

Helene Margrethe Storebø Opheim

**Tema**  
**Kvalitet i sykehjem**

**Hvilke utfordringer står ledere i sykehjem overfor  
og er det mulig å ivareta beboernes behov  
innenfor dagens rammebetingelser?**

**L41 Mastergradsoppgave i Verdibasert ledelse**  
**Stuedsted: Diakonhjemmet Høgskole,**  
**Avd. for diakoni, familieterapi, helse og ledelse**

**Innleveringsdato: 02.05.08**

**Antall ord: 27 014**

**Veileders navn: Asbjørn Kaasa**

## Forord

Denne oppgaven er skrevet som et ledd i Masterutdanningen Verdibasert ledelse ved Diakonhjemmet Høgskole, Avd. for diakoni, familierapi, helse og ledelse og avsluttes våren 2008.

Velferd og eldreomsorg er et tema som diskuteres med jevne mellomrom i politiske debatter. Tema får gjerne en spesiell stor plass i forbindelse med valg både ved stortings- og kommunevalg, for dette handler om velferdsstatens prioriteringer. Hvert av de politiske partiene ønsker å gi uttrykk for at de har løsningen på hvordan eldreomsorgen bør og skal være for å tiltrekke seg stemmer for sitt parti.

Hvilken kvalitet det er på opphold i sykehjem er et tema som opptar og berører mange som er pårørende til pleietrengende, eller som har foreldre, besteforeldre eller noen som de kjenner som er i en slik situasjon. Mange vet de muligens vil bli berørt og vil på et tidspunkt komme i en slik situasjon og derfor er temaet svært aktuelt.

Jeg har vært engasjert i ledelse og eldreomsorg spesielt innenfor sykehjem, så dette har vært en fin mulighet for meg til å få fordype meg innenfor området.

Jeg ønsker å takke min veileder Asbjørn Kaasa som har vist både engasjement og tålmodighet i forhold til mitt arbeid med denne oppgaven. Han har lært meg mye i dette arbeidet ved å peke på ulike områder gjennom hele arbeidsperioden.

Jeg vil videre takke min arbeidsgiver Høgskolen i Oslo og mine nærmeste ledere Inger Taasen og Gunnar Bjølseth for stor støtte og mulighet for å gjennomføre oppgaven og studiet i sin helhet.

Jeg ønsker å rette en takk til Sykehjemsetaten i Oslo kommune ved konstituert etatsdirektør Bente Riis for samtykke jeg fikk til å intervjuere ledere i sykehjem. Samtidig vil jeg takke Leif Stapnes for velvilje og samarbeid. Tusen takk til respondentene som tok seg tid til å delta i dette prosjektet.

Videre ønsker jeg også å rette en takk til mine medstudenter for gode innspill i arbeidet med oppgaven.

Til sist vil jeg takke venner, kollegaer og familie som har vært tålmodige og støttende i denne perioden. En spesiell takk til min mann og svigerforeldre som har bidratt med støtte og hjelp i denne tiden.

Oslo 30.04.08 Helene Margrethe Storebø Opheim

## **Sammendrag**

Tema for oppgaven er kvalitet i sykehjem og den handler om hvilke utfordringer ledere i sykehjem står overfor for å imøtekomme krav fra myndigheter og gjeldende rammebetingelser.

Det er en teoretisk oppgave som tar utgangspunkt i forskning som omhandler kvalitet i sykehjem og verdibasert ledelse. Det teoretiske stoffet hentes både fra aktuelle offentlige meldinger, utredninger og lovverk. Litteratur innenfor organisasjon og ledelse er sentral samt aktuell teori innenfor ulike helsefag og samfunnsfag.

Problemstillingen for oppgaven er: Hvilke utfordringer står ledere i sykehjem overfor, og er det mulig å ivareta beboernes behov innenfor dagens rammebetingelser?

Kvalitetsforskriften er sentral i drøftingsdelen og der kommer frem områder hvor krav og rammebetingelser møter hverandre og hva dette medfører for beboerne, ansatte og hvilke utfordringer det gir ledere i sykehjem. Videre blir det pekt på hvilken betydning verdier, holdninger og etikk har i sykehjem. Hvilken betydning verdibasert ledelse har for ledelse i sykehjem, og hvordan kvalitetsledelse kan være en hjelp for å sikre kvalitet er også en del av drøftingen.

Oppgaven konkluderer med at det synes å være til dels motstridende krav og forventninger til ledere i sykehjem. Rammebetingelser som ledere i sykehjem har synes å variere, men de bør vurderes for å imøtekomme kvalitetsforskriften. Dersom rammevilkårene for stramme vil ikke ulike måter å lede på være til hjelp.

# **INNHOLDSFORTEGNELSE**

<b>1.0 INNLEDNING</b>	<b>s. 6</b>
1.1 Bakgrunn for temavalg	s. 6
1.2 Problemstilling	s. 9
1.3 Avgrensing	s. 10
1.4 Oppgavens oppbygning	s. 11
<b>2.0 METODEKAPITTEL</b>	<b>s. 12</b>
2.1 Forforståelse	s. 12
2.2 Redegjørelse for metoder og materiale som er brukt	s. 13
2.3 Utvalg av teori og undersøkelser	s. 14
2.3.1 Undersøkelser	s. 14
2.3.2 Teori	s. 16
2.3.3 Utvalg	s. 17
2.3.4 Svakheter ved metoden	s. 18
2.3.5 Nøkkelinformanter	s. 19
2.3.6 Fremgangsmåte	s. 20
2.3.7 Vurdering av reliabilitet og validitet	s. 20
2.4 Oppsummering	s. 22
<b>3.0 TEORI OG SENTRALE BEGREP</b>	<b>s. 22</b>
3.1 Sykehjem i Norge	s. 22
3.1.1 Institusjon	s. 23
3.1.2 Total institusjon	s. 23
3.1.3 Institusjon som hjem	s. 24
3.2 Dagens rammebetingelser	s. 25
3.3 Verdier	s. 26
3.3.1 Verdibegrepet	s. 26
3.3.2 Holdninger og normer	s. 28
3.3.3 Etikk og moral	s. 29
3.3.4 Etikk og lover	s. 29
3.3.5 Verdibasert ledelse	s. 30
3.4 Ledelse og lederollen i sykehjem	s. 32

<b>3.5 Kvalitet</b>	s. 35
3.5.1 Begrepet kvalitet	s. 35
3.5.2 Kvalitet i tre dimensjoner	s. 36
3.5.3 Brukerperspektiv	s. 36
3.5.4 Faglig kvalitetsutvikling	s. 37
3.5.5 Nasjonale føringer for kvalitet	s. 38
3.5.6 Total kvalitets ledelse	s. 39
3.5.7 Kvalitetssikring	s. 40
3.5.8 Kvalitetsutvikling	s. 40
<b>3.6 Kompetanse</b>	s. 41
<b>3.7 Omsorg</b>	s. 42
<b>3.8 Oppsummering</b>	s. 43
<b>4.0 PRESENTASJON OG DRØFTING AV FUNN</b>	s. 45
<b>4.1 Innledning</b>	s. 45
<b>4.2 Forskrift om kvalitet i sykehjem og verdier</b>	s. 45
4.2.1 Opplive respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet	s. 45
4.2.2 Grunnleggende behov	s. 49
4.2.3 Tilstrekkelig næring og tilpasset hjelp ved måltider	s. 51
4.2.4 Brukermedvirkning og samarbeid med andre	s. 54
4.2.5 Mulighet for samvær, sosial kontakt, felleskap og aktivitet.	s. 58
4.2.6 Oppsummering	s. 61
<b>4.3 Økonomiske rammebetingelser</b>	s. 62
4.3.1 Utstyr og hjelpemidler	s. 63
4.3.2 Driftsmidler	s. 63
<b>4.4 Personalressurser</b>	s. 63
4.4.1 Tilgang på kvalifisert personale	s. 63
4.4.2 Kompetanse og fagutvikling	s. 67
<b>4.5 Fysiske rammebetingelser</b>	s. 69
<b>4.6 Oppsummering</b>	s. 71
<b>5.0 SAMMENFATNING OG KONKLUSJON</b>	s. 71
<b>LITTERATURLISTE</b>	s. 75

# 1.0 INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn for temavalg

Det er flere grunner til at jeg ønsker å arbeide med tema knyttet til kvalitet og ledelse innenfor eldreomsorg og sykehjem. Dette studiet har gitt meg en større grad av bevissthet og engasjement i forhold til hvilken betydning verdier og etikk har for utøvelse av ledelse. Ettersom jeg har erfaring fra sykehjem og ledelse, ble det naturlig å se på hvordan verdier kommer til uttrykk innenfor dette området, og hva som er styrende for denne virksomheten. Mitt første møte med sykehjem var som frivillig helsearbeider da jeg var 15 år og etter endt sykepleieutdanning har ulike sykehjem vært mine arbeidsplasser gjennom mange år. Det har engasjert meg sterkt hvilke muligheter man har som leder i sykehjem til å påvirke hvordan livet til beboerne arter seg i sykehjemmet, samtidig som man hele tiden står overfor nye utfordringer. Min bakgrunn vil være av stor betydning for min for forståelse gjennom det som presenteres i oppgaven.

Jeg synes det har skjedd en positiv utvikling i forhold til bevisstgjøring og endring innenfor sykehjem på mange områder gjennom de siste 20 årene. Det er likevel områder som bekymrer meg når jeg ser hvilke utfordringer som sykehjemmene står overfor i dag.

Det som preger mange sykehjem i dag er at de som får tilbud om fast plass, gjerne har et komplisert sykdomsbilde og er svært pleietrengende enn det som var vanlig tidligere. Det er også en økning av antall eldre med ulike demenstilstander i sykehjem (St.meld.25, 2005-2006). Dette stiller store faglige utfordringer for de ansatte å møte beboere i forhold til behandling, pleie og omsorg som kreves.

Den medisinske utviklingen har også medført at det er mulig å behandle ulike tilstander i større grad enn tidligere som også gjelder for beboere i sykehjem.

Økningen innenfor demenstilstander gjør at det ikke er tilstrekkelige tilbud for denne beboergruppen og de henvises til generelle avdelinger. Dette vanskeliggjør ofte ivaretagelsen av de som ikke lider av demens, samtidig som det kan være vanskelig å tilrettelegge et tilpasset tilbud til den som er dement. Dette kan ha sammenheng med at i de senere årene har hjemmetjenesten blitt utbygd i større grad for at flest mulig skulle bo lengst mulig hjemme. Dette har også vært et billigere alternativ enn heldøgns pleie og omsorg. I 1988 kom sykehjemsreformen hvor sykehjemmene ble overført fra fylkeskommunalt til kommunalt nivå og ble samordnet med hjemmetjenesten innenfor rammene av den kommunale helse- og sosialtjenesten. Overtakelsen førte til at kommunene i større grad kunne se ulike tjenestetilbud

for eldre i sammenheng. Mange kommuner vurderte hva de kunne bygge ut av alternative tilbud som kostet mindre enn en sykehjemsplass. Det ble derfor bygd ut få institusjonsplasser, men i stedet ble det bygget alternative løsninger som ble betjent av hjemmetjenesten. Det har vært en liten vekst i sykehjemsplasser i perioden 1997- 2005 på ca. 4500 plasser i forhold til økningen i antall innbyggere over 80 år. (St.meld. 25, 2005-2006). Dette kan muligens være årsaken til at terskelen for å få tildelt sykehjemsplass har blitt høyere enn tidligere år, noe som resulterer at de som får plass nå er svært pleietrengende og syke. For mange oppleves det som en ”lang kamp” for å få tildelt sykehjemsplass for sine pårørende, og når de får tilbud om fast plass er de svært fornøyd og har ikke så store krav for de har erfart hvilken stor belastning det er å utføre 24 timers pleie og omsorg. De er mange ganger utslitt når de får plass til sin kone eller mann, og mange føler ofte dårlig samvittighet for at de ikke skal ha dette ansvaret (Solvoll 2002).

En annen utfordring for sykehjemmene er at det er stort behov for vikarer for å dekke opp for sykefravær og helger i turnusen. Vikarene er stort sett ufaglærte som får opplæring i den aktuelle avdelingen. Dette har konsekvenser for beboere ved at de må forholde seg til tider mange og ukjente personer, samtidig som det kan være vanskelig for vikarene å møte beboernes behov ut fra hvilke lidelser og problemer som de har. Vikarene er ofte på vakt om kvelder og helger. Det er på disse tidspunktene hvor det er færrest av de faste personale på vakt, som har mulighet til å bistå med råd og veiledning.

Arbeidsbelastningen kan være stor og arbeidet er krevende både fysisk og psykisk, og jeg har opplevd at ansatte sier de har dårlig samvittighet når de går fra jobb, fordi de vet behovet er større enn det som de kan imøtekomme beboerne med.

I fremtiden viser befolkningsutviklingen i følge Waalers prognose at tallet på eldre vil stige med 60 % de neste tretti årene, og at antall 90 åringer vil fordobles frem til år 2030 og det vil da være behov for 16000 flere pleiere bare i aldersinstitusjonene (Kaasa, Bøen, Utnem, 2006). Det har også kommet frem i media i det siste at det er lavere tilsøkning til helseutdanninger og det er vanskelig å rekruttere sommervikarer til sykehjemmene. Media har også en tendens til å fokusere ensidig på forhold som ikke er tilfredsstillende innenfor sykehjem, noe som også gjør at befolkningen blir påvirket og danner sine egne oppfatninger i forhold til sykehjem som blir svært negative. Dette ”negative omdømmet” gir heller ikke sykehjemmet som arbeidsplass høy status å arbeide ved for ulike yrkesgrupper.

Også innenfor forskning har ikke geriatri hatt en høy status (Kaasa, Bøen, Utnem, 2006). Her ser man på den ene siden vil det være store behov helsepersonell til sykehjem samtidig som

det ikke er enkelt å rekruttere og beholde dyktige medarbeidere siden de foretrekker andre arbeidsområder.

Det kan være ulik kultur innenfor ulike organisasjoner og det gjelder også for sykehjem. Noen sykehjem kan ha sin egen kultur som preges av holdninger og rutiner som vanskeliggjør endringer i organisasjonen. Dette kan ha ulike årsaker men kan påvirke både arbeidsmiljøet og rekruttering i en negativ retning. Det kan også medvirke til at beboerne får liten variasjon i tilværelsen.

Kvalitet i sykehjem har vært gjennomgående i offentlige meldinger de siste tretten årene. Det var i 1995 den første nasjonale strategien for kvalitet i helsetjenesten kom. Den hadde som hovedmål at alle som yter helsetjenester skal etablere helhetlige og effektive kvalitetssystemer innen år 2000. Det ble lovfestet krav om internkontroll og opprettet kvalitetsutvalg som et ledd i dette (St.meld. 25, 2005-2006).

Kravene viste seg å være et ambisiøst mål som ikke ble nådd i følge helsedirektørens tilsynsmeldinger og fylkeslegens rapporter (Kaasa 2004). I 2003 ble kvalitetsforskriften (FOR 2003-06-27 nr 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.) vedtatt. Formålet med forskriften er at den skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivarett sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (ibid). Dette viser hvilke verdier som står sentralt i lovgivningen og som skal ligge til grunn for arbeidet i sykehjem, og den blir sentral også i denne oppgaven videre.

Det har vært gode intensjoner om å forbedre og effektivisere tjenestene innenfor eldreomsorg og sykehjem samtidig som det viser at politikerne har store ambisjoner om fortsatt å utvikle velferdsstaten.

Ofte oppleves det som om det ikke er samsvar mellom de ytre rammene politikere og administrasjon tildeler sykehjemmet og muligheter for å oppfylle krav og forventninger til tjenestene, som gjør at det ofte setter begrensinger i forhold til hva som er mulig å få til. Dette kommer også frem i media. Et eksempel var da det nye bydelsutvalget fra en bydel i Oslo varslet en strammere linje overfor bydelens eldre. Det vil medføre at det blir vanskeligere å få sykehjems plass og vanskeligere å få hjemmehjelp. Byråden på sin side mente at eldreomsorgen skulle prioriteres (Mellingsæter 01.11.07).

Sykehjemsdrift som i økende grad møter stor faglige utfordringer og som preges av lav grunnbemanning, lite fagmiljø, høyt sykefravær og mange ufaglærte gjør at det kan være



vanskelig å få til god oppfølging og god kvalitet på tjenester som gies til beboerne. Samlet kan dette medføre at både beboere og pårørende blir usikre om de får den hjelp de har behov for.

## 1.2 Problemstilling

På bakgrunn av den innledningen ønsker jeg med denne oppgaven å belyse utfordringer og dilemma ledere i sykehjem står overfor i dagens sykehjem og om det er mulig å kunne ivareta beboernes behov innenfor dagens rammebetingelser. Jeg er av den oppfatning at ledere i sykehjem er av stor betydning for hvordan disse utfordringene møtes og ivaretaes.

Offentlig sektor har representert velferdsstaten og de sentrale verdiene har vært rettferdighet og solidaritet med svake. Svakheter er sett på som allmennmenneskelig og noe som kan ramme alle til tider. Kommunene har gjennom de siste årene hatt fokus på effektivitet og kostnadsbesparelser som er blitt gjennomført gjennom ulike og gjentatte omorganiseringer.

Det er gjerne ledelsesideologien New Public Management som ligger til grunn og det innbefatter at politikere er delaktige på et overordnet nivå. Sykehjem har i enkelte kommuner blitt konkurranseutsatt for å skjerpe konkurransen sykehjemmene imellom, men også for å se om dette kan være en besparelse for kommunen. Erfaringene med dette har vært delte.

Gjennom denne utviklingen er det blitt innført nye begreper som er tatt ut fra næringslivet og blir benyttet. Det kan være bruker, tjenesteproduksjon, bistand, menneskelig kapital i stedet for pasient, sykepleie, omsorg m.m.

Berit Foss sier i en artikkel i Drammens tidene den 19. januar:

”Språket formidler verdier, og ukritisk bruk av næringslivets språk og metoder kan fremme en kultur som fokuserer på kvantitet på bekostning av kvalitet.”

(Foss 9.jan. 2008)

Ledere i sykehjem kan ha ønske om å utvikle et kvalitativt godt sykehjemstilbud, men hvilke muligheter har de til å påvirke dette hvis ikke krav og forventninger samsvarer med hva som er gjennomførbart ut fra de bevilgede ressurser?

Som leder i sykehjem står man overfor mål som stiller krav til faglige og etiske avveininger, ikke bare på grunnlag av effektivitet og økonomi. I sykehjemmet er målet å gi helhetlig pleie, behandling og omsorg til beboeren. Dette forutsetter at ledere har en faglig kompetanse som gjør at de er i stand til å gi faglig argumentasjon for nødvendige økonomiske rammer og har

kunnskap om hva god kvalitet i sykehjem innebærer. Det er videre viktig at lederen har kunnskaper om ledelse og innehar lederegenskaper. Normalt aldring som medfører at en har behov for hjelp i dagliglivet er ikke nødvendigvis en sykdom, men ettersom terskelen for å få plass en sykehjems plass er så høy, har de fleste sykdommer og pleiebehov som er krevende både faglig, fysisk og psykisk. For at beboerne skal få den behandling og pleie som de har behov for og krav på, krever det rekruttering av fagpersoner som er interessert og engasjert til å arbeide i sykehjem.

Jeg skal komme inn på disse ulike utfordringene ledere i sykehjem står overfor videre i oppgaven og ut fra dette blir problemstilling som følgende:

### **Hvilke utfordringer står ledere i sykehjem overfor og er det mulig å ivareta beboernes behov innenfor dagens rammebetingelser?**

Dette er en litteraturstudie hvor jeg tar utgangspunkt i eksisterende empiri, som jeg har foretatt et utvalg av og tillegg har jeg valgt ut noen nøkkelinformanter som jeg trekker inn som eksempler og bilder på situasjoner i teksten. Jeg har også gjort et utvalg av teori som danner grunnlaget for den faglige begrunnelsen. Det er et vidt tema så derfor krever det noen avgrensinger som jeg kommer inn på videre.

### **1.3 Avgrensing**

Jeg har innledningsvis belyst en flere områder som jeg kunne ha utdypet i denne oppgaven og jeg kunne ha valgt andre tilnærminger for å belyse problemstillingen. Det kunne for eksempel vært nærliggende å belyse utdype hvilken betydning organisasjonskulturen har, eller hvordan ulike samfunnsendringer kan påvirke våre holdninger i forhold til tema. Jeg kunne også fått belyst problemstillingen fra et brukerperspektiv, hvis jeg hadde gjennomført intervju med beboere i ulike sykehjem. Jeg valgte i stedet å benytte meg av undersøkelser som er utarbeidet, ved at jeg da også kunne få en større bredde i materialet.

Mitt utgangspunkt for denne oppgaven er å peke på hvilke utfordringer ledere i sykehjem står overfor. Hvordan disse utfordringene kan møtes, har ikke jeg tatt noen stilling til selv om noe kan være antydning gjennom teksten. Mitt formål er å belyse de utfordringer og dilemma leder står overfor i det daglige arbeidet i sykehjem. Jeg har videre hatt fokus på kvalitetsforskriften

og ser på rammebetingelser opp mot denne. Dette ble et naturlig valg, siden kvalitetsforskriften også var sentral i de undersøkelsene som jeg har brukt.

## **1.4 Oppgavens oppbygning**

Jeg har i dette kapitlet beskrevet min bakgrunn for valg av tema og problemstilling. Jeg har videre begrenset oppgaven og jeg skal her gi en kort beskrivelse av hva som følger videre i oppgaven.

Dette er en litteraturstudie hvor jeg har tatt utgangspunkt i teori og empiri for å belyse min problemstilling. Derfor har jeg vagt å ha metodekapitlet tidlig i oppgaven da dette kapitlet redegjør for forforståelse, fremgangsmåten og materiale som er brukt i oppgaven.

I kapittel tre er det samling av teori og sentrale begrep som er aktuell for oppgaven videre.

Her er det en presentasjon av sykehjem og institusjon som skal gi en større forståelsesramme for begrepet. Jeg redegjør så videre for verdibegrepet siden verdiene er grunnlaget for våre holdninger og handlinger. Deretter kommer jeg inn rammebetingelser og ledelse. Jeg belyser videre teori i forhold til kvalitet og total kvalitetsledelse i dette kapitlet, samt kompetanse og omsorg. Definisjoner er i teksten.

Kapittel fire er presentasjon og drøfting av funn fra empiri og nøkkelinformanter sett opp mot kvalitetsforskriften og øvrige rammebetingelser. Kapittel fem er en sammenfatning av oppgaven og jeg konkluderer ut fra den.

## **2.0 METODE**

Jeg skal i dette kapitlet si noe om fremgangsmåten i arbeidet med oppgaven og redegjøre for hvilke valg jeg har foretatt.

Jeg oppdaget etter hvert at mitt valg av problemstilling ville få stor innflytelse på metoden for oppgaven. Etter flere tilnærminger så kom jeg frem til en problemstilling som pekte i retning av en kvalitativ tilnærming. Valg av teori har preget arbeidet og oppgaven i stor grad både som et rammeverk og et verktøy gjennom hele prosessen. Jeg har derfor valgt å gi teorikunnskapen en forholdsvis stor plass i oppgaven og metodisk kan dette by på problemer. Forkunnskapen kan være med å styre informasjonsinnhenting og man blir mer fokusert på å finne bekreftelser for teoriene enn å finne all aktuell informasjon (Repstad 2007). Jeg har

valgt å belyse en problemstilling ut fra tidligere forskning og teori slik at problemstillingen derfor får en deduktiv tilnærming (Hellevik 2002). Jeg skal først si noe om min forforståelse og deretter gir jeg en beskrivelse av materiale og metoder jeg har brukt.

Videre tar jeg for meg reliabilitet og validitet i oppgaven.

