s. 29). De fortalte meg ved første kontakt om deres organisering og at dette bidro til lite samhandling på tvers, noe som gjorde at jeg valgte to intervjupersoner fra denne ene kommunen. Tre av fire intervjupersoner var menn og tre av fire hadde mer enn tre års erfaring fra ledelse innenfor feltet rus og psykisk helse. Alle hadde bakgrunn som

vernepleier eller sykepleier. Tre av fire hadde en eller flere videreutdanninger, inkludert videreutdanning innen ledelse. En av intervjupersonene hadde ett års erfaring som leder innen rus og psykisk helse, og flere år fra annen helsetjeneste.

Thagaard (2021) sier at man kan supplere utvelgingen av intervjupersoner for å styrke utvalgets egnethet på bakgrunn av de data man får tidlig i prosessen. Jeg valgte fire intervjupersoner, men måtte supplere med en intervjuperson senere da en av de valgte ikke fikk anledning av sin overordnede å prioritere deltagelse i studien. Jeg erfarer at intervjupersonene har gitt meg tilstrekkelig datagrunnlag. Etter transkribering besto datamaterialet av 49 sider ubehandlet tekst i fontstørrelse 12 og linjeavstand 1,5.

Tabell 1. Utvalg

Intervjuperson	1	2	3	4
Kommune	A	A	B	C
Organisering	Tjenester til mennesker med rus- og psykisk helseutfordringer er organisert i virksomheter ulike steder i kommunen, sammen med andre tjenester	Tjenester til mennesker med rus- og psykisk helseutfordringer er organisert i virksomheter ulike steder i kommunen, sammen med andre tjenester	Tjenester til mennesker med rus- og psykisk helseutfordringer er organisert i en samlet virksomhet for dette fagfeltet	Tjenester til mennesker med rus- og psykisk helseutfordringer er organisert i en samlet virksomhet for dette fagfeltet
Ansvarsfordeling internt i avdelingen	Primærkontakt/ tjenesteansvarlig	Primærkontakt/ tjenesteansvarlig	Primærkontakt/ tjenesteansvarlig	Teambasert
Tildeling av tjenester	Tildelingskontor/ Forvaltningskontor	Tildelingskontor/ Forvaltningskontor	Tildelingskontor/ Forvaltningskontor	Tildelingskontor/ Forvaltningskontor

3.5.2 Semistrukturert intervju

Innhenting av data gjennomførte jeg ved hjelp av en intervjuguide (Vedlegg nr. 2). Denne ønsket jeg at skulle være delvis strukturert med fastlagte temaer slik at jeg kunne stille de samme spørsmålene til alle, samtidig som jeg kunne tilpasse noe underveis i intervjuet. Ved å velge et semistrukturert intervju med endel fastsatte spørsmål, vil jeg kunne få data om de samme temaene fra alle deltagerne. Dette vil gi meg et sammenligningsgrunnlag og en

større forståelse for hvert enkelt tema i denne konteksten. En intervjuguide som er delvis strukturert vil også kunne inkludere spørsmål som en ikke selv hadde planlagt før intervjuet (Thagaard, 2018, s. 91).

For å forstå den andre ut ifra dens ståsted påpeker Kvale og Brinkmann (2021) at det er vesentlig med åpenhet når det gjelder rekkefølgen og formuleringen av spørsmål. I utformingen av spørsmål, og i arbeidet med intervjuguiden, har det vært viktig for meg å planlegge godt for å stille spørsmål om temaene, men samtidig være fleksibel. Jeg reflekterte over hvor dypt jeg skulle gå inn i hvert enkelt tema, samt at jeg tenkte gjennom oppfølgingsspørsmål for å få intervjupersonene til å være så konkrete som mulig (Thagaard, 2018, s 95). Thagaard (2018, s. 95) sier også at det er viktig at spørsmålene er åpne slik at intervjupersonen blir invitert til å presentere sine erfaringer, og ikke ledende slik at svaralternativene begrenses. Jeg opplevde å få spontane beskrivelser av opplevelser og erfaringer gjennom deskriptive spørsmål. De delte mange erfaringer med meg som ga meg et rikt bilde av deres erfaringer og tanker (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 164).

3.5.3 Gjennomføring av intervjuene

Etter innhenting av kontaktinformasjon til aktuelle ledere tok jeg kontakt via telefon. Jeg fortalte hvem jeg var, og litt om mitt prosjekt. Jeg informerte om at dette er anonymt og at jeg ville medbringe samtykkeskjema som skulle signeres før gjennomføringen av intervjuet, samt at alle data med navn og kontaktinformasjon ville bli slettet etter bruk (Vedlegg nr. 1). De fire første personene jeg kontaktet var positive til å delta på intervju, og var opptatt av viktigheten av å bidra til ny kunnskap. Vi gjorde avtale om tid for gjennomføring av intervju, og jeg sendte bekreftelse på mail i etterkant. En av de jeg kontaktet ønsket at jeg skulle sende en forespørsel til virksomhetslederen til vedkommende for å få godkjenning for bruk av tiden. Dette resulterte i at vedkommende ikke fikk lov å delta. Jeg kontaktet da en femte person med samme informasjon som til de fire første, som også var positiv til deltagelse. Hvor gjennomføring av intervjuet skulle foregå ønsket jeg skulle være valgfritt for intervjupersonene, men lagt opp til at de skulle få minst mulig stress i sin arbeidshverdag. Tre av deltakerne inviterte meg på deres kontor. En av deltakerne ønsket å møtes digitalt på

kveldstid. Jeg innkalte intervjupersonen på Teams, og gjennomførte intervjuet på samme måte som de tre andre intervjuene.

På de fysiske intervjuene tok jeg med meg lett servering for å legge til rette for en god og tillitsfull atmosfære, samtidig som jeg kunne vise takknemlighet for at intervjupersonene ønsket å stille opp. Intervjuene varte fra 55 minutter til 75 minutter.

For å dokumentere intervjuene ble det brukt lydbåndopptaker slik at mest mulig av min oppmerksomhet var rettet mot intervjupersonen. Som en introduksjon til intervjuet beskrev jeg ytterligere hvem jeg var, formålet med prosjektet, hva lydopptakeren skulle brukes til og hvordan gjennomføringen av intervjuet skulle være (Kvale & Brinkmann, 2021). For å få til en god avslutning av intervjuet, gikk vi i etterkant av intervjuet gjennom opplevelsen av hvordan det var å bli intervjuet. Dette gjorde jeg slik at det emosjonelle nivået, som Thagaard (2021) sier, ble tonet ned og for at intervjupersonen skulle få en opplevelse av å ha fortalt det den synes var viktig å formidle.

Underveis i intervjuet ønsket jeg å fremstå på en måte som fremmet tillit, at kroppsspråk og holdninger var i samsvar med det jeg sa, at jeg lyttet oppmerksomt, og at tilnærmingen var fleksibel. Jeg var opptatt av nærhet og sensitivitet i relasjon til de jeg skulle intervjuer (Thagaard, 2021, s. 16). Jeg erfarte at særlig en av intervjupersonene fremsto litt nølende til noen spørsmål. For å ivareta personen på en mest mulig trygg og verdig måte presset jeg ikke videre på. Jeg forsøkte heller å endre vinklingen av spørsmålet, for på den måten å skape større tillit og rom for å snakke fritt. Jeg kunne ikke gå i dybden på alle temaer, så her måtte jeg finne en balanse mellom temaer og dybde. Jeg benyttet meg av hovedspørsmål i intervjuguiden til å belyse de sentrale temaene og deretter brukte jeg oppfølgingsspørsmål om mer konkrete erfaringer (Thagaard, 2021, s. 95). Det var vesentlig hvordan jeg stilte spørsmålene og at de var åpne, men det var stor forskjell på hvordan intervjupersonene responderte på spørsmålene. Intervjupersonene var svært forskjellige når det kom til erfaring og personlighet, så jeg opplevde det tidvis utfordrende å få konkrete svar fordi det kunne drukne i mange ord. To av intervjupersonene var litt reserverte, og de svarte konkret og kort. De andre to gav uttrykk for stort engasjement rundt kvalitetsarbeid og hadde mange refleksjoner rundt temaet. Jeg erfarte at ordet «kvalitet» gjorde to av intervjupersonene tilsynelatende stresset, og derfor forsøkte jeg å være nysgjerrig rundt hvordan det jobbes

med disse tjenestene uten å bruke kvalitetsbegrepet så mye hos de intervjupersonene dette gjaldt.

3.6 Tematisk analyse

Vi bruker en temaanalytisk tilnærming når vi utforsker temaer ved å sammenligne data om det samme temaet for alle deltagerne i prosjektet (Thagaard, 2021, s. 152). Det har vært vesentlig å kunne gå i dybden på hvert enkelt tema, samtidig som jeg har sett på helheten ved de erfaringene som har kommet frem. For å få til dette har jeg i analysen tatt hensyn til det miljøet beskrivelsene er tatt i fra for å få en helhetlig forståelse av dataene i tråd med hermeneutisk tradisjon (Thagaard, 2021, s. 171).

Jeg har benyttet Braun & Clarkes (2022) refleksiv tematiske analysemetode for å identifisere, analysere og beskrive temaer og mønstre i datamaterialet fra intervjuene. Dette er en bearbeidet versjon fra Braun & Clarke (2006), der det tydeliggjøres og forklares deres metode. Fra denne metoden ble utgitt første gang i 2006 har det vært mange misforståelser, og disse oppklares i den nyeste versjonen ut fra deres perspektiv. De har også skrevet mange artikler der de diskuterer metoden, men jeg har her valgt å gå grundigere inn i «One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis?» (Braun & Clarke, 2021) og «Reflecting on reflexive thematic analysis» (Braun & Clarke, 2019). Denne metoden har en fleksibel tilnærming og er en hensiktsmessig, relativt konkret metode for meg som har liten erfaring med forskning fra tidligere. Flexibiliteten gjør at den ikke er avhengig av en bestemt teori (Braun & Clarke, 2021). Metoden gir forskeren en mulighet for en åpen, undrende og nysgjerrig holdning gjennom hele analyseprosessen. Metoden gir anledning til å omformulere og formulere forskningsspørsmålet underveis i prosessen (Braun & Clarke, 2022). Refleksiv TA vektlegger viktigheten av forskerens subjektivitet som analytisk ressurs og forskerens refleksive engasjement rundt teori, data og tolkning (Braun & Clarke, 2021). De presiserer forskerens bevissthet rundt egen forforståelse, tolkninger, fortolkninger og hvordan dette påvirker dataene, ny kunnskap og prosessen (Braun & Clarke, 2022). Mitt utgangspunkt har vært induktivt, og på den måten har jeg hentet mulige koder ut fra hele datasettet for å få en bred oversikt over mønstre i materialet. Jeg har ikke vært opptatt av at datamaterialet skal passe inn i temaene fra intervjuguiden eller andre forutbestemte

rammer (Braun & Clarke, 2021). Friheten som Braun & Clarke (2022) oppfordrer til i sin metode, gir forsker muligheter for viktige og nyanserte resultater. Metoden er godt egnet til mitt prosjekt da jeg utforsker de subjektive erfaringene ledere har med kvalitetsarbeid i sine tjenester, og samtidig kunne dra nytte av egen forforståelse og erfaring.

Braun & Clarke (2022) beskriver seks faser i den refleksive tematiske analysen. Kvalitet i refleksiv tematisk analyse handler ikke om å følge disse fasene slavisk, men om forskerens refleksive og tankefulle engasjement rundt dataene og rundt hele prosessen (Braun & Clarke, 2019). I analysearbeidet har jeg beveget meg mellom de ulike fasene, og det har vært en tidkrevende prosess.

3.6.1 Bli kjent med datamaterialet

For å kunne analysere datamaterialet på en systematisk måte, måtte jeg gjøre meg godt kjent med materialet. De fire intervjuene var tatt opp på lydbånd, og jeg valgte å transkribere disse over til tekst selv. Dette gjorde jeg for å kunne notere stemninger, og for å få en dypere forståelse av materialet. De to første intervjuene gjennomførte jeg på samme dag, derfor transkriberte jeg disse før jeg gjennomførte de neste intervjuene. Dette gjorde jeg fordi jeg ønsket å se på hvordan jeg stilte spørsmålene, og om jeg kunne gjøre endringer for eventuelt å få ytterligere innhold i datamaterialet. Jeg transkriberte intervjuene fra tale til tekst ordrett. Deretter lyttet jeg gjennom materialet på nytt, samtidig som jeg korrigerste små feil og mangler. Jeg leste gjennom materialet grundig flere ganger og markerte tekst og tanker underveis. Braun & Clarke (2006) anbefaler å gjøre notater underveis hvor en reflekterer kritisk og gir mening, endring og utvikling av seg selv og eget prosjekt.

3.6.2 Lag de første kodene

Koding er et vesentlig element i analyseprosessen der en identifiserer et aspekt ved dataene som på en måte besvarer forskningsspørsmålet. I denne fasen laget jeg de første kodene. Jeg gikk systematisk gjennom ett og ett intervju hvor jeg kodet samtlige data som kunne være meningsbærende, også de som umiddelbart kunne fremstå som irrelevante for problemstillingen. I dette arbeidet noterte jeg foreløpige koder i tekstene, og det ble mange

av dem. Disse kodene identifiserte trekk fra datamaterialet som viste seg å være aktuelle og interessante videre i analysen.

3.6.3 Søk etter tema

I denne delen av analyseprosessen sorterte og samlet jeg alle kodene slik at jeg kunne se dem i en større helhet. Jeg lette etter potensielle temaer og samlet alle relevante og kodede data under disse temaene med penn og papir. De temaene jeg kom frem til var:

Organisering, tildelingsprosess, kompetanse, innhold i tjenesten, primærrollen, kvalitet og utvikling, vedtak, visjoner, felles faglig forståelse. Datamaterialet ble deretter lest gjennom på nytt for å forsikre meg om at temaene representerte datamaterialet på en måte som gjenspeilet innholdet. I denne prosessen kunne noen temaer slås sammen, og noen temaer var ikke relevante for problemstillingen. Det var også her noen temaer som fremsto som hovedtemaer, mens andre temaer ble undertemaer.

3.6.4 Kritisk gjennomgang av tema

Denne fasen består av å revurdere og justere temaene på to nivåer. Ved å lese gjennom alle utdragene som er samlet under hvert tema, vurderes det om de fremstår som meningsbærende og om dataene gir et sammenhengende mønster. For å sikre helheten i temaene gjentar en denne prosessen med hele datamaterialet. Noen av temaene ble i denne fasen vurdert slått sammen, og dermed også vurderinger om intervjusitatene passet under tema det var plassert under. Dette var en tidkrevende fase med kritisk vurdering, hvor jeg til slutt hadde en liste over tema som gjenspeilet datamaterialet. Dette arbeidet foregikk i hele prosessen med penn og papir.

3.6.5 Definer og navngi temaene

Essensen i denne fasen er å identifisere hva de enkelte temaene handler om, for så å navngi disse på en treffende måte. Her måtte jeg identifisere det interessante med hvert enkelt tema og se på hvilken sammenheng de har med helheten, og til problemstillingen. Temaer oppstår ikke passivt fra dataene eller kodene, temaer er tolkende fortellinger om dataene. Temaene jeg til slutt kom frem til var: Organisering påvirker kvaliteten, Felles faglig

forståelse, Arenaer for tjenesteutvikling, og Erfaring og forståelse av kompetanse og personalsammensetning.