## **2.1 Forforståelse**

I innledningen til denne oppgaven har jeg sagt noe om bakgrunn for valg av tema og problemstilling. Noe av bakgrunnen er fordi jeg har erfaring fra sykehjem og arbeidet med ledelse innenfor dette området, samtidig som jeg også har helsefaglig bakgrunn som sykepleier. Dette gjør at jeg har en del kunnskap om dette området, men som jeg må være svært bevisst min egen forforståelse i dette arbeidet. Forforståelse er forankret i våre ulike livserfaringer og jeg må være bevisst på denne gjennom hele prosessen. Den fremste representanten innenfor den filosofiske tradisjonen innenfor moderne hermeneutikk er Hans-Georg Gadamer (f.1900). Forforståelsen var et viktig begrep hos Gadamer, som både gjør tolkning mulig og setter grenser for den. Forforståelse handler om våre bevisste og ubevisste oppfatninger og holdninger som vi møter nye situasjoner med. Gadamer sier at man må være villig til å sette sine fordommer på spill, for å få dem i spill. Videre presiserer han at en ikke kan forstå uten å ha en forståelse, da den blir selve utgangspunktet for forskerens forståelse. (Jensen 1996)

Min forforståelse vil påvirke hele prosessen og gjelder alt fra utvelgelse av litteratur og forsknings rapporter, til hva jeg velger å fokusere på og hvilke områder som får plass og i hvilken grad får det plass. Med denne forforståelsen som grunnlag ser jeg at jeg ikke er en objektiv utenforstående person som bare vurderer teori og empiri, men jeg må hele tiden være bevisst min egen forforståelse og diskutere hvilken betydning den kan ha på de ulike temaene. Dette kan beskrives som en hermeneutisk prosess som er en fortolkende prosess. Repstad referer her til Steinar Kvale (1979) som beskriver denne fortolkningsprosessen som en hermeneutisk sirkel eller et bedre uttrykk en hermeneutisk spiral.

”Ud fra en innledende ofte vag og intuitiv global opfattelse av teksten som en helhet, så tolkes de enkelte dele, hvorefter tolkningen af delene igjen relateres til helheten osv” Denne spiralbevegelsen gir mulighet for en kontinuerlig utdyping av meningsforståelsen.” (Kvale 1979)

Repstad sier videre at dette er et idealbilde på den hermeneutiske prosess og at i praksis kan fortolkningsarbeid avvike fra idealet. I verste fall kan en kvalitativ verdianalyse fortelle mer om verdiene til analytikeren enn om de verdiene som teksten uttrykker (Repstad 2007).

## **2.2 Redegjørelse for metoder og materiale som er brukt**

Problemstillingen danner grunnlaget for metodevalg og ut fra denne jeg har valgt en kvalitativ tilnærming. Dette er fordi det er en problemstilling som kan sies å være ustrukturert fordi det er ingen klare hypoteser som skisserer tydelige eller mulige sammenhenger som kan testes. Jeg ønsker å belyse hvilke utfordringer ledere i sykehjem står overfor og om det mulig å ivareta beboernes behov innenfor dagens rammebetingelser. Ut fra dette er det en sammenheng mellom de utfordringer ledere i sykehjem stilles overfor og de gjeldende rammebetingelser som skal være i fokus. Slike sammenhenger lar seg ikke så lett kvantifiseres og telles ut fra de metodene som er tilgjengelig i kvantitativ analyse. For å belyse min problemstilling har jeg hovedsakelig valgt å bruke kvalitativ forskning, da denne formen er mest brukte metoden innenfor dette fagområdet. Repstad sier at dersom målene med en virksomhet er vage, sammensatte eller skiftende, der det er uenighet om målene eller der det er stor avstand mellom de offisielle målene for et prosjekt og de målene som faktisk styrer handlingene til deltakerne i prosjektet er det vanlig å bruke kvalitative tilnærminger (Repstad 2007).

Vi kan skille mellom kvantitative, kvalitative og aktive metoder. Kvantitative metoder går ut på å avdekke så sikker og gyldig kunnskap som mulig om det som kan telles, veies og måles – og settes opp i kurver, diagrammer og tabeller. Da søker vi eksakt breddekunnskap om harde data.

Kvalitative metoder dreier seg mer om å få vite hva som skjuler seg bak tallene og kurvene, hvordan de som er undersøkt opplever virkeligheten. Da søker vi etter dybdekunnskap og forståelse med hensyn til myke data, det vil si kvalitetene eller egenskapene ved det vi undersøker. Det blir stadig mer enighet blant fagfolk at kvantitative og kvalitative metoder ikke utgjør prinsipielt uforenelige tilnærminger. Sånn sett snakker man stadig oftere om å kombinere kvantitative og kvalitative metoder, gjerne kalt ”metodetriangulering”. Aktive metoder ønsker i sterkere grad enn de to andre å bidra til forandring, jamfør kritisk teori. I tillegg til å avdekke og fortolke saksforhold, formulerer vi hvordan disse saksforhold bør

være. Vi diskuterer oss fram til mål for det vi mener bør skje og engasjerer oss i kampen mot undertrykkende og sykeliggjørende forhold (Aadland 1997).

## **2.3 Utvalg av teori og undersøkelser**

Jeg har valgt å arbeide med litteratur innenfor offentlige meldinger, aktuell forskningslitteratur og et utvalg av litteratur om ledelse. Jeg ønsker å belyse kvalitet innenfor fagområdet geriatri og sykehjem knyttet til omsorg og ledelse. Jeg har undersøkt hva som har blitt forsket på innenfor disse områdene og har gjort et utvalg av materiale som jeg har funnet relevant. Det viste seg at det ikke var utført så mye forskning innenfor sykehjem og ledelse, og innenfor kvalitet og sykehjem. Jeg måtte gå en tid tilbake for å finne forskning som var knyttet til kvalitet i sykehjem.

### **2.3.1 Undersøkelser**

#### **Kvalitet i sykehjem**

Jeg har derfor tatt utgangspunkt i en forskningsrapporten ”Kvalitet i sykehjem” som ble utarbeidet i Trondheim fra 1999. Dette var en kartlegging av kvaliteten på heldøgns omsorgstilbud i Trondheim kommune som ble gjennomført av Olav Sletvold, Harald Solbu og Tormod Hofstad. Bakgrunnen for prosjektet var at gjentatte påstander om at kvaliteten på tilbudet i sykehjemmene i Trondheim var særdeles kritikkverdig, kritikken toppet seg med presseoppslag omkring et sykehjem. Dette medførte at både brukere, pårørende, helsearbeidere, politikere og publikum opplevde en utrygg situasjon i forhold til hvordan faktisk den egentlige kvaliteten på tilbudet var. Dette var et omfattende og grundig prosjekt og som innbefattet flere tusen personer bestående av brukere, pårørende, og ansatte. Jeg stilte meg spørsmål om de forholdene som ble pekt på i denne rapporten også gjelder i dag, ti år senere og jeg undersøkte om jeg kunne finne svar på dette i tilsvarende undersøkelser.

#### **Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem**

Jeg har ikke funnet noen tilsvarende undersøkelser, men Sintef har i sin rapport fra 2004 gjennomført en undersøkelse som ser på bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. Den heter ”Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem” og forfatterne er Bård Paulsen, Trond Harsvik,

Thomas Halvorsen og Lars Nygård. Formålet med dette prosjektet var å undersøke om det var noen sammenheng mellom personellinnsats og variasjoner i kvalitet i et utvalg av norske sykehjem. Denne undersøkelsen omfatter 29 langtidsavdelinger fordelt på ni ulike sykehjem. Undersøkelsen bygger hovedsakelig på intervjuing av ansatte, mens det er innhentet kvantitative data i forhold til beboere som angir ulike medisinske diagnoser, kjønn, alder og utregnet pleietyngde.

### **Kvalitet – slik pårørende ser det**

Jeg har også innhentet resultater fra en pårørendeundersøkelse som Nasjonalforeningen for Folkehelsen har gjennomført. Den heter ”Kvalitet – slik pårørende ser det” og er gjennomført av Kjersti Solvoll. Dette var en spørreundersøkelse som ble gjennomført blant medlemmer i Demensforbundet i 2002 og gruppen som ble spurt var personer med nær tilknytning til beboere i sykehjem. Av 823 utsendte spørreskjema var tilbakemeldingen på 420 som tilsvarer en svarprosent på 51 %. I denne undersøkelsen er det pårørende som er i fokus og den sier noe om hvordan pårørende oppfatter ulike situasjoner og hvilke konsekvenser det har for deres liv. Undersøkelsen måler ikke situasjonen ved sykehjemmene som sådan, men en gruppe menneskers oppfatning av den (Solvoll 2002).

### **Strebing mot pasienten beste**

Videre har jeg også benyttet meg av Åshild Slettebø sin doktoravhandling fra 2002 som heter ”Strebing mot pasienten beste”. Dette er en kvalitativ undersøkelse som bygger på intervju og observasjon av 14 sykepleiere på utvalgte poster på tre ulike sykehjem. Hensikten med denne studien var å undersøke hva sykepleiere opplever som etisk vanskelige situasjoner i den daglige praksis i sykehjem (Slettebø). Dette er det viktig som leder å ha et bevisst forhold til hvordan medarbeidere opplever hverdagen og jeg ønsket også å se om det er mulig å trekke noen paralleller i forhold til funnene i de ulike undersøkelsene.

### **Verdibasert ledelse i praksis**

For å knytte dette opp mot verdibasert ledelse har jeg valgt å bruke ”Verdibasert ledelse i praksis” som er en studie av 8 medlemsvirksomheter i HSH av E. Aadland med flere. Hensikten med denne studien var å se om det finnes eksempler på virksomhetspraksis som drar nytte av et bevisst verdifokus. Hvilken betydning legger ansatte og ledere i verdibegrepet og hvilken rolle spiller det i praksis (Aadland m.fl.). Denne studien har blitt gjennomført i ulike type organisasjoner, deriblant et sykehjem noe som jeg finner relevant for denne

oppgaven. Disse rapportene danner hovedgrunnlaget for denne oppgaven som er en litteraturstudie hvor jeg bruker både teori og empiri for å belyse problemstillingen. I tillegg vil jeg også benytte meg av noen erfaringer fra nøkkelinformanter, som gir et inntrykk av hva som kan oppleves i det daglige, for å belyse enkelte tema.

### **Lover og forskrifter**

Jeg har valgt å bruke denne forskningslitteraturen for å se den opp mot aktuelle lover og forskrifter. Det er Kommunehelsetjenesteloven, forskrift om sykehjem (FOR 1988-11-14 nr 932: Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie) og kvalitetsforskriften (FOR 2003-06-27 nr 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.) og Stortingsmelding nr.25 (2005- 2006) ”Mestring, muligheter og mening”, som er spesielt sentrale her. I tillegg vil jeg også benytte utsagn fra mine nøkkelinformanter for å vise noen bilder på dagen situasjon.

### **2.3.2 Teori**

Det finnes mye teori om organisasjon og ledelse og de ulike tidsepoker har hatt forskjellig fokus gjennom tidene. Jeg har en oppfatning at det er viktig å se på ledelse og organisasjoner i en større sammenheng. Dette fordi det senere år så har blitt tydelig hvordan omgivelsene påvirker ledelse og organisasjon både gjennom ulike reformer men ikke minst hvilke ledelsesteorier som får gjennomslag. New public management er en slik ledelsesteori som også har hatt innvirkning på organisasjonsutvikling og ledelse innenfor helse og sosialsektoren og sykehjem. Ut fra dette velger jeg å ha et systemperspektiv hvor jeg i hovedsak benytter meg av Skjørshammer (2004) ”Bedre planlegging i helsesektoren i et systemteoretisk perspektiv”, da han er opptatt av ledelse innenfor helseorganisasjoner. Annen ledelseslitteratur som jeg finner relevant er Strand (2003) ”Ledelse, organisasjon og kultur”. Han knytter også ledelsesteori til andre kunnskapsfelter som organisasjonsteori, sosiologi, statsvitenskap, kognitiv psykologi og sosialpsykologi som er med å belyse tema ledelse. Dette kan gi ledelse ulike perspektiv i ulike sammenhenger noe som jeg tror er viktig å ha også innenfor helseinstitusjoner. Ettersom verdibasert ledelse er sentralt har jeg også benyttet Aadland (2004) ”Den troverdige leiaren”, i oppgaven. Han sier noe om hvilke kvaliteter som er viktige å inneha som leder, ikke bare kunnskaper og ferdigheter. Andre kilder som jeg har funnet relevante for oppgaven er Garsjø (2003) ”Institusjon som hjem og arbeidsplass”, som i sin bok tar for seg ulike sider ved det å bo og å arbeide i en institusjon. Som sosiolog setter



han institusjonsbegrepet inn i en sammenheng og har et helhetsperspektiv som jeg synes det er viktig å få frem. Kaasa (2004) ”Kvalitet i helse- og sosialtjenesten. Det er menneskene det kommer an på”, syntes jeg gir en god innføring i hva som menes med kvalitet innenfor helsetjenesten. Hun har selv gjennomført et kvalitetsprosjekt i sin kommune, hvor hun også deler erfaringer. I tillegg har jeg benyttet meg av en del relevante artikler og rapporter og dokumenter som jeg bruker i min fremstilling for å tydeliggjøre det jeg ønsker å få frem samt aktuell ledelseslitteratur fra pensum. Innenfor metode har jeg hovedsaklig valgt å bruke Repstad (2007) ”Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag”. Han gir en innføring i kvalitative metoder og sier han er innom deler av det samfunnsvitenskapelige redskapsskuret som jeg også benytter meg av.

### **2.3.3 Utvalg**

Den oppgaveform som jeg har valgt vil metoden være en teoridrøftelse på basis av tekstanalyse. Jeg har gjort et utvalg av undersøkelser for å sammenfatte og se om resultater i disse er av betydning for min problemstilling i oppgaven. Jeg har gjort et utvalg for å få med de ulike parter som er berørt. Det er beboere, pårørende og ansatte. Ved gjennomgang av forskning innenfor dette tema er det ikke blitt gjort noe som direkte omhandler min problemstilling. Det medførte at jeg har valgt ut forskning som ser på kvalitet i sykehjem og annen forskning som ser på etiske problemstillinger og verdibasert ledelse for å prøve å belyse problemstillingen ut fra dette. Repstad sier det er viktig med hensyn til kildevurderinger å ta med i betraktningen hvilken kontekst disse kildene har blitt til i (Repstad 2007). Kildene jeg gjør meg nytte av i denne oppgaven er skrevet til andre formål som. Undersøkelsen i Trondheim om ”Kvalitet i sykehjem” var en bestilling fra Trondheim kommune for å undersøke de faktiske forhold på sykehjemmene i kommunen. Sintef rapporten ”Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem” var et oppdrag som ble utført for Norsk Sykepleierforbund, den Norske legeforening og Fagforbundet for å undersøke sammenhengen mellom personellinnsats og variasjoner i kvalitet i et utvalg norske sykehjem. Rapporten ”Verdibasert ledelse i praksis” var et oppdrag fra HSH som ønsket å se på hvordan verdibasert ledelse faktisk praktiseres i hverdagen. Jeg har også brukt doktoravhandlingen til Åshild Slettebø ”Strebing mot pasientens beste” siden den illustrerer mange etiske problemstillinger for ansatte i sykehjem.

Undersøkelsen ”Kvalitet i sykehjem, slik pårørende ser det” ble gjennomført blant medlemmer i Demensforbundet i Nasjonalforeningen for Folkehelsen. Forbundet ønsket å få økt kunnskap om hvordan tilværelsen som pårørende arter seg. Jeg mener dette kan være

relevant kunnskap også for ledere i sykehjem selv om en må se undersøkelsen ut fra den sammenheng som den ble utarbeidet i forhold til.

I tillegg har jeg fem nøkkelinformanter som er mellomledere i sykehjem siden da de utøver daglig ledelse og erfarer forholdet mellom ledelse og rammebetingelser. Deres erfaringer vil gi bilder og små glimt av det de opplever i hverdagen og kan si noe om hvordan de opplever forholdet mellom ledelse og rammebetingelser.

De offentlige meldingene er skrevet både som politiske føringer og som et grunnlag for politiske beslutninger. Når det gjelder kilder innenfor ledelse og verdibasert ledelse har jeg valgt seriøse forfattere som jeg ser som relevante og som jeg har fått kjennskap til gjennom dette studiet.

#### **2.3.4 Svakheter ved metoden**

Det er også mange nærliggende områder som jeg kunne ha viet oppmerksomhet for å få frem flere perspektiv. Dette gjelder for eksempel opplevelsen av å være beboer i sykehjem eller kulturperspektivet i organisasjoner. Jeg kunne også sett det i forhold til velferdsstatens utvikling. Områder innefor dette vil jeg bare belyse i svært begrenset omfang. Jeg har begrenset utvalget til nasjonal forskning ettersom det ville bli for omfattende for denne oppgaven å se på forskjeller internasjonalt. På mange måter ser jeg at det kunne vært berikende og interessant å se hvilke erfaringer andre land har gjort seg innenfor tema, samt at vi kunne dra nytte av denne erfaringen.

De rapportene som jeg har brukt er noen år tilbake i tid, det er fordi jeg ikke har lyktes i å finne noe av nyere dato som er direkte knyttet opp mot tema. Dette er en svakhet for min analyse av data, for det er mulig at noe har endret seg. For eksempel var ikke kvalitetsforskriften innført da undersøkelsen i Trondheim ”Kvalitet i sykehjem” ble gjennomført. Kvalitetsarbeidet innenfor helse og omsorgsarbeid har hatt stor plass i offentlige meldinger og stilt krav til kommunene gjennom de siste ti årene. Dette har muligens medført en større bevissthet i forhold til utøvelsen av arbeidet i sykehjem og samtidig med en utvikling av kvalitetssystemer. Sintef rapporten har jeg valgt å ta med siden den har vært sentral i den offentlige debatten i forhold til kvalitet i sykehjem. Validiteten og reliabiliteten av denne undersøkelsen har ulike svakheter ved seg og har blitt kritisert for at den har blitt tatt hensyn til i helsedebatten i så stor grad (Wyller, Laake 2005). Jeg kommer nærmere inn på dette i vurdering av validitet og reliabilitet. Ut fra de undersøkelsene som jeg tar utgangspunkt i er det mye informasjon jeg ikke har brukt men kunne belyst med tanke på tema. Jeg har valgt ut noen få generelle områder som jeg belyser. Det vil si at det vil være mange andre

forhold som står ubesvart og min fremstilling vil ikke være et entydig bilde på hvordan forholdene er. Dette vil også være påvirket og et resultat av min forforståelse.

Ved presentasjon og analyse av funn ser jeg dette opp mot aktuell teori. Det er områder som går over i hverandre innenfor dette temaet, og det vil også være tilfelle for hvordan teori anvendes. Jeg prøver å trekke inn aktuell teori i ulike sammenhenger, men den kan også anvendes i forhold til andre områder i oppgaven.

### **2.3.5 Nøkkelinformanter**

Jeg har valgt å intervju noen nøkkelinformanter for å tydeliggjøre mine drøftelser slik at de kan gi noen illustrasjoner og bilder på dagliglivets erfaringer. Nøkkelinformantene representerer ledere i praksisfeltet og det er de som utøver daglig ledelse og erfarer forholdet mellom ledelse og rammebetingelser. Jeg kunne på en annen side valgt å utarbeide oppgaven basert på kvalitative intervju, og la disse intervjuene være representativ for oppgavens metode. Da ville jeg gitt intervjuene og tolkningen av disse en sentral plass i besvarelsen av oppgaven. Jeg har i stedet valgt å bruke publiserte resultater for å knytte dette opp mot litteratur og min problemstilling.

Bruken av nøkkelinformanter vil her ikke oppfylle kravene til validitet og reliabilitet om objektive, entydige og verifiserbare data.

### **2.3.6 Fremgangsmåte**

Jeg har valgt ut fem undersøkelser som omhandler kvalitet i sykehjem. Jeg ønsker å se om det er noe sammenfallende i de resultater som fremkommer i disse undersøkelsene. Videre ønsker jeg å se dette mot min problemstilling knyttet mot teori innenfor ledelse. Repstad sier at bruk av skrevne tekster kan komme inn i kvalitative studier på flere måter og han beskriver ulike måter skriftlig materiale som brukes innenfor samfunnsvitenskapelige studier i dokumentanalyse i en videre forstand (Repstad 2007). Jeg har funnet frem undersøkelser og teori som jeg søker å analysere for å kaste lys over problemstillingen. Jeg anvender hovedtendensene i den empiri som jeg har valgt ut. Jeg valgte å utarbeide et spørreskjema med utgangpunkt i de utvalgte undersøkelsene for å kunne trekke noen sammenfatninger rettet mot min problemstilling.

Jeg søkte administrasjonen i Sykehjemsetaten i Oslo kommune om tillatelse til å intervju nøkkelinformanter og jeg lærte hvor viktig det er i en slik prosess å være tydelig og gi tilstrekkelig informasjon angående denne type prosjekt.

Jeg fikk mulighet til å presentere prosjektet for en samlet gruppe mellomledere i første omgang. Jeg informerte gruppen om at jeg hadde tillatelse fra deres øverste administrasjon til å innhete informasjon, samt at jeg fulgte de forskningsetiske retningslinjer (NESH 1999) som sikrer anonymitet og at opplysningene ikke blir brukt i andre sammenhenger. Jeg delte ut spørreskjema til ti, og fikk svar fra fem informanter som var mellomledere i sykehjem.

## **2.4 Vurdering av reliabilitet og validitet**

Jeg skal her komme nærmere inn på reliabilitet og validiteten i forhold til denne oppgaven. Begrepene reliabilitet og validitet blir i forskning brukt som uttrykk for hvor god kvalitet det er på forskningen. Reliabilitet blir gjerne oversatt til norsk med pålitelighet. Det handler om hvor presise og gode er måleinstrumentene, hvor pålitelig og presis er informasjonen vi har fått og er analysen gjennomført uten feil. Vil det bli lignende resultat om man kommer og undersøker det samme fenomen på nytt. Validitet blir gjerne oversatt med gyldighet, og er et mer flertydig begrep. Har vi faktisk målt det vi ønsket å måle eller er det samsvar mellom forskningsspørsmål og den informasjonen vi faktisk gjør bruk av i konklusjonene som trekkes. Får man faktisk svar på det man er ute etter (Repstad 2007).

Den forskningen som jeg tar utgangspunkt i er i hovedsak kvalitativ og undersøker ulike fenomener. Det dreier seg gjerne om forskning som har vide begreper i seg som for eksempel kvalitet, verdier og omsorg. Selv om disse rapportene definerer hva som legges i begrepene, kan de som blir intervjuet ha andre referanser i forhold til disse begrepene og kan svare ut fra en annen referanseramme enn de som gjennomfører undersøkelsene. Dette er noe som jeg må være bevisst på når jeg anvender forskningen. Videre er det viktig å være bevisst på reliabiliteten og validiteten på de undersøkelsene som jeg har valgt ut. Dette fremkommer ofte i rapportene hvor forskerne selv sier noe om dette. Undersøkelsen i Trondheim var et omfattende prosjekt hvor det ble bearbeidet 2500 spørreskjema, og av disse var 800 fra beboere i sykehjem. Det totale antall sykehjemsbeboere var 1000. Her er reliabiliteten stor og ettersom dette er en stor norsk kommune kan det også resultatene ha en viss validitet i forhold til andre norske kommuner. Ideelt sett burde det da vært gjennomført tilsvarende prosjekt i andre kommuner for å se om resultatene var sammenfallende.

I Sintef rapporten ”Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem”, sier de at de bygger på data fra et lite utvalg, fra 9 ulike sykehjem og omfatter 29 sykehjemsavdelinger. Til gjengjeld er disse grundig undersøkt, men de er forsiktige å komme med konklusjoner på at undersøkelsen i sin

helhet kan være representativ for sykehjem i Norge, men at de kan trekke noen slutninger som for eksempel beboersammensetning. En annen svakhet som de redegjør for er at de bare har intervjuet pleiepersonalet og har ikke tatt med beboere og pårørende som informanter. De sier at svakheten ved metoden som er brukt er at den er subjektiv og avhengig av deres tolkninger og vektlegginger (Nygård m.fl 2004). Torgeir Bruun Wyller og Petter Laake vurderer reliabiliteten til denne rapporten den 16.06.05 og de finner den så grunnleggende mangelfull i sin metodiske tilnærming til problemet at det er svært usikkert hvorvidt dens konklusjoner kan sies å være gyldige. De sier at selv om det er mange intervjuer (568) er mange av disse fra samme avdeling og kan derfor ikke sies å være representativ. Videre sier de at kvalitet er basert på pleiepersonellens subjektive vurdering. De mener at også presentasjonen av undersøkelsen ikke gir leseren mulighet til å forstå analyseprosessen fullt ut ved at funn og tolkninger sammenblandes i rapporten (Wyller, Laake 2005).