3.6.6 Skriveprosess

I denne siste fasen kunne jeg starte beskrivelsen av resultatene. Temaene var utarbeidet og jeg fant sitater fra intervjuene som kunne brukes til å nyansere og beskrive temaer og undertemaer. Jeg har redegjort for hvordan jeg har kommet frem til temaene mine og argumentert opp imot forskningsspørsmålet mitt. Jeg har etter beste evne dokumentert presist og transparent fra analyseprosessen.

Ferdigstilt analysekart med hovedtemaer og undertemaer:



Eksempel på hovedtemaer og undertemaer med koder til:

Tema:	Undertema:	Koder:
Organisering påvirker kvaliteten på tjenestene	Organisatoriske faktorer	Organisering av tjenesten Tverrfaglig samarbeid Kvalitetskontroll Like vedtak Teambasert eller primærrolle
	Tildelingskontorets rolle for ledernes erfaringer	Avstand til utøvende tjeneste Komplekse og sammensatte søkere Ønsker samarbeid og å bli hørt Differensiere tilbudene
	Lederstøtte	Ikke kontorplass på begge avdelinger Fjernledelse Ansvarsfordeling Støtte fra leder i utviklingsarbeid

3.7 Etske overveielser og betraktninger

Gjennom dette prosjektet har jeg vært opptatt av å reflektere og forholde meg til etiske prinsipper og retningslinjer. God forskningskvalitet fordrer at en forholder seg til dette (Thagaard, 2021). Prosjektet er meldt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) fordi det krever behandling av personopplysninger. NSD godkjente prosjektet 12.10.2022 (Vedlegg nr. 3).

Ved å informere om prosjektet dannes grunnlaget for informert samtykke (Thagaard, 2021). Informasjonsskrivet som deltakerne fikk lese gjennom før intervjuet inneholdt informasjon om prosjektet, at det var frivillig og hva det skulle brukes til. Det inneholdt også informasjon om hvordan deres personopplysninger ville lagres og anonymiseres i prosjektperioden for å sikre konfidensialitet (Thagaard, 2021). Det ble også informert om at samtykket kan trekkes i etterkant av intervjuet. Denne informasjonen ble gjentatt muntlig i introduksjonen til intervjuet, i tillegg til informasjon om at de ikke må dele taushetsbelagt informasjon om beboere eller opplysninger som kan identifisere enkelte ansatte eller beboere.

Den informasjonen som intervjupersonene får for å kunne gi sitt informerte samtykke vil aldri kunne gi et fullstendig bilde, da forløpet av et intervju er en uforutsigbar prosess. Data

utvikles fra intervjusituasjonen og det er derfor viktig at en utfører intervjuet på en etisk ansvarlig måte (Thagaard, 2021, s. 113).

Jeg som forsker må være bevisst min rolle før, under og etter intervjusituasjonen. Jeg må vise hensyn, respekt og ivareta den enkelte som har gitt sitt samtykke til å delta i mitt prosjekt (Thagaard, 2021, s. 114). Mitt fokus i møte med intervjupersonene har vært å innta en høflig, imøtekommende og ydmyk holdning for å vise at jeg setter pris på at de har engasjert seg og brukt av sin tid for mitt prosjekt.

Begrepet kvalitet og erfaringer med kvalitetsarbeid opplevde jeg skapte noe usikkerhet blant to av intervjupersonene. Det var derfor viktig for meg å ufarliggjøre begrepet slik at de ikke skulle holde tilbake erfaringer. Jeg valgte da å fokusere på innholdet i tjenesten, og hva som var viktig for dem som ledere.

Bevisst har jeg ikke brukt benevnelser av kjønn på intervjupersonene for å bidra til ytterligere anonymisering av deltakerne, og de har fått informasjon om at deres identifiserbare opplysninger og kobling mot lydopptakene fjernes innen mai 2023.

Braun & Clarke (2019) skriver om kvalitative forskere som reisende og ikke som de som har ankommet. De mener at dette er forskere som hele tiden er på vei, som alltid tenker, reflekterer, lærer og utvikler seg. Dette er også hvorfor de ønsker at forskere skal lese noe av det senere de har skrevet om tematisk analyse for å vise hvordan metoden har utviklet seg. Jeg liker godt måten de beskriver denne utviklingen og samtidig den fleksibiliteten de gjør seg til talskvinner for. Dette gir meg som forsker troen på at jeg kan gjøre et grundig og godt gjennomarbeidet arbeid. Da jeg forsto viktigheten av å dypdykke i datamaterialet, og at det var lov å gå frem og tilbake i kode prosessen, fikk jeg en ny og dypere forståelse for egen analyse. Gjennom denne studien har erfart viktigheten av å være bevisst på egne tanker og meninger når en forsker på et fagfelt en kjenner godt og arbeider i. Dette gjelder også kollegaer som har bistått meg med refleksjoner og drøftinger gjennom denne prosessen. Forforståelse påvirker forskningsprosessen og en må reflektere rundt dette hele veien.

3.8 Forskningskriterier

Troverdighet er det overordnede begrepet for gyldighet, pålitelighet og overførbarhet som i kvantitativ forskning beskrives som validitet, reliabilitet og generaliserbarhet (Drageset & Ellingsen, 2011). Forskningskriterier benyttes for å vise eller drøfte forskningens gyldighet og pålitelighet, sier Thagaard (2021).

I fortolkningsarbeidet av de innsamlede dataene har jeg vært bevisst egen forforståelse og refleksjoner. Under intervjuet sjekket jeg ut at jeg forsto intervjupersonenes erfaringer riktig, og spurte tilleggsspørsmål der jeg trengte ytterligere beskrivelser for å forstå. Jeg har transkribert notatene nøyaktig og grundig, og jeg har dokumentert underveis i studien. Resultatene i denne studien mener jeg har relevans utover utvalget og konteksten ved at de beskriver lederes erfaringer med kvalitetsarbeid. Dette kan overføres til andre praksisfelt der kvalitetsarbeid er tematisert, men også der ledelse i helse- og omsorgstjenester er tema. Resultatene kan ha relevans som et grunnlag for utarbeidelse av retningslinjer for arbeid med tjenestekvalitet i bofellesskap på tvers av kommuner og fylkeskommuner. Gjennom forskningsprosessen har jeg tilstrebet å være åpen i tilnærmingen, nøyaktig og refleksiv. Denne studien har, på tross av dette, blitt til fordi jeg har kunnskap fra fagfeltet, og er preget av min forforståelse og kjennskap til konteksten. De erfaringene som har kommet frem under intervjuene er i stor grad styrt av mine spørsmål, som baserer seg på min forforståelse. På bakgrunn av dette kan det være betydningsfulle erfaringer som ikke er inkludert i denne studien.

Det har vært utfordrende å velge ut de mest sentrale resultatene. Temaene som ble bragt inn av deltagerne har vært viktige og interessante. Ved å fokusere på færre temaer, ville jeg mest sannsynlig kunne gått ytterligere i dybden av disse gjennom prosjektet. Det er en styrke at spørsmålene ikke ble gitt til deltagerne i forkant av intervjuene. Da ville deltagerne kunnet forberede seg, og jeg kunne mistet de spontane beskrivelsene. Det er også en styrke ved studien at ingen av deltagerne har trukket seg, og at resultatene er basert på deres opplevelser og erfaringer.

4 Resultater

Hensikten med denne studien er å få frem lederes erfaringer med kvalitetsarbeid knyttet til tjenestene som gis i bofellesskap for mennesker med psykiske helseutfordringer. Gjennom analysen av datamaterialet fremsto flere interessante temaer som relevante for å forstå hvordan det arbeides med kvalitet i hverdagen, og hva som påvirker ledernes erfaringer. Resultatene blir presentert i dette kapitlet.

4.1 Organisering påvirker kvaliteten

Organiseringen av tjenester for mennesker med psykiske helseutfordringer som er i behov av bofellesskap er svært forskjellig i de tre kommunene som er med i dette prosjektet. Forståelsen av hvordan kvalitet sikres og jobbes med er ulik hos lederne, og kan ses i lys av hvordan kommunen er organisert på systemnivå, men også hvordan de selv har valgt å organisere tjenestene lokalt.

4.1.1 Organisatoriske faktorer

Gjennom intervjuene kommer det frem ulike organiseringsformer. Dette viser at satsningen på tjenester til mennesker med psykiske helseutfordringer, og hvordan en velger å gi disse tjenestene, varierer i de kommunene som er med i denne studien. Det er ingen lovpålagt måte å organisere hvordan tjenester i bofellesskap skal gis, eller hvem som skal bo i de forskjellige tilbudene. Kommunene gir tjenester basert på de samme vedtakene, men de sier ingenting om tjenestene i botilbudene. Vedtakene er praktisk bistand og opplæring, og helsetjenester i hjemmet. Alle botilbudene er å regne som kommunale boliger, og dette får beboerne vedtak på i tillegg.

Én kommune har områdeinndeling i virksomheter (Tabell 1, s. 29), slik at alle virksomhetene har avdelinger med tjenester til alle innbyggere i den geografiske delen av byen. Denne kommunen har i tillegg noen tjenesteovergrepene tjenester, blant annet til mennesker med rusutfordringer. Kommunen har forskjellige samlokaliserte botilbud, og gir ambulante tjenester ut ifra baser lokalisert i nærheten av disse boligene. En intervjuperson forklarer organiseringen på denne måten:

Vi tenkte at ved en slik organisering vil vi se hele mennesket. Tanken var at vi skulle jobbe tverrfaglig. Brukerne er komplekse og vi ville ikke sette folk i bås. [...] Jeg ser at å samarbeide og dra nytte av hverandres kunnskap er nyttig, så nå har vi etablert samarbeidsmøter i vår avdeling med hjemmesykepleien fordi vi har så mange av de samme brukerne sånn at vi gjør de samme tiltakene rundt. (Intervjuperson 2)

Områdeinndeling med virksomheter er organisert slik på bakgrunn av tanken om en helhetlig tjeneste for personene som har behov for tjenester i kommunen. Når en person har behov for tjenester fra forskjellige avdelinger og fagfelt, er målet med denne formen for organisering at en på tvers av avdelinger samarbeider om personene fremfor å gi de samme tiltakene fra flere avdelinger. Lederne fremstiller en slik måte å organisere tjenestene på som utfordrende for samarbeid på tvers av virksomhetene. De trekker frem at de må jobbe mer for å få til samarbeid med like tjenester i andre virksomheter når de er lokalisert over hele kommunen. De sier det er kjempeviktig å utveksle erfaringer, og gi like tjenester, uavhengig av hvor folk bor.

Kommunen jeg har beskrevet over har valgt å innføre et kvalitetssikringssystem med sjekklistene for at beboeren skal sikres riktige tjenester til enhver tid. I dette systemet vil de tiltakene en skal gjennomføre komme opp på en tavle, og en kan huke av for utført når det er gjennomført. Lederne erfarer dette som en trygghet for å sikre kvaliteten på tjenesten. Beboerne får de tjenestene de har krav på, og er i behov av, samtidig har ledere et system som bistår de i oversikt og kontroll.

To av kommunene i dette prosjektet er organisert ut fra et samlet fagfelt for rus og psykisk helse (Tabell 1, s. 29) og har mange bofellesskap, men kun én kommune har bofellesskap til mennesker med psykiske helseutfordringer. Kommunen med bofellesskap til mennesker med psykiske helseutfordringer har også en ambulante tjeneste til hjemmeboende i denne brukergruppen. Den andre kommunen har mange bofellesskap til mennesker med funksjonsnedsettelse og ett til mennesker med store omsorgsbehov som følge av rus- og psykiske helseutfordringer. Alle tjenester for øvrig er organisert som ambulante tjenester. Lederne tanker og meninger ser ut til å ha større betydning i de sistnevnte to kommunene. Det var i stor grad opp til dem selv hvordan de ledet, driftet og sikret kvalitet i deres

tjenesteområder. Lederne viste til erfaringer fra tidligere arbeidsplasser og lederskap, samt trygghet rundt egen lederkompetanse. En intervjuperson beskriver sin rolle på denne måten:

Jeg pleier å si at jeg er leder fordi jeg synes det er en faglig bakgrunn det er greit å ha siden jeg er leder, men jeg er sykepleier. Ledelseskompetanse i ledelse er relevant, og det er påfallende hvor mange som ikke har det. Jeg har tatt verdibasert ledelse.

(Intervjuperson 4)

Noen av de lokale måtene å organisere tjenesten på handler om ansvarsfordeling på den enkelte avdeling (Tabell 1, s. 29). Tjenesteansvarlige, eller primærkontakter, er betegnelsen på den ansatte som har hovedansvar for den enkelte beboer i flere av kommunene.

Tjenesteansvarlig, eller primærkontakten, er den som har ansvar for at den enkeltes plan evalueres og følges sammen med beboeren. For å sikre kvalitet ved tildeling av tjenesteansvarlig, eller primærkontakt, er det søkelys på egnethet og fagkunnskap. Lederne forsøker å fordele beboeren ut fra hvem som passer sammen med den enkelte, da ansatte er forskjellig i måten å nærme seg ulike utfordringer på. Det ble påpekt at noen ganger må en bytte primærkontakt fordi det handler om personlige tilpasninger i møte med beboerne. Ikke alle avdelingene organiserer seg på denne måten. Noen velger å fordele ansvaret for beboere ut fra team. En intervjuperson sier:

Vi har ikke en slik primær, sekundær organisering fordi vi har så få beboere, så jeg tenker det er u hensiktsmessig hvis det blir masse en bare kan gjennomføre hvis han eller hun er på jobb. Utfordringen er at ansvaret pulveriseres, men det går an å følge opp. Hvis vi kan få alle til å ta ansvar sammen og tenke at det er et team hvor vi har mulighet til å tenke utenfor boksen eller være kreative, eller ikke være kreative, men bare sabla dyktige faglig så er jo det bra. (Intervjuperson 4)

Ved å organisere personalet som team kan ansvaret pulveriseres uten tydelig ledelse og mål om felles ansvar og kreativ tenkning som beskrevet over. Erfaringer fra prosjektet viser også at flat ledelsesstruktur i avdelingene skaper uformelle ledere, spesielt når arbeidet ikke er definert. Det blir da mange måter å forstå innholdet i tjenestene på ved at personalet tar

ansvar ettersom hva de tenker er viktig. En intervjuperson hadde erfaringer som ble beskrevet på denne måten:

Når jeg begynte i denne kommunen, fikk jeg høre at det var flat struktur. Da fikk jeg frysninger, det går ikke an. Jeg ønsker å heve de med høgskole litt. De sitter med kompetanse, og når jeg ikke er her, har de ansvar for det faglige arbeidet.

(Intervjuperson 3)

4.1.2 Tildelingskontorets rolle for ledernes erfaringer

Kommunene har, som nevnt, organisert seg forskjellig når det gjelder tjenester til mennesker med psykiske helseutfordringer. Noen har bofellesskap, noen har samlokaliserte boliger, noen har kommunale boliger uten bemanning, med ambulante tjenester. Når innbyggerne søker seg til bofellesskap uten at behovene vurderes, risikerer tildelingen å skje tilfeldig. Tildelingene blir gjort på bakgrunn av om det er en tjeneste kommunen har, og ikke på bakgrunn av behovskartlegging. Denne forståelsen kan ha avgjørende betydning for kvaliteten i tjenestetilbudet.

Kommunene som er representert i dette prosjektet er organisert med tildelingskontor eller forvaltningskontor som tildeler tjenester og sikrer vedtak til beboerne (Tabell 1). Dette er organisasjonsovergrepene, og er organisert slik at det ikke er lokalisert i fysisk nærhet til de tjenestene som her blir presentert. Tildelingskontoret, eller forvaltningskontoret, mottar alle søknader, gjennomfører kartlegginger og tildeler tjenester. Erfaringer fra intervjupersonene viser at tildelingsprosessen gjøres uten involvering fra lederne i de enkelte avdelingene. De erfarer at avstanden til tildelingstjenestene er utfordrende, og de savner mere samarbeid. Spisskompetansen på søkerne til bofellesskap, sammensetningen av beboere, og på de tjenestene som leveres, finnes ute i bofellesskapene og i boligene. Dette understrekes av en av intervjupersonene på denne måten: «Vi sitter med kunnskap om de ansatte, hvilke behov vi har i avdelingen og hvilke tilpasninger vi har» (Intervjuperson 3). En annen intervjuperson beskriver det slik:

Jeg skulle ønske at vi hadde tettere samarbeid med saksbehandlerne som skriver vedtakene. De har vedtaksmyndighet og bestemmer, så jeg ser at der kan vi nok, det hadde vært en fordel at vi satt tettere, at vi hadde kortere vei til saksbehandlerne.

(Intervjuperson 1)

Intervjupersonene beskriver at søkere som er i behov av denne type tjeneste «blir mer og mer komplekse og sammensatte» (Intervjuperson 1). Denne kompleksiteten og vridningen i behovene påvirker innholdet i tjenestene. Det blir ikke sirkulasjon av beboere fordi behovene er så store og sammensatte ved tildeling, slik at det er vanskelig å se for seg at de kan øke selvstendigheten og flytte videre. Når behovene tilsier at beboeren ikke kan øke selvstendigheten og flytte til andre botilbud, vil det bli en opphopning og endring i sammensetningen av beboere i avdelingene. Dette påvirker tjenesten ved at personalet ikke kan jobbe på den samme måten med målrettet arbeid. Alle sier det er stor søkermasse til tjenestene, og at sammensetningen av beboere påvirker kvaliteten. Det er ønskelig med en større differensiering ved tildeling av boligene slik at potensialet til den enkelte beboer ikke skal påvirkes negativt av medbeboeres behov. En intervjuperson sier: «De som er dårligst fungerende bor inne, de med størst behov. Vi får bare tildelt nye brukere, og det er såpass stort behov og manko på boliger og tjenester til denne gruppen, så kommunen har ikke så mange valg» (Intervjuperson 1). Den store søkermassen til bofellesskap gjør at tildelingene bærer preg av tilfeldige tildelinger. Beboere som det er knyttet stor risiko rundt innvilges bolig sammen med de som har behov for trygge rammer og forutsigbarhet. Gehør for faglige vurderinger i dialogen mellom de som tildeler tjenester, og de lederne som står nærmest tjenestemottakeren, er vesentlig og beskrives på en frustrerende måte slik: «Vi har ikke alltid forståelse for hvilken bruker vi får og hvilken vurdering som er gjort her. Sånn at vi føler vi får kasta på. Ikke med på drøftinger i forkant» (Intervjuperson 1).

Noen brukere har ikke tilstrekkelig hjelp til å utforme søknaden om tjenester på en slik måte at de blir presentert riktig. Dette kan medføre at behovene for tjenester og omsorg ikke kommer frem. Det understrekes viktigheten av at mennesker med ulike behov fremsnakkes i møte med de som har tildelingsmyndighet, for å sikre tilstrekkelige tjenester. Enkelte ledere i prosjektet har erfart at de må ta stort ansvar i møte med tildelingsmyndighetene for å skape forståelse for brukergruppen, og for de tjenestene de har behov for. En intervjuperson

sier: «Dette er en gruppe brukere som er litt annerledes enn de vi er vant med å forholde oss til som brukere, og det tar sin tid å få til endringer i måten å tenke tildelinger på» (Intervjuperson 4).

4.1.3 Lederstøtte

Flere av lederne som ble intervjuet i dette prosjektet ledet tjenestesteder de ikke hadde kontorplass på. Flere ledet flere tjenestesteder, eller hadde kontor kun på en av lokalisasjonene. To hadde kontor i et kontorlandskap sammen med andre ledere med avstand til tjenestestedene de ledet. Det at en ikke har kontorfasiliteter på det enkelte tjenestested uttrykker lederne som utfordrende. En deltaker beskriver dette slik:

Jeg har kontorplass der vi er nå og personalgrupper på de to tjenestestedene, så jeg burde snart søkt om bobil eller noe sånt. Det er litt stress. Jeg skulle ønske jeg var tilstede hele tiden, men det lar seg ikke gjøre. (Intervjuperson 1)

Ledelse av flere lokasjoner og ledelse uten kontorplass der en er leder gir lite forutsigbarhet og rammebetingelser for ledelse. Flere har på bakgrunn av dette meldt inn behov for endringer i organiseringen der de arbeider. En deltaker forklarer: «Det er vanskelig å få fullstendig kontroll og oversikt. Jeg prøver å få med meg rapportene, liksom. Det er fagkoordinator som holder i den daglige driften, og følger opp sammen med meg» (Intervjuperson 2). Det uttrykkes at kvaliteten på tjenestene blir dårligere når lederne skal ha for mange ansatte å lede. En leder beskriver å være tilgjengelige døgnet rundt på mail og telefon for at de ansatte skal oppleve seg sett og sier: «i deres verden er det litt krise, og de får svar» (Intervjuperson 3).

Positiv forsterkning av de som tar på seg ansvar i avdelingen fordrer at lederen sitter tett på i hverdagen, og kan følge de ansatte i deres daglige arbeid. Dette vil naturlig nok påvirkes når lederne har flere tjenestesteder å lede. Ansvarer kan fort pulveriseres, eller en får uformelle ledere ved forskjellige måter å organisere seg på.

Lederstøtte uttrykkes som avgjørende for å stå i lederskap hos lederne i dette prosjektet. En har stort ansvar for en beboergruppe som er stigmatisert og som kan gi grunnlag for klager fra nabolag på grunn av støy eller utfordrende adferd. Som leder må en kunne si ifra og bli hørt hvis tjenestene er uforsvarlige. Faste møter med egen leder bidrar til at endrings- og utviklingsarbeidet går fremover, og en får lov å ha fokus på faget og å levere gode tjenester til beboerne, også når det kommer reaksjoner og motstand fra ansatte. Lederstøtte inn mot overordnede valgte organisasjonsformer, som måten tildelingen av tjenester foregår ses på som avgjørende for å kunne stå i lederrollen.

4.2 Felles faglig forståelse

De forskjellige avdelingene som er med i denne studien har fellestrekk når det kommer til forståelsen av de tjenestene de skal levere. De har også ulike måter å møte dette på gjennom ledelse og tilnærming. Overordnet for alle er likevel at den enkelte avdelings ansatte forstår innholdet i tjenestene på samme måte, og drar tjenestene i samme retning.

4.2.1 Ledernes visjoner og tanker om tjenesteinnhold

Lederne som deltar i prosjektet har varierte erfaringer med hvordan begrepet behandling brukes, og om det er det deres tjenester leverer. Likevel betegnes arbeidsformen eller metoden som miljøterapi og ansatte med høgskoleutdanning har tittel som miljøterapeuter. En deltaker beskriver:

For det er liksom ikke det vi skal gjøre, men det er en hårfin balansegang. Dette er jo en type behandling når vi opplever at vi oppnår noe, og de blir bedre. Da har vi gjort behandling, men vi skal liksom ikke drive med det. Da må de være inne på DPS eller ha andre tiltak. Mye handler om å få hverdagen til å fungere. Holde de oppe, holde de i gang. (Intervjuperson 2)

Det varierer i hvilken grad innholdet i tjenesten er fokusert som behandling, eller om det betegnes som en tjeneste som opprettholder funksjoner hos beboerne. Tjenestene beskrives som en støtte, et holdepunkt, de har samtaler og de er et bindeledd i forhold til spesialisthelsetjenesten:

Vi er behandlere. Vi utfører helsetjenester, vi har samtaler med, vi jobber med å finne mestringsområdene til de ulike, men så kommer det til punkter innimellom hvor folk har behov for mer intensivt behandling og kanskje har behov for en innleggelse et sted. (Intervjuperson 1)

Noen er mer opptatt av at tjenestene de gir i bofellesskapet er behandling, og forsøker å endre kulturer i veggene og i systemet rundt synet på hva denne type tjeneste skal være: «Før så var vi hotell, det jobber vi med å komme bort ifra» (Intervjuperson 3).

I bofellesskapene som er beregnet for en gruppe beboere med spesielt store omsorgsbehov jobber en aktivt med å gjøre det attraktivt å være våken på dagtid med individuelle aktivitetstilbud. Tradisjonelt har tilbud om arbeidstiltak vært utilgjengelig for mennesker med rusutfordringer og alvorlig psykiske lidelse. Visjonen i denne boligen er at de som bor der skal oppleve å bo trygt og godt i sin egen bolig, og trygghet beskrives på denne måten: «Jeg synes det er noe som er symptomdempende og som reduserer bruk av andre mestringsstrategier som har endel bivirkninger, for eksempel rus» (Intervjuperson 4).

Overordnede visjoner for kvalitetsarbeid i bofellesskap for mennesker med psykiske helseutfordringer er økt fokus på like prosedyrer, forståelse og kompetanse. Det trekkes frem viktigheten av god dokumentasjon, og at systemene fungerer slik at de fanger opp tiltak som skal følges opp. Lederne er opptatt av å jevne ut ulikheter og få en helhetlig tenkning rundt sine beboere, samtidig som at de ansatte skal ivaretas på en god måte. Intervjupersonene er alle opptatt av å ivareta sine ansatte og legge til rette for gode arbeidsforhold. En deltaker sier: «Jeg er opptatt av at folk skal oppleve arbeidet sitt meningsfylt, og prøver å tilrettelegge best mulig slik at det skal være mulig å gjennomføre arbeidet sitt» (Intervjuperson 1).

4.2.2 Faglig tilnærming

Alle intervjupersonene erfarte at miljøterapi var det de leverte i tjenestene. Det er fokus på mål i tiltaksplanen, og samarbeidsmøter med beboerne for å oppnå disse målene. Dette

beskrives av en deltaker slik: «Vi prøver å ha et årshjul for alle brukerne, der vi innkaller til samarbeidsmøter med fastlege, NAV eller andre, der vi også går gjennom tiltaksplanene. Der evaluerer vi og justerer» (Intervjuperson 2). En annen sier: «Tiltaksplanene skal evalueres og revurderes hver tredje måned, men så har vi nok endel brukere hvor det går over noen år også, jeg tror det» (Intervjuperson 1).

Alle er opptatt av at den enkelte beboer skal oppleve mestring og individuelt tilpassede mål. En deltaker forteller om hvordan ansatte må jobbe med beboernes mål på denne måten: «Du må være påkoblet hele tiden. Alt du sier og alt du gjør er forankret i hvor du skal. Det er ikke bare å snakke litt og gå videre» (Intervjuperson 3).

Lederne var opptatt av at tiltaksplanene som lages i dokumentasjonssystemet kan utvikles og utfordret sine ansatte på dette. En deltaker sier: «I utgangspunktet skulle man lett kunne sette seg inn i tiltakene, men alt står ikke i den tiltaksplanen som tjenesteansvarlige jobber med» (Intervjuperson 1). Lederne opplever at det blir sårbart ved en slik måte å bruke tiltaksplanen på. Tjenestetilbudet blir på denne måten basert på enkeltansatte og den informasjonen de sitter på utenom det som er beskrevet i tiltaksplanen. Lederne er opptatt av at god kvalitet i dette arbeidet er når det ikke lenger er opp til hver enkelt ansatt, men systemet sier hvordan tiltaksplanen skal utarbeides og dokumenteres. Dette mener de skaper trygghet for de ansatte. Fleksibilitet er likevel viktig for å møte de akutte behovene med denne brukergruppen. Den røde tråden i arbeidet med fokus på at hver enkelt skal oppleve mestring, og mål om å takle sitt eget liv, fremstår som det viktigste for lederne. En beskriver det slik: «Målrettet og systematisk arbeid er det vi skal jobbe imot» (Intervjuperson 3).

Lederne var alle opptatt av å levere recovery- og individorienterte tjenester. Lederne ønsket at den enkelte beboers behov og mål skulle være førende for tjenestene de sto ansvarlige for, og at målene skulle nås gjennom godt samarbeid med beboerne. En deltaker sier: «Når vi begynte med kartlegginger så sa han at det var første gang noen hadde spurt hva han ville med livet sitt. Han har vært her i 8 år og har aldri gjort noe annet enn å gå fra leiligheten sin og inn der» (Intervjuperson 3). Mange beboere har behov for stimuleringer til tiltak i egen plan fordi de selv ikke mestrer dette. Noen beboere har ikke interesse for eget planarbeid

med store og langsiktige mål. Det er derfor viktig å bryte planarbeidet opp i håndfaste og nære planer som kriseplaner og ukeplaner for disse beboerne. Det understrekes likevel at som personalgruppe bør en være proaktiv i det miljøterapeutiske arbeidet rundt beboere som ikke selv tar initiativ til aktiviteter eller omsorg.

Som en del av den faglige tilnærmingen trekkes det frem hos flere at det å tørre å avslutte tjenester er en viktig kvalitetsfaktor. Det er ikke nødvendigvis god kvalitet i det å motta tjenester, hvis tjenestene ikke er evaluert eller vurdert opp imot behovet. Erfaringer fra intervjupersonene viser at mange mottar den samme tjenesten år etter år, og i noen tilfeller er de ansatte mer engstelige for hvordan beboere vil klare seg enn beboerne selv, ved endringer av tiltak. I den forbindelse er målrettet arbeid vesentlig for å kunne evaluere og endre tiltakene underveis. En deltaker sier det er viktig å: «Sette ting mere tidsavgrenset. Nå skal vi oppnå dette også blir tjenesten avsluttet. Jeg tror vi gir tjenester til mange som kunne klart seg mere på egenhånd. Men så er det å tørre å gi slipp, da» (Intervjuperson 2). Dette fremstilles som utfordrende for ansatte fordi det ofte blir lange og nære relasjoner der en kan glemme målet og undervurdere beboernes evne til egen mestring. En av deltakerne beskrev det på denne måten: «Jeg tror noen ganger det er verre for ansatte å endre vedtakene. Fordi med en gang det var endring var det rett i primærhjernefunksjonen, og rett i forsvar. Uten å tenke på hva som er målet» (Intervjuperson 3). Det kan også være motsatt, at fagpersonene ser store behov og beboeren sier nei til tiltak. Det å kunne nyttiggjøre seg tilbudet betyr i noen tilfeller at noen beboere ikke trenger tjenestene i bofellesskap eller andre botilbud, men det kan også bety at noen beboere ikke kan flyttes fordi de ikke evner å ivareta seg selv, og på den måten nyttiggjør seg botilbudet.

4.3 Arenaer for tjenesteutvikling

Møteplasser fremstår som vesentlig for å jobbe med tjenesteutvikling og kvalitetsarbeid. Steder der det er tilrettelagt for at flere ansatte kan møtes for å jobbe med innholdet i tjenestene, og der ansatte kan få felles informasjon og forventninger fra leder om ansvarsfordelinger, kvalitetsindikatorer og faglige innspill.

De lederne som er organisert basert på områdeinndeling beskriver faste møter i virksomheten som nyttige, og at de på denne måten har tverrfaglige diskusjoner. Likevel er de opptatt av at de ville hatt større utbytte av et tettere formelt samarbeid med andre avdelinger som jobber med rus og psykisk helse. En deltaker sier: «Jeg har meldt inn at det er litt få formelle kontaktfelter for oss som jobber innen samme fag, og da blir det litt lite kontakt. Jeg har sagt at jeg har ingen å leke med» (Intervjuperson 1).