I studien ”Strebing mot pasientens beste” fremkommer det en grundig vurdering i forhold til reliabilitet og validitet. Dette er en kvalitativ komparativ undersøkelse med en fortolkende metode (grounded theory). Det er gjort et utvalg av tre sykehjem med til sammen 14 informanter hvor det er gjennomført intervju og feltobservasjoner (Slettebø 2002).

Undersøkelsen ”Kvalitet i sykehjem, slik pårørende ser det” ble gjennomført blant et stratifisert utvalg av 823 medlemmer i Demensforbundet i Nasjonalforeningen for Folkehelsen. Responsen var 420 tilbakemeldinger d.v.s. en svarprosent på 51 % fra hele landet og det gir undersøkelsen både reliabilitet og validitet (Solvoll 2002).

Studien ”Verdibasert ledelse i praksis” ble gjennomført som et pilotprosjekt i studiet av verdibasert ledelse. Det er en kvalitativ undersøkelse i et utvalg av 8 virksomheter hvor det ble gjennomført halvstrukturerte intervju med ledere og ansatte, fokusgruppeintervju med ansatte (samt brukere og eksterne samarbeidspartnere i enkelte virksomheter) samt observasjon av de ulike arbeidsstedene (Aadland m.fl. 2005). Det er et lite utvalg av organisasjoner som er med i undersøkelsen innenfor et bestemt område slik at det vanskelig å bedømme validiteten her. Materialet er grundig gjennomarbeidet slik at reliabilitet er ivarett slik jeg ser det.

## **2.5 Oppsummering**

Jeg har presentert mitt utvalg av empiri og teori som jeg benytter i denne oppgaven. Jeg har valgt undersøkelser som både representerer beboeres oppfattning, pårørendes mening og

fagpersonalets opplevelse av kvalitet i sykehjem. Jeg har også valgt å ta med en studie hvor sykepleiere sier noe om hvilke etiske vanskelige situasjoner som en kan møte i sykehjem. For å knytte dette opp mot verdibasert ledelse har jeg også valgt ut en studie med dette tema. Teorien er hovedsakelig hentet fra pensum og i tillegg kommer annen fag litteratur som er sentral innenfor tema som jeg videre skal presentere.

### **3.0 TEORI OG SENTRALE BEGREP**

Jeg skal her belyse sentrale begrep og teori som er viktige for å få til en felles forståelsesramme og for å danne et teoretisk grunnlag for oppgaven videre. Definisjoner er i teksten.

#### **3.1 Sykehjem i Norge**

Det er ca. 40 000 personer som bor i sykehjem i dag, og i 2005 ble det i sykehjemmene utført ca. 55 000 årsverk. Sykehjemmene er underlagt kommunehelsetjenesteloven og i tillegg er det fastsatt nærmere i forskrifter for sykehjem hvor det er redegjort for krav til drift og beboernes rettigheter. ("Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie" av 14.11.88 nr 932). Sykehjemmene kan drives som privat drift med avtale med kommunen.

(Kommunehelsetjenesteloven § 4-1). Det kan være at enkelte kommuner lar private firmaer overta driften, eller at det er ulike organisasjoner som driver sykehjemmene som for eksempel Røde Kors, Frelsesarmeen, Stiftelsen Kirkens bymisjon som da får driftsmidler fra kommunen. Det mest vanlige er at kommunen driver sykehjemmene selv.

I følge St.meld. 25, 2005-2006 har antall personer i institusjoner for eldre vist en nedgang fra 1992- 2005. Dette har sammenheng med økt satsing på hjemmebaserte tjenester og andre boformer som omsorgsbolig. Boforholdene i dagens sykehjem er blitt forbedret og gir bedre rom for privatliv enn tidligere, da det mest vanlige var flersengsrom. Nå er 95 % av rommene i dagens sykehjem og aldershjem enerom. Dette har vært en bevisst satsing for å forbedre tilbudet i sykehjem. Det har vært en større økning i antall innbyggere over 80 år enn veksten i antall sykehjemsplasser i perioden 1997- 2005 som har gitt en redusert sykehjemsdekning (St.meld. 25, 2005-2006)

### **3.1.1 Institusjon**

Sykehjem blir betegnet som en institusjon og jeg vil derfor se nærmere på hva dette begrepet innebærer. Garsjø i sin bok ”Institusjon som hjem og arbeidsplass” sier at begrepet institusjon kan tolkes og anvendes på ulike måter og har mange ulike betydninger ut fra den sammenheng det står. Dette kan for eksempel barnehjem, familien som samfunnsinstitusjon og opp til store virksomhetsområder i samfunnet som økonomiske -, politiske -, rettslige -, og religiøse institusjoner. Ordet institusjon betyr ”innretning” og kommer fra det engelske ordet institute som betyr ordning - struktur. En institusjon kan stå for en organisasjon som er bygd opp rundt et formål med rammer for oppbygning, ledelse struktur normer og mål. Innenfor institusjonen er det et bevisst målrettet og stabilt samarbeid mellom mennesker. Institusjoner er organisasjoner hvor flere mennesker samarbeider om å skape noe, hvor det er ulike roller og oppgaver som individet kan fylle. Det ligger forventninger om hvordan personer skal handle i gitte situasjoner (Garsjø, 2003).

Det finnes ulike tilnæringer i forhold til organisasjoner innenfor ledelseslitteraturen. Jeg velger å ha en systemteoretisk tilnærming. Ut fra denne tankegangen påvirker de ulike elementene i systemet hverandre og helheten. Systemteorien er en måte å beskrive institusjoner og organisasjoner på og analysere sosiale, organisatoriske og økologiske forhold på og en måte å organisere kunnskapen om disse forholdene på slik at helheten ivaretas best mulig. Den kan gi et nyttig perspektiv for å forstå helseorganisasjoner siden det er mulig å lage et mentalt kart over faktorer som må ivaretas på en eller annen måte når det kommer til planlegging og ledelse av arbeidet i helseorganisasjoner (Skjørshammer 2004).

Det finnes ulike institusjoner i samfunnet ut fra hvilken funksjon de skal ha. Det kan være å beskytte samfunnet, gi utdanning, yte pleie og omsorg, behandle ulike sykdommer. Begrepet sykehjem har vært omdiskutert fordi det peker på en passiv institusjon der personalet bare skal pleie beboerne og mange steder har endret navnet (Garsjø, 2003).

### **3.1.2 Total institusjon**

Sykehjem som institusjon er i endring, men mange bærer fortsatt preg av å være totale institusjoner i større eller mindre grad. Jeg vil derfor se litt nærmere på hva som ligger i begrepet total institusjon.

Total institusjon er et begrep som brukes om institusjoner som i stor grad er lukket fra omgivelsene og som har liten eller ingen kontakt med omverden. Her foregår de fleste daglige funksjonene i regi av institusjonen og den kjennetegnes ved at de regulerer store deler av beboernes liv, og at hverdagen er rutinepreget. Dagen blir lagt opp slik det passer best for

bemannings situasjonen eller vaktplanene og er ikke etter beboerens ønsker eller behov. Det er en rigid struktur med standardiserte rutiner og regler for de fleste gjøremål som gjentar seg hver dag når det gjelder behandling, fritid, aktiviteter og alt skjer samme tidspunkt hver dag og alle er med. I en total institusjon er det stor avstand mellom beboer og personalet, det er en stor beboergruppe som ledes av en mindre personalgruppe og det utvikles en følelse av ”oss” og ”dem”. Personalet ser på seg selv som overlegne og rettferdige, mens beboerne ser på seg selv som underlegne, svake og uskyldige og det er et markert skille mellom personalet og beboerne. Personalet har nøkler, uniform, makt, egne oppholdsrom og oppholder seg mye av tiden i og ved institusjonen som gjør at det blir få impulser og lite nytenkning, noe som kan føre til en ensartet handlemåte. I totale institusjoner er det lite rom for individualisme, og det foregår en avpersonifisering og selvet svekkes (Garsjø, 2003).

I forskrift for sykehjem § 4 er det beskrevet rettigheter som beboerne har i sykehjem og det er i kontrast til totalitære institusjoner. Dette skal være med på å skape et hjem for beboeren ved at han rett til å medbringe egne møbler ved permanent opphold og at de skal ha adgang til å dyrke sine egne interesser og forme sin tilværelse slik de ønsker så lang det er forenlig med den medisinske behandlingen. De skal fritt motta besøk og ha frihet til å leve i samsvar med sitt livssyn. ((FOR 1988-11-14 nr 932: Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie)

### **3.1.3 Institusjon som hjem**

”I alderdommen er det å bevare et eget hjem et uttrykk for kontroll, mestring, selvstendighet og uavhengighet. Dette er de samme verdier som for ungdommen- med forskjell at i unge år er utfordringen å oppnå dem, i eldre år å bevare dem”.

(Thoresen 1990, s. 3, Garsjø 2003)

Et hjem forbinder de fleste med et fast oppholdssted hvor vi utfører våre dagligdagse aktiviteter og for mange er hjem knyttet til familie. I hjemmet er man omgitt av personlige eiendeler og det er for mange et sted hvor man kan uttrykke seg følelsesmessig både på godt og vondt. Mange forbinder et hjem med frihet, tilhørighet, trygghet og omsorg. Mange institusjoner vektlegger å ha et hjemlig preg og beboere har også rett til å ha med sine egne eiendeler. For de fleste blir den private boflaten redusert og det er stor overgang for mange å flytte fra eget hus eller leilighet på et lite rom, og noen ganger må man dele rom med



andre. Dette medfører ofte begrenset mulighet for privatliv, samtidig som det kan oppleves som et nederlag. Når en flytter inn i en institusjon blir man også utsatt for en sosialiseringssprosess med nye normer og forventninger.

De som bor i en institusjon har sjelden familiemedlemmer hos seg og de som yter omsorg har betalt for det. Beboerne må ofte forholde seg til mange både ansatte og beboere som kommer og går og er ofte prisgitt de ansattes holdninger og humør. Beboeren mister lett kontakten med det sosiale nettverket sitt og kan lett bli preget av passivitet og stagnasjon. Det kan være lett å oppleve fremmedgjøring som kan føre til maktesløshet, meningsløshet, isolasjon, normløshet og selv fremmedgjøring (Garsjø, 2003).

### **3.2 Dagens rammebetingelser**

Jeg skal her prøve å få frem hva som legges i begrepet dagens rammebetingelser.

Rammebetingelser er gjerne et begrep som er en samlebetegnelse på hva som er til rådighet og hva som er styrende for å få utføre en tjeneste, oppført et bygg etc. Felles rammebetingelser for sykehjem er at de er underlagt nasjonale lover og forskrifter. Videre kommer interne kommunale krav. Sykehjemmene er kommunens ansvar og er da avhengig av hvilke rammer kommunen gir, samtidig som det også avhenger av kommuneøkonomien. Rammebetingelsene kan variere fra sykehjem til sykehjem. Det kan være i forhold til om det er ny eller gammel bygningsmasse, samt driftsøkonomien til sykehjemmet og tilgang på kvalifisert personale. Er det tilstrekkelig med personale til å ivareta disse behovene, egnede lokaliteter som ivaretar beboerens behov, og økonomiske rammer som tillater driftsutgifter som mat, transport, medisiner, nødvendig utstyr, strøm samt til å dekke utgifter til vedlikehold av bygninger og utstyr. Videre om personalet er i stand til å identifisere og følge opp beboerens behov for pleie og medisinsk behandling. De muligheter sykehjemmet har for å søke kompetanse og hjelp innenfor spesialisthelsetjenesten, innen rekkevidde for å imøtekomme spesielle utfordringer er også en viktig rammebetingelse. Finnes det rammer for kompetanseheving og videreutdanning på sykehjemmet. Når det er en stram kommuneøkonomi blir gjerne såkalte salderingsposter i budsjettet, og det er lett for at opplæring og kompetanseheving blir en slik post.

Innenfor systemteorien betegnes dette som et system av innsatsfaktorer (inputs).

Organisasjonen er avhengig av ytre ressurstilførsel og kan være arbeidskraft, teknologi,

penger. Innenfor helse og sosialtjenestene er også pasientene og deres problemer en form for input (Skjørhammer 2004).

### **3.3 Verdier**

Jeg skal her utdype verdibegrepet og nærliggende begrep som er spesielt viktig innenfor helse og omsorgsyrkene. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkeltes liv og iboende verdighet. Videre står det at all sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene samt å være kunnskapsbasert (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere 2007).

En forutsetning for god kvalitet i helsetjenesten har sammenheng med etikk og holdninger. Det er derfor viktig å være bevisst hvilke verdier som skal gjennomsyre hele organisasjonen og som ikke skal være gjenstand for forandringer (Kaasa 2004). Jeg skal her gå litt nærmere inn på verdibegrepet først for så å belyse nærliggende begrep.

#### **3.3.1 Verdibegrepet**

Verdibegrepet var i utgangspunktet knyttet til økonomisk teori og verdien av en gjenstand kunne måles i kroner og ører, noe som kunne avgjøres om gjenstanden var verdifull eller verdiløs. Innenfor sosialøkonomien er verdier utvidet til å omfatte samfunnsforhold. For eksempel hvor viktig og verdifullt er det at beboere får enkeltrom på sykehjem og hva koster dette samfunnet? Verdier kan derfor ha en større betydning enn bare den økonomiske og verdier i dag forstås for det meste som egenskaper, eller vesenskjenntegn ved menneskelig samhandling (Aadland E. m.fl.2006).

Et videre skille kan trekkes mellom normative og deskriptive tilnærming til verdibegrepet. Innenfor teologi, politikk og filosofi er normative tilnærminger mest aktuelt. Ved normativ tilnærming sier en fagperson hvilke verdier som er ønskelige å inneha for individer, institusjoner eller samfunn. Ved en deskriptiv tilnærming forsøkes det å kartlegge hva en gruppe individer selv oppfatter som ønskelige (Strand 2007).

I likhet med kvalitetsbegrepet er det også mangel på konsensus i verdibegrepet. Denne mangelen har blitt påpekt som et av de største problemene for verdiforskningen og kan trolig skyldes at begrepets abstraksjonsnivå gjør definisjonene vanskelige. Verdier er ikke direkte observerbare samtidig som det heller ikke regnes med at respondenter har klare forestillinger

om sine verdier. Dette gjør at forskeren står fritt til å definere en definisjon. Fra midten av -70 tallet har Milton Rokeach sin definisjon vært mest rådende på feltet (Ibid:2007).

Oversatt er hans definisjon av verdier slik:

”En vedvarende tro på at et spesifikt handlingsmønster eller et formål er personlig og sosialt å foretrekke framfor et motsatthandlingsmønster eller formål. Et verdisystem er et varig og ordnet trossystem vedrørende ønskelige handlinger eller formål langs et kontinuum av relativ betydning” (Aadland E.m.fl. 2006 s.19).

Verdier knyttes her opp mot tro, ønskverdige handlingsmønster og formål og i det ligger det en forståelse om at verdier er bevisste, villede og ønskede. Dersom mennesket alltid handler etter sine trosoverbevisninger og er tro mot sine ønskede verdier, vil denne definisjonen være riktig (Ibid:2006).

Den Rocheach- inspirerte sosialpsykologen Shalom Schwartz har hatt stor innflytelse i forhold til verditeoretiske tilnærminger definisjonsproblematikk fra -80 tallet. Hans måleinstrument Schwartz Value Survey fra har blitt benyttet i stor grad (Strand 2007). Jeg velger å ta med disse punktene da jeg synes det blir tydeligere hva som legges i verdibegrepet. Han mener det siden 1950 tallet har oppstått konsensus om verdibegrepets grunnleggende innhold og i stedet for å formulere noen definisjon har han tatt ut en del kjennetegn som er basert på arbeid til teoretikere og forskere siden 1950 tallet og frem til i dag.

1. Verdier er overbevisninger/forestillinger.(Values are beliefs). Verdier er knyttet til følelser og affekthandlinger. Vi blir fortvilet når vi tvinges til å handle mot våre verdier, stolte og glade når vi får muligheten til å uttrykke våre verdier gjennom handling.
2. Verdier refererer til ønskelige mål.(Values refer to desirable goals). Rettferdighet, sosial likhet, hjelpsomhet er alle verdier.
3. Verdier overskrider enkelthandlinger og enkeltsituasjoner. (Values transcend specific actions and situations). Verdier er relevant i flere ulike sammenhenger. Eksempler er ærlighet og lojalitet kan være relevant innenfor familien, på jobben, i næringslivet i politikken osv. Normer og holdninger er som regel knyttet til spesielle handlinger eller situasjoner.
4. Verdier fungerer som rettesnor.(Values serve as standards or criteria). Vurderinger og handlingsvalg av godt og ondt gjøres på bakgrunn av hvilke verdier som vi prioriterer høyt.

5. Verdier er ordnet etter viktighet. (Values are ordered by importance). Alle verdier er ønskelige mål, men noen mål er mer ønskeligere enn andre slik at verdiene danner et system etter hvilke som har høyest prioritet. Verdisystemer som dette er med på å karakterisere særtrekkene til både kulturer og individer. Noen foretrekker egen velstand fremfor sosial likhet og trygghet fremfor spenning eller omvent.
6. Den relative viktigheten av settet med relevante verdier legger føringer for handling. (The relative importance of the set of relevant values guide to action) En handling kan representere flere verdier. Det å gå i kirken kan være et uttrykk for konformitet, tradisjon, trygghet og hjelpsomhetsverdier. På den andre siden må kirkebesøket kanskje utføres på bekostning av selvrealisering og stimuleringsverdier. Dette er eksempel på avveininger mellom konkurrerende situasjonsrelevante verdier, som har relevans for våre handlinger (Strand 2007, s.23- 24).

Aadland beskriver åpne og skjulte verdier både hos enkeltmenneske, men også at vi finner det i organisasjoner. Organisasjonskultur er et mønster av åpne og skjulte verdier i en organisasjon (Schein 1987, Bang 1990, Aadland 1994). Gjennom observasjon og undersøkelse av kulturuttrykkene som samhandlingsmønster, humor, rutiner, utsmykking, prioritering av tid og penger m.m. kan en gjøre seg opp tanker om skjulte verdier i organisasjonen. Agrys og Schön (1978) uttrykte at det fantes to typer verdier i organisasjoner og det var de uttrykte (espoused) verdier og verdier som er i bruk. De første er de som er offisielle, mens de andre er de som organisasjonen tar for gitt (Aadland 2000).

### **3.3.2 Holdninger og normer**

Rockeach (1973) diskuterer forskjeller mellom verdibegrepet og begreper som holdninger, behov, normer, personlighetstrekk og interesser. Den vanligste uklarheten oppstår mellom verdier og holdninger. Den mest grunnleggende forskjellen er at verdier i motsetning til holdninger fungerer som standarder og de danner kriterier for hva individet anser som ønskelig. Verdier er med på å fortelle individet hvilke holdninger det bør ha. Holdninger er derimot alltid organisert rundt et gitt objekt eller situasjon. Normer kan lett forveksles med verdier. Rokeach (1973) viser til tre spesifikke forskjeller hvor den første er at normer til ønskede væremåter. For det andre er normer sosiale påbud eller forbud mot en bestemt atferd i en bestemt situasjon. For det tredje er verdier en indre overbevisning om riktig atferd mens en norm er en ytre forventning hvor sosiale sanksjoner kan iverksettes dersom normen brytes

(Strand 2007). Normene er konkretisering av det en skal gjøre for å verne om verdier i en situasjon og Aadland definerer norm slik:

Normer er påbud eller regler som peker ut rett handling innenfor et avgrenset område for å fremme og verne om verdier (Aadland 2000).

De fleste yrkesetiske retningslinjer og regler i forhold til vanskelige spørsmål i forhold til liv og død er normer som sier noe om hvordan vi skal forholde oss til det vi står oppe i.

### **3.3.3 Etikk og moral**

Andre sentrale begrep som knyttes til verdier og normer er etikk og moral.

”Etikk er systematisk refleksjon over moralsk praksis, altså ein moralteori. Moral er oppfatningar av rett eller gale, knytte til egne eller andre sine handlingar.”

(Aadland 2000 s.26)

Etikk og moral er i følge dette en sosial dimensjon men like viktig er den eksistensielle dimensjonene ved etikken. Det at mennesket gjennom sine tanker, språk og handlinger skaper seg selv som person. Etikken har blitt en viktig gren av filosofien siden den har nær sammenheng med dyptliggende verdispørsmål. Det er ulike etiske teorier som viser ulike perspektiv på hva som er riktig handling ut fra en gitt situasjon. De blir gjerne inndelt i handlingsdeontologiske teorier som er dygdsetikk, omsorgsetikk, situasjonsetikk og sinnelagsetikk. Den andre gruppen er regelontologiske teorier som pliktetikk og diskursetikk. Under teleologiske teorier finner vi konsekvensetikk og formålsetikk (Aadland 2000). Etiske teorier kan være en hjelp når man står i ulike dilemma og ikke vet hva man skal gjøre i en situasjon. Da kan en trekke inn ulike handlingsalternativ ut fra etiske teorier å få et bevisst forhold til etikken. Noen ganger må man følge pliktetikken, mens andre ganger vil dygdsetikken si mer i forhold til om handlingen er god.

Dilemma kan være en situasjon hvor en beslutning skal foretaes og to eller flere tungtveiende beslutningshensyn står mot hverandre. Uansett hva som gjøres, vil minst ett viktig hensyn måtte vike. Slettebø sier at moralske eller etiske dilemma benyttes på to ulike måter som er konflikt mellom verdier, og usikkerhet om hva som er riktig å gjøre (Slettebø 2002).

### **3.3.4 Etikk og lover**

Etikk og lover er relatert til hverandre og helsepersonell er underlagt flere spesielle lover som: helsepersonelloven, kommunehelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven. Lovverket regulerer en del av den samhandling som foregår mellom sykepleier og pasient, men ikke alle situasjoner. Autonomiprinsippet har fått en forrang i helsevesenet gjennom de siste 15-20

årene. Det innebærer at pasienten har rett til å bli informert om sin situasjon og til å selv avgjøre hva han mener er til det beste for seg. Personen vil velge verdier som han baserer livet sitt på ut fra egne vurderinger om hva som er rett og galt, godt og vondt. Autonomiprinsippet sier at personen selv er den rette til å velge i samsvar med egne verdier, hva som er til det beste for seg selv. Dette er likevel ikke til hinder for at personen kan velge at andre tar avgjørelser på vegne av ham. Han vil i følge Dworkin likevel være autonom, men autonomi må også sees i samsvar med andre verdier som for eksempel lojalitet, forpliktelser, velgjørenhet og kjærlighet og forstås derfor ikke som fullstendig uavhengighet (Dworkin 1988, Slettebø 2002).

Etiske vurderinger må foretaes for eksempel når det er problem med å vurdere en pasients kompetanse til å ta autonome beslutninger. I noen tilfeller er det helt klart at pasienten er kompetent til å bestemme hvilken behandling han vil akseptere, mens i andre tilfeller er det ikke så opplagt. I slike tvilstilfeller må helsepersonell vurdere ut fra situasjonen om de mener pasienten er kompetent eller ikke og avgjørelser må ofte taes raskt om pasienten ikke skal lide overlast eller ta skade (Slettebø 2002).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er retningslinjer for hvordan sykepleiere skal utøve yrket og kan være til hjelp i ulike etiske vanskelige situasjoner. For eksempel i hvor stor grad skal sykepleieren motivere sykehjemsbeboeren til å komme opp av sengen hvis vedkommende ikke ønsker det, selv om sykepleieren vet at dette kan medføre komplikasjoner for beboeren hvis det vedvarer noen dager?

### **3.3.5 Verdibasert Ledelse**

I en organisasjon som er i stadig utvikling er det viktig å være bevisst hvilke verdier som ikke er gjenstand for forandring, men som skal gjennomsyre hele organisasjonen. Verdibasert ledelse er en ledelsesfilosofi som vektlegger det å være bevisst organisasjonens verdigrunnlag som skal forplikte alle i organisasjonen (Kaasa 2004).

Aadland definerer verdibasert ledelse slik:

”Verdibasert leing er å motivere og mobilisere organisatoriske handlinger og avgjerder på basis av ønskede verdier, og å avdekkje og avgrense innslaget av handlingar og avgjerder som utrykkjer førmedvitne eller ikkje- ønskede verdier.”

(Aadland 2004 s.157)

Det er viktig at organisasjonen blir enig om verdier som skal ligge til grunn som et verdigrunnlag i organisasjonen. Dette bør diskuteres med tanke på mønster av åpne og skjulte verdier og bør skje parallelt med aktiv fokusering på hvordan implementering av verdiene skal foregå slik som for eksempel metoden etiske regnskap legger opp til. Har organisasjonen sagt noe om hva de ønsker å gjøre, hvordan en ønsker å gjøre det og hvorfor. Stiller organisasjonen seg videre spørsmål og har fokus på hva som faktisk gjøres og hvordan det blir gjort og hvorfor vil organisasjonen praktisere verdibasert ledelse. Det er viktig å være bevisst på at det ikke alltid er samsvar mellom skrevne og det som blir praktisert. Dette handler om at man kan også skille mellom åpne og skjulte verdier. Åpne verdier er det stor uttalt enighet om mens skjulte verdier kan være det motsatte og som kan være vanskelig å oppdage. Skulte verdier kan ha sammenheng med tidligere erfaringer og står ofte i motsetning til de åpne verdiene. Agyris og Schön (1978) hevdet at organisasjonene har vedtatte verdier og verdier i bruk og at det ikke alltid er samsvar mellom disse (Aadland 2000). Det er derfor viktig å analysere organisasjonskulturen med tanke på skjulte verdier når en planlegger virksomheten og hvilke verdier en skal legge til grunn.

Selv om kjennetegnet på verdibasert ledelse er en kommunikativ og menigsskapende prosess som skal involvere alle i organisasjonen så spiller lederen en avgjørende rolle som prosessleder og som personlig forbilde (Aadland 2004).

Utgangspunktet for denne forståelsen av ledelse er at klargjøring og bevisstgjøring av verdiene i organisasjonen er et hovedvirkemiddel for styring av virksomheten. Tidligere styrte man i stor grad ved hjelp av regler og instruksjoner, og senere etter klargjøring og implementering av målsettinger. Verdibasert ledelse er mer orientert mot det mer overordnede grunnlaget for virksomheten som er nedfelt i verdier og visjoner. Tanken er at verdier er mindre omskiftelige enn regler og mål. Verdiene beskriver det grunnleggende fokus som man ønsker at virksomheten skal ha og dette skal være en veiviser for den enkelte ansatte i det daglige arbeidet i forhold til prioriteringer og valg som må gjøres. Dette betyr at det i mindre grad enn tidligere oppretter instruksjoner, regler og målformuleringer, og i større grad delegerer ansvaret for valg av løsninger. Organisasjonen har som forutsetning at valgene blir gjennomsyret av kjerneverdiernes retningsgivende veiledning (Aadland E. m.fl.2006).

Et eksempel på en organisasjons kjerneverdier er Oslo kommune sitt felles vedtatte verdigrunnlag som skal gjelde for 43 000 ansatte. Denne informasjonen ligger på hjemmesiden til Oslo kommune. Disse verdiene er brukerorientering, rederlighet, engasjement og respekt. Verdigrunnlaget skal gjelde uavhengig av livssyn, etnisk tilhørighet, kompetanse, alder og kjønn. For å få kjennskap til hva som menes med de ulike verdiene kan

en gå nærmere inn på hvert begrep hvor det er mange underpunkt. Som et ledd i implementeringen av verdiene er det opprettet en dilemmabank. Her kan ansatte sende inn dilemma som er relevante og aktuelle i lys av hverdagen i for ansatte i Oslo kommune. Dilemmaene kan benyttes i interne prosesser med å presisere hvordan verdigrunnet skal etterleves i egen virksomhet.( [www.oslo.kommune.no](http://www.oslo.kommune.no))

### **3.4 Ledelse og lederollen i sykehjem**

Jeg ønsker her å se litt nærmere på selve ledelsesbegrepet samt lederollen og belyse det i forhold til sykehjem. Eriksen sier at ledelse er et relativt nytt akademisk fenomen i Norge. Han sier videre at det fokus ledelse har fått bryter med egalitære strukturer og uformelle kulturer i det norske samfunn noe som har medført en større bevisstgjøringsprosess og holdningsendring. Selve ledelsesbegrepet representerer imidlertid en forskningsmessig utfordring og analytisk sett er det et problematisk begrep fordi det lar seg vanskelig isolere og evaluere (Choen and March 1974). Innenfor ledelseslitteraturen finnes det mange definisjoner, men det er ikke lett å gi en uttømmende, operasjonell definisjon fordi ledelse vanskelig lar seg skille fra andre aktiviteter i organisasjonen (Eriksen 1999). Jeg har tatt utgangspunkt i Torodd Strand sin tilnærming av ledelsesbegrepet. Han sier også det finnes mye litteratur innenfor organisasjon og ledelse, og det er vanskelig å finne en entydig begrepsforståelse. Ordet ledelse brukes både om personene som utøver ledelse og de aktivitetene som de utøver i egenskap av ledere. Det som er felles i de fleste ledelsesteoriene og definisjonene på ledelse er at mål og retning er med i en eller annen form. Klassikeren Selznick (1957) hevder at lederskapets kjerne er å sette mål. Bush, Jhonson og Vanebo hevder at ledelse er å nå mål (1990). Videre er en tradisjonell forståelse av ledelse å se på hvilke oppgaver eller funksjoner en leder skal ivareta. Fayol lanserte en serie bokstaver som gav uttrykk for disse oppgavene: Planning, Organizing, Staffing, Delegating, COordinating, Reporting og Budgetting. Mintzberg (1973) er også en mye brukt teoretiker som har fordelt lederoppgaver på tre hovedoppgaver som er informasjon, beslutning og interpersonlige oppgaver eller roller. Strand sier videre at den danske ledelsesforskeren Erik Johnsen definerer ledelse som målpressiserende, problemløsende og språkskapende samspill mellom mennesker. Han peker på drift, tilpassning og utvikling som formål for aktiviteten og analyse, samarbeid og læring som metode. Ved å kombinere disse kategoriene gir det et stort antall roller eller oppgaver for ledelsen. Han bruker roller for å beskrive en serie på ni forskjellige



oppgaver eller atferder en kan tenke seg en leder kan karakteriseres ved. Strand deler inn organisasjonstyper og ledelsesoppgaver inn i fire funksjonelle områder og sier at ledelse kan måles mot ivaretagelsen av organisasjonen på disse områdene. Disse områdene er produksjon, administrasjon, integrasjon og entrepenørskap (Strand 2001).

Det er viktig som leder å ha en bevissthet i forhold til sin rolle i organisasjonen og vite hva lederrollen innebærer forventninger og funksjoner.

Roller kan identifiseres og vektlegges på ulike måter. Det kan være en formell rolle som for eksempel rektor, eller rolle i betydningen av hvilken oppgave eller funksjon man har i organisasjonen. Det kan også være en iscenesatt rolle med en gjenkjennelig atferd som for eksempel spøkefugl. Videre har vi dyproller som er egenskaper i form av roller en blir tillagt ut fra dype behov for mening som familietilknytning som mor, sønn etc. (Strand 2001).

Alle er innehavere av flere roller, og fyller disse på ulike måter ut fra vår egen oppfatning og hvilke forventninger som stilles. Lederrollen utgjør et mandat fra organisasjonen hvor man får vite hvilken hovedoppgave man har, men det er sjelden utfyllende instruksjoner for hvordan man skal utøve ledelse. Strand sier at det som kan karakterisere lederrollene generelt i større grad enn andre roller kan være at de har gjerne en sterk formell posisjon med gjeldende fullmakter og ressurser. Videre utfører lederen funksjoner som er livsviktige for organisasjonen d.v.s. de bidrar med aktiviteter som bevisst er innrettet mot organisasjonens langsiktige overlevelse. Det stilles sterke og mange forventninger til den og det er en svært synlig og relevant rolle og rolleperson for svært mange. Det kan være både uklare og motstridende forventninger knyttet til rollen fra ulike grupper. Ofte kan det derfor være et stort rom for fortolkning og forhandling av lederrollen (Strand 2001).

I helseorganisasjoner ivaretaes svært mye av ledelsesfunksjonen av mellomledere på ulike nivå og er delegert til fagpersoner. Denne type ledelse tar utgangspunkt i at for helseorganisasjoner er administrasjon og behandling to sider av samme sak, noe som ofte innebærer at den samme person må ta administrative og faglige beslutninger. Disse må ofte veies opp mot hverandre og jo nærmere man kommer inn i organisasjonens kjerne som er behandlingsprosessen, jo vanskeligere blir det.

De arbeidsoppgavene som vanligvis administrativ faglig ledelse innehar er:

- Ressurssikring
- Fagutvikling
- Tiltaksutvikling
- Veiledning

- FOU- arbeid i egen avdeling
- Kvalitetsarbeid
- Evaluering og refleksjon over enhetens faglige virksomhet
- Målarbeid som innebærer fastsetting av mål og lede enheten i retning av å nå disse.

(Skjørshammer 2004 s. 83-84)

I sykehjem har tradisjonelt sett avdelingssykepleieren vært den personen som setter dagsorden, har faglig oversikt over beboerne, kjenner de ansatte og har styring med drift og bemanningsplaner. Det er den personen pårørende ønsker å snakke med når de ønsker informasjon om sine. Det er mange ganger bare avdelingssykepleier som er sykepleier på avdelingen og derfor ønsker også legen å gjennomføre visitt i samarbeid med vedkommende. På de fleste avdelinger inngår avdelingssykepleier som en del av pleiefaktoren slik at vedkommende medregnes i stellesituasjoner.

Det er viktig å være i dialog med medarbeidere, samarbeidspartnere og den øvrige ledelsen for å gjøre seg kjent med hvilke forventninger og krav som stilles til lederrollen for å hele tiden vite hva som er viktig til enhver tid. Forventninger endrer seg ut fra hva som er aktuelt i tiden.

Det er viktig som leder å kommunisere hva man selv legger i rollene og hvilke forventninger og krav man har til seg selv og omgivelsene. Det kan skape noen tydeligere rammer i forhold til hva som legges i rollene, som igjen vil skape forutsigbarhet og trygghet for de ansatte.

Noen av forventningene kan formaliseres ved hjelp av tydelige ansvarsområder og stillingsbeskrivelser, men i tillegg krever det også en kontinuerlig dialog. Det er viktig at man som leder viser det er samsvar mellom det man sier og det man gjør for da blir lederen troverdig og skaper tillit. Aadland sier at en leder er avhengig av å være troverdig. Det er de andre som rår over dette og blir man oppfattet som troverdig åpner dette for tillit som er nødvendig å ha som leder (Aadland 2004).

Skjørshammer har et systemisk perspektiv på organisasjoner og sier at lederfunksjoner som må ivaretaes i en organisasjon er å sette mål, anskaffe, forvalte og vedlikeholde nødvendige ressurser, planlegge, koordinere og integrere aktiviteter, oppfølging, kontroll, samt konflikt og problemløsning. Han mener videre at ledelsesfunksjonen viktigste oppgave er å følge opp og initiere og stimulere aktiviteter som optimaliserer organisasjonen totale output (Skjørshammer 2004).

Det er viktig at lederen har kunnskaper om hvordan disse funksjonene skal ivaretas for at organisasjonen skal fungere optimalt i alle ledd. Hvilke verdier som legges til grunn vil være avgjørende for hvilke måter man leder på. Jeg har beskrevet verdibasert ledelse og jeg

kommer videre inn på total kvalitetsledelse som har sammenheng med kvalitet og kvalitetsbegrepet.

### **3.5 Kvalitet**

Tema for oppgaven er kvalitet i sykehjem og det er derfor naturlig å vie kvalitetsbegrepet stor oppmerksomhet. Kvalitet innen for helse- og omsorgstjenestene har fått stor plass i offentlige utredninger og meldinger spesielt den siste ti års perioden noe som jeg også kommer inn på videre. Jeg skal først belyse kvalitetsbegrepet for videre å se det i ulike sammenhenger og fra noen ulike perspektiv.

#### **3.5.1 Begrepet kvalitet**

Vi forholder oss kvalitetsbegrepet hver dag i forhold til hva vi velger av varer og tjenester. Det som foretrekkes eller ønskes av kunden er en måte å definere kvaliteten på, da er kvalitet noe individuelt og subjektivt og bestemmes ut fra brukeren. Industrien har brukt kvalitet som konkurransemiddel siden midten av 40- tallet. Først handlet det om å kontrollere varer før de ble sendt fra fabrikken, men etter hvert begynte man å styre hele arbeidsprosessen for å slippe å kassere så mange produkt. Industrisamfunnet har på mange måter gått over til et tjenestesamfunn. Det spesielle i tjenesteproduksjonen er at den som mottar tjenesten er med på å forme den, og kvalitet oppstår i møtet mellom leverandør og mottaker i form av behovstilfredsstillelse (K. Jess 1998).

Innenfor sykepleie og medisin har man til alle tider vært opptatt av kvalitet og forbedring. Eksempler er Dr. Zimmelweiss og Florence Nightingale som begge påpekte dårlig kvalitet i forhold til hygiene og ved å innføre enkle tiltak fikk de redusert dødeligheten. Den medisinske utviklingen og utviklingen i sykepleiefaget kan sees på som en kvalitetsutviklingsprosess i seg selv (Kaasa 2004).

Britt Slagsvold sin doktoravhandling "Mål eller mening"(1995) handler om hvordan man kan måle kvalitet i aldersinstitusjoner. Hun sier at kvalitetsbegrepet er et sterkt positivt ladet begrep og er et dagligord. Institusjonskvalitet i en undersøkelse kan referere til noe annet, enn kvalitet i en annen undersøkelse. Dette kan muligens ha sammenheng med at man kan ha undersøkt ulike dimensjoner ved kvalitet, eller at man har operasjonalisert samme dimensjon på ulike måter. For forskere er begrepet så upresist at det kan være dekkende innen for hvilket som helst område som er blitt studert i institusjonen, selv om kvalitet kan ha være klart

operasjonelt avgrenset. Begrepet vekker interesse hos leserne fordi temaet oppleves viktig og fordi det kan gi assosiasjoner langt utover det er hold i studien (Slagsvold 1995).

Sletvold bruker Norsk Standard sin formelle definisjon på kvalitet:

”Kvalitet er helheten av egenskaper og kjennetegn på et produkt eller tjeneste har og som vedrører dets/dens evne til å tilfredsstillte fastsatte behov eller krav som antydte.”

(Sletvold, Solbu, Hofstad 1999,s.14)

Kvalitet er et begrep innenfor helse- og omsorgstjenestene som sier noe om hvordan vi som mennesker, pasienter, pårørende og helsearbeidere oppfatter hvordan helheten av et produkt eller en tjeneste svarer til våre forventninger (ibid:1999).

Opplevelsen av kvalitet vil variere avhengig av hvilket perspektiv man ser det ut fra.

Brukerkvalitet er opplevd kvalitet for den enkelte bruker og er ikke nødvendigvis sammenfallende med hva tjenesteutøveren anser som god kvalitet (Byrådsak 326/98,Oslo kommune).

### **3.5.2 Kvalitet i tre dimensjoner**

Arntzen deler inn kvalitet i tre dimensjoner. Den ene dimensjonen er knyttet opp mot opplevelsen av kvalitet, den andre knyttes til det faglige innholdet i tjenesten eller egenskapene til tjenesten. Den tredje dimensjonen er knyttet til selve tilretteleggelsen og ledelsen av helsetjenesten som igjen skal sørge for god og opplevd og faglig kvalitet som er basert på forskningskunnskap, erfaringskunnskap, brukerkunnskap og brukermedvirkning (Arntzen 2007).

### **3.5.3 Brukerperspektiv**

Brukerperspektivet er kvalitet sett fra brukers ståsted, hva de som brukere forventer og ønsker av helsetjenesten. Det er den enkeltes forventninger til å få nødvendig behandling til riktig tid. Brukerperspektivet handler også om hele befolkningens forventninger til helsetjenesten. Dette innbefatter hvilke tilbud som skal gies i offentlig regi og hva som skal overlates til private aktører. Det innebærer også prioriteringer som gjerne knyttes til politiske spørsmål, men det er de folkevalgte som skal ivareta befolkningens interesser. I brukerperspektivet ligger det også forventninger og ønsker fra interessegrupper og det finnes

en rekke brukerorganisasjoner som ivaretar ulike pasientgruppers interesser. For å få frem brukerperspektivet må man la brukerne komme til ordet. Det kan gjøres i form av brukerundersøkelser eller andre former for brukermedvirkning (Øvretveit J. 1992, Kaasa K.2004).

En definisjon av brukermedvirkning er:

”De som berøres av en beslutning eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet.” (Rønning og Solheim 1998, Kaasa 2004)

I dette ligger det at brukeren (pasienten) både får innsyn i og kan påvirke den behandling han skal ha, gjennom samarbeid med den som yter hjelp. Medvirkning kan være med på å fremme mestring og bidra til at man opplever mindre avmakt og avhengighet. Dette fokuset har bidratt til større valgfrihet for brukere. Fritt sykehusvalg, legevalg og fritt sykehjemsvalg er skritt i denne retning. Brukermedvirkning kan foregå på tre ulike nivåer som er individnivå hvor brukeren kan påvirke eget hjelpetilbud. Tjenestenivå er hvor brukerne kan påvirke konkrete tiltak for en gruppe mennesker. Politisk nivå er der brukerne påvirker et helhetlig beslutningsnivå. Graden av brukermedvirkning kan inndeles i talerett, gjensidig samarbeid og beslutningsmyndighet (Kaasa 2004).

#### **3.5.4 Faglig kvalitetsutvikling**

Det faglige perspektivet er de kvalitetskrav som settes av fagfolk og forskning er sentral i dette profesjonelle perspektivet. Forskningsresultater er viktige når man skal utarbeide kvalitetsstandarder og den bidrar til kvalitetsutvikling av helsetjenesten. Det er ofte de ulike fagprofesjonene som arbeider frem faglige standarder og det er også blitt mer vanlig med tverrfaglighet i dette arbeidet. Fagorganisasjonene er også aktive i forhold til å arbeide med kvalitetsutvikling av helsetjenesten i et faglig perspektiv (Øvretveit 1992, Kaasa 2004).

Myndighetene forventer at beslutninger i helsetjenesten gjøres på grunnlag av forskningsbasert kunnskap. Stortingsmelding nr. 39 (1998-99) ”Forskning ved et tidsskille,” understreker viktigheten av dette. Den sier at et solid forskningsbasert kunnskapsgrunnlag som er basert på både medisinsk og samfunnsvitenskapelig forskning, vil være av avgjørende betydning i forhold til hvilke valg og beslutninger som skal taes med sikte på å forebygge

sykdom og helseproblemer samt å realisere gode og likeverdige helsetjenester for alle fremover.( St.meld. 39, 1998-1999)

### **3.5.5 Nasjonale føringer for kvalitet**

De sterkeste virkemidler for å sikre kvalitet i helsetjenesten for myndighetene er gjennom de helsepolitiske føringene samt lover med forskrifter. I 1997 kom rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene fra Sosial og helsedepartementet 13/97. Hensikten var at forskriftene og retningslinjene skulle bidra til å sikre kvalitet på tjenestene for alle som mottar pleie og omsorgstjenester. Dette rundskrivet dannet bakgrunn for forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene fra 2003. I § 3. sier den noe om hva som skal forventes av sykehjemstilbudet. Kommunene pålegges å etablere et system av prosedyrer som skal sikre at tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester som vedkommende har behov for, til rett tid og i samsvar med individuell plan når det foreligger. Videre sier den at det skal gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuiteten i tjenesten. Brukerne og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge skal medvirke ved utformingen eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker skal gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenesten. For å løse disse oppgavene skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer for å sikre at brukere av pleie og omsorgstjenester får tilfredstilt grunnleggende behov.

De grunnleggende behovene som her beskrives er at brukerne skal:

- Oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet.
- Selvstendig styring av eget liv.
- Tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat.
- Mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet.
- Følge en normal livs og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold.
- Ha mulighet for ro og skjermet privatliv.
- Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett).
- Ha mulighet til selv å ivareta egenomsorg.
- Få en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser.
- Få nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand.
- Få nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene.

- Tilrettelegge tilbud for personer med demens og andre som har vanskelig for å formulere sine behov.
- Få tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise.
- Få tilpasset hjelp ved av og påkledning.
- Få tilbud om eget rom ved langtidsopphold.
- Få tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.

(Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. )

Her kommer retten til brukermedvirkning frem, samtidig som forskriften sier noe om hva ledelsen som her er kommunen og fagprofesjonene har ansvar for å gjøre.

### **3.5.6 Total kvalitets ledelse**

Kommuner fikk gjennom kvalitetsforskriften pålegg om å utvikle kvalitetssikringssystem og å etablere prosedyrer innenfor disse områdene og denne måten å kvalitetssikre tjenestene. Dette kan også sees i sammenheng med total kvalitetsledelse.

Teoriene bak kvalitetsledelse bygger på anerkjente prinsipper fra blant annet industrien samt fra fagområdene sosialpsykologi, statistikk og systemteori (Berwick m.fl. 1992).

Kontinuerlig, helhetlig kvalitetsforbedring bygger derfor på fire hovedteser:

Organisasjonsmessig suksess er avhengig av å møte brukernes behov. Kvalitet som i denne sammenheng er evnen til å møte brukernes behov, er en effekt av produksjonsprosessen. De fleste arbeidende mennesker er egentlig motivert til å forsøke hardt og å gjøre det godt. Enkle statistiske metoder koblet med detaljert samling og analyse av prosessdata kan gi verdifullt innsyn i årsaksforholdene i en prosess, og på denne bakgrunn kan prosessen forbedres. Total Quality Management var et paradigmeskifte da det ble introdusert i industrien i 1960-årene. Til helsetjenesten kom begrepet i slutten av 1980-årene. Begrepet er blitt oversatt til ”kvalitetsledelse” (Kvamme m.fl. 1997).

Kvalitetsledelse er en filosofi og en ledelsesform som skal inspirere alle som arbeider i avgrensede deler av helsevesenet til å etterleve enkelte prinsipper for vedlikehold, utvikling og fornying av kvalitet på helsetjenester innenfor sin praksis, avdeling eller sykehus.

Brukerperspektivet vektlegges ved at kvalitetsledelse skal sørge for at tjenestene gjenspeiler brukernes behov (Kvamme m.fl.1997, Deming 1986).

Ledelsesperspektivet handler om å kvalitetssikre det som skjer i alle ledd i organisasjonen. Det er i forhold til organisasjonsstruktur, ledelse og administrative rutiner for å sikre gode og effektive tjenester og best mulig ressursutnyttelse. Det er viktig å ta hensyn til de andre perspektivene når man arbeider med å utvikle kvaliteten på tjenestene. De er gjensidig avhengig av hverandre selv om de i visse situasjoner kan komme i konflikt med hverandre (Øvretveit 1992, Kaasa 2004).

### **3.5.7 Kvalitetsikring**

Kvalitetsikring oppfattes ofte som en form for kontroll, der formålet er å påvise feil og mangler. Berwick mener at vi i stedet må se kvalitetsikring og kvalitetsforbedring som en kontinuerlig forbedringsprosess. I denne form for tankegang må enhver feil eller mangel sees som en ressurs for forbedring. I et kontinuerlig kvalitetsforbedrende system spør man ikke ”Ble jeg godkjent ved kontrollen?”, men heller ”Hvordan kan jeg gjøre dette bedre?” (Berwick m.fl.1992). Et ledd i kvalitetsikringen er å utvikle kvalitetssystem og anvende dette systemet i organisasjonen.