Lederne er opptatt av at de ansatte skal ha mulighet for møteplasser for refleksjoner og utviklingsarbeid i hverdagen, men ikke alle har det i system: «Vi har etisk refleksjon, men ikke satt det i system, selv om jeg føler vi har det mye i det daglige. Vi har fått fagdager i turnus» (Intervjuperson 2).

Alle lederne forteller at de har personalmøter og fagmøter i avdelingene de leder, men mange av drøftingene og problemstillingene tas opp i løpet av arbeidsdagen uten formelle møteplasser. Det å kunne bruke det rommet som finnes i en hverdag hvor en jobber med uforutsigbare beboere til utviklingsarbeid, er vesentlig for kvaliteten på tjenestene. Noen steder er en bemannet for å tåle toppene, og da vil det være perioder det er stille og muligheter for å drive utviklingsarbeid. En deltaker sier: «Alt er ikke avhengig av å tas i full gruppe, men at vi har grupper på to eller tre som settes sammen mer eller mindre langvarig for å jobbe med spesielle områder» (Intervjuperson 4).

Intervjupersonene er opptatt av at det ikke er en fasit eller kjent metodikk som beskriver hvordan fagutviklingsarbeid skal bedrives på den best tenkelige måten i bofellesskapene. Det legges vekt på å systematisere kunnskap og erfaringer i de forskjellige møteplassene i dette utviklingsarbeidet, samtidig som enkeltansatte eller team gis ansvar for fagspesifikke områder. De faste møtene i de forskjellige avdelingene brukes til internundervisning der ansatte forbereder tema de selv skal undervise i, og gi veiledning. Det påpekes at alle ansatte må utfordres til å bidra inn i dette utviklingsarbeidet. Dette fører til større forståelse for beboerne som igjen gir bedre kvalitet på tjenestene.

4.4 Erfaringer og forståelse av kompetanse og personalsammensetning

Det er mange måter å forstå hvilken kompetanse som trengs for å levere forsvarlige tjenester. For at tjenestene skal gis av mennesker med «riktig» kompetanse er det vesentlig hvordan den enkelte leder forstår dette. Noen av intervjupersonene som er med i denne studien forstår kompetanse i egen avdeling i lys av hvordan deres kommune har bestemt at det skal fordeles i forhold til utdanning, mens andre er opptatt av kompetanse som en kombinasjon av utdanning, erfaringer og personlig egnethet.

Det er i denne studien en kommune som har tallfestet målet for høgskoledekning i ansattgruppen på omtrent førti prosent. Høgskole er i denne sammenheng å forstå i hovedsak som sykepleiere og vernepleiere med medisinkompetanse. Denne kommunen hadde også et fåtall sosionomer ansatt. Lederne erfarte at prosentandelen høgskoleansatte ikke var tilstrekkelig. Lederne ledet små tjenesteområder, og det var derfor sårbart når noen var borte fra jobb. En deltaker sier: «Jeg skulle ønske meg mere treårig. De helsefagarbeiderne som jobber der oppe er superflinke, de har masse med kompetanse og erfaring, de har jobbet der i mange år» (Intervjuperson 2). Ansattgruppen med høgskoleutdanning brukes i stor grad til administrative oppgaver i avdelingene, noe som bidrar til at denne kompetansen blir mindre i miljøet blant beboere.

Grunnforståelse for arbeid med psykisk helse gjør utviklingsarbeid lettere i avdelingene hos alle intervjupersonene. Det ble derfor også trukket frem erfarne, faglig sterke helsefagarbeidere som gode ressurser til beboergruppen, og at lederne hadde stor tillit til de ansatte. Helsefagarbeiderne beskrives slik av en deltaker: «De har masse erfaring og kunnskap. De er veldig opptatt av det faglige innholdet og at ting skal gjøres riktig, og forsøker forskjellige metoder og modeller» (Intervjuperson 2). Behovet for medisinkompetanse er styrende for at flertallet av høgskoleutdannede er vernepleiere eller sykepleiere. Disse løftes frem og gis fagansvar i alle avdelingene som er med i studien. Lederne ønsker seg flere faggrupper inn for å sikre tverrfagligheten. Det ble trukket frem evne til faglige vurderinger og refleksjoner som viktige kompetanseområder. Lederne er opptatt av at de ansatte får medvirke til innholdet i fagdager og i tjenestene for øvrig.

Fysiske konflikter med beboerne krever en bemanningsfaktor som gjør det trygt å være på jobb til enhver tid av døgnet. Når beboerne har like behov uavhengig av tiden på døgnet, må antallet på jobb være det samme døgnet rundt. Det samme må kompetansen. Det er viktig for en leder å kunne være kreativ, og ha tillit ved rekruttering av det som er riktig kompetanse i møte med omfattende behov hos beboerne. Personlig egnethet og lang ansiennitet er viktige faktorer i tillegg til evne til å tenke utenfor boksen. En deltaker beskriver at en potensiell medarbeider i intervju ga eksempler på hvordan hun reflekterte rundt det med at beboerne kunne gå inn og ut av verandadøren uten at personalet fikk det med seg. Hun hadde beskrevet hvordan hun av sikkerhetsmessige grunner ønsket oversikt over hvem som var hjemme. Hun hadde også sagt at hun ville si til beboeren at hvis han brukte verandadøren, så ville hun ikke se beboeren, og hun ville bli så glad hver gang hun så han. Intervjupersonen beskrev den ansatte som at «hun må bare stå der som en varmeovn for disse gutta» (Intervjuperson 4), altså som en varm og omsorgsfull person, klar for å se beboerne og gi de kjærlighet. Dette anses også som riktig og viktig kompetanse. Ansatte som klarer å ta situasjonsbestemte individuelle vurderinger, slik at en må bruke sin klokskap og pedagogiske evner, og tåle at kollegaer kan komme til å tenke at de ville løst ting annerledes, er egenskaper ved ansatte en ikke nødvendigvis finner i tradisjonelle høyskoletitler. En deltaker sier:

Vi har jo de mest kompliserte å forstå som pasienter. Det å oppnå å få hjelp til det man har behov for og det å mestre ting man kanskje ikke kunne, men som bidrar til å gi en opplevelse av verdi og mening. Så det er absolutt en fordel å ha en sammensatt ansattgruppe med tanke på fagbakgrunn slik at ikke alle er skadet av sånne hjelpefelle utfordringer. (Intervjuperson 4)

Intervjupersonen mente at mange som jobber i helsevesenet har en tendens til å hjelpe på en tradisjonell måte uten å hensynta de faktiske behovene.

5 Diskusjon

Gjennom analysen av intervjuene kom det frem at organisering av tjenesten, felles faglig forståelse, arenaer for tjenesteutvikling samt erfaringer og forståelse av kompetanse og personalsammensetningen påvirket lederne erfaringer med kvalitetsarbeid i bofellesskap for mennesker med psykiske helseutfordringer. Studiens problemstilling «Hvilke erfaringer har ledere med kvalitetsarbeid i tjenester til mennesker med psykiske helseutfordringer i bofellesskap?» vil i dette kapitlet diskuteres i lys av resultatene fra intervjuene, studiens teoretiske forankring og egen erfaring fra feltet.

5.1 Organisering påvirker kvaliteten på tjenestene

Kommunene er selvstendige forvaltningsenheter, og har etter Helse- og omsorgstjenesteloven fått et tydelig og helhetlig ansvar for helse- og omsorgstjenestene (Lovdata). Dette gir kommunene stor frihet til å organisere og tilpasse tjenestene til lokale behov (Arntzen, 2014, s. 16).

5.1.1 Organisatoriske faktorer

I denne studien har jeg sett hvordan organisering i den enkelte kommune påvirker beboere og ansattes arbeidshverdag, samt hvilke forutsetninger leder har for ledelse og kvalitetsarbeid.

Bofellesskap er organisert på ulike måter i Norge når det kommer til bemanning, utforming og tjenestetilbud (Wågø et al., 2019, Husbanken, 2019). Beboerne har inngått en husleiekontrakt med kommunen på lik linje med omsorgsboliger, men boligene som er knyttet til bofellesskap er tilrettelagt for mennesker med særskilte hjelpe- og/eller tjenestebehov, i tråd med målsettingen i strategien til Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2014). Boligene er døgnbemannet og beboerne mottar tjenester ut ifra individuelle behov.

Det er interessant å se hvilken erfaring ledere har om hva som blir styrende for kvalitetsarbeidet i kommuner der organiseringen er virksomheter på tvers av fagfelt basert

på en områdeinndeling, kontra kommuner som organiserer fagfeltet rus- og psykisk helse i samme virksomhet (Tabell 1). I denne studien har intervjupersonene erfaringer fra begge disse organisasjonsformene, og det kan se ut til at forutsetningene for god ledelse påvirkes av hvordan strukturen i kommunen er bestemt.

Områdeinndeling er en måte å organisere tjenester til mennesker med psykiske helseutfordringer på. I et geografisk område av kommunen gis det tjenester fra samme virksomhet uavhengig av hvilket behov innbyggerne har. Ifølge intervjupersonene i denne studien var tanken bak denne organiseringen en helhetlig måte å møte innbyggerne på, noe som er i tråd med Helsedirektoratets (2020) beskrivelser av tilbud til mennesker med psykiske lidelser. Intensjonen var at virksomhetene på denne måten ville jobbe mer tverrfaglig rundt den enkelte innbygger, og at tilbudet ville oppleves bedre ved at ikke flere avdelinger måtte på banen ved behov fra ulike fagfelt, og dermed også flere ledere. Erfaringen hos lederne i studien er imidlertid at denne organisasjonsformen utfordrer samarbeid på tvers av fagfelt innad i virksomheten, og på tvers av virksomheter er det ikke noe samarbeid innen fagfeltet rus og psykisk helse. Det påpekes behov for å samarbeide med rus- og psykisk helsefeltet i hele kommunen for å gi like tjenester, uavhengig av hvor tjenesten utføres. Resultatene viser at det er for store avstander til at samarbeid på tvers av virksomheter lar seg lett arrangere og feltet fremstår fragmentert, med tilbud om ulike tjenester og ulik kvalitet innenfor samme tjenestetilbud. I praksis viser resultatene fra denne studien at om en innbygger har behov for tjenester i bofellesskap for mennesker med psykiske helseutfordringer, så er denne tjenesten svært ulik i samme kommune. Når det her snakkes om for store avstander, så menes det ikke geografiske avstander, men avstand mellom virksomhetene og dets kulturer og holdninger til samarbeid på tvers. Resultatene viser at det gir konsekvenser for beboere i bofellesskap og hvilket innhold de får i sin tjeneste ved at brukerperspektivet drukner i organisasjonsformen og vanskelig samarbeidsklima. Føringerne fra Helsedirektoratet (2020) er at tjenestene skal sikre en helhetlig oppfølging, der ledernes ansvar er å sikre denne oppfølgingen gjennom god praksis og ledelse. Hvorvidt brukerperspektivet, og en tanke om en helhetlig tjeneste rundt bruker, handler om at kommunen er toppstyrt med vanskelig samarbeidsklima og forutsetninger for samarbeid, eller om det handler om den enkelte leders lederegenskaper er interessant i denne sammenheng. Arntzen (2014) mener det er en etisk forpliktelse å gi befolkningen best

mulige helsetjenester. Hun mener at kvalitet, pasientsikkerhet, ledelse og internkontroll handler om at lederen legger til rette for at ansatte får bruke sin kompetanse, at beboere opplever å medvirke til god behandling og at «god faglighet og god praksis må defineres, etterleves og forbedres» (Arntzen, 2014, s. 34). Helhetsperspektivet som ligger til grunn for denne organiseringen kan miste sin visjon når tjenesten ikke lenger tar utgangspunkt i beboerens ønsker og behov. Lederne uttrykte at de ønsket en annen organisering med tanke på faglig fokus, flere å reflektere med og like tjenester uavhengig av hvor beboer bor i kommunen. Det var et uttalt ønske om å tilhøre et større fagmiljø der kvalitetsarbeid var i fokus. Små fagmiljøer blir i større grad preget av ivaretagelse av her og nå oppgaver, og at det ikke var rom for fokusert kvalitetsarbeid eller påvirkning av tjenesten.

Er det slik at ledere reelt har mindre påvirkning ved en organisasjonsform som er basert på en områdeinndeling? Det er ingen føringer fra styringsdokumenter som beskriver at en måte å organisere tjenesten på er anbefalt fremfor en annen. Likevel kan det se ut til at mindre fagmiljøer som det blir ved områdeinndeling, får mindre påvirkningskraft i form av færre stemmer. Dette medfører at det naturlig nok blir styrt fra høyere ledelse, og ikke av de som har nærmest forhold til utøvende tjeneste. Ifølge forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Lovdata) er det toppledelsen i kommunen som har ansvaret for at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Forvaltningen jobber hardt for å lage tjenester av høy kvalitet, og virksomhetene legitimeres gjennom sin kvalitet og sin nødvendighet for innbyggerne, likevel er kvalitet vanskelig å definere. Virksomhetene må på tross av dette definere kvalitet for å trekke grenser for eget ansvar (Tøndel & Rindsem, 2022). Resultatene i denne studien viser at områdeinndeling av virksomhetene ser ut til å definere hva som er kvalitet gjennom kvalitetssystemer, og trekker grensene i toppledelsen for hvordan tjenestene skal leveres i møte med bruker. Resultatene viser videre at lederne erfarer å ha mindre påvirkningsmulighet på tjenestene ved områdeinndeling enn en organiseringsform basert på et samlet fagfelt for psykisk helse og rus.

I samme kommune er det innført et kvalitetssystem med sjekklister for at beboerne skal sikres riktige tjenester av kvalitet til enhver tid. Lederne erfarte at dette ga dem trygghet når det kom til kvaliteten på tjenesten, men også at det ga dem kontroll og oversikt på

systemnivå. Det sies lite om denne kvaliteten inneholder brukerperspektivet og baseres på en individuell kvalitetsvurdering, eller om det baseres på kvalitetsindikatorer som har som funksjon «å skape sammenligningsgrunnlag for å få tjenestene til å stramme seg opp og etterstrebe mer effektivitet og spesifikke mål» (Tøndel & Rindsem, 2020, s. 24). Er det kvalitet når indikatorene for at et tiltak utføres ikke er basert på en individuell kvalitetsvurdering? Kvalitetssikring gjennom god dokumentasjon som ser hele mennesket og dets målsettinger, vil gi en opplevelse av kvalitet for bruker. Noen kommuner sikrer dette gjennom evalueringer av tiltakene som utføres sammen med beboerne.

«Kvalitetsindikatorer handler om regulering og kontroll i kommunene, men det handler også om et mulighetsrom for kvalitetsutvikling av tjenestene og økte brukerrettigheter» (Tøndel & Rindsem, 2020, s. 21). Mulighetsrommet til den enkelte virksomhet og avdeling handler om hva som verdsettes som ekte kvalitet, med utgangspunkt i nasjonale rammeverk for lokale kvalitetssystemer.