### **3.5.8 Kvalitetsutvikling**

Begrepet kvalitetsutvikling er en kontinuerlig prosess der en hele tiden vurderer aktiviteter som påvirker tjenestens kvalitet for så å heve kvaliteten. Det beskrives som en sirkulær prosess der man setter mål, deretter gjennomfører det som er besluttet kontrollerer resultatet og til slutt korrigerer og forbedrer praksis. Dette illustreres ved Demings sirkel, etter amerikaneren W. Edward Deming som har vært en sentral person innenfor kvalitetsutvikling (Kaasa 2004). Deming fikk sine teorier om kvalitetsledelse viden kjent etter at Japan brukte ham som rådgiver i oppbyggingen av landet etter krigen. Demings ”14 punkter” kan oppsummeres med fire: kunde, organisasjonskultur, kontroll og kontinuerlig kvalitetsforbedring (Deming 1986). Kolleger og samarbeidspartnere ble av Deming også oppfattet som kunder, han kalte dem ”interne kunder”. I Demings verden er variasjon kvalitetsens viktigste fiende, derfor er kontroll av variasjon et av de viktigste elementene i teoriene bak kvalitetsledelse. (Ibid: 1986)

Stortingsmelding 45 (2002- 2003) ”Betre kvalitet i dei kommunale pleie og omsorgstjenestene”, kommer med en konklusjon om at god ledelse ser ut til å fremme kvalitet på tjenestene. I dette ligger lederens evne til å opparbeide seg legitimitet hos ansatte,



til å skape oppslutning om mål, til å verdsette de ansatte og å skape en løsningsorientert kultur. Videre kommer det frem at gode holdninger hos ansatte er avgjørende kvaliteten på tjenestene. Personalet må møte brukeren som et medmenneske som har rett til å bestemme over eget liv og å kunne gjøre egne valg knyttet til egne behov. De ansatte må være bevisst på at måten de utfører arbeidet sitt på, virker inn på den enkelte bruker, og at brukeren sine ønsker skal ligge til grunn for hvordan de utfører arbeidet. Tjenesten skal være tilpasset hver enkelt bruker gjennom respekt for enkeltmenneske, gode holdninger til utøvelsen av eget yrke og god faglig kunnskap. Det står videre at den kvalitative dimensjonen i møtet mellom mennesker kan i liten grad styres gjennom lover og regler.(St. meld. 45,2002-2003) Dette kan ha vært med på nyansere kvalitetsbegrepet innenfor helse og omsorgstjenestene. Det synes som at det er en tendens som går fra å ha vektlagt standarder til mer å få frem holdninger og hvilke verdier som styrer handlingene.

I den etterfølgende Stortingsmelding nr. 25 (2005- 2006) ”Mestring, muligheter og mening” kommer det frem at det er behov for satsing på kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og det skal vektlegges tverrfaglig kompetanseheving, kommunal planlegging og organisasjons- og ledelsesutvikling med sikte på å gi tjenestetilbudet høyere kvalitet og en mer aktiv omsorgsprofil. (St.meld. 25, 2005-2006)

Det er i møtet med beboeren kvaliteten på helsetjenesten viser seg ved hvordan vedkommende blir møtt av helsepersonell, og hvilket resultat behandlingen eller helsehjelpen gir. Lederne på alle nivå skal påse at virksomheten drives i henhold til de lover og forskrifter som regulerer helsetjenesten, og at reell brukermedvirkning er tilstede. Helsemyndighetene forventer at virksomhetene etablerer internkontroll og kvalitetssystemer for å sikre at helsearbeidere får kunnskap om og følger alle aktuelle lover som regulerer helsetjenestene (Arntzen 2007).

### **3.6 Kompetanse**

Det finnes svært mange ulike definisjoner på kompetanse og jeg har valg å bruke kunnskapsdepartementet sin tilnærming av begrepet. Den baserer seg på Nordhaug og Gooderham (1996) og Larsen, Longva, Pape og Reichborn (1997).

Kompetanse blir ofte brukt som en generell betegnelse på produktive og skapende evner hos individer og organisasjoner. Kompetanse hos individer er evner, ferdigheter og kunnskaper, som kan bidra til å løse problemer og/eller utføre arbeidsoppgaver. Den kompetansen som et individ innehar vil dermed påvirke produktiviteten i en arbeidssituasjon. I en bredere sammenheng kan en også snakke om kompetanse. Den er viktig for mestring av ulike

samhandlingssituasjoner og livssituasjoner. Det er flere forhold som påvirker hvor godt en arbeidstaker utfører en arbeidsoppgave. Det avhenger ikke bare av vedkommendes evner, men også av motivasjon og innsatsvilje. Motivasjon og vilje vil igjen påvirke hvor mye et individ utnytter sin kompetanse, men disse to elementene holdes ofte atskilt slik at kompetansebegrepet ikke inkluderer motivasjon og innsatsvilje (Kunnskapsdepartementet, NOU-1997-25).

Det er flere forhold som omfatter kompetanse. Det er kompetanse i forhold til den som utøver pleie og omsorg, men kompetanse gjelder også for beboerne. Slettebø sier at en av de vanskelige vurderingene helsepersonell må gjøre, er å vurdere om pasienten er kompetent til å foreta et autonomt valg i samsvar med sine verdier. Det er mange forhold som kan påvirke vurderingen av kompetansen. Har pasienten de nødvendige kapasiteter til å foreta en beslutning? Har pasienten sykdommer eller andre tilstander som begrenser evnen til å forstå? Slettebø henviser til White som sier det er fire hovedkategorier som må vurderes i forhold til pasientens kompetanse: kognitiv og affektiv kapasitet, informerbarhet, evne til å velge og evne til å kunne gjøre rede for sin beslutningsprosess (Slettebø 2002).

### **3.7 Omsorg**

Omsorgsbegrepet blir benyttet i ulike sammenhenger så jeg skal belyse dette begrepet noe nærmere. Det er mye litteratur spesielt innenfor sykepleie som beskriver omsorg og omsorgsbegrepet. Det er mange sykepleieteoretikere som har bidratt i dette arbeidet opp gjennom tidene helt fra Florence Nightingale til Dorthea Orhem og Kari Martinsen som jeg har valgt å bruke her. Omsorgsbegrepet er rent språklig sammensatt av ”om” og ”sorg”. Sorg betyr å sørge for. Omsorg forutsetter to parter der den ene sørger for den andre. Martinsen mener at omsorg er et ontologisk fenomen; at det er det mest naturlige og fundamentale ved menneskets eksistens og er en forutsetning for alt menneskelig liv. Det mest grunnleggende er at vi er avhengig av hverandre, noe som er særlig fremtredende ved sykdom, skade, funksjonstap, men er ikke begrenset til slike situasjoner. Hun beskriver tre særtrekk ved omsorg. Det er en sosial relasjon som inkluderer felleskap og solidaritet. For det andre omfatter omsorg konkrete handlinger som baserer seg på en for forståelse av hva som er til for den andres beste. Den tredje dimensjonen er at omsorg har en moralsk dimensjon der prinsippet er ansvaret for den svake (Martinsen 1996). Omsorgsbegrepet blir benyttet i ulike sammenhenger og helsedepartementet (Helsedepartementet NOU 1997) sier at begrepet

omsorg utgjør en kjerne i verdigrunnlaget og skal derfor være en felles basis for all behandling, pleie og kontakt mellom helsearbeidere, pasienter og pårørende. At en helsetjeneste formidles med omsorg innebærer blant annet at den formidles med medmenneskelighet, respekt, engasjement, innlevelse og omtanke (ibid:1997).

Alle profesjoner og fagmiljøer innenfor helsevesenet har rettigheter og forpliktelser overfor omsorgsbegrepet. Formidling av omsorg krever blant annet erfaring, men også kunnskap som kan og må læres. God omsorg er sterkt knyttet til pasientens og de pårørendes opplevelser. Den kan og må læres, blant annet fordi kommunikasjon er et viktig element i formidlingen av god omsorg. Man er således på dette feltet avhengig både av forskning og av planmessig kunnskapsformidling til helsearbeidere (ibid: 1997).

Rettslig er omsorgsbegrepet benyttet både i kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven, og barneverntjenesteloven. I Stortingsmelding 25 (2005-2006), blir omsorgstjenesten i hovedsak brukt som en samlebetegnelse for ulike former for hjemmetjenester, omsorgsboliger og sykehjem, med støtte fra allmennlegetjenesten og den øvrige kommunale helse- og sosialtjenesten. I denne definisjonen ligger det også en forutsetning om at tjenestene skal sikre brukerne innflytelse over tjenestetilbudet og at de skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse.(St.meld. 25, 2005-2006)

### **3.8 Oppsummering**

Jeg har i dette kapittelet prøvd å belyse sentrale begrep og teori som er viktig for å få til en felles forståelsesramme og for å danne et teoretisk grunnlag for oppgaven videre. Jeg har valgt utdype hva som forbindes med sykehjem og hvilke rammebetingelser som ligger til grunn for sykehjem. Jeg har videre gått inn på verdibegrepet og teori i den forbindelse. Jeg har belyst selve ledelsesbegrepet selvstendig men har det også med i forbindelse med verdibasert ledelse og kvalitetsledelse da dette også er ulike måter å lede ut fra. Her viser jeg hvordan de ulike retningen har utviklet seg og hvilken filosofi de bygger på. De andre begrepene som er belyst er kvalitet, omsorg og kompetanse. Jeg skal ut fra de tidligere kapittel presentere sentrale funn i den utvalgte empiri og se det opp mot aktuelle rammebetingelser.

## 4.0 PRESENTASJON OG DRØFTING AV FUNN

### 4.1 Innledning

I dette kapitlet skal jeg belyse hvilke utfordringer ledere i sykehjem står overfor, og om det er mulig å ivareta beboernes behov innenfor dagens rammebetingelser. Jeg velger å ta utgangspunkt i noen sentrale områder innenfor dagens rammebetingelser for å belyse hvilke utfordringer ledere i sykehjem står overfor. Først tar jeg utgangspunkt i gjeldene lover og forskrifter, videre tar jeg for meg økonomiske rammebetingelser og de faglige rammebetingelser. Det er mange lover og forskrifter som er gjeldene for sykehjem, men jeg velger hovedsakelig å se på dette ut fra kvalitetsforskriften (FOR 2003-06-27 nr 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.), ettersom det er sentrale områder for den empiri som jeg har valgt ut. Med dette som utgangspunkt skal jeg drøfte om det er mulig å ivareta beboernes behov og knytte dette opp mot aktuell teori. Det er mange områder som påvirker hverandre og derfor vil de også gå noe over i hverandre. Jeg presenterer først funn fra empiri og drøfter de opp mot teori innenfor hvert område.

Rammebetingelser er hvilke ressurser som er til rådighet for å få utført en tjeneste som jeg har beskrevet nærmere under pkt. 2.3. Felles for sykehjem er at de er underlagt kommunehelsetjenesteloven og det er to gjeldene forskrifter som er sykehjemsforskriften og kvalitetsforskriften som er sentrale her. (FOR 1988-11-14 nr 932: Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie og FOR 2003-06-27 nr 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.) Andre sentrale lover som også er gjeldene er pasientrettighetsloven, pasientskadeloven, tannhelsetjenesteloven, smittevernloven, lov om legemidler, matloven, personopplysningsloven, helsepersonelloven, arbeidsmiljøloven, ferieloven, brann- og eksplosjonsvernloven og plan- og bygningsloven (Arntzen 2007).

## **4.2 Forskrift om kvalitet i sykehjem og verdier**

Det at det er mange lover og forskrifter som er gjeldene i sykehjem kan for mange ledere være en utfordring i seg selv. Jeg har selv opplevd at det å innføre nye rutiner eller endre forhold er i utgangspunktet vanskelig ettersom det er mange lovmessige hensyn som skal taes. Jeg velger å drøfte problemstillingen med utgangspunkt i kvalitetsforskriften og se på noen av de områdene innen for denne, men siden det er mange gjeldene lover så vil de nødvendigvis virke inn på flere områder som for eksempel arbeidsmiljøloven.

Rett til plass i sykehjem er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven hvor det står at enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg. I § 1-3 heter det at kommunene plikter å sørge for tilbud som sykehjem. Det er imidlertid ikke presisert hva som kreves for å få plass i sykehjem. Det er faglige vurderinger som ligger til grunn og kommunen har endelig vedtaksrett. Her vil verdienes betydning i organisasjonen vil være av stor betydning i denne sammenheng. I undersøkelsen ”Verdibasert ledelse i praksis” er en av konklusjonene at verdiarbeidet i organisasjonen kan få begrenset betydning hvis det bare knyttes til enkelte områder i organisasjonen (Aadland m.fl 2005).

Hvilke forventninger kan man ha til et langtidsopphold i sykehjem er et naturlig utgangspunkt for beboere og pårørende, og det er et helsepolitisk mål om å gi mennesker et godt liv tross for alderdom og sykdom. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene skal bidra til å sikre kvalitet i tjenestene til den enkelte beboer.(Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.). Jeg har beskrevet de ulike områder som det i forskriften forutsettes at det lages interne prosedyrer på for å sikre at beboerne skal få god kvalitet på tjenestene de mottar. Disse punktene har jeg også beskrevet i sin helhet under pkt. 3.5.5 Nasjonale føringer for kvalitet, og som leder for organisasjonen skal en sørge for at beboerne daglig får ivaretatt sine grunnleggende behov som beskrevet.

### **4.2.1 Oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet**

Det første punktet i forskriften er at beboerne skal oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet. Respekt er en verdi som det ikke er en selvfølge at alle har den samme oppfatning en av, så her er det viktig at ledelsen i kommunen og sykehjemmet setter det på dagsorden. Da kan organisasjonen komme frem til hva som skal ligge i dette begrepet slik at alle ansatte er innforstått med hva det innebærer og har en felles holdning til hvordan

man viser og møter beboeren med respekt. Helsepersonell har gjennom sin utdanning fått kjennskap til etikk, menneskerettigheter (FN), yrkesetiske retningslinjer, pasientrettighetsloven og annet som skal være med på å gi helsearbeideren innsikt i begrepet. Likevel kan det være ulike holdninger og normer som det er viktig å ta opp til diskusjon. I Rapporten ” Verdibasert ledelse i praksis” oppsummerer de funnene som ble gjort i 8 medlemsvirksomheter i HSH i nøkkelfaktorer og fallgruver, ut fra hva som er viktig i verdiarbeidet i organisasjoner. Sentrale funn her var at det er avgjørende at verdiene blir oppfattet som ansattes egne ønsker for arbeidet. Det må skje en bevisstgjøring og presisering av ønskede verdier i en åpen og fortløpende debatt mellom ledere og ansatte om hvordan verdiene kan omsettes i daglig arbeid. Ideen av de mest avgjørende faktorene ved verdibasert ledelse er de ansattes evne til å uttrykke organisasjonens verdier i praksis gjennom atferd, holdninger og valg. Verdiene må utvikles ut fra et felles ønske om å profilere virksomheten i ønsket retning, og gjennom vedlikeholdsprogram. Det er viktig at verdiene knyttes opp mot kjernevirksomheten i organisasjonen og at det bevisstgjøres i forhold til hvordan verdiene kommer til uttrykk, og hvordan verdiene kan være med å forbedre arbeidet (Aadland m.fl. 2005).

Alle nøkkelinformantene hadde et bevisst forhold til organisasjonens verdier og en hadde formulert svar slik:

”Ja vi har oslo kommunes verdigrunnlag: brukermedvirkning, engasjement, respekt og rederlighet. I min avdeling er dette helt klart prinsipper vi arbeider etter.”

På spørsmål om sykehjemmet hadde egne verdier/visjoner svarte en nøkkelinformant:

”Sykehjemmets mål er å gi helhetlig og individuell behandling, pleie og omsorg. Tjenestene skal være forutsigbare og pasientene skal møtes med respekt og verdighet.”

For at beboerne skal oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet er det spesielt viktig at lederne er bevisst hvilke verdier organisasjonen har og arbeider med å implementere disse. Hvordan blir for eksempel den enkelte beboer møtt i hverdagen? De mest sentrale funnene fra undersøkelsen i Trondheim viste at mange opplevde at de ikke fikk være med på å bestemme når det skulle taes avgjørelser som angikk vedkommende. Dette er ikke en god måte å vise respekt for beboeren på og samtidig er også en krenkelse av både medbestemmelse og brukermedvirkning. Å være avhengig av andre for å få dekket grunnleggende behov kan påvirke selvfølelsen og svekke uavhengighet og kontroll som jeg

har beskrevet tidligere under totale institusjoner. For at beboerne skal føle seg autonome er det viktig at de får muligheter til å foreta egne valg i det daglige slik at de opplever å ha kontroll over eget liv. Eksempler på slike valg kan være å bestemme når man ønsker å stå opp, legge seg, hvilke klær man ønske å ha på seg. Videre kan det være man ønsker å bestemme når man ønske å dusje eller bade, eller når man ønsker å spise og hva man ønsker å spise. Slike valg har stor betydning for den enkeltes opplevelse av innflytelse og det å være verdsatt. I følge Nyström og Segesten er et godt liv for voksne mennesker sidestilt med å være autonom og å føle seg kompetente og verdsatt av andre (Foss og Wahl 2002).

En av mine nøkkelinformanter svarer slik på spørsmålet om hvordan hun tror virksomhetens brukere merker virksomhetens verdier.

”Vi har fleksibel frokost. Beboerne får vin, øl osv. om de ønsker. Får røyke på rommet om de ønsker. Kan stå opp og legge seg når de ønsker. Vi har som motto å holde av og holde om. Tror mange beboere føler seg ivaretatt.”

Har organisasjonen vedtatte verdier kan det være en hjelp for lederen i forhold ut fra hvilke beslutninger som skal taes. Det kan være i forhold til personalproblemer, pasientproblemer, andre samarbeidspartnere etc. Like viktig er det at lederen får en bevissthet i forhold til hva som ligger til grunn for sine handlinger. Her er et eksempel på hvordan verdiene får konsekvenser for praksis.

På spørsmål videre om hva som er gjort for å forankre verdiene i organisasjonen svarer nøkkelinformanten:

”Ved å tilrettelegge rutiner slik at verdiene blir ivaretatt. Refleksjonsgrupper. Har det som tema på hvert avdelingsmøte. Tilrettelegge for valg- samtale med beboer / pårørende.”

Dette viser hvordan det er mulig å praktisere verdier i praksis samtidig som også det gir muligheter til å bevare beboerens selvrespekt. Dette gir også et inntrykk av hvor viktig funksjon lederen har. Lederen kan endre rutiner, tilrettelegge for refleksjonsgrupper og løfte frem verdiene og praksis på personalmøter.

En annen nøkkelinformant har et annet eksempel på forankring av verdiene i organisasjonen:

”Siden i fjor har vi holdt på med et prosjekt som er et tiltak for å forbedre arbeidsmiljø og arbeidsforholdene på sykehjemmet. Prosjektet går ut på at alle ansatte på tvers av faggrupper og avdelinger deltar i grupper som diskuterer problem, kommer fram til løsninger og disse legges fram for hele sykehjemmet. Flere av gruppene diskuterer verdier og leveregler og hvordan vi skal bli bedre på å følge disse. Det er i grunnen kontinuerlig prosess å jobbe med verdier har vi etter hvert forstått. Det er ikke slik at de kan implementeres en gang og så er det over. Vi får stadig nye medarbeidere og vi «gamle» må stadig minnes på verdiene våre. Det er som brannrutiner; de må holdes varme.”

Eide og Eide sier at i profesjonell praksis er etikk og kommunikasjon to sider av samme sak. Det handler om hvordan vi er og bør være som profesjonsutøvere i de ulike relasjoner som vi inngår i. Kommunikasjonsetikk blir da et spørsmål om profesjonell identitet, om hvem jeg vil være som hjelper, som kollega og som representant for institusjonen. Etikk blir et spørsmål om holdninger og om verdier i praksis (Eide og Eide 2007).

En nøkkelinformant påpeker også en annen utfordring som gjør det vanskelig å oppleve forutsigbarhet og trygghet innenfor tjenestetilbudet. Ved at avdelingen må ta imot beboere som i utgangspunktet krever spesielt tilrettelagt tilbud som beboere med demens og psykiske problemer vil dette også påvirke tilbudet til de andre beboerne og kunne skape utrygghet i forhold til tjenestetilbudet. Denne type beboere kan vise mye uro og ha behov for spesiell oppfølging. Dette kan da igjen gå på bekostning av tid til de som ikke krever noe men som også har behov for tid til pleie og omsorg. Dette er vanlige etiske problemstillinger som jeg har erfart selv og Slettebø referer dette i et intervju:

”Jeg synes etikk går veldig mye på valg. Så har vi det her hvis vi ikke har nok folk og sånn at vi kan dope ned pasientene. Det er jo et valg som går på etikk. Hvis pasienten roper veldig mye. Hadde vi hatt tid og kapasitet nok, så kanskje vi kunne sitte mer og pratet med de, aktivisert de mer. Så har vi ikke det, så gir vi de piller. Det synes jeg er et etisk valg vi må ta, og se i forhold til hverandre. Jeg er ikke noe for å dope de ned da, men det hender en må det.”(Slettebø 2002 s.122)

Det som konkluderes med i avhandlingen til Åshild Slettebø er at sykepleierne har som mål å gjøre det beste for pasienten. Deres handlinger er preget av grunnleggende idealer som respekt, ærlighet og vilje til å fremme pasientenes selvfølelse og håp. Hvordan pasientens



beste ble ivaretatt var avhengig av sykepleierne erfaring generelt og kunnskap og kjennskap til pasienten. I møtet med beboerne velger sykepleierne to ulike løsningsstyper som forhandling eller forklaring. I enkelte mer sjeldne tilfeller velges tvang. Tidligere erfaring var ofte avgjørende for hvilken strategi som ble valgt. Det var imidlertid både indre og ytre faktorer som begrenset muligheten til å oppnå det beste for pasienten og hun beskriver de som følgende: De indre faktorene som påvirker sykepleien er at det kan være en forskjell mellom intensjon og faktisk handling, eller om det er uenighet om hva som er målet med pleien mellom sykepleier og beboer. Ytre faktorer er mangel på ressurser, bemanningsknapphet, tid og penger og omgivelsenes holdninger til sykehjemmet. Funnene viser også at avdelingsmiljøet bør være preget av åpenhet, trygghet for å fungere som støttende for sykepleierne. Funnene her viser at avdelingssykepleierne har en viktig funksjon. Informantene etterlyser tilbakemeldinger og reaksjoner på det de gjør noe som de anser er viktig for å forbedre pleien. Videre er det viktig å kunne diskutere åpent situasjoner som oppleves som vanskelige i et trygt miljø der man kan snakke sammen om følelser og reaksjoner uten å bli nedvurdert (Slettebø 2002). Dette er i tråd med de nøkkelfaktorer som beskrives i rapporten ”Verdibasert ledelse”(Aadland m.fl. 2005). Her er det en utfordring for ledere å tilrettelegge for åpenhet og dialog av etiske vanskelige situasjoner. Eide og Eide sier at det å ta veloverveide avgjørelser i etisk vanskelige spørsmål krever god kommunikasjon med andre. Etisk vanskelige beslutninger bør ikke taes av en person alene, men bør drøftes med flere personer. Hvis situasjonen også krever et juridisk skjønn som ved bruk av tvang som er et spørsmål om lovlighet, må saken legges frem for ansvarlig leder og tilsynslege som kan foreta den type beslutninger (Eide og Eide 2007).

Det å organisere et tilbud om faglig veiledning kan også være av stor verdi for personalet. Der kan en ta opp faglige spørsmål med en ekstern veileder og diskutere disse sammen. Dette er også ofte et spørsmål om tilgjengelige ressurser.

#### **4.2.2 Grunnleggende behov**

Med grunnleggende behov menes her ivaretagelse av personlig hygiene og naturlige funksjoner samt tilpasset hjelp ved av og påkledning. Selvstendig styring av eget liv og ha mulighet til selv å ivareta egenomsorg blir også en del av drøftingen her, selv om disse områdene også inngår i alle områder, da hensynet da autonomiprinsippet er sentralt her.

I forhold til grunnleggende behov sier undersøkelsen fra Trondheim at fagpersonalet beskriver dette betydelig bedre enn det brukerne gjør. Kanskje dette henger sammen med at beboeren ikke opplever å få den nødvendige innflytelse i forhold til den pleie vedkommende

mottar, mens fagpersonalet gjør en stor innsats for å gi den nødvendige pleie. Dette er mine antagelser som også bygger på min egen erfaring, for er det mange beboere som man skal rekke å stelle, så er det ikke alltid rom for at de får anledning til å delta selv. Ideelt sett ønsker man å få til det, men på grunn av tidspress blir det at ”man hjelper til”. Her er det en utfordring som leder at man bevisstgjør personalet hvilke konsekvenser dette har for beboeren, og at rutinene kan tilrettelegges slik at det er mulig å få beboeren til å delta mest mulig i egen stellesituasjon for å bevare sin egen integritet. I Sintef rapporten er det store variasjoner mellom svarene hvordan dette er vurdert fra avdeling til avdeling, slik at det blir vanskelig å trekke noen generell konklusjon ut fra dette. Konklusjonen kan muligens være at det er store variasjoner innenfor de ulike sykehjemsavdelingene i denne undersøkelsen på hvordan grunnleggende behov blir ivaretatt. Nøkkelinformantene svarer at dette området er godt ivaretatt. I undersøkelsen ”Kvalitet slik pårørende ser det” tyder tallene på at pårørende oppfatter at disse grunnleggende behov er rimelig godt dekket. Undersøkelsen tyder på at pårørende reduserer sine kvalitetskrav i forhold til den virkelighet de ser i sykehjemmet. Noen peker på manglende kompetanse, andre kapasitet (Solvoll 2002). I forhold til dette området stilles ledere i sykehjem mange ganger overfor etiske dilemma. Det er begrenset hvilke menneskelige ressurser som er til rådighet og beboernes tilstand kan variere i perioder. Her må lederen foreta noen valg i forhold til lojalitet overfor budsjettet eller av hensyn til beboernes behov for stell og pleie. Jeg spurte mine nøkkelinformanter om hvilke utfordringer de møter som leder i sykehjem og det fremgår at dette er sentralt og en nøkkelinformant svarte slik:

”Krav til kvalitet, brukermedvirkning og effektivitet, – det går en grense for hvor mye vi kan effektivisere uten at det går ut over tilbudet.”

Ser man dette fra et systemperspektiv hvor alle ledd påvirker hverandre vil for eksempel ressursmangel over en tid få konsekvenser for hele organisasjonen. Det kan gi ulike utslag i organisasjonen ved at arbeidsmiljøet blir preget av negativitet som igjen påvirker motivasjon og arbeidsglede. Sortland og Einarsen sier at uenighet om prioritering, fordeling og bruk av begrensede ressurser vil være et vanlig konflikttema og over tid vil temaet i en konflikt kunne endres eller utvides (Sortland og Einarsen 2000 i Einarsen og Skogstad 2000). Begrensede ressurser vil medføre økt arbeidsbelastning for de ansatte som kan medføre slitasje og belastningsskader. Økt sykefravær blir gjerne en konsekvens og til sammen går dette ut over kvaliteten på den pleie og omsorg beboeren har krav på.

En annen nøkkelinformant beskriver sine utfordringer som leder slik:

”For lite personale, ”tunge” beboere. Føler at en ikke strekker til. Stabilt personale men en del sykdom etter mange års arbeid. Større krav men ikke mer ressurser. For lav lønn og i forhold til dette vil det føre til at det går ut over motivasjonen til å fortsette.”

Denne beskrivelsen sier noe om at krav og forventninger ikke er i samsvar med det som er mulig å få til ut fra tiggjengelige ressurser. Skogstad har omtalt dette i forhold til psykososiale faktorer i arbeidet. Det å få til en god ballanse mellom utfordringer og mestring av arbeidet gir jobbtilfredshet. Er det manglende samsvar her kan det resultere i negativt stress. Han viser til McGrath og definerer stress som:

”en uttalt uballanse mellom krav og responskapasitet, under forhold der det å mislykkes i å møte kravene har viktige opplevde konsekvenser.”( Skogstad s.23)

Skogstad belyser og viser til ulike faktorer som påvirker dette som handler om de ulike jobbkraav, belastningsfaktorer, rollekrav, manglete innflytelse over eget arbeid, medbestemmelse og personlighetsfaktorer (Skogstad i Einarsen og Skogstad 2000).

#### **4.2.3 Tilstrekkelig næring og tilpasset hjelp ved måltider**

Et annet viktig punkt i kvalitetsforskriften er at det skal være tilbud om tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat. Videre skal det være tilbud om tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise. Det fremkommer gjennom undersøkelsene at dette området blir stort sett godt ivaretatt, men det er likevel noen områder som jeg ønsker å belyse her. I undersøkelsen fra Trondheim kommer det frem at det er gjennomgående manglende samsvar mellom brukere, pårørende og fagteam i synet på dårlig tjenestekvalitet. Det vil si at for eksempel en bruker oppgir at han får for lite hjelp til spiseproblemer har en pårørende eller fagteam som mener han får nok hjelp eller omvendt. Dette er viktig å ta med i betraktningen her. Sintef rapporten er det stor variasjon mellom avdelingene. Resultatene som fremkommer når en ser på kontroll over egen livs - og døgnrytme som innbefatter beboerens ønsker om å spise, følge døgnrytme, ivaretagelse av hygiene etter hva de selv ønsker og behov for nødvendig hjelp er dette vurdert fra 46,3- 91,9 med gjennomsnitt på 66,8 på en skala fra 1-100 (Nygård m.fl.2004).

I undersøkelsen ” Kvalitet slik pårørende ser det” sier en av de pårørende:

”Ho treng hjelp til å ete. Det er det mange som treng. Det er to betjenter til stede under måltidene. Alle 10-11 treng hjelp, noen treng mye hjelp. Derfor er eg i tvil om ho får i seg nok mat”

I vurderingen av spørsmålet får pasienten mat når hun/ han trenger det kan det være grunnlag for å tro at de pårørende som svarte nei (6 %), kan det ha en sammenheng med at avdelingen ikke er fleksible nok til å gi pasienten mat utenfor fastsatte tider. Pasienten må tilpasse seg rutine i avdelingen, også hva mat angår.

”Får mat kl.17-17.30, så igjen 9-9.30 neste dag.”

En annen pårørende beskriver dette i en annen variant:

”En dag var han ikke kommet opp av sengen kl. 1130 da jeg kom. Men da kom han opp og fikk frokost! Så middag kl.1300! Han bruker briller. Men ofte får han ikke briller på fordi en pleier ikke huske det!”

(Solvoll 2002 s. 25,28)

Slike situasjoner som beskrives her har også jeg opplevd de senere år i min praksis. Det kan være ulike årsaker til at kveldsmåltidet igangsettes så tidlig. Noen ganger kan det være av bemanningshensyn. Hvis det er få på vakt forskyver en programmet, slik at det blir tid til å hjelpe alle som trenger det, når de skal legge seg. Det kan også være andre grunner som handler om arbeidskultur. Det kan være ”skrevne og uskrevne” regler i avdelingen for hvordan arbeidet skal gjennomføres.

Åshild Slettebø referer et intervju med en sykepleier:

”Det er veldig mye rutiner, alt skal skje på fastlagte ..på det og det tidspunktet. De skal opp da, legge seg da og da. Men det har jo litt med ressurser å gjøre også, for så vidt.” ( Slettebø 2002 s.127)

Dette sier mye om hvordan organiseringen av arbeidet er og samtidig hvilken betydning sykehjem har som total institusjon slik Garsjø har beskrevet det.

Ledere har ansvar for at beboerne skal få ivaretatt de grunnleggende behov men har også ansvar for de ansatte. Arbeidsmiljøloven skal ivaretaes og det der viktig at arbeidstid og fritid samsvarer med den. Det som skjer er at de fleste som arbeider, har ønske om arbeid på dagtid og minst mulig helger. Det medfører at mesteparten av aktivitetene i sykehjem foregår på

dagtid mellom 08-16 og det nødvendigste gjøres om kveld, natt og helg. Dette gjelder også for matservering når man er avhengig av levering av varm mat til et visst tidspunkt. Ønsker en som leder å endre på rutiner vil det ofte ha økonomiske følger eller føre med seg praktiske problemer. New public management har også vært en rådende ledelsesfilosofi innenfor sykehjemsdrift, som har medført at lokale kjøkken er blitt sentralisert og erstattet med storkjøkken som lager middag ca. klokken ti på formiddagen. Dette medfører at den bør spises innen en viss tid og IKT- mat forskriften kommer inn her. Dette er også med på å begrense noe av valgmulighet og fleksibilitet i forhold til matservering i sykehjemmet. Kravene til hvordan kjøkkenet skal være utformet og retningslinjer for matservering skal være medfører at det stort sett bare tilberedes brødmåltid fra avdelingens side. En annen utfordring for ledere i sykehjem er å få til mulige endringer innenfor rammene. En nøkkelinformant svarer slik på spørsmålet om hvilke utfordringer møter du som leder i sykehjem:

”Holdninger hos personale, bruker og pårørende. Vi bruker mye tid å snakke om våre holdninger. Hva ønsker vi? Hva gjør vi? Hvorfor gjør vi det?”

Har organisasjonen vedtatte verdier er det også viktig at de blir virkeliggjort i praksis og ikke bare blir fine ord på papiret. Skal brukeren være i sentrum bør rutiner også tilpasses brukeren og ikke personalet. Dette kan være en utfordring for mange ledere i sykehjem en utfordring å få til og det vil også være aktuelt i forhold til punktet i kvalitetsforskriften som omhandler beboeren rett til selvstendig styring over eget liv samt det å følge en normal livs - og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold.

I undersøkelsen ”Verdibasert ledelse i praksis” beskrives noen av nøkkelfaktorene at det er viktig at brukerne (interessenter) blir lyttet til, gitt mulighet til å komme med innspill og vise at de blir tatt på alvor. En viktig verdi er å bli etterspurt og det er viktig at involverte parter i en sak får komme til ordet. Det er videre viktig at man spør om hvordan man kan praktisere verdiene på nye måter og i nye former slik at det ikke bare en riktig måte å løse det på.

Ledelsen i organisasjonen blir en rollemodell for hvordan verdier skal praktiseres og er sentral for verdiimplementeringen i organisasjonen. Det er videre avgjørende om eierorganisasjonen gir frihet under ansvar til den enkelte virksomhet slik at verdiarbeidet her går i samme retning (Aadland m.fl. 2005).

Organisasjonsforandring er et vidt tema innenfor ledelsesteorier og Hatch sier det er selve domenet for det som kalles organisasjonsutvikling. Hun hevder at det meste innenfor

organisasjonsteorien er bidrag for dette. Hun belyser ulike forklaringsmodeller oppgjennom tidene fra organisasjonspsykologi og organisasjonsteori fra ulike perspektiver. Hun trekker frem P. Senge i en måte hvordan ledelsen kan oppnå innovasjon framfor herredøme og det dreier seg om dialog. Dialog bygger på overbevisning om kraften i kollektiv tekning og at samspill mellom flere intellekt kan overskride individuelle begrensninger og gi makt til nye ideer. Systemtenkeren P. Senge definerer læring og refleksivitet som påvirker dagens tenkning omkring organisasjonsforandring (Hatch 2004). Strand sier at ledelse knyttes i økende grad til det å beherske et skiftende miljø og kunne utnytte nye muligheter. Han knytter det å få til endringer under entrepenørfunksjonen i organisasjonen som er innrettet mot omverden. Funksjonen beskrives som det å aktivt holde oppsyn med og bearbeide omverden med sikte på en heldig tilpassning, skape nye muligheter ut fra egne forutsetninger og dermed sikre langsiktig overlevelse for organisasjonen som også kan være betinget av en ideologisk eller normativ tilpassning (Strand 2001). Dette blir derfor sentralt i forhold til brukermedvirkning og samarbeid med andre som jeg skal belyse videre.

#### **4.2.4 Brukermedvirkning og samarbeid med andre**

I kvalitetsforskriften står det at brukere og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge skal medvirke ved utforming eller endring av tjenestetilbudet og at den enkelte bruker skal gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utformingen av tilbudet (Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.) I undersøkelsen fra Trondheim var de mest sentrale funn at en meget stor andel av brukere oppgir at de aldri eller bare delvis får være med å bestemme når det skal taes avgjørelser som angår han/henne (Slettvold, Solbu, Hofstad 1999).

Slettebø sier at hennes studie sier sykepleierne at de er opptatt av å la pasientene bestemme selv det de er i stand til, og å delta i avgjørelser vedrørende egen pleie. Sykepleierne vektlegger her kjennskap til pasienten som sentralt i utformingen av pleien til den enkelte pasient (Slettebø 2002).

I undersøkelsen ” Kvalitet slik pårørende ser det” er samarbeid mellom sykehjem og pårørende et av hovedområdene for undersøkelsen. Samarbeid krever informasjon om ulike forhold mellom pårørende og ansatte. Pårørende må få informasjon om rutiner, behandling, arrangementer, hendelser og lignende. Samtidig er det viktig at sykehjemmet får informasjon fra pårørende om pasienten, slik at de skal kunne gi best mulig pleie og omsorg. Samarbeid

krever også tilgjengelighet fra begge parter. Det var 40 % andelen av pårørende som svarte at de ikke opplevde at sykehjemmet var generelt opptatt av å gi ulik informasjon til pårørende. Dette er et tydelig trekk i undersøkelsen hvor også hver tiende pårørende oppgir at de får lite informasjon, da de har lite kontakt med personalet.

Faste møter og faste personer/pleiere å forholde seg til er et ønske blant svært mange i denne undersøkelsen. Noen eksempler på hvilke ønsker pårørende gir uttrykk for når det gjelder informasjon er:

”At de kommer med informasjon uten at vi må spørre om alt”

”Loggsystem som gir meg innsynsrett uten at jeg må spørre om lov”

”Et møte en gang i blant med avdelingsleder eller kontaktperson. Hverdagen for pleiere er så hektisk at det blir lite tid til å snakke sammen”

Konklusjonen er at pårørende i dette materialet savner systemer for informasjon. Å ikke vite hvordan helsetilstanden er for foreldre eller ektefelle som er på sykehjem er frustrerende for den det gjelder. En annen pårørende sier:

”Jeg blir ofte usikker på hvordan min mor har det når jeg ikke er tilstede”

I noen tilfelle opplever pårørende at opplysningene og informasjonen ikke blir brukt, slik denne pårørende opplever det:

”...opplever det som frustrerende at det virker som om svært få av pleiepersonalet har hatt tilgang til opplysningene. Her er det noe i veien med rapporteringssystemet!”

( Solvoll 2002 s.17-21)

Sintef undersøkelsen sier at pleiernes vurdering av samarbeidet med pårørende fungerer veldig bra, noe som er i kontrast til hva pårørendeundersøkelsen sier. Det kan være ulike forklaringer til dette. Det er ni sykehjem som er med i Sintef undersøkelsen og det er et lite antall sykehjem. Det er mulig at sykehjemmene som er med i undersøkelsen har fått til gode rutiner for samarbeid med pårørende. Det som muligens også kan være av betydning er at personalet opplever dette forskjellig. De møter mange pårørende og svarer ut fra sitt perspektiv, mens det muligens er et lite antall pårørende som de forholder seg til.

Mine nøkkelinformanter svarer noe ulikt på spørsmålet om hvilken praksis avdelingen og sykehjemmet har for å ivareta brukermedvirkning. En svarer at vi prøver å strekke oss mot det brukeren ønsker innenfor våre rammer. Flere svarer at brukerundersøkelser blir aktivt brukt her og at de har pårørende møter. En informant svarer slik:

”Har pårørende møter. Har bruker og pårørende undersøkelser. P.g.a. mange demente er beboermøte vanskelig, men vi har dialog med de i avdelingen som er klar og orientert. Snakker også mye med demente i små grupper.”

På spørsmål videre på hvilken måte brukerne blir hørt sier nøkkelinformanten:

”Vi har tiltaksplaner som blir laget/skrevet ut fra beboers ønsker. Blir i dialog med pårørende om beboer er dement- hvordan likt å ha det tidligere, aktiviteter interesser osv.”

Dette viser hvordan brukermedvikning blir en del av virksomheten og anvendt i det daglige arbeidet. Slik jeg ser det har pårørende til beboere som lider av demens, en spesielt sentral rolle i forhold til samarbeidet med sykehjemmet. I følge de data som fremkommer praktiseres samarbeidet noe ulikt og det oppleves forskjellig.

Her er det er svært viktig utfordring for ledere i sykehjem å få til en god dialog og samarbeid med pårørende. Det er en økende andel demente i sykehjem så dette området må etter hvert få en større plass og er en utfordring for ledere i sykehjem. Min erfaring er at når pårørende føler seg ivaretatt og har nødvendig informasjon blir det et godt grunnlag for pleie og omsorg. Pårørende vil da også i større grad delta i omsorgen for sine. Får pårørende være delaktig og spurt til råd kan dette gi en bedre forutsetning for oppfølgingen av pleie og omsorg for beboeren.

En av pårørende beskriver dette:

” Synes det er litt trasig alltid å måtte ta initiativet for å få vite noe. Jeg tror jeg kan være en ressurs for institusjonen, men opplever i svært liten grad å bli tatt med på råd, osv.”

Eide og Eide hevder at det å holde høy etisk standard i tverrfaglig kommunikasjon, er avgjørende for både arbeidsmiljøet, institusjonens renommé ikke minst den faglige kvaliteten i forhold til pasienter og pårørende. Det å bidra til gode samarbeids- og kommunikasjonsformer er følgelig et etisk ansvar for hver enkelt profesjonsutøver (Eide og Eide 2007).

Flere av pårørende uttrykker frustrasjon i forhold til dokumentasjon og hvor godt informer den enkelte pleier er i forhold til beboeren. Dette kan muligens begrunnes ut fra at man er i alt helsearbeid underlagt et omfattende lov- og regelverk som er vedtatt av politiske myndigheter.



Grimen (2005) hevdet at profesjonsetikkens grunnlag ligger nettopp i det politiske. Lover og regler kan være motstridende innbyrdes og føre til etiske dilemmaer i forhold til profesjonsetiske retningslinjer, som for eksempel motsetninger mellom økonomiske rammebetingelser og hensyn til omsorg for pasienter og pårørende. Dilemma av denne typen kan lett føre til kommunikative utfordringer for hjelperen i forhold til pasienter og pårørende på den ene siden og i forhold til kollegaer på den andre siden (Eide og Eide 2007).

Det er ofte mange ufaglærte som arbeider innenfor sykehjem og de får ikke nødvendigvis tilgang til de samme opplysningene som de som er faglært og fast ansatt. Her kommer lover og regler inn og det gjelder også i forhold til hvor stor tilgang pårørende har til informasjon. Det som også kan ha innvirkning på hva beboerne og pårørende gir uttrykk for er at de er i en underlegen maktposisjon i forhold til personalet. Dette beskrives også under pkt. totale institusjoner. Det kan være ubevisste eller bevisste psykologiske faktorer hvor beboeren vet at dette er det stedet vedkommende skal tilbringe resten av livet og sosialiserer inn i avdelingen. Dette for muligens å unngå negative sanksjoner. Pårørende er bevisst dette og ønsker det beste for sine. De vet at beboeren er underlagt personalet i avdelingen og mange ønsker ikke å komme med kritikk i fare for at dette kan gå ut over forholdet mellom personalet og beboere. Min erfaring er ikke at det stilles så store krav fra brukerne eller pårørende. Det er ofte få og rimelige ønsker som å få hjelp til å dekke grunnleggende behov fysisk og sosialt: hjelp i stellesituasjon/påkledning, hjelp til toalettbesøk når en trenger det, varm og god mat, hjelp i matsituasjon, trygghet og omsorg. En av nøkkelinformantene beskriver det slik:

”Pårørende blir nesten likeglad så lenge mor/far har fått sykehjems plass da man har måttet sloss og sparket seg gjennom et system som har som mål å vanskeliggjøre det å få plass på et sykehjem.”

Dette bekrefter også pårørende undersøkelsen ”Kvalitet slik pårørende ser det” (Solvoll 2002).

Som et ledd i brukermedvirkning har noen kommuner innført fritt brukervalg slik at den enkelte skal fritt kunne velge hvilket sykehjem en ønsker å være på. Hvor reell denne muligheten er vanskelig å si. Den enkelte må ta imot den plassen den får tildelt i første omgang og stå på venteliste på ønsket sykehjem. I mindre kommuner er det ikke så mange sykehjem å velge mellom.

#### **4.2.5 Mulighet for samvær, sosial kontakt, felleskap og aktivitet. Få tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter**

Dette kravet i kvalitetsforskriften er det som ser ut som vanskeligst å etterkomme ut fra den empiri som jeg har brukt. Konklusjonen og hovedtendensen fra undersøkelsen i Trondheim ”Kvalitet i sykehjem” er at brukerne opplever dårligst tjenestekvalitet i forhold til medbestemmelse og sosiale aktiviteter.

Det som kommer frem i Sintef rapporten i spørsmål om aktivitet og selvstendig liv, som innbefatter beboerens muligheter til å ha et aktivt sosialt liv på institusjonen og å ha innflytelse på egen hverdag samt å få bruke egne ressurser er svært varierende. På en skala fra 1- 100 er laveste verdi 37 mens høyeste er 81.(Nygård m.fl. 2004)

I pårørende undersøkelsen karakteriserer over halvparten (56 prosent) av pårørende tilbudet pasienten får om aktiviteter som dårlig/ svært dårlig. Flere enn halvparten (51.8 prosent) svarer at tilbud om å komme ut i frisk luft er dårlig/veldig dårlig. Pårørende uttrykker det på denne måten:

”Pasienten får den beste pleie innendørs, men savner at det aldri er tid til å gå ut i følge med pleiepersonell på grunn av personalmangel.”

En annen pårørende uttrykker det slik:

”Jeg har en bestemt følelse av at det er for lite betjening, og at betjeningen har for lite kjennskap til Alzheimer. Det ser ikke ut til at det ofres tid på pasienten annet enn til foring, bleieskift, vask og legging. Ellers sitter hun i en krok i en rullestol og halvsover (dødens venteværelse). Jeg blir svært deprimert av å være på avdelingen og prøver helst å kjøre litt rundt når jeg besøker henne.”

Dette er et utsagn som gir uttrykk for mange forhold som spørsmål om faktiske ressurser, kompetanse og kunnskap hos personalet. Hovedinnholdet er at det oppleves som lite meningsfylt å bo på sykehjemmet noe som også virker negativt på den pårørende.

Foss og Wahl sier at selv om langtidspasienter i sykehjem har en tendens til å bli svært gamle, syke og uten familie og venner, vil de fremdeles regne med mer enn det å få dekket de fysiske behov. Det kan synes som om de lider av ensomhet og mangel på sosial kontakt selv om de har mange personer rundt seg. Hicks viser til at kjennetegn på ensomhet kan være en opplevelse å savne nære relasjoner til andre mennesker, dyr eller eiendeler. Videre kan det være økt avhengighet og tapsopplevelser som resulterer i tristhet, oppgitthet og sosial isolasjon. Manglende relasjoner og liten mulighet for variasjoner i løpet av dagen kan i følge

Slama og Bergman-Evans føre til ensomhet, kjedsomhet og hjelpeløshet og at det i for stor grad benyttes medikamenter for å lindre dette savnet hos pasientene (Foss og Wahl 2002). Dette er en stor utfordring for ledere å få gjort noe med innenfor dagens rammebetingelser. Noen av nøkkelinformantene er samstemte og trekker frem behov for samvær, sosial kontakt, felleskap og aktivitet som det området som er vanskeligst å få dekket og begrunner det med for lite personell som årsak. En nøkkelinformant beskriver dette slik i forhold til behov som er vanskeligere å få dekket enn andre:

”Aktiviteter, - som å gå turer ut med beboerne. Kunne dra på kafebesøk, konserter, kirken osv.”

Vedkommende tror de vanligste årsakene er:

”Vi har ubetalt pause på dagvakter. En time midt på dagen går vekk til dette. For få igjen til å gjøre aktiviteter annet enn å følge til toalettet osv. Må betale overtid hvis vi skal ut av avdelingen i dette tidspunktet. (Mellom 11-12), og det er det ikke økonomi for.