Kommuneledelsen styrer hvordan kommunen skal organisere tjenestene sine, og om tjenester til mennesker med omfattende og langvarige psykiske helseutfordringer skal organiseres som bofellesskap. Likevel ser en at enkelte ledere av bofellesskapene har stor frihet og styringsmulighet, og at loven og/eller retningslinjer ikke styrer innholdet i tjenestene. Noen ledere har stor påvirkning både oppover i systemet og til sine medarbeidere. Handler dette om kompetanse og engasjement hos leder, tilfeldigvis en leder på nivået over som er opptatt av utvikling, eller at kommunen er organisert i virksomheter bestående av samme fagfelt? Lederne som driftet bofellesskap der avdelingen var organisert sammen med de andre rus- og psykisk helsetjenestene erfarte stor grad av selvstendighet i sine roller. Det var i stor grad opp til dem selv hvordan de ledet, driftet og sikret kvalitet i deres tjenesteområder. Lederne erfarte at de hadde tett samarbeid med andre ledere i samme tjenesteområde i dette arbeidet, og at det fantes en felles plan for kvalitetssikring gjennom like prosedyrer og lokale retningslinjer på tvers av avdelinger.

Innad i bofellesskapene derimot er det opp til den enkelte leder hvordan medarbeidere gis myndighet og ansvar. Her er det et mulighetsrom for å sikre kvalitet i tjenestene gjennom å delegerer og fordele oppgaver til medarbeidere basert på fagkunnskap og egnethet for oppgavene. Ledelse handler om å legge til rette for medarbeidernes målrettede arbeid og

skape forståelse for mål og arbeidsoppgaver (Martinsen, 2015, s. 103). Dette ledes ulikt i kommunene i denne studien, basert på en lokal forankring, og med fokus på tjenesteansvarlig- eller teamorganisering hos alle intervjupersonene. Ved å organisere medarbeiderne i team, kan ansvaret pulveriseres eller en kan få flere medarbeidere som trekker i ulike retninger, men noen ledere var opptatt av at dette kunne ledes på en god måte, så lenge arbeidet defineres. Leder må legge til rette for mestring gjennom definerte krav og mål, motivasjon til måloppnåelse og individuell oppmerksomhet, støtte og omtanke (KS, u.å., s. 13). Organiseres avdelingen med tjenesteansvarlig, betyr dette at den enkelte kompetente medarbeider får utvidet mandat for det faglige ansvaret, for en eller flere beboere, eller spesifikke faglige oppgaver.

5.1.2 Tildelingskontorets rolle for ledernes erfaringer

Til felles for alle intervjupersonene i studien, var at de var organisert fysisk på annet sted enn tildelingskontoret. Tildelingskontoret i alle kommunene tar imot alle søknader, gjennomfører kartlegginger og tildeler tjenester. Når innbyggere søker seg til bofellesskap, skjer tildelingene på bakgrunn av om det er en tjeneste kommunen har, og ikke på bakgrunn av en behovskartlegging. Tildelingene kan da bli tilfeldige, og kan påvirke kvaliteten på tjenestene ved at sammensetningen av beboere ikke fremmer bedringsprosessen for beboerne. Helsedirektoratet (2014) anbefaler at recoveryperspektivet ligger til grunn i tjenestene kommunen skal gi, med fokus på faktorer som har betydning for bedringsprosessen som blant annet et selvstendig liv, et hjem og trygge levekår (Borg et al., 2011). Erfaringene fra intervjupersonene i studien var at tildelingsprosessen gjøres uten involvering av lederne i de enkelte avdelingene, og denne avstanden til de som tildeler fører til uheldige tildelinger med en sammensetning av beboere som ikke bør bo sammen. Erfaringer i personalgruppen om sammensetningen av beboere og om fremmere for bedringsprosessen, kan også ha innvirkning på en hensiktsmessig tildeling av søkere. Lederne ønsker å få gehør for sine faglige vurderinger, og ha dialog med de som tildeler tjenester.

Kommunenes valg av organiseringsstruktur er ment å ivareta kvaliteten i tjenestene. Tildelingskontorenes strategi i tildelingsprosessene har åpenbare svakheter når det kommer til hvordan brukerperspektivet og de individuelle behovene ivaretas. Kvaliteten påvirkes av

dette. «Tjenester av god kvalitet skal være virkningsfulle, trygge, sikre, involvere brukerne og gi dem innflytelse, være samordnet» (Helsedirektoratet, 2005). Sammensetningen av beboere har betydning for at kvaliteten på tjenestene ivaretas hos den enkelte beboer, samt at ivaretagelsen skal være mulig å gjennomføre. Økt kompleksitet hos søkerne krever kompetanse og vilje til samarbeid for å sikre kvaliteten gjennom tverrfaglighet. Derfor er det viktig at de som står nærmest tjenesten og søker er med i viktige prosesser. Den kompetansen lederne og medarbeiderne har på fagfeltet, og på sammensetningen av beboere, erfarer lederne at kan bidra til bedre kvalitet og bedre sammensetning av beboere i bofellesskapene. Lederne opplever ikke å få delta i beslutningsprosesser som påvirker deres hverdag i stor grad, noe som påvirker leders handlingsrom, motivasjon og tillit til organisasjonen (KS, u.å.).

Kommuner er presset på tjenestetilbud til innbyggere med alvorlig psykisk lidelse, men også rusproblematikk, noe som bidrar til uheldige sammensetninger av beboere i bofellesskap. Resultatene fra denne studien anerkjenner at kommunen har for få botilbud til mennesker med psykisk helse- og rusutfordringer, og at det derfor ikke gis differensierte nok botilbud til de som er i behov av denne tjenesten. Dette gir beboerne dårlige rammefaktorer for bedring ved at mennesker med stort behov for trygghet bor vegg i vegg med mennesker med store rusutfordringer og uforutsigbar adferd. Bofellesskap kan være en terapeutisk arena for beboerne hvis rammefaktorene er til stede (Ådland & Alsaker, 2010). Intervjupersonene sier det er stor søkermasse til tjenestene, og at sammensetningen av beboere påvirker kvaliteten. Individets behov hemmes av at det ikke er gode forutsetninger for bedringsprosesser i miljøet rundt. Det må være rom for personlig utvikling for beboerne hvor de opplever mestring (Ulriksen et al., 2022), og det å oppleve trygghet og støtte fra omgivelsene samtidig som målet er å tilrettelegge for selvstendighet (Sandhu et al., 2017). Erfaringene viser også at det ikke blir sirkulasjon av beboere fordi behovene er så store og vedvarende ved tildeling. Dette gjør det vanskelig å se for seg at beboerne kan øke selvstendigheten og flytte videre. Når behovene tilsier at beboeren ikke kan øke selvstendigheten og flytte til andre botilbud, vil det bli en opphopning og endring i sammensetningen av beboere i avdelingene. Dette påvirker tjenesten ved at personalet ikke kan jobbe på den samme måten med målrettet arbeid. Leders plikt til å legge til rette for målrettet arbeid for medarbeidere (Martinsen, 2015, s. 103) utfordres når beboere med

svært ulike behov for tilnærminger drar det faglige i flere retninger. Resultatene fra studien viser at medarbeidere opplever det tyngende å ivareta en beboergruppe med stort sprik i utfordringer, og samtidig ha ansvaret for at «alle skal bo trygt og godt» (Helsedirektoratet, 2014, s. 40).

Engasjerte og erfarne ledere ser likevel ut til å ha en påvirkning på denne problematikken i studien. De har erfart at de må ta stort ansvar i møte med tildelingsmyndighetene for å skape forståelse for de behovene brukergruppen har. Dette har vært krevende prosesser hvor de har møtt mye motstand ved å blande seg inn i tildelingskontorets mandat, men det er viktig at tjenestene til mennesker med psykiske helseutfordringer tar utgangspunkt i hva den enkelte person ønsker og trenger (Bjaarstad et al., 2014). Da må fagpersoner noen ganger bidra inn mot tildelingsmyndighetene for å snakke søkers sak. Ledere skal bidra til bedre helsetjenester for brukere og pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021), og strukturelle faktorer må etter mitt skjønn ikke være til hinder for beboerens beste.

5.1.3 Lederstøtte

Lederstøtte uttrykkes som avgjørende for å stå i lederskap hos lederne i dette prosjektet. Lederne opplever å ha stort ansvar for en beboergruppe som er stigmatisert, og som kan gi grunnlag for klager fra nabolag på grunn av støy eller utfordrende adferd. Som leder må en kunne si ifra og bli hørt hvis tjenestene er uforsvarlige, noe to av intervjupersonene opplevde. Faste møter med egen leder bidrar til at endrings- og utviklingsarbeidet går fremover. På den måten får en lov til å fokusere på faget og å levere gode tjenester til beboerne, også når det kommer reaksjoner og motstand fra ansatte og andre. Tillit gjennom rolleklarhet mellom ledernivåene er vesentlig for opplevelse av legitimitet og mulighet for å påvirke (KS, u.å., s. 10-11). Lederstøtte inn mot overordnede valgte organisasjonsformer, som måten tildelinger av tjenester foregår på, kan være avgjørende for å stå i lederrollen. Ledere trenger også sine ledere, og er opptatt av å bli lyttet til når noe vurderes uforsvarlig. Virksomhetene har et selvstendig ansvar for at standarden på tjenestene ligger på et visst nivå (Lovdata), og i vurderinger av et forsvarlig tjenestenivå vil det alltid være rom for skjønn (Helsedirektoratet, 2020). Viktigheten av lederstøtte i slike vurderinger kan også sees i sammenheng med å stå i lederrollen. Intervjupersonene erfarte at mangel på prioritet,

engasjement og føringer fra toppledelse utfordret lederjobben. Leder står alene i kvalitets- og utviklingsarbeid, og dette kan oppleves ensomt.

Det var stor forskjell på de lederne som var organisert ut ifra en områdeinndeling og de som var organisert ut fra fagfeltet rus og psykisk helse. De som var organisert ut fra en områdeinndeling ga uttrykk for en maktesløshet, og en distanse til kvalitetsbegrepet og egen organiseringsstruktur. Lederne som var organisert ut fra et samlet fagfelt for rus og psykisk helse fremsnakket egen ledelse og påvirkningsmulighet. Dette kan bety at forutsetningene for god ledelse påvirkes av hvordan strukturen er bestemt i kommunene, men slik jeg ser det kan påvirkningsmulighet også kan handle om lederes personlighet, kunnskap og engasjement i rollen som leder, og ikke minst tillit og rolleklarhet fra overordnet ledelse.

Ledelse av flere lokasjoner gir lite forutsigbarhet og rammebetingelser for ledelse (KS, u.å.). Flere har på bakgrunn av dette meldt inn behov for endringer i organiseringen der de arbeider. Daglig drift og en del ansvar må delegeres til en fagansvarlig i avdelingen, fordi leder har kontor plass på en annen lokasjon. Uavhengig av om dette er det beste for kvaliteten må medarbeidere ta større ansvar for driften og det faglige innholdet. Ledelse gjennom fagansvarlige eller andre medarbeidere er sårbare løsninger, fordi en er avhengig av medarbeidere med riktig kompetanse og helhetlig forståelse av tjenesteinnholdet i disse rollene. Positiv forsterkning av de som tar på seg ansvar i avdelingen fordrer at lederen sitter tett på i hverdagen og kan følge de ansatte i deres daglige arbeid. Dette vil naturlig nok påvirkes når lederne har flere tjenestesteder å lede. Ansvaret kan fort pulveriseres, eller en får uformelt lederskap ved ulike måter å organisere seg på.

Resultatene i denne studien viser at lederne opplever at kvaliteten på tjenestene blir dårligere når de har for mange ansatte å lede, gjerne på forskjellige lokasjoner. Noen deltagere løser dette ved at de er tilgjengelige døgnet rundt på e-post og telefon for å kompensere for eget fravær. Ansatte opplever seg ikke sett i hverdagen når leder ikke er fysisk til stede, som igjen påvirker sykefraværet i avdelingene. Det blir vanskelig for en leder med flere ansvarssteder å legge til rette for faglig godt arbeid med krav og målsettinger, og å skulle motivere til dette gjennom individuell oppmerksomhet, støtte og omtanke (KS, u.å., s. 13). Erfaringer fra studien viser at lederne opplever å være i strekk når det kommer til gode

rammebetingelser for ledelse og de krav og forventninger som ligger til grunn for dette i offentlige styringsdokumenter.

5.2 Felles faglig forståelse

Uavhengig av hvordan kommunene har organisert botilbudet til mennesker med psykiske helseutfordringer er føringene at tjenestene skal sikre en helhetlig oppfølging.

Styringsdokumenter legger føringer for hvilke tjenester kommunene skal gi til mennesker med psykiske helseutfordringer, og hvordan kvaliteten ser ut når målsettingen med tjenestene nås. Føringene sier lite om selve utførelsen av tjenesten. Ledere av bofellesskap har ansvar for å sikre denne oppfølgingen gjennom god praksis og ledelse.

Styringsdokumenter gir retning for kvalitetsarbeid på et høyere nivå som skal sikre utøvere og brukere av tjenestene, noe som også gjelder i bofellesskap. Lederen må oversette dette for sine medarbeidere slik at det gir mening i tjenester i bofellesskap (Helsedirektoratet, 2020). Arntzen (2014, s. 26) påpeker at kunnskapsorganisasjoner trenger ledere med «både faglige, administrative og relasjonelle ferdigheter».

5.2.1 Ledernes visjoner og tanker om tjenesteinnhold

Lederne i denne studien er delt i forståelsen av hva tjenestene har som målsetting å levere. Er tjenester til mennesker med psykiske helseutfordringer i bofellesskap behandling, eller er det opprettholdelse av funksjoner? Arbeidsformen, eller metoden, betegnes av intervjupersonene som miljøterapi og medarbeiderne som miljøterapeuter. Ledere er retningsgivende i forhold til innholdet i tjenestene. Det er vesentlig at fokuset i dette arbeidet ivaretar et helhetlig perspektiv med beboer i sentrum uavhengig av om tjenesten betegnes som en støtte, et holdepunkt og samtaler, eller som målrettet behandling. Kotter (2015, s. 59) sier at det å styre retning for forandringer i en avdeling er vesentlig for lederskap.

Innhold i tjenester i bofellesskap har tradisjonelt sett vært at mennesker bor der uten behandling, men med opprettholdelse av ferdigheter og bistand til dagliglivets utfordringer ved behov. Ser en dette opp mot Helsedirektoratets (2017, s. 3) føringer for innhold i

tjenester av kvalitet som skal være «virkningsfulle, trygge og sikre, involvere brukerne og gi dem innflytelse, være samordnet og preget av kontinuitet og utnytte ressursene på en god måte», så er det et gap i forhold til det faktiske innholdet i tjenestene i denne studien. Det er interessant å se at forståelsen av innholdet er svært ulik hos de forskjellige intervjupersonene i studien. Noen opplever at de opprettholder beboernes funksjoner, mens andre erfarer å behandle beboerne med en målsetting om et selvstendig liv.

Kommunen har ansvar for behandling av mennesker med psykiske helseutfordringer, men også for å fremskaffe bolig, og bistand i boligen, samt henvise til spesialisthelsetjenesten der det er behov for dette (Lovdata). I lovverket, eller i andre retningslinjer, utelukkes ikke behandling for mennesker med psykiske helseutfordringer som bor i bofellesskap. Derimot skal tilbud om tjenester i habilitering- eller rehabiliteringsformål sikre en helhetlig oppfølging uavhengig av boform (Helsedirektoratet, 2020). Behandling i tjenestene vil kreve mer kompetanse hos medarbeidere, og tydeligere ledelse av bofellesskapene. Lai (2015, s. 342) påpeker at for å lykkes i en moderne lederrolle må leder ha gode ferdigheter i å påvirke andre, gjennom å motivere og stimulere medarbeidere til ønsket innsats på en konstruktiv måte. Dette fordrer at leder selv forstår at innholdet i tjenestene er behandling, eller at det kommer retningslinjer som beskriver dette. Kommunene kan opprettholde bofellesskap som botilbud der mennesker med psykiske helseutfordringer «bare bor», men utfordringen blir om kommunene har tilstrekkelig med botilbud for å ivareta sitt store ansvar. Kommunene i denne studien har ikke differensierte tilbud der alle kan oppleve den grad av trygghet de har behov for, enten for å bli bedre eller for opprettholdelse av funksjoner.