Dette viser hvilke utfordringer lederen stilles overfor. Her er det hensyn til medarbeidernes arbeidstid og rett til pause, som må gå framfor det å kunne få til aktiviteter med beboerne. Her er det mange utfordringer som omhandler organisering, tilrettelegging, samarbeid med andre og det handler også om en faglig forståelse i arbeidet. Det å ha kjennskap til beboerens tidligere liv og hvordan der sosiale nettevirket har fungert er viktig for å kunne møte den enkeltes beboers behov. Dette kommer også frem i studien ” Strebing mot pasientens beste” og en av sykepleierne uttrykker det slik:

”Det er veldig fort gjort å tro at gamle mennesker er veldig glemske, og plutselig så hvis du da har litt bakhistorie og kjenner litt til familien, plutselig skjønner du hvorfor de snakker om de og de tingene. Det er jo faktisk ting som har skjedd. Det har jo sammenheng med en stor interesse de har hatt, så plutselig kan du være med i en samtale på en helt annen måte, for du vet litt om det.” (Slettebø 2002 s.136)

Dette viser også viktigheten av verdier og holdninger som ligger til grunn for å møte beboerens behov. Dette er en viktig utfordring for ledere å formidle personalet. Det er mange

måter å være sammen med beboerne på, og det å inneha sosial kompetansevære er viktig i arbeidet på sykehjem. Dette er ulikt hos den enkelte medarbeider, og av egen erfaring kan det ene dagen være stor aktivitet mens andre dager er det mer stille i avdelingen, avhengig av hvem som er på vakt. Noen er dyktige til å ta initiativ og få til sosialt samvær når muligheten byr seg, mens andre må motiveres til å gjøre dette. Dette kan ofte være en utfordring for lederne å få motivert ansatte til å gjøre denne type oppgaver. Det er også innenfor en avdeling en viss kultur på hva som er viktig å gjøre og mindre viktig. Det å sitte sammen med beboerne å snakke eller lese i en avis sammen blir av noen sett på som uvirksomt arbeid. Jeg har møtt holdninger som at ”da slapper bare vedkommende av og gjør ikke jobben sin” selv om det å få til en samtale eller å lytte til beboerne kan være en utfordring mange ganger. Foss og Wahl sier at personalet i et sykehjem kan ha ulikt syn på pasientenes kompetanse og potensial for vekst og utvikling. Derfor er det nødvendig å utarbeide et felles verdigrunnlag for å kunne ivareta pasientens funksjonsnivå og ressurser. God livskvalitet innebærer muligheter for å delta i meningsfylte aktiviteter men det innebærer ikke at beboerne skal påtvinges bestemte aktiviteter som de overhodet ikke ønsker å delta i. Det å skape flere valgmuligheter er en utfordring slik at de eldre ikke behøver å oppleve alderdommen som meningsløs. Videre har det blitt dokumentert at beboere som gis muligheter til ulike aktiviteter viser mindre urolig atferd og trenger mindre hjelp til egenomsorg. (Foss og Wahl 2002)

Her er det en utfordring til lederne for hvordan man skal få til denne delen av arbeidet.

I spørsmål om hvilken betydning fokus på verdier og verdibasert ledelse har i virksomheten har for utvikling av virksomheten, svarer nøkkelinformantene:

”Har veldig stor betydning. De som jobber i avdelingen må vite hva avd./sykehjemmet ønsker for beboerne, og jobbe aktivt mot dette. Alle må jobbe i samme retning – beboer i sentrum.”

”Vi har holdnings skapende arbeid her siden jeg begynte her og det ser man i den kvalitet vi leverer bruker.”

En annen nøkkelinformant svarer slik:

”Får mer fokus på brukerne i en hektisk hverdag. Og at ansatte blir mer bevisst sine holdninger og roller.”

Her kommer viktigheten av verdiarbeidet frem og hvordan det kan anvendes i møte med beboerens behov for sosial kontakt og aktivitet. Dette området var også i søkelys i programmet "Brennpunkt" på TV 2 den 7 april 2008. Det var en sønn som fulgte sin mor fra å være hjemmeboende til å bli sykehjemspasient i en skjermet avdeling. Han syntes også innholdet i hverdagen på sykehjemmet var trist og kjedelig, med liten mulighet for å komme ut. Dette har videre utløst en debatt i dagspressen hvor situasjonen belyses fra ulike synspunkt. Det har fremkommet at ved noen sykehjem er det ikke uvanlig at beboere betaler private firmaer for å få seg en luftetur. Dette har det kommet ulike reaksjoner mot og flere mener det er snakk om hvordan arbeidet organiseres om man klarer å dekke dette behovet. Det som fremkommer er at det er store variasjoner på tilbudet fra sykehjem til sykehjem. Aftenposten har hatt en ringerunde til tolv ulike sykehjem og det er tre av disse som tilbyr en daglig tur til alle beboere som ønsker det (Westerveld 17.04.08). Flere av sykehjemmene uttaler at det ikke er muligheter for å omorganisere siden det er svært begrensede ressurser de har som gjør at de må prioritere stell, pleie og mat til fordel for dette. En institusjonssjef sier det slik:

"Vi har omorganisert og omorganisert, og nå er det ikke mer å organisere om på. Vi har snudd hver stein, hvert år. Bevilgningene til sykehjemmene har kun gått nedover de siste fem årene. Til og med i årets budsjett kuttet det, sier hun."

(Westerveld 18.04.08)

Dette er et bilde på at det er nødvendig med samsvar mellom det som er ønskelig å få til og rammer som er dekkende for det som jeg også kommer inn på under økonomiske rammebetingelser.

I rapporten "Verdibasert ledelse i praksis" viser den noen fallgruver for verdiarbeidet i en organisasjon. Det er når verdiarbeidet kan bli en salderingspost ved endrede rammevilkår. Det kan for eksempel være økonomiske innstramminger, omorganiseringer, indre konflikter, negativt mediasøkelys og annet som gjør at organisasjonen ikke fungerer optimalt. Da kan verdiene kom ut av fokus, men har organisasjonen en etablert verdibevissthet kan det være en styrke for organisasjonen og ansatte vil kunne stå samlet i møte med problemer (Aadland m.fl.2006).

#### **4.2.6 Oppsummering**

Jeg har nå drøftet kravene i kvalitetsforskriften opp mot funn i undersøkelsene. Jeg har valgt å drøfte flere områder i kvalitetsforskriften under samme punkt da dette ble naturlig. Jeg har

belyst det med utsagn fra nøkkelinformanter og utsagn som er hentet fra de ulike andre undersøkelsene. Jeg har videre også belyst de ulike områdene med teori innenfor områdene helse og ledelse.

### **4.3 Økonomiske rammebetingelser**

De økonomiske rammebetingelsene er sentrale for hvordan det er mulig å ivareta beboerne i sykehjem. Økonomi innbefatter alt fra innkjøp av nødvendig utstyr, bygningsmessige utgifter, driftsmessige forhold og lønnsutgifter som gjerne er den største utgiftsposten på sykehjemmet. De økonomiske rammene fastsettes av kommunen som får tilskudd fra staten ut fra befolknings sammensetning. Sykehjem vil til en viss grad også være avhengig av kommuneøkonomien og hvordan midlene blir fordelt. Slik kommuneøkonomien fremstilles i media, har jeg fått et inntrykk av at den er stram for de fleste kommuner. Det vil medføre at det er stramme økonomiske rammer som gjelder for de fleste sykehjem, både offentlige og privat regi, og at den er blitt strammere gjennom de senere år. Effektivisering og sentralisering av fellestjenester kan også være en medvirkende årsak til dette, samtidig som terskelen for å få sykehjemsplass er høyere enn tidligere. Dette medfører at beboerne har et større behov for pleie og behandling enn tidligere og som er mer ressurskrevende. Sykehjem har egne budsjett og større sykehjem har også avdelingsvise budsjett, hvor hver avdeling er budsjettansvarlig. Innføring av avdelingsvise budsjett var også et ledd i økonomistyring og samtidig som dette også kunne medvirke til konkurranse mellom avdelingene til å overholde budsjettene. Dette medfører nødvendigvis mer administrativt arbeid fra ledere i sykehjem. En nøkkelinformant beskriver utfordringer som leder i sykehjem slik:

”Det har vært ett stort fokus på papir arbeid de siste to år. Man blir sittende mer og mer som kontoransatt fordi man får skjema og planer som skal settes opp og som alle er ”så viktige at de må prioriteres”. Man opplever at stillingen forflyttes fra sykepleie til merkantil. Dette går selvfølgelig ut over den tid jeg kan bruke på bruker relatert arbeid. Dette skaper igjen problemer nedover da jeg er å regne som en del av pleiefaktoren i avdelingen.”

Jeg synes dette gir et godt bilde av hvilke dilemma leder i sykehjem står overfor og det er ofte vanskelig å prioritere for alle oppgaver er viktige. Effektivisering i organisasjonen har

medført at arbeidsoppgaver har blitt flyttet, og mye blir overført til mellomledere.

Skjørshammer viser til de ledelsesfunksjoner som må ivaretaes men han sier at hvem og med hvilken dybde og hvilket omfang er åpne spørsmål. Han beskriver ulike arbeidsoppgaver som hører inn under utøvelse av administrativ faglig ledelse som er beskrevet tidligere.

#### **4.3.1 Utstyr og hjelpemidler**

Hvor godt det enkelte sykehjem er dekket med utstyr og hjelpemidler kan variere.

Innkjøp av utstyr og hjelpemidler er noe som sykehjemmet må finne midler til innenfor eget budsjett. Dette er utstyr som kommer beboerne direkte til gode som for eksempel personløftere eller dusjstoler. Dette er utstyr som er til hjelp i forflytningssituasjoner som gjør det mer behagelig for beboeren og letter arbeidet for personalet. Min opplevelse er dette ofte er kostbart utstyr og hvor man som leder ofte må prioritere i forhold til hvilket utstyr som skal kjøpes og man må ofte velge mellom dusjstol eller personløfter på årets budsjett. Noen ganger går slike investeringer ut over andre poster i budsjettet som for eksempel kan være fagutvikling. Andre ganger blir slike investeringer ikke prioritert og konsekvensen er at personalet må organisere det daglige arbeidet med andre avdelinger for å låne nødvendig utstyr. Dette blir gjerne tungvint og tidskrevende noe som medfører at forflytninger gjøres uten hjelpemidler. Dette er uforsvarlig både for beboer og ansatte og kan medføre uheldige konsekvenser. Planleggingen og budsjettarbeid er derfor en viktig utfordring for ledere i sykehjem.

#### **4.3.2 Driftsmidler**

Driftsbudsjett er gjerne knyttet til løpende utgifter som for eksempel mat, medisiner, vaskeri og lønn. Det som kan være med på å få dette budsjettet ut av kontroll er ved spesiell kostbar medisinsk behandling som enkelte beboere er avhengig av og ved et høyt kortidsfravær, samt prisendringer. Det som har størst betydning er lønnsutgifter og jeg kommer nærmere inn på dette under personalressurser.

#### **4.4 Personalressurser**

Personalressurser handler om flere forhold og det ene er i hvor stort budsjett og pleiefaktor sykehjemmet har. Det andre er tilgang på kvalifisert personale og hvordan sykehjemmet klarer å rekruttere og beholde dyktige medarbeidere. Arbeidet på sykehjem kan for mange

oppleves som tungt både fysisk og psykisk og det er ofte et høyt sykefravær i sykehjemmene. Sintef rapporten viste at det var store variasjoner her også der, hvor fire avdelinger hadde et sykefravær mellom 19-20 % mens de i den andre enden av skalaen hadde et sykefravær under 7 %. Gjennomsnittet for avdelingene som her var med var på 11,4 % (Nygård m.fl. 2004). I tabell fra Statistisk sentral byrå viste siste kvartal i 2007 et samlet sykefravær innenfor helse og sosialtjenester på 9,6 % (SSB).

#### **4.4.1 Tilgang på kvalifisert personale**

I Sintef rapporten kom det frem at mange ansatte ved flere avdelinger gruer seg til å gå på jobb i helgene og enkelte kvelder da det er mange uerfarne vikarer i avdelingen. Ved utstrakt bruk av vikarer vil det ikke være den samme forutsigbarhet i forhold til tjenestene. Vikarer kjenner ikke beboere i samme grad og vet ikke hvilke ønsker og behov som den enkelte har. Når en ikke er så godt kjent bruker en gjerne lengre tid på ulike arbeidsoppgaver.

Arbeidspresset blir da gjerne større for ukjente vikarer og det kan resultere i at ikke beboeren blir spurt om det som angår vedkommende. Det optimale ville være å ikke ha behov for å leie inn ekstra personale i helger og høytider, men det vil ha både økonomiske og personalmessige konsekvenser.

Det å lære opp nye vikarer og veilede og vise tålmodighet var greit, men de opplevde det som anstrengende å kontrollere at vikaren hadde utført arbeidet tilfredsstillende, dette var spesielt utfordrende ved avdelinger som benyttet vikarer som har ikke hadde gode nok norskkunnskaper (Nygård m.fl.2004). Dette er et dilemma for lederne for skal de beholde dyktige medarbeidere der det gjerne krav om å jobbe færre helger og dette vil medføre ekstra belastning for de som arbeider helger og medføre økt innleie av vikarer. Ved liten tilgang på kvalifisert personell blir det også gjerne konkurranse mellom ulike sykehjem for å tiltrekke seg arbeidskraft. Arbeidstiden er et av de få virkemidlene som en leder har mulighet å påvirke til en viss grad, og ønske om redusert helgearbeid blir gjerne ønsket imøtekommet. Å skaffe og gi opplæring til nye vikarer kan mange ganger være en økonomisk utfordring for avdelingen. Vikarene må inneies på opplæringsvakter noe som vil være en ekstra utgift, samtidig vet ikke lederen om vedkommende er egnet for arbeidet eller om vedkommende ønsker å være vikar på dette stedet. Strand sier ledere er handlede organisasjonsmennesker med videre mandat og større påvirkningsmulighet enn andre organisasjonsmedlemmer. Han deler inn organisasjonstyper og ledelsesoppgaver inn i fire områder og at ledelse kan måles mot ivaretagelsen av organisasjonens behov på disse fire områdene og han knytter dette til:

- Produksjon å sette mål, drive frem resultater



- Administrasjon, å nytte systemer og strukturer og utvikle disse
- Integrasjon, å skape felles oppfatninger og styrke medlemmenes tilknytning til organisasjonen
- Entreprenørskap, å forholde seg aktivt til omverdenen, utnytte muligheter og avverge trusler

( Strand 2001, s.425)

Ledere i sykehjem er avhengig av vikarer for å få turnus til å gå opp, samtidig som sykefraværet innenfor denne type virksomhet også er høy. Her blir lederens evne til å integrere vikarer i avdelingen viktig for arbeidsmiljø og kvaliteten på tjenestene. Klarer avdelingen å ha faste og kvalifiserte vikarer så vil det også medføre en større trygghet i forhold til tjenestetilbudet for beboere og pårørende. Integreringsfunksjonen innbefatter ulike teknikker og tilnærminger på ulike nivå i organisasjoner og ledelsen har sentrale funksjoner i disse (Strand 2001). Verdibasert ledelse kan også være viktig i dette arbeidet. Lederen har fått retningslinjer å forholde seg til forhold til hva som blir vektlagt i organisasjonen og i sin utøvelse av lederrollen må disse verdiene komme til uttrykk. Lederen vil derfor videreføre disse verdiene i organisasjonen og være et forbilde for andre medarbeidere i organisasjonen. Er verdiene tilstrekkelig integrert kan verdiene bli et positivt varemerke på organisasjonen (Aadland 2005). Det å utarbeide gode systemer for opplæring er også en viktig lederoppgave her, og at det hele tiden gjøres forbedringer som er nødvendige for å få et best mulig opplæringsprogram. Dette er total kvalitetsledelse i praksis jamfør pkt. kvalitetsledelse. En annen rammebetingelse er hvilken pleiefaktor man har. I Sintef rapporten kom det frem at det var ulik pleiefaktor på de ulike avdelingene som var med i undersøkelsen fra 0.6 – 0.97. Pleiefaktor betyr hvor mange stillinger det er tildelt i budsjettet per beboer men det er ikke lovpålagt hvilken pleiefaktor som skal gjelde. Det er noen anbefalinger som gjør at enkelte avdelinger kan ha en høyere pleiefaktor som for eksempel skjermet enheter for demente, rehabilitering, eller avdelinger som har beboere med spesielle behov. I en rapport fra Helsetilsynet sier de at det finnes ikke standard for pleiefaktor i sykehjem, verken i lov eller forskrift. Imidlertid ligger en allment brukt norm på ca. 0.70, og enkelte kommuner i Akershus har som mål å komme over 0.80. Pleiefaktor er imidlertid bare en parameter som kan indikere en sammenheng mellom pasientantall og kvalitet, og må brukes som sådan (www.helsetilsynet.no).

En nøkkelinformant beskriver dette dilemma i sin hverdag:

”De pasienter som de siste 5 år har kommet til vårt sykehjem har enten vært oppegående og demente eller somatiske men da totalt pleietrengende og tunge. Vi ser også at det er en økning på antall psykiatriske pasienter. Mange bydeler bruker bevist somatiske plasser til sine demente da disse plassene er billigere enn demensplasser. Pårørende blir nesten likeglad så lenge mor/far har fått sykehjemsplass da man har måttet sloss og sparket seg gjennom ett system som har som mål å vanskeliggjøre det å få plass på ett sykehjem (da relatert til det at fylkeslegen ved klage omgjør 3 av 4 vedtak bydelene har gjort i forhold til sykehjemsplass) Man blir da litt fanget da demens omsorg skal ha høyere pleie faktor, men selv om avdelingen din kanskje har 80-90% demente så får man ikke økte midler og dermed ikke mulighet for å øke pleiefaktor.”

Her viser nøkkelinformanten at avdelingen opplever å få beboere som det er anbefalt at de trenger større omfang av ressurser uten at dette blir imøtekommet.

Det framkom i Sintef rapporten at fagpersonellet hadde ulike normer på hva som var god kvalitet. Wyller T.B. og Laake P. sier at av rapportens tabell 3.3 (s 55) framgår hva som var pleiernes normer for akseptabel kvalitet. Tabellen viser at 54 prosent finner det akseptabelt at en pasient ikke får pusset tennene hver dag, 41 prosent godtar at en pasient ikke får vasket seg daglig, 44 prosent mener sykehjemsbeboere må kunne unnvære middagsmåltidet én dag i uken eller oftere, 59 prosent godtar at en pasient får utført morgenstellet av nattevaktene en gang i uken eller oftere, 92 prosent synes ikke pasientene har krav på å få dusje hver dag og 74 prosent synes ikke de har noen rett til å komme utendørs hver dag. Wyller T.B. og Laake P.sier at de synes dette er uttrykk for et overraskende lavt ambisjonsnivå fra pleiergruppens side, og finner det derfor uholdbart å basere kvalitetsvurderingen bare på denne respondentgruppens uttalelser(Wyller T.B. og Laake P.2005). Dette kan muligens være utrykk for flere forhold, og kanskje det kan knyttes opp mot tilgjengelige ressurser. Er det knapphet på tilgjengelige ressurser så er det disse områdene som ikke blir prioritert fra personalets side. Dette kommer også frem i den pågående debatt i media hvor ledere uttaler at aktiviteter og lufteturer ikke blir prioritert (Westerveld 18.04.08).

I Sintef rapporten konkluderte de med at nok bemanning er en nødvendig, men ikke uten videre tilstrekkelig betingelse for å yte et godt tilbud. Analyser i denne undersøkelsen tyder på at en rekke organisatoriske forhold må være ivaretatt for at en skal klare å realisere det potensialet som de ansatte representerer. Der disse forutsetningene mangler, vil tilførsel av flere årsverk ikke automatisk føre til økt kvalitet (Nygård m.fl 2004).

Her vil utfordringer til ledere være å forvalte personalressursene til det beste for beboerne. Det krever også at ledere innehar lederkompetanse, men også at personalet innehar faglig kompetanse som gjør dem i stand til å møte beboernes behov for stell, behandling og omsorg. Det er dette jeg skal gå inn på videre.

#### **4.4.2 Kompetanse og fagutvikling**

I kvalitetsforskriften står det at beboerne skal få en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser. De skal få nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand. Videre skal de få nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene. Det skal tilrettelegges tilbud for personer med demens og andre som har vanskelig for å formulere sine behov. Alle disse forhold som skal ivaretaes her kreves at personalet har en helsefaglig utdanning for å kunne identifisere og kartlegge beboernes fortløpende behov innenfor disse områdene, samt å foreslå og sette inn nødvendige tiltak. Mange eldre har flere ulike sykdommer som krever at personalet har visse kunnskaper for å vite hvilke forhold som skal observeres og taes hensyn til for å forebygge komplikasjoner eller forverring av tilstanden. Det krever også at fagpersonellet innehar de nødvendige kunnskaper og er oppdatert innenfor et stort og komplisert fagområde. I de senere årene har geriatri som spesialområde vist at behandling av eldre krever en ulik tilnærming og er ofte komplisert i forhold til medisinsk behandling. Bare innenfor smerter og smertebehandling, palliativ behandling og omsorg ved livets slutt er store faglige utfordringer som personalet daglig står overfor.

I undersøkelsen fra Trondheim fremkom det at brukere som beskriver helseproblemer, mener i større grad enn pårørende og fagteam at de ikke får tilstrekkelig hjelp for helseplagene. Dette er et uttrykk for at beboeren ikke blir tatt tilstrekkelig på alvor i forhold til sine helseplager. I Sintef undersøkelsen varierte andelen faglærte fra 60 til 98 prosent som var hjelpepleier eller sykepleiere. Det var store variasjoner på hvordan det var tilrettelagt for veiledning og undervisning i avdelingene. Undersøkelsen viste videre en klar sammenheng mellom variasjoner i legetid per beboer og variasjon i kvalitet relatert til opptreningstilbud og medisinsk oppfølging og behandling. Dette viser at legetjenesten kan være av stor betydning for kvaliteten på sykehjemstilbudet. Sintef undersøkelsen viste også store variasjoner på områder som grunnleggende pleie og medisinsk behandling, opptrening, medisinsk oppfølging i forhold til helsesvikt og tannhelse. Dette var også tilfelle for informasjon og støtte til beboere, pårørende og hjelp i sorg og krise. Ved avdelinger der de ansatte generelt opplevde at bemanningen var tilstrekkelig skårer tilbudet til beboerne høyt på alle

kvalitetsmål (Nygård m.fl.2004). Det blir vanskelig å trekke noen endelige konklusjoner ut fra disse funnene, enn at det er variasjoner mellom sykehjemmene.

Det som er utfordringen for ledere er å rekruttere kvalifisert personell og klare å beholde dyktige medarbeidere. Det er ofte forbundet med lavstatus for helsepersonell å jobbe innenfor sykehjem. Det er gjerne et lite fagmiljø, arbeidet er krevende på mange områder uten at det får anerkjennelse. Jeg har selv opplevd at dyktige medarbeidere slutter fordi de ikke opplever at krav og forventninger ikke samsvarer med tilgjengelige ressurser. Over tid blir dette kan det medføre utmattelse og utbrenthet som også Mathisen påpeker. Han sier at utbrenthet kan defineres som den endring i holdning, atferd eller følelsesmessig tilstand som kan finne sted hos hjelpere som over lang tid utsettes for store krav til å gi av seg selv. Han sier at de mest utsatte yrkesgruppene er de som har en jobb med høye krav men samtidig liten grad av kontroll. Dersom arbeidsklima er preget av sosial støtte kan dette redusere problemet til en viss grad. Han sier videre at paradoksalt nok er det ofte de egenskaper som skaper en god og oppofrende hjelper som samtidig er risikofaktorer for utbrenthet (Mathisen 2000). Dette er også utfordringer for ledere i sykehjem å være bevisst på slike forhold.

Det er flere forhold som kan være av betydning i hvordan man kan møte faglige utfordringer. I større byer er det gjerne lettere å få hjelp hos spesialisthelsetjenesten og de kan også bidra med tettere faglig oppfølging av beboere som har behov for det. Andre forhold er hvor stor grad det er tilrettelagt for undervisning og faglig oppdatering i sykehjemmet. Hvilken mulighet personalet har for videreutdanning og skolering er av betydning. Har sykehjemmet erfaring med å motta elever og studenter innenfor helsefaglige utdanninger og god kontakt med utdanningsinstitusjonene, kan dette være av betydning for den faglige utviklingen. Har sykehjemmet kontakt med andre sykehjem som for eksempel undervisningssykehjem kan dette også bidra til faglig utvikling og støtte, noe som ligger i funksjonen til disse sykehjemmene. I større kommuner kan det også være andre etater/bedrifter som kan bidra med fagutvikling innenfor aktuelle områder for eksempel området ernæring, utstyr og hjelpemidler.

For ledere i sykehjem er det en utfordring å få til en kultur for fagutvikling for å sikre den nødvendige kompetansen på sykehjemmet samtidig som det også kan være en faktor for å rekruttere og beholde dyktige medarbeidere i organisasjonen. Hvordan lederen klarer å ivareta dette området er også avhengig av rammebetingelser som er til rådighet.