Overordnede visjoner for kvalitetsarbeid i bofellesskap for mennesker med psykiske helseutfordringer i denne studien er økt fokus på like prosedyrer, forståelse og kompetanse. Det trekkes frem viktigheten av god dokumentasjon, og at systemene fungerer slik at de fanger opp tiltak som skal følges opp. Lederne er opptatt av å jevne ut ulikheter og få en helhetlig tenkning rundt sine beboere i tråd med Helsedirektoratets (2020) føringer, samtidig som at de ansatte skal ivaretas på en god måte. Det miljøterapeutiske arbeidet i bofellesskapene påvirkes både av variabler utenfor og innenfor ens myndighetsområde som kan handle om kompetanse, strukturer, sammensetning av personalet og andre kollegiale faktorer (Lillevik & Øien, 2015). Retningsgivende prosesser som handler om en helhetlig

tenkning rundt tjenestetilbudet til beboerne krever planlagt arbeid over tid, og at leder klarer å gi innholdet mening og legger til rette for mestring for medarbeiderne (Kotter, 2015, s. 60-61).

5.2.2 Faglig tilnærming

I bofellesskap bor mennesker med alvorlig psykisk lidelse. En del av kommunens ansvar for mennesker med psykisk lidelse handler om bistand til å skaffe botilbud og behandling, men også tjenesteinnhold av kvalitet (Lovdata). Tjenesteinnhold omhandler støtte til å mestre boforhold og behandling på en helhetlig måte (Lovdata). Helhetlig handler om at de som bor i bofellesskap har omfattende og langvarige utfordringer, og behov for støtte og bistand i mange av dagliglivets gjøremål, men det utelukker ikke behandlingsperspektivet.

Kvalitet i faglig tilnærming sees ulikt hos ledere. Dette påvirker avdelingene og hvordan medarbeiderne utfører tjenestene. Hva som er god faglighet og god praksis, må defineres, etterleves og forbedres (Arntzen, 2015). Intervjupersonene i studien er opptatt av at medarbeiderne skal dra i samme faglig retning, og at de skal forstå innholdet i tjenesten på samme måte. Det er i dag ingen nasjonale føringer eller retningslinjer for tjenesteinnholdet i bofellesskap som medarbeidere kan følge og forholde seg til, bortsett fra beboernes vedtak. God faglighet og god praksis er derfor avhengig av tydelig ledelse. Sommer og Eilertsen (2013) viser til betydningen av at felles forståelse og økt kompetanse hos personalet har positiv betydning for samhandling i kommunale bofellesskap.

Tjenester av verdi er beskrevet av Helse- og omsorgsdepartementet (2021) som et mål for å bedre helsetjenestene for brukere og pasienter, og i den forbindelse er det behov for endringskompetente ledere for å ivareta voksende utfordringer i helse- og omsorgssektoren. Slik jeg forstår tjenester av verdi er det definert gjennom forsvarlighetskravet med tilfredsstillende kvalitet, at tjenestene skal ytes i tide og i tilstrekkelig omfang (Helsedirektoratet, 2020). Verdi forstår jeg da som det den enkelte kommune, virksomhet og leder definerer som verdi i tjenestene gjennom sin måte å organisere seg på, sin forståelse av tjenesteinnhold og sitt lederskap. Lederskap har som funksjon å produsere forandringer gjennom retningsgivende prosesser (Kotter, 2015, s. 59). Denne studiens bofellesskap

representerer ytterpunkter når det kommer til tjenesteinnhold. På den ene siden er det et sted beboere bor under trygge rammer og får bistand til dagliglivets utfordringer, og på den andre siden er det et botilbud der innholdet i tjenesten er målrettet miljøterapi basert på individuelle behov. Felles for lederne i denne studien er verdi beskrevet som kvalitet i tjenestene gjennom miljøterapi med målrettede tiltak basert på beboerens behov, men med ulike forutsetninger og rammebetingelser for dette arbeidet.

Recoveryperspektivets grunntanke går igjen i ledernes erfaringer, med opplevelse av mestring og individuelt tilpassede mål i tiltaksplanene. Samarbeidsmøter med evaluering av den enkeltes plan skal sikre måloppnåelse. Beboerens behov og mål skal være førende for tjenestene, og målene skal nås gjennom godt samarbeid med personalet. Miljøterapi må være planlagt, gjennomtenkt og med en tydelig hensikt ut fra en behovskartlegging av beboeren (Lauveng, 2020). Sammensetningen av beboere i bofellesskapene er ulike, og noen steder har ikke beboerne egen interesse i planarbeid, og har derfor behov for stimuleringer til tiltak fordi de ikke selv mestrer dette. Dette krever en personalgruppe som er proaktive og ser viktigheten i dette arbeidet (Bjaarstad et al., 2014), men en kommer ikke utenom at det miljøterapeutiske arbeidet påvirkes av sammensetningen av beboere, kollegaer og/eller andre strukturelle faktorer. Recoverybasert miljøterapi forutsetter en tverrfaglig kunnskapsplattform som ivaretar et helhetlig perspektiv (Borge & Hummelvoll, 2019, s. 51). Dette understreker viktigheten av tilstedeværende leder som er retningsgivende og støttende i faglige tilnærminger (KS, u.å., s. 3, Martinsen, 2015, s. 103). For at bofellesskap skal fungere som en terapeutisk arena må visse rammefaktorer være til stede. Det kan være tilgjengelig behandling, men også utforming av bofellesskapet, opplevelse av trygghet eller andre tilpassede tilbud (Ådland & Alsaker, 2010, Wågø et al., 2019, Friesinger et al., 2019, 2020, Husbanken, 2019).

Av erfaring må faglige vurderinger og prioriteringer noen ganger vike for ressursmessige prioriteringer i hverdagen. Krav til effektivitet påvirker tjenesten, og når en ikke har tid eller anledning til å gi den tjenesten på den måten en ønsker og burde over tid, kan dette medføre stor slitasje på medarbeidere og ledere. Rolleklarhet bidrar til tillit, og dette er avgjørende for leders legitimitet og mulighet for å påvirke og stå i ledelse. Resultatene i studien viser at ledere må prioritere oppgaver og faglig fokus når de har flere tjenestesteder

å lede. Når forutsetningene for målrettet miljøterapi påvirkes av sammensetningen av beboere, erfarer lederne at de må prioritere tiltak og lede medarbeiderne slik at de opplever mestring i arbeidshverdagen. Leder har ulike roller med både beslutningsmyndighet og ansvar, og rolleklarhet mellom leder og medarbeider er viktig for å avklare forventninger til hvilke oppgaver som skal og kan løses på hvilken måte til enhver tid (KS, u.å., s. 10-11).

For at miljøterapien skal være planlagt og gjennomtenkt (Lauveng, 2020) må tiltak dokumenteres med prosedyrer og målvalg i beboerens tiltaksplan. Lederne som deltok i studien benyttet alle det samme dokumentasjonssystemet, og erfarte at tiltaksplanen ble benyttet som et verktøy i større eller mindre grad. Det ble påpekt av flere at bruken av tiltaksplanen kunne forbedres, og at dette var noe lederne utfordret sine ansatte på. Det er vesentlig for miljøterapeutiske tiltak hvordan problemet forstås, hva som er målvalget og om det er beboerens mål og ikke personalets (Lauveng, 2020). Lederne erfarte at dokumentasjonen kunne være sårbar i beboernes tiltaksplaner, ved at enkeltansatte gjennomførte tiltak ut fra egen agenda og forståelse av hvordan beboeren skulle ivaretas. Borge og Hummelvoll (2019) mener at opplæring i samme teoretiske forståelse hos personal og beboere kan bidra til mer målrettet samarbeid. Når tiltaksplanens prosedyrer og målbeskrivelser er mangelfull, skaper dette rom for individuelle tolkninger om hvordan de skal utføres. Lederne erfarte at dette ga innholdet dårligere kvalitet, og så også at det faglige helhetlige perspektivet ble borte.

Dokumentasjon skal sikre tiltaket og hva det inneholder av planlegging, utførelse og evaluering. Dette er et virkemiddel i kvalitetssikringen av innholdet opp mot beboerens behov, gjennom evaluering av tiltakene. Systematisk kvalitetssikring gjennom evaluering av tiltaksplanen med beboer sikrer brukerperspektivet, og forsvarlige, gode tjenester (Lovdata). Noen kommuner sikrer dette tydeligere gjennom rapporterings- og kvalitetssystemer. Disse sikrer i all hovedsak virksomheten og utøver, men ikke i så stor grad beboers opplevelse av kvalitet (Tøndel og Rindsem, 2022). Min erfaring er at det er store individuelle forskjeller i hva som oppleves som tjenestekvalitet, og hva som oppleves som nyttig i bedringsprosessen. Som kommune og virksomhet mener jeg en må ha populasjonskunnskap om kvalitet, men en kommer ikke unna individnivå, fordi kvalitet starter i det nære.

Lederne erfarer at arbeid med kvalitet i dokumentasjonssystemet bidrar til trygghet for medarbeiderne. Kvaliteten baseres på et godt system, og ikke på enkeltansatte om hvordan tiltaksplanen skal utarbeides og dokumenteres i. Medarbeidere må ledes og motiveres til å yte kvalitet, og få opplæring slik at de opplever mestring i oppgavene som skal utføres (KS, u.å., s. 3, Martinsen, 2015, s. 103).

God dokumentasjon og planlegging av beboeres målrettede plan erfarer lederne som vesentlig i miljøterapien, men fleksibilitet og ikke planlagte aktiviteter er også viktig. Lillevik og Øien (2015) påpeker viktigheten av at terapeutisk virksomhet har en hensikt og virkning. For at miljøterapien skal være planlagt og faglig begrunnet må den planlegges, dokumenteres og evalueres. Fleksibilitet fungerer når den faglige forståelsen er felles, fordi man da forstår målvalgene og den helhetlige tjenesten rundt beboeren. Med en grunnforståelse av beboergruppen, kunnskap og forståelse for systemet, så bidrar dette til at miljøterapien også kan være fleksibel.

Som en del av den faglige tilnærmingen trekkes det frem at å avslutte tjenester er en viktig kvalitetsfaktor. Det er ikke nødvendigvis god kvalitet i det å motta tjenester hvis tjenestene ikke er evaluert, eller vurdert opp mot behovet og nytteverdien. Erfaringer fra intervjupersonene viser at mange mottar den samme tjenesten år etter år, og i noen tilfeller er de ansatte mer engstelige for hvordan beboere vil klare seg enn beboerne selv ved endringer av tiltak. I den forbindelse er målrettet arbeid vesentlig for å kunne evaluere og endre tiltakene underveis. Ledere vil kunne møte motstand når tjenester avsluttes og endres, fra beboere som ikke ønsker å endre sin situasjon, fra ansatte som synes det er vanskelig med nye måter å jobbe på og fra bekymrede pårørende. Motstand kan handle om kulturer hos medarbeidere som tar tid å endre, men også fra kulturer i systemet for øvrig. Hvis bofelleskapet har vært et botilbud beboere «bare bor» gjennom mange år, og tjenesteinnholdet endres til behandling, kan dette være krevende for en leder. Lai (2014) mener det er vesentlig at lederen har tro på egen gjennomføringskraft og påvirkningsevne, samtidig som leder ikke kan overvurdere egne evner og undervurdere kraften i motstand hos medarbeidere. Treghet, skeptisisme og motreaksjon er tre typer motstand mot påvirkning fra ansatte som beskrives av Lai (2015). Det er viktig at en leder overvinnet motstand for å få gjennomslag for sine ønsker, men også for ikke å svekke sin påvirkningskraft i fremtiden (Lai,

2015, s. 353). Det å avslutte tjenester fremstilles som utfordrende, også for ansatte. Ofte blir det lange og nære relasjoner mellom beboere og ansatte, der en kan glemme målet og undervurdere beboernes evne til mestring. Relasjonen er avgjørende for miljøterapiens bidrag til bedringsprosessen, og de erfaringene dette bidrar med kan gi beboerne vekst, modning og utvikling (Vatne, 2006). Ansatte glemmer likevel noen ganger å ha troen på at beboerne evner å stå på egne ben og at recoveryperspektivet ligger til grunn for tjenestene som gis (Helsedirektoratet, 2014). Dette utfordres også ved at det bor beboere med svært ulike behov i bofellesskapene. Fagpersonene må balansere forståelsen av recovery slik at alle inkluderes, uavhengig av hvor de befinner seg i sin recoveryprosess (Lauveng, 2020). Det å minne ansatte på innholdet i tjenestene de skal levere, meningen med arbeidet og hva som bidrar til kvalitet er av egen erfaring viktige ansvarsområder for en leder, og da fordrer det treffpunkter med de ansatte.

5.3 Arenaer for tjenesteutvikling

Treffpunkter er vesentlige for arbeid med tjeneste- og kvalitetsutvikling i denne studien. Dette er arenaer der flere medarbeidere kan møtes og det er avsatt tid til å jobbe med innholdet i tjenestene, til etisk refleksjon og drøftinger. I disse foraene kan leder gi felles retningsgivende informasjon og forventninger om ansvarsfordelinger, kvalitetsindikatorer og andre faglige innspill.

Erfaringer i denne studien viser at det er vanskelig å systematisere og utvikle kunnskap hvis det ikke er rom for treffpunkter til dette arbeidet. Det er avsatt tid til personalmøter i avdelingene, men ikke til etisk refleksjon, interne fagmøter eller annet utviklingsarbeid. Det fører til at personalmøter brukes til alle disse formålene. Uformelle treffpunkter i hverdagen brukes til å drøfte og reflektere over faglige eller etiske dilemmaer. Dette bidrar til mange gode drøftinger, men det er kun noen få ansatte som deltar i diskusjonene, og det bygger ingen felles faglig plattform for medarbeiderne. Alle må ha en holdning som vektlegger at hver enkelt beboer kan få mulighet til å mestre og være likeverdige samarbeidspartner i egen bedringsprosess (Bjaarstad et al., 2014). Medarbeiderne må forstå hvordan miljøterapeutiske tiltak kan bidra til dette gjennom planlagte, gjennomtenkte målvalg (Lauveng, 2020), noe lederne i bofellesskapene er ansvarlige for å sikre (Helsedirektoratet,

2020). Noen medarbeidere har ansvarsområder der de skal utvikle en prosedyre eller har ansvar for et tema, som deles med hele personalgruppen på et senere tidspunkt.

Systematisering av dette arbeidet må sikres av leder for at det skal ha en positiv effekt på tjenesteinnholdet (Lovdata).

Uformelle drøftinger og refleksjoner gjennom arbeidsdagen er viktig uavhengig av leders tilstedeværelse. Noen ledere opplevde å ikke ha oversikt over de daglige utfordringene i bofellesskapet fordi de ikke har kontorplass på samme sted som tjenesten. De ansatte får da ikke mulighet for å avstemme med sin leder ved drøftinger og dilemmaer i hverdagen. Dette bidrar til at det kan være vanskelig for leder å følge opp retningsgivende arbeid, og å sikre kvalitet i alle ledd av tjenesten. Det blir også vanskeligere å sikre forsvarlig kompetanse til tjenestene som skal utføres når leder selv er fraværende på grunn av organiseringen.