I Stortingsmelding nr. 25 (2005- 2006) påpekes det at dette er utfordringer som omsorgstjenesten står overfor. Andelen ansatte med høyskoleutdanning er for lav i forhold til hvilke utfordringer som skal ivaretas, det er i tillegg en utstrakt bruk av deltidsstillinger.

Legedekningen er også mange ganger begrenset i forhold til hvilke behov beboerne kan ha. I en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet fra 2005 ble det konkludert med at det er viktig å øke legedekningen i sykehjem for å bedre kvaliteten på det medisinske tilbudet til sykehjemmene. Sosial og helsedirektoratet vurderte at svært mange kommuner hadde for lav legedekning og det er manglende kontinuitet og kapasitet i tjenesten (Sosial og helsedirektoratet 2005).

#### **4.5 Fysiske rammebetingelser**

Det har i den siste ti års perioden vært satset mye på utbygging og renovering av sykehjem for at alle beboere skulle få mulighet til å bo på enerom. I kvalitetsforskriften står det også at beboer skal få tilbud om eget rom ved langtidsopphold og ha mulighet for ro og skjermet privatliv. Utbyggingen av enerom i sykehjem er fortsatt ikke helt optimal, men i følge Stortingsmelding nr.25 (2005-2006) er dekningsgraden opp mot 90 %. Dette vil ha bedret beboernes mulighet til å ha materiell trygghet ved tilbudet. Boligstandarden er bedret og det gir muligheter for privatliv ved å kunne ha sine egne eiendeler rundt seg og å slippe å dele rom med andre pasienter. Det gir også mulighet til å ta imot besøk, uavhengig av bestemte tider, og å være uforstyrret samtidig som heller ikke andre beboere forstyrres.

Dobbeltrom - problematikken har vært et stort problem opp gjennom tidene for beboerne og de som arbeider i sykehjem. Det har vært et politisk prioritert område, og det har medført en stor forbedring selv om det fortsatt finnes sykehjem som ikke er renovert og som må leve med de problemer som det medfører. I Sintef rapporten varierer sykefraværet mellom de ulike avdelingene fra 19-20 prosent i 4 av avdelingene til under 7 prosent i fem av avdelingene. Det viser en klar sammenheng mellom bygningens alder og sykefravær i avdelingen.

Det kommer også frem at bygningsmessige forhold har betydning for hvor godt det kan tilrettelegges for ulike praktiske gjøremål, samt tiltak for å stimulere beboerne (Nygård m.fl. 2004).

Hvordan sykehjemmet er fysisk utformet vil ha stor betydning for arbeidsmiljøet. Er det vanskelig å kunne bruke hjelpemidler som for eksempel personløfter kan dette medføre belastningsskader hos de ansatte. Har beboerne egne tilgjengelige bad. Bygningsmessige krav og retningslinjer er i dag utformet av en slik karakter at de fleste hensyn blir ivaretatt. Det som kan være et annet problem er hvordan utformingen av bygningsmassen er med på å skape trivsel. Her er det store variasjoner og noen store sykehjem har store enheter og store

fellesrom som ikke alltid innbyr til hygge og trivsel. Har sykehjemmet veranda som er lett tilgjengelig er dette svært positivt for beboerne siden det gir mulighet for frisk luft, plante ulike vekster og se det spire og gror. Mange ønsker ikke å være ute så lenge om gangen og da kan personalet lettere følge dem ut og inn etter eget ønske. Noen sykehjem har også tilrettelagt en ”pen stue” hvor beboere har mulighet til å invitere til egne selskap.

Det kommer av og til frem eksempler i media hvor for eksempel nye og flotte sykehjem ikke har midler til å drive sykehjemmet på grunn av mangel på ressurser som kan være økonomiske midler eller tilgang på personell (Eltvik og Nykvist 12.02.08).

Det estetiske uttrykket er også med på å formidle organisasjonens verdier (Aadland m.fl. 2005). Han viser til Schein som studerte organisasjoners kulturuttrykk og disse inkluderte alt fra fysisk struktur, arkitektur, utsmykking, kles - koder, språkkoder, humor, rutiner, roller, sosiale samhandlingsmønster og til fortellinger (Aadland 2004). Jeg har begrenset oppgaven til å ikke utdype kulturbegrepet så derfor kommer jeg ikke nærmere inn på det her.

#### **4.6 Oppsummering**

Jeg har i dette kapitlet valgt å bruke kvalitetsforskriften som en av rammebetingelsene for å belyse hvilke utfordringer ledere i sykehjem står overfor. Jeg har tatt for meg noen av de sentrale områdene i forskriften som det kreves skriftlige nedfelte prosedyrer for. Områdene går noe over i hverandre slik at jeg derfor har samlet nærliggende områder og sett disse opp mot drøftet disse under ett opp mot sentrale funn i det utvalget av empiri som jeg har tatt utgangspunkt i. Jeg har trukket inn nøkkelinformanter der som det var naturlig for tydeliggjøre funnene. Jeg har videre pekt på andre rammebetingelser som økonomi, personell og fysiske rammebetingelser og ser hvilke utfordringer og dilemma dette kan være for ledere i sykehjem. Jeg har påpekt mange utfordringer som ledere i sykehjem står overfor men at dette kan være varierende hvordan utfordringene arter seg mellom ulike sykehjem og avdelinger. Det som jeg synes kommer frem er at det er flere områder i kvalitetsforskriften som er vanskelig å møtekomme. Brukermedvirkning og samarbeid med pårørende og mulighet for samvær, sosial kontakter, fellesskap og aktivitet områder som kan være vanskelig å møte behovene for. Det kommer videre frem en sammenheng i forhold til personell, økonomi og andre rammebetingelser, hvor stor grad det er mulig å imøtekomme kravene i forskriften.

## 5.0 SAMMENFATNING OG KONKLUSJON

Jeg skal i dette kapittelet sammenfatte arbeidet med oppgaven og jeg vil ut fra dette trekke noen egne konklusjoner.

Jeg har i denne oppgaven vært opptatt av kvalitet i sykehjem og hvilke utfordringer leder i sykehjem står overfor. For å danne en felles forståelse for oppgaven fikk den teoretiske innføringen stor plass. Jeg var noe usikker på om den empiri som jeg kom frem til var dekkende for min problemstilling da noen av undersøkelsene var noen år tilbake i tid, men samtidig så har det vært interessant å se om utfordringene er de samme nå, som de var for ti år siden.

Undersøkelsen ” Kvalitet i sykehjem” i Trondheim kommune ble gjennomført i 1997- 1998. Det har gjennom offentlige meldinger vært satt fokus på kvalitet i sykehjem i tiden etter den, og kvalitetsforskriften ble vedtatt i 2003. Mange kommuner har arbeidet systematisk for å lage kvalitetssystemer og det har blitt satt inn mye ressurser på dette arbeidet, noe som også Karen Kaasa(2004) og Elisabeth Arntzen (2007) viser til i sine bøker.

Gjennom arbeid med oppgaven og med svar fra nøkkelinformantene har det vist seg at de sentrale funnene i undersøkelsene er av like stor betydning i dag som da de ble gjennomført. Hovedfunnene jeg har vist til er områder innenfor kvalitetsforskriften som kan være vanskelig å ivareta. Dette gjelder hvor stor grad beboerne får ivaretatt sitt behov for integritet og selvbestemmelse og kontakt med pårørende. Det å ha mulighet for samvær, sosial kontakt, felleskap og aktivitet samt tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter viser materialet her at det en felles utfordring å få til. Dette er også bekreftet i de siste uker gjennom media, hvor det har fremkommet at sosiale aktiviteter og lufteturer med beboere ikke er en mulighet å få til innenfor gitte rammer(Westerveld 18.04.08).

Konklusjonen på hvorfor det fortsatt er de samme utfordringer i forhold til å møte beboernes og pårørendes behov nå som tidligere har jeg også prøvd å belyse. Det er store variasjoner fra sykehjem til sykehjem og det er mange forhold som spiller inn. Jeg har belyst hvordan verdienes forankring i organisasjonen kan være av betydning, samtidig som kultur og rammebetingelser spiller en viktig rolle. Jeg har valgt å ha et systemperspektiv noe som bekrefter viktigheten av å se alle forhold i en sammenheng, samtidig som endringer på et område kan være av betydning for et annet område i organisasjonen.

Jeg har sett på hvilken betydning ledelse har i sykehjem og belyst områder som kan gi ledere utfordringer i hverdagen. Jeg har knyttet det opp mot kvalitetsforskriften og sett det i forhold til rammebetingelser knyttet til økonomi, personalressurser, faglige - og driftsmessige forhold

samt fysiske rammebetingelser. Rammebetingelsene kan variere mellom sykehjem og kommuner og gi ulike utfordringer for sykehjemsdriften.

Jeg mener det har vært et steg i riktig retning å ha vedtatt en kvalitetsforskrift som viser til hvilke rettigheter beboere i sykehjem skal ha. Dette handler om også å ha felles verdier for sykehjemmene, men det blir også like viktig at det følger med ressurser for å kunne gjennomføre disse tiltakene som er beskrevet. Jeg synes å se at ikke det er i samsvar og dette vil ikke tjene sykehjemmene verken på kort eller lengre sikt. Jeg har også henvist til New public management som har vært en ledelsefilosofi som har vært rådende innenfor offentlig sektor for å effektivisere tjenester. Dersom kvalitetsforskriften ble operasjonalisert og det ble tydelig hvor mye tid til hjelp og omsorg den enkelte beboer skulle ha på sykehjemmet, tror jeg årsverkene ville blitt betydelig høyere enn det er i dag. Det at det ikke er vedtatt hvilken pleiefaktor som skal ligge til grunn på sykehjem, tror jeg handler om det samme, nemlig at dette vil medføre økte kostnader innenfor denne sektoren. Det har gjennom den pågående debatten blitt foreslått at beboere skal ha lovfestet krav om å komme ut hver dag (Westerveld 18.04.08). Jeg tror det kan være like viktig å lovfeste en grunnbemanning som gjør det mulig å ivareta alle områdene innenfor kvalitetsforskriften på en forsvarlig måte. Da vil også verdiarbeidet i organisasjonen kunne få en dypere mening. Vike hevder at når de ansatte må selv legge fram bevis på at det er lav kvalitet og uverdige forhold for eldre pleietrengende før deres oppdragsgivere vil foreta seg noe, er dette uttrykk for to erkjennelser. Det er for det første et uttrykk for at en reell forpliktelse til å sikre kvalitet utgjør en for stor økonomisk risiko. Kvalitet innenfor denne sektoren er en helt sentral del av finanspolitikken. For det andre mener han at det er et uttrykk for at de politisk ansvarlige ikke har hastverk til å foreta seg noe, selv om pleietrengende lider (Vike 2007).

Thyra Frank er leder for Lotte som er et pleiehjem i Danmark. Hun har fått mye anerkjennelse for sin måte å lede arbeidet på både i Danmark og i den senere tid også i Norge. Hun er en engasjert leder som har utført arbeidet på sin måte og etter enkle prinsipp og den sykehjemsplass koster ikke mer her, enn på et offentlig pleiehjem i Danmark. Dette har medført at hun har fått et sykehjem som eldre søker seg til fra ulike deler av landet og de som arbeider der trives så godt at de ikke er verken syke eller slutter i arbeidet før pensjon. Hun har en filosofi om at de eldre skal ikke "kede seg, selv om de har kommet på sykehjem" og mener at mye handler om holdninger. Hun sier i grunnregelen har hun 1 pleier pr. beboer og hun passer godt på personalet. Hun sier de ansatte skal føle at de stoles på og at de har stor frihet. Sykefraværet er redusert til det laveste i Danmark på 0.8 % (Moen og Holte 2004). Det er mange sykehjem som har blitt inspirert av "Lotte modellen" også her i landet, og mange



sykehjem har også gjennomført elementer av denne modellen. Hun er også et eksempel på hvilken betydning lederen kan ha for et sykehjem. Thyra Frank har på mange måter trosset byråkratiet for å få gjennomslag for egne ideer, men det er ikke noe en leder i en offentlig institusjon kan tillate seg å gjøre. Jeg mener at dette viser hvor viktig det er for administrasjon og myndighetene å være bevisst på hvilke arbeidsoppgaver som pålegges ledere i sykehjem. Min nøkkelinformant opplevde det at det ble mer og mer merkantilt arbeid å gjøre, som gikk på bekostning av utvikling av beboerens tilbud.

Vike sier i sin artikkel ”I klemma sammen med pasientene” at myndighetene definerer standarden på helsetjenesten og så bevilger de lite penger til å drive den. Han viser til at det er deres egne tilsyn som kommer med kritikk når tjenesten ikke er god nok, og helsearbeiderne får kjeft hvis de klager offentlig (Vike 2007). Jeg synes at han gir et godt bilde på hvordan virkeligheten er, og som også noen av mine nøkkelinformanter bekrefter.

Vike sier videre at når politiske myndigheter definerer tjenestenes standard, legger til rette for at tilsynsmyndigheter kan ”arrestere” kommuner for sviktende omsorgsnivå. Samtidig som de kritiserer pleie- og omsorgsprofesjonene for å skyve pasientene foran seg, når de påpeker ressursmangel. Han mener at fagfolk i førstelinjetjenesten blir politikerne og administrasjonene sine agenter for å ta ansvar og samtidig administrere redusert kvalitet på en rekke områder innen pleie- og omsorgstjenestene (Vike 2007).

Hvis vi ønsker god kvalitet i sykehjem og en standard som gjør at vi selv kunne ønske å ha våre foreldre der eller selv ville bo der, så tror jeg rammebetingelsene slik de fremstår i dag må endres. Ut fra det vil man kunne gjøre det attraktivt å arbeide i sykehjem og det vil være av den største betydning for hvordan beboerne har det. Thyra Frank sier hun driver med ”hart hunting” og ikke ”head hunting”. Hun sier det er viktig at de som skal arbeide innenfor pleie og omsorg har gode holdninger. Dette handler også om hvilke verdier den enkelte har og hvordan disse kommer til uttrykk innenfor omsorgsyret som jeg også har belyst i denne oppgaven. De ulike helsefagutdanninger har fokus på etikk og holdninger, samtidig som de også får direkte fagkunnskaper som er viktig i møte med syke og eldre beboere i sykehjem. Jeg mener det er viktig for å kunne ha et kvalitativt godt tilbud innenfor sykehjem må begge forhold være ivaretatt. Dette krever innsats fra flere områder som fagmiljøene innenfor forskning og utdanning. I rapporten ”Ikke løsrevet og delt – men integrert og helt.” fremkommer det hvilke utfordringer utdanninger står overfor i møte med behov innenfor eldreomsorg og den påpeker også viktigheten av samarbeid innenfor de ulike utdanningene (Kaasa, Bøen, Utnem 2006). Det som også undersøkelsene viste var betydningen av tydelig ledelse som er nærværende (Nygård m.fl. 2004). Jeg tror at det å tilrettelegge for og ivareta

ledelse som er faglig forankret et viktig grunnlag for en best mulig kvalitet i sykehjem. Møter lederne så store forventninger fra de ulike hold at det vanskelig lar seg imøtekomme med de midler som er til rådighet, vil dette skape frustrasjon og konflikter i organisasjonen som igjen vil gå ut over tilbudet til beboerne.

Jeg har pekt på hvilken betydning verdier, holdninger og etikk har i sykehjem. Jeg har også sett på betydningen av verdibasert ledelse, og hvordan kvalitetsledelse kan være en hjelp for å sikre kvalitet.

Oppgaven konkluderer med at det synes å være til dels motstridende krav og forventninger til ledere i sykehjem. Ledere er viktige i sykehjem og det er viktig at rammebetingelsene gjør det mulig å imøtekomme de krav og forventninger som stilles på sykehjemstilbudet.

Rammebetingelser som ledere i sykehjem har synes å variere, men jeg mener de bør vurderes sentralt for å imøtekomme kvalitetsforskriften.

## LITTERATURLISTE

Arntzen, E. (2007). *En forutsigbar helsetjeneste. Kvalitet og orden i eget hus*. Oslo. Gyldendal norsk forlag.

Berwick D.M., Enthoven A, Bunker J.P. ( 1992). Quality management in the NHS: the doctor's role – I: *British Journal of Medisin*; 304: 235 - 9.

Deming W. E. (1986). *Out of the crisis*. Cambridge, Massachusetts Intitute of Tecnology.

Dworkin G. (1988) *The theory and Practice of Autonomy*. Cambrigde: Cambridge University Press.

Eide H. og Eide T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo. Gyldendal Norsk forlag.

Eltvik A. og Nykvist K. (12.02.08) Mangler folk til sykehjemmet. *Nationen*.URL:  
<http://www.nationen.no/distrikt/article3342440.ece>

Eriksen E. O. (1999). *Kommunikativ ledelse – om styring av offentlige organisasjoner*. Oslo. Bokforlaget.

FOR 1988-11-14 nr 932: Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie.URL:  
<http://www.lovdatab.no/cgi-wif/ldles?doc=/sf/sf/sf-19881114-0932.html>

FOR 2003-06-27 nr 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. URL:<http://www.lovdatab.no/cgi-wif/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030627-0792.html>

Foss B., Wahl A. K. (2002). Pasienters behov viktigere enn rutiner. I: *Tidskriftet sykepleien* nr. 18- 2002.

Foss B. (19.01.08). Verdikonflikt i eldreomsorgen. *Drammens tidende* s.29

Garsjø O.(2003). *Institusjon som hjem og arbeidsplass: et bidrag til institusjonsfaglig kompetanse*. Oslo. Gyldendal akademisk forlag.

Hatch M.J. (2004).*Organisasjonsteori. Moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo. Abstrakt forlag.

Hellevik O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo. Universitetsforlaget.

Helsetilsynet.Tilsynsrapport.

URL:[http://www.helsetilsynet.no/templates/Page\\_\\_\\_\\_5291.aspx](http://www.helsetilsynet.no/templates/Page____5291.aspx)[http://www.helsetilsynet.no/templates/Page\\_\\_\\_\\_5291.aspxv](http://www.helsetilsynet.no/templates/Page____5291.aspxv)

Jess, K. (1998). *Kvalitet før brukare.Frivilligt sosialt arbete ur ett brukarperspektiv*. Stocholm. Skönadalsinstitutet.

Kaasa A., Bøen H., Utnem A. F. (2006). *Ikke løsrevet og delt – men integrert og helt. En utredning av behov for tverrfaglig utdanning i aldring og eldreomsorg*. Oslo. Diakonhjemmet Høgskole.

Kaasa K.(2004). *Kvalitet i helse- og sosialtjenesten. Det er menneskene det kommer an på*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS

Kvamme OJ, Mjell J, Hjortdahl P.(1997) Hvilke medisinske kvalitetsbegreper bør vi bruke i Norge? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*; 117: 3823 - 6.

Martinsen, K. (1996). "Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring" I Jensen et. al. *Moderne omsorgsbilder*. Oslo. Ad notam Gyldendal.

Mathisen S.B. (2000). *Ildsjeler brenner ikke evig – om utbrenthet i arbeidslivet*. I:Einarsen S. og Skogstad A. red. *Det gode arbeidsmiljø*.2000. Bergen. Fagbokforlaget.

Moen K.E. og G.Holte (27.09.2004). NRK, Puls. URL:  
<http://www.nrk.no/programmer/tv/puls/4122564.html>

NESH (1999)( Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora)URL: [http:// etikkom.no/retningslinjer](http://etikkom.no/retningslinjer).

NOU 1997: 25. Ny kompetanse. URL:  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/NOUer/1997/NOU-1997-25/8.html?id=141165>

Nylehn, B.(1999). *Organisasjon og ledelse*. Oslo. Kalle forlag

Oslo kommune, Byrådet (1998). *Kvalitet og kvalitetsmåling i pleie- og omsorgstjenestene*. Byrådssak 326/98.

Paulsen B., Harsvik T., Halvorsen T., Nygård L.(2004). Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. Rapport STF78 A045006. Helsetjenesteforskning. URL: [www.sintef.no](http://www.sintef.no)

Repstad, Pål. (2007) *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo. Universitetsforlaget.

Rocheach, Milton. (1973) *The nature of human values*. New York: Free press.

Schwartz, S. (2003). *A proposal for Measuring value orientations across Nations*. In the Questionnaire Development Package of the European Social Survey.  
Website:[http:// www. Europeansocialsurvey.org](http://www.Europeansocialsurvey.org).

Sjørshammer, M. (2004). *Bedre planlegging i helsesektoren*. Kristiansand. Høyskoleforlaget.

Skogstad A. (2000). Psykososiale faktorer i arbeidet.I: Einarsen S. og Skogstad A. red. (2000). *Det gode arbeidsmiljø. Krav og Utfordringer*. Bergen. Fagbokforlaget.

Slagsvold, B. (1995). *Mål eller mening. Om å måle kvaliteter i aldersinstitusjoner*. Rapport nr. 1/1995. Norsk gerontologisk institutt.

Slettebø, Åshild.(2002). *Strebing mot pasientens beste*. En empirisk studie om etisk vanskelige situasjoner i sykepleiepraksis ved tre norske sykehjem. Universitetet i Oslo. Doktoravhandling.

Sletvold O., Solbu H., Hofstad T.(1999). *Kvalitet i sykehjem. En kartlegging av kvaliteten på heldøgns omsorgstilbud i Trondheim kommune*. Bergen. Nasjonalt formidlingssenter i geriatri.

Solvoll, K. (2002). *Kvalitet i sykehjem slik pårørende ser det*. Oslo. Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Sosial- og helsedirektoratet (2005)Normering av legetjenester i sykehjem. URL:  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2007/I-42007-Nasjonal-standard-for-legetjenes.html?id=458057>

Statistisk sentralbyrå. Sykefravær statistikk. URL:  
<http://www.ssb.no/sykefratot/http://www.ssb.no/sykefratot/>

Stortingsmelding nr. 25 (2005- 2006) Mestring, muligheter og mening.URL:  
<http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000DDDPDFS.pdf>

Stortingsmelding 45 (2002- 2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie og omsorgstjenestene. URL:  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/Stmeld-nr-45-2002-2003-.html?id=197245>

Stortingsmelding nr. 39 (1998-1999). Forskning ved et tidsskille. URL:  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/19981999/Stmeld-nr-39-1999-.html?id=192405>

Strand, Nils Petter. (2007). *Verdier på vandring. Aldersforskjeller i verdisyn blant middelaldrene og eldre*. Oslo. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Nova rapport 15/2007.

Strand, T.(2001). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen. Bokforlaget.

Vike H. (30.08.07) I klemma sammen med pasientene. *Sykepleien jobb*.

Westerveld J.( 17.04.08) Innsatte har krav på en time ute. *Aftenposten s.12*.

Westerveld J.(18.04.08) Øk bemanningen! *Aftenposten .s 4*.

Wyller T.B. og Laake P. (14.05.2005). Bemanning og kvalitet i tjenesten. Fagforbundet. *Fagbladet*. 4.2005.URL:

<http://www.frifagbevegelse.no/sok/index.jsp?eceMode=search&eceForm=simple&eceSort=maxDateSorted&eceMaxDateSortedHits=50&eceMaxDateSortedHitsOrder=descending&eceSection=14059&eceExpr=wyller>

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. 2007. Norsk sykepleieforbund. Tilgjengelig nettadresse: [www.nsf.no](http://www.nsf.no)

Aadland E. (2004). *Den truverdige leiaren*. Oslo. Det Norske Samlaget.

Aadland E. (2000). *Etikk for helse og sosialarbeidarar*. Oslo. Det Norske Samlaget.

Aadland, E. (1997). *"Og eg ser på deg ..."*. Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag. Oslo: Tano.

Aadland E. m.fl. (2005). *Verdibasert ledelse I praksis. En studie av 8 medlemsvirksomheter I H.S.H*. Oslo. Seksjon for verdibasert ledelse. Diakonhjemmet høgskole.

## Vedlegg

### Intervjuskjema

**Stillingsbetegnelse i kommunen:**

**Utdanning:**

**Tid ansatt i denne stilling:**

**Ansvarsområde i stillingen:**

**Størrelse på sykehjem:** Totalt antall beboere:

**Størrelse på avdeling:** Antall beboere:

**Standard:** antall enerom med bad:                      Antall enerom:                      Antall flersengs rom:

Antall bad i avdelingen:                      Antall wc:

**Type avdeling:** Langtidsavdeling:                      Skjermet enhet:                      Kortid/ rehab:

**Antall stillinger knyttet til avdelingen:**