Medarbeidere som drifter den faglige retningen på vegne av leder er viktige representanter for ønsket kvalitet (Kotter, 2015). Det er motstridende og vanskelige forutsetninger for god ledelse og god kvalitet, når leder ikke er til stede i hverdagen i avdelingen. Utviklingsarbeid med få formelle treffpunkter med hele personalgruppen vanskeliggjør dette arbeidet.

Ledere som er organisert med områdeinndeling har møteplasser på tvers av fagfelt som de opplever som nyttige, og de erfarer at dette bidrar til tverrfaglige diskusjoner. Likevel savner de møteplasser med ledere i eget fagfelt for å sikre like tjenester, uavhengig av adresse innen samme kommune. Lederne tror dette ville bidratt til felles prosedyrer, forståelse og tolkning av føringer og retningslinjer i hele kommunen. Ledere fra kommuner organisert med et samlet fagfelt har fått føringer fra sine overordnede ledere om å utvikle nettopp dette, like prosedyrer, forståelse og kompetanse på tvers av bofellesskap.

5.4 Erfaringer og forståelse av kompetanse og personalsammensetning

Helsedirektoratet (2020) understreker viktigheten av at virksomheter holder seg faglig oppdatert på ny fagkunnskap og på faglige retningslinjer. Samtidig må det legges til rette for rekruttering av ansatte med riktig kompetanse, og kunnskap må oppdateres med kurs, etter- og videreutdanninger slik at kompetansen sikres i samsvar med endrede behov.

Et av kommunens overordnede ansvarsområder er å sikre kompetanse som samsvarer med behovene i tjenestene. I praksis er det leder som må balansere økonomi og stillinger opp imot kompetansebehov. Miljøterapien har et unikt mulighetsrom i bofellesskap på grunn av nærheten til personal gjennom hele døgnet. For at tjenestene skal gis av medarbeidere med «riktig» kompetanse er det til en viss grad basert på hvordan den enkelte leder forstår innholdet i tjenesten. Lindvig (2020) beskriver innholdet i tjenesten med utgangspunkt i hjelpsomme relasjoner. Relasjonen mellom beboer og miljøterapeut anses som avgjørende for bedringsprosessen (Lillevik & Øien, 2015, Berge & Repål, 2011). Lindvig (2020) mener at relasjonskompetanse, handlingskompetanse, relasjonsmuligheter og handlingsmuligheter er vesentlig i møte med beboeren og bedringsprosessen. Dette er viktig kompetanse som ledere må ta hensyn til ved sammensetning og ansettelse av nye medarbeidere.

Det er flere måter å forstå kompetanse på. I denne studien er det ledere som forstår kompetanse i lys av at kommunen har bestemt en andel på førti prosent som skal være høgskoleutdannet i hver avdeling. Høgskoleutdannet personell er i hovedsak her å forstå som sykepleiere eller vernepleiere med medisinkompetanse, men også et fåtall sosionomutdannede. Erfaringen i denne studien var likevel at dette var sårbart, og ikke et tilstrekkelig antall. Dette kan henge sammen med at hver avdeling var relativt liten, og det gjorde store utslag for kvaliteten på tjenestene når en med høgskoleutdanning ikke var på jobb. De med høgskoleutdanning ble i større grad brukt til administrative oppgaver som følge av at lederen hadde kontor plass på en annen lokasjon, og dette medførte at få ansatte med kompetanse på høgskolenivå jobbet direkte med beboerne. Leder erfarte å ha liten påvirkning på sammensetningen av kompetanse i avdelingen. Borge og Hummelvoll (2019) mener at et helhetlig perspektiv ivaretas ved at ledes føringer for det miljøterapeutiske arbeidet baseres på bred kompetanse på psykisk helsearbeid, og en tverrfaglig kunnskapsplattform.

Andre ledere i studien erfarte at en kombinasjon av utdanning, erfaringer og personlig egnethet er det som skal til for å sikre tilstrekkelig kompetanse og kvalitet i tjenestene. Viktige kjennetegn ved god psykisk helse- og sosialtjeneste er respekt og dyktige fagpersoner. Disse forutsetningene må ligge til grunn for «forutsigbarhet, fleksibilitet, informasjon, samhandling, felles beslutninger, sosial kontakt, utviklingsmuligheter og

ansvarsfrihet» (Steinsbekk et al., 2013, s. 2-5). Lederne erfarte at deres kreativitet og tanker om sammensetning av egenskaper og kompetanser i personalgruppen ble tatt hensyn til, og de fikk gehør for vurderingene av sine ledere, noe som vitner om tillit og tydelig rolleavklaring mellom ledere i noen kommuner. (KS, u.å., s. 10).

Behovet for medisinkompetanse trekkes frem av intervjupersonene som førende for at flertallet av høgskoleutdannede var sykepleiere og vernepleiere, og disse løftes frem på ulike måter av lederne. Disse gis fagansvar og administrative oppgaver, men lederne ønsket likevel flere faggrupper i sine personalgrupper for å sikre tverrfaglige vurderinger.

Leder må legge til rette for at ansatte får brukt sine evner og kunnskaper, og for at beboerne kan medvirke til god behandling (Arntzen, 2015). Føringsene for god behandling må lederne oversette til arbeidet i bofellesskapene, slik at kompetanse sikres og at innholdet i tjenestene imøtekommer de til enhver tid rådende anbefalinger og oppdatert kunnskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). For å sikre kompetanse kan lederne rekruttere nyansatte, systematisere internundervisning, eksterne kurs, fagdager, etisk refleksjon eller tilby medarbeidere kompetanseheving gjennom videreutdanninger. Flere erfarer internundervisning som en effektiv og god investering i medarbeideres økte forståelse av beboerne og deres utfordringer. At ansatte kan jobbe med det de har kompetanse på gir mestring, utvikling og gode arbeidsforhold og miljø (Helsedirektoratet, 2020). God kompetanse om miljøterapi vil sikre kvalitet i beboerens målrettede plan, uavhengig om det er i rehabiliterings- eller habiliteringsformål.

Fysiske konflikter med beboerne krever en bemanningsfaktor som gjør det trygt å være på jobb til enhver tid av døgnet. Når beboerne har like behov uavhengig av tiden på døgnet må antallet på jobb være det samme døgnet rundt. Det samme må kompetansen. Det er viktig for en leder å kunne være kreativ, og ha tillit ved rekruttering av det som er riktig kompetanse i møte med omfattende behov hos beboerne (KS, u.å., s. 10). Personlig egnethet og lang erfaring fra psykisk helsearbeid er viktige faktorer i tillegg til at ansatte klarer å ta situasjonsbestemte individuelle vurderinger.

Helsepersonell er et knapphetsgode som følge av økt antall eldre, behov for arbeidskraft i andre sektorer og mindre handlingsrom i nasjonalbudsjettene fremover. Kompetansen må derfor benyttes mer effektivt enn det gjøres i dag. Det vil fremover bli krevende å begrense tilbudet til beboere for å bidra til en mer bærekraftig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste (NOU 2023: 4, kap. 1). Kraftfulle tiltak som tilrettelegger for best mulig bruk av ansattes tid og kompetanse er Helsepersonellkommisjonens anbefaling for fremtiden (NOU 2023: 4, kap. 1). For at det skal være attraktivt og mulig å stå i arbeid i fremtiden kreves ledere som legger til rette for mestring, trivsel, motivasjon og faglig utvikling. På samme måte må ledere av fremtidens bofellesskap til mennesker med psykiske helseutfordringer tenke annerledes og ivareta kvaliteten i tjenesten samtidig.

6 Avslutning

Denne masteroppgaven handler om lederes erfaringer med kvalitetsarbeid i bofellesskap til mennesker med psykiske helseutfordringer. Gjennom lederes erfaringer i tre kommuner har jeg søkt kunnskap om hvordan de forstår kvalitet i tjenestene de er ansvarlige for, og de har gitt et innblikk i hva som påvirker deres kvalitetsarbeid. Det er mange interessante temaer som har kommet frem i denne studien. Med utgangspunkt i studiens problemstilling trekkes de viktigste resultatene frem her.

Det er et kommunalt ansvar å tilby mennesker med langvarige psykiske helseutfordringer et godt og relevant botilbud, med tilrettelagte tjenester som skaper de riktige forutsetningene for å bo i egen bolig (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Hvordan disse tjenestene organiseres og gis er opp til den enkelte kommune, men føringer sier at tjenestene skal omfatte blant annet behandling, rådgivning og veiledning og psykososial støtte, også i egen bolig (Helsedirektoratet, 2020). Styringsdokumenter sier videre at tjenestene skal sikre en helhetlig oppfølging av personer med psykiske helseutfordringer, og at kvaliteten skal være på et visst nivå (Helsedirektoratet, 2017).

Kvaliteten på tjenesten påvirkes i denne studien i stor grad av faktorer som organisasjonsstruktur, hvordan tildelingen av tjenestene foregår, og hvordan ledere erfarer å få støtte av sine overordnede i beslutningsprosesser og ved tjenesteutvikling.

Ved en områdeinndeling av virksomhetene har ledere i denne studien liten påvirkning på tjenesteinnholdet. Organiseringen medfører lite samarbeid med rus- og psykisk helsefeltet, noe som bidrar til ulik kvalitet og ulike tjenester innenfor samme tjenestetilbud og samme kommune. Lederne ønsket en organisering med en samlet rus- og psykisk helsetjeneste. Ved en organisering ut fra et samlet fagfelt viser resultatene i denne studien at lederne opplevde å ha påvirkning på kvaliteten på tjenestene. De erfarte at de hadde tett samarbeid med andre ledere på feltet, og at det fantes en felles plan for kvalitetssikring gjennom like prosedyrer og retningslinjer på tvers av avdelinger.

Alle lederne i studien erfarte at de ikke hadde mulighet for å påvirke tildelingen av botilbudet, noe som medførte uheldig sammensetning av beboere. Lederne opplevde at uheldige sammensetninger av beboere gjorde arbeidet med målrettet miljøterapi i bofellesskapene mer utfordrende. Lederne ønsket alle gehør for sine faglige vurderinger, og dialog med de som har tildelingsmyndighet for å sikre bedre tildelinger og kvalitet i tjenesten.

Felles faglig forståelse er vesentlig for god kvalitet i tjenesten, og dette fordrer ledere som er retningsgivende, og som har forutsetninger for å lede gjennom tilstedeværelse og andre rammebetingelser. Ledernes overordnede visjoner for kvalitetsarbeid er økt fokus på prosedyrer, forståelse og kompetanse. Lederne er opptatt av god dokumentasjon, og at systemene fungerer slik at de fanger opp tiltak som skal følges opp. Kvalitet i faglig tilnærming sees ulikt hos lederne i studien, noe som påvirker avdelingene og hvordan medarbeidere utfører tjenestene.

Recoveryperspektivets grunntanke går igjen i ledernes erfaringer, med opplevelse av mestring og individuelt tilpassede mål i tiltaksplanene. De definerte alle at miljøterapi med målrettede tiltak, basert på beboerens behov, var den tjenesten de leverte i bofellesskapene, men med ulike forutsetninger og rammebetingelser. Lederne erfarte at det faglige og helhetlige perspektivet ble borte når prosedyrer og målbeskrivelser var mangelfulle, fordi det skaper et rom for individuelle tolkninger av tiltakene.

Alle intervjupersonene i denne studien har gode intensjoner og tanker om kvalitet i tjenesteinnholdet. Det fremkommer i studien at strukturelle faktorer påvirker ledernes erfaringer med kvalitetsarbeid i tjenestene i bofellesskap. anbefalinger om kvalitet og innhold blir vanskelig å gjennomføre, da forutsetningene for god ledelse av tjenesten ikke er til stede. Lederne har flere steder å lede, og må delegerer mye av ansvaret for den faglige retningen til sine medarbeidere. Lite tilstedeværende ledelse i denne studien viser at det er utfordrende å følge opp og lede utviklingsarbeid, og at det er vanskelig å systematisere og utvikle kunnskap uten treffpunkter til dette arbeidet.

Tjenester i bofellesskap er en del av et helsetilbud til de alvorligst psykisk syke som vi trenger mere kunnskap om. Det er viktig å fremme bofellesskap sin relevans, og betydning av kvalitet i denne tjenesten. Kvalitetsarbeid er vesentlig slik at de tjenestene som gis har betydning, og oppleves nyttige for beboerne. Det er behov for flere erfaringer knyttet til hva som gir en opplevelse av god kvalitet i tjenester i bofellesskap, og til differensiering av botilbud til mennesker med psykiske helseutfordringer. Det er flere søkere til tjenester i bofellesskap, enn antallet botilbud. Det er derfor behov for erfaringer og tjenesteutvikling knyttet til måter denne utfordringen kan møtes på.

Helsepersonellkommisjonens rapport beskriver et økende sprik mellom befolkningens forventninger til tjenester av et visst omfang, kvalitet og utbredelse, og tjenestenes mulighet for å imøtekomme forventningene. Jeg mener at ledere har et særdeles viktig bidrag inn for at forventningsspraket reduseres for sine ansatte, beboere og pårørende. Ledere av fremtidens bofellesskap til mennesker med psykiske helseutfordringer må tenke annerledes og ivareta kvaliteten i tjenestene samtidig. For å imøtekomme dette har vi behov for flere erfaringer på mulighetsrommet bofellesskap har som terapeutisk arena, og muligheten for nasjonale retningslinjer for tjenester i bofellesskap slik at bofellesskapene gir bærekraftige tjenester i fremtiden.

Litteraturliste

Aasland, A-M.K., Torbjørnsen, A.B.E., Strømstad, J.V. (2016). *Hvem er du?: miljøterapi som terapeutisk relasjonsarbeid*. Hertervig forlag akademisk.

Almvik, A. & Borge, L. (2014). *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget AS.

Andvig, E., Lyberg, A., Gonzalez, M.T. (2013). Erfaringer med å bo i egen bolig ved langvarige psykiske helseproblemer: En scoping review. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol.10(2).

Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-21.

Arntzen, E. (2014). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten. Arbeidsglede og orden i eget hus*. Gyldendal Akademisk.

Berge, T. & Repål, A. (2011). *Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi*. Gyldendal Akademisk

Bjaarstad, S., Trane, K.A.R., Hatling, T., Reinertsen, S. (2014). Nye trender innen arbeid og psykisk helse- sett i sammenheng med recovery. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 11(3), 231-240.

Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46, 452-459.

Borg, M., Veseth, M., Binder, P-E., Topor, A. (2011). The role of work in recovery from bipolar disorders. *Qualitative Social Work*. 12(3), 323-339.

Borg, M., Jensen, P., Topor, A., Anderson, A.J.W. (2019). Recovery med nordisk blikk. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 8(4), 290-292.

Borg, M. & Karlsson, B. (2013). Hjemmet som samarbeidsarena- muligheter og begrensinger i lokalbasert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 10(3), 105-114

Borge, L., Martinsen, E.W., Moe, T. (2011). *Psykisk helsearbeid- mer enn medisiner og samtaleterapi*. Fagbokforlaget AS.

Borge, L. & Hummelvoll, J.K. (2019). Miljøterapi- samspill og læring i helende omgivelser. En oppdatering. *Klinisk sygepleje*. Vol. 33(1), 40-54.

Borge, L., Juritzen, T.I, Hem, M.H. (2018). Hvem er dagens psykisk helsearbeider- tjue år etter Opptrappingsplanen? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 15(4) 360-367.

Borge, L., Røssberg, J.I., Sverdrup, S. (2013). Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis. *Journal of psychiatric and Mental health Nursing*. Vol. 20(10), p. 932-942.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, Vol.3, 77-101, DOI: 10.1191/1478088706qp063oa

Braun, V. & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11:4, 589-597, DOI: 10.1080/2159676X.2019.1628806

Braun, V. & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18:3, 328-352, DOI: 10.1080/14780887.2020.1769238

Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic Analysis, A practical guide*. SAGE.

Bøe, T.D. & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Universitetsforlaget.

Deegan, E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.

Drageset, S. & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning- en introduksjon og oversikt. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 5 årgang(nr. 2)100-113.

Ervik, R., Sælør, K.T., Biong, S. (2012). Å gripe øyeblikket. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol.9 (4), 302-313.

Farkas, M. & Coe, S. (2019). From residential care to supportive housing for people with psychiatric disabilities: Past, present, and future. *Frontiers in Psychiatry*, 10(862).

<https://doi.org/http://10.3389/fpsy.2019.00862>

Folkehelseinstituttet (u.å.). *Folkehelseprofil 2023 Viken*. Hentet 18.04.2023 fra <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/folkehelseprofil/>

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016). (FOR-2016-10-28-1250). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

Friesinger, J.G., Topor, A., Bøe, T.D. & Larsen, I.B. (2019). Studies regarding supported housing and the built environment for people with mental health problems: A mixed-methods literature review. *Health & Place*, 57, 44-53.

Friesinger, J.G., Topor, A., Bøe, T.D. & Larsen, I.B. (2020). Materialities in supported housing for people with mental health problems: a blurry picture of the tenants. *Sociology of Health and Illness*, n/a(n/a). <http://doi.org/10.1111/1467-9566.13162>

Fugletveit, R. & Hansen, G.V. (2013). Fleksibilitet gir brukertilpassete tjenester. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol.10 (3), 209-217.

Hansen, G.V. (2013). Helhetlige tjenestetilbud med basis i bolig. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol. 10 (2), 129-137.

Hansen, G.V. (2020). For noen er bofellesskap en god løsning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol. 17 (2-3), 95-104.

Hansen, I.L.S. & Grødem, A.S. (2012). *Samlokaliserte boliger og store bofellesskap. Perspektiver og erfaringer i kommunene*. Fafo-rapport. <http://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/faforapporter/item/samlkaliserte-boliger-og-store-bofellesskap>

Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse- ROP- lidelser*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppfolging>

Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

Helsedirektoratet (2017). *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Helsedirektoratet (2020). *Nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

Helsedirektoratet (2021). *Folkehelse i et livsløpsperspektiv*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-i-et-livslopsperspektiv-helsedirektoratets-innspill-til-ny-folkehelsemelding/folkehelse-gjennom-livslopet-barn-og-unge/de-storste-utfordringene-na-og-i-tiden-fremover>

Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Mestre hele livet. 2017-2022*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/mestre-hele-livet/id2568354/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2018). *Registrering av helse- og omsorgsdata i kommunen*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/rapportering-av-tjenester-med-definisjoner-og-rapporteringskrav/helsetjenester-i-hjemmet>

Helse- og omsorgsdepartementet (2021) *Kompetanseløft 2025*.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/kompetanseloft-2025/id2830273/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2023). *Psykisk helse*.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/psykisk-helsearbeid/id2344815/>

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-6407>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Hertz, S. (2011). *Barne- og ungdomspsykiatri. Nye perspektiver og uante muligheter*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7.utg.). Gyldendal Akademisk.

Husbanken. (2019). *Veileder for lokalisering og utforming av omsorgsbygg*. (HB8.F.7).
<https://nedlasting.husbanken.no/Filer/8f7.pdf>

Haave, P. (2008). *Ambisjon og handling: Sanderud sykehus og norsk psykiatri i historisk perspektiv*. Unipub

Johannesen, A., Tufte, P.A., Christoffersen, L. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6.utg.). Abstrakt Forlag AS.

Johannesen, L.E.F., Rafoss, T.W., Rasmussen, E.B. (2020). *Tematisk analyse*. Universitetsforlaget.

Kommunesektorens organisasjon (u.å.). *Guide til god ledelse*. Hentet 31.03.2023 fra https://www.ks.no/contentassets/e4db465f05944806a5544d7fd6fc6025/ks_guide-til-god-ledelse_low-res-nettversjon_f41.pdf)

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2014). *Bolig for velferd: nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020)*. http://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/boby/nasjonal_strategi_boligsosialt_arbeid.pdf

Kotter, J.P. (2015). *Lederens egentlige oppgave*. I Ø.L. Martinsen (Red.), *Perspektiver på ledelse* (4.utg. s. 57-67). Gyldendal Akademisk.

Krotofil, J., McPherson, P., Killasby, H. (2018). Service user experiences of specialist mental health supported accommodation: A systematic review of qualitative studies and narrative synthesis. *Health Social Care Community*. 26, 787-800. Doi: 10.1111/hsc.12570

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2021). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lai, L. (2014). *Makt og påvirkningskraft: Hvordan få gjennomslag på jobben*. Cappelen Damm Akademisk.

Lai, L. (2015). *Lederens påvirkningskraft*. I Ø.L. Martinsen (Red.), *Perspektiver på ledelse* (4.utg. s. 57-67). Gyldendal Akademisk.

Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid. Det landskapet vi er mennesker i*. Universitetsforlaget AS.

Lillevik, O.G. & Øien, L. (2015). Hva er miljøterapi? Mangfoldig. Miljøterapi er et uttrykk for en fag ideologisk tenkning mer enn en konkret metode. *Sykepleien* (5, 60-63).

https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/hva_er_miljoterapi.pdf

Lindvig, G.R., Heimark, I., Anderssen, G., Mathisen, B.S., Øien, M., Storå, B.A., Larsen, I.B., Topor, A., Bøe, T.D. (2020). *Hjelpsomme relasjoner i bofellesskap innen psykisk helse og rus*.

<https://napha.no/multimedia/8995/Hjelpsomme-relasjoner-i-bofellesskap>

Martinsen, Ø.L. (2015). *Å forske på ledelse*. I Ø.L. Martinsen (Red.), *Perspektiver på ledelse* (4.utg. s. 57-67). Gyldendal Akademisk.

Meld. St. 10 (2012-2013). *God kvalitet- trygge tjenester- Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Helse – og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>

Meld. St. 25 (1996-1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Helse- og omsorgsdepartementet.

https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/

Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*.

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

McPherson, P., Krotofil, J. & Killaspy, H. (2018a). Mental health supported accommodation services: a systematic review of mental health and psychosocial outcomes. *BMC Psychiatry*, 18(1). <http://doi.org/10.1186/s12888-018-1725-8>

McPherson, P., Krotofil, J. & Killaspy, H. (2018b). What works? Toward a new classification system for mental health supported accommodation services: The simple taxonomy for supported accommodation (STAXSA). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2). <http://doi.org/10.3390/ijerph15020190>

NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling- Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/?ch=1>

Norton, M.J. & Swords, C. (2020). Social recovery: a new interpretation to recovery-orientated services – a critical literature review. *The Journal of mental health training, education and practice*, 16, 7-20. DOI 10.1108/JMHTEP-06-2020-0035.

Nysveen, K., Brattrud, T. L., Granerud, A. (2010). Brukerens stemme er viktig: intervju med pasienter i Miljøterapiprosjektet. Høgskolen i Hedmark- Rapport.

Pedersen, P.B. & Kolstad, A. (2009). De-institutionalisation and transinstitutionalisation- changing trends of inpatient care in Norwegian health institutions 1950-2007. *International Journal of Mental Health Systems*, 3(1), 28. <http://doi.org/10.1186/1752-4458-3-28>

Reinar, L.M. (2019). Å vurdere kunnskap. *Sykepleien Forskning*, 14(52926)(e-52926).
<https://doi.org/10.4220/sykepleief.2007.0005>

Sandhu, S., Priebe S., Leavey, G., Harrison, I., Krotofil, J., McPherson, P., Dowling, S., Arbuthnott, M., Curtis, S., King, M., Shephard, G. og Killasby, H. (2017). Intensions and experiences of effective practice in mental health specific supported accommodation services: a qualitative interview study. *BMC Health Services Research*, 17, 471. DOI: 10.1186/s12913-017-2411-0

Steinsbekk, A., Westerlund, H., Bjørgen, D., Rise, M.B. (2013). Hvordan beskriver brukere av psykisk helse- og sosialtjeneste et godt tjenestetilbud? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <http://psykologtidsskrift.no/fagbulletin/2013/01/hvordan-beskriver-brukere-av-psykiske-helse-og-sosialtjenester-et-godt>

Skårderud, F. (2013). *Miljøterapi boken: Mentalisering som holdning og handling*. Gyldendal akademisk.

Sommer, M. & Eilertsen, G. (2013). Kognitiv miljøterapi i kommunalt bofellesskap. *Sykepleien forskning*. Vol.8 (2), 132-137.

Sosial- og omsorgsdepartementet (1996-1998). Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.

<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=2593>

Sosialdepartementet. (2002). Boligsosialt arbeid- bistand til å mestre et boforhold. (Nr. U-10/2002)[Rundskriv]. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/u-102002-boligsosialt-arbeid---bistand-t/id109040/>

Sosial- og helsedirektoratet (2005). Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>

St.prp.nr 63 (1997-1998): *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>

Thagaard, T. (2021). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder* (5.utg.). Vigmostad & Bjørke AS.

Thomassen, M. (2021). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal Norsk Forlag

Topor, A., Larsen, I.B., Bøe, T.D. (2020). *Recovery- fra personlig reformasjon til sosial transformasjon*. <https://www.madinnorway.org/2020/05/recovery-sosial-transformasjon/>

Torbjørnsen, A.B.E., Strømstad, J.V., Aasland, A.M.K., Rørtveit, K. (2014). Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid- en kvalitativ studie. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Nr. 4, 328-338.

Tøndel, G. & Rindsem, E. T. (2022). Paradoksale kunnskapsobjekter- kvalitetsindikatorer i kommunale helse- og omsorgstjenester. *Nytt Norsk Tidsskrift*. Nr. 1, 18-28.

Tøssebro, J. (2019). *Hverdag i velferdsstatens bofellesskap*. Universitetsforlaget.

Ulriksen, G., Svendsen, T., Dall, V.E. (2022). Gode tjenester, uavhengig av adresse. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol.19, Nr. 1, 97-100

Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Wågø, S., Høyland, K. & Bø, L.A. (2019). *Bokvalitet og verdighet- en evaluering av boliger for mennesker med rus- og psykiske lidelser*. SINTEF akademisk forlag.

Zahavi, Dan. (2014). *Humanistisk vitenskapsteori*. Lindhardt og Ringhof.

Øydgard, G.W., Moen, H.B., Sjøfjell, L. (2020). Psykisk helsearbeid i kommunene. I Anvik, C.H., Sandvin, J.T., Breimo, J.P., Henriksen, Ø. (Red.) (2020). *Velferdstjenestens vilkår. Nasjonal politikk og lokale erfaringer* (s. 109-129). Universitetsforlaget.

Ådland, A.& Alsaker, K. (2010). Bofellesskap som terapeutisk arena. I Almvik, A.& Borge, L.(Red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (72-83). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Vedlegg

1. Forespørsel om å delta i undersøkelse knyttet til masteroppgave, informasjonsskriv med samtykkeerklæring.
2. Intervjuguide.
3. Vurdering av behandling av personopplysninger.

VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET

Kvalitetsarbeid i kommunalt bofellesskap

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke erfaringer du som leder har med kvalitetsarbeid i tjenester til mennesker med psykiske helseutfordringer i bofellesskap? I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette er en masteroppgave hvor formålet er å få ny kunnskap rundt hvordan ledere jobber med kvalitetsarbeid og innholdet i de tjenestene botilbudet gir. Dette skal brukes til å forbedre tjenestene som gis gjennom erfaringer fra ledere i andre kommuner, slik at en sikrer like tjenester på tvers av kommunegrenser. Jeg er selv avdelingsleder i to bofellesskap.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

VID vitenskapelige høyskole er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å være med i prosjektet fordi du er leder av et bofellesskap eller botilbud for mennesker med psykiske helseutfordringer . Mellom 4-6 personer vil få denne henvendelsen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det et intervju med meg som vil ta ca. 1 time. Jeg kommer gjerne til deg eller møter deg et annet sted for å intervju deg om dine erfaringer rundt kvalitetsarbeidet du gjør i hverdagen din. Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Det er kun min veileder ved VID vitenskapelige høyskole Marit Hem og meg som student Siv Dybdahl som vil ha tilgang til opplysningene.

Alle opplysninger sikres slik at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene ved at navnet ditt kodes som lagres adskilt fra øvrige data. Det skal ikke være mulig for andre å forstå hvem jeg har intervjuet. Alle data er innelåst.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes ca. juni 2023.

Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres.

Vi passer på at ingen kan få tak i informasjonen som vi samler inn om deg.

Vi lagrer all informasjon på en sikker datamaskin.

Vi sletter lydopptak fra intervjuet når vi har skrevet ned alt som vi har snakket om.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID vitenskapelige høyskole har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende

- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: VID vitenskapelige høyskole ved Professor Marit Hem, marit.hem@vid.no

Vårt personvernombud: Nancy Yue Liu, epost: nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no telefon: + 47 93856277

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Marit Hem
(Forsker/veileder)

Siv Dybdahl
Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Miljøterapi i kommunalt bofellesskap*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2

Intervjuguide kvalitetsarbeid i kommunalt bofellesskap

Kan du fortelle meg litt rundt organiseringen av boligen/botilbudet med tanke på antall, kriterier og sammensetning av beboere, hvem tildeler, type vedtak, ansattgruppe

Erfaringer med kvalitetsarbeid:

Hvordan forstår dere innholdet i tjenestene dere leverer?

Bakgrunn for dette, metodevalg, retning, felles forståelse?

Hva er viktig for deg i din jobb som avdelingsleder knyttet til kvalitet?

Hva ser dere på som viktig i kvalitetsarbeidet?

Hvordan erfarer/sikrer dere kvalitet på tjenestene?

Hvilke erfaringer har du med kvalitetssikring av tjenestene?

Hvem har ansvaret for tjenestene dere gir? Hvordan fungerer dette i praksis?

Kan du fortelle litt om dine visjoner/tanker eller målsettinger for arbeidet deres?

Eventuelt hvorfor ikke eller hvorfor det ikke fungerer eller fungerer.

Erfarer du at det er et bevisst forhold til faglig grunnlag her eller hvordan dere skal levere tjenestene? Ønsker dere dette? Eventuelt hvorfor?

Hvilke erfaringer har du knyttet til muligheter for kvalitetsarbeid og tjenesteutvikling?

Hvilke erfaringer har du med målrettet miljøterapi?

Vedlegg 3

23.04.2023, 17:45

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



[Meldeskjema](#) / [Kvalitetsarbeid i kommunalt bofellesskap](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

714020

Vurderingstype

Standard

Dato

12.10.2022

Prosjektittel

Kvalitetsarbeid i kommunalt bofellesskap

Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for helsefag / Fakultet for helsefag Oslo

Prosjektansvarlig

Marit Hem

Student

Siv Dybdahl

Prosjektperiode

01.08.2022 - 30.06.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.06.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TAUSHETSPLIKT

Informantene i prosjektet er ledere av kommunale bofellesskap eller botilbud og har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere enkelte ansatte eller beboere og det kan ikke registreres taushetsbelagte opplysninger. Vi anbefaler at du minner informantene om dette i forbindelse med intervjuene før du slår på lydopptak, slik at de bevisst unngår å bruke navn eller dele andre identifiserende opplysninger om andre personer (for eksempel en kombinasjon av bakgrunnsopplysninger om alder, etnisitet, kjønn, arbeidssted, rolle, ansiennitet, osv.).

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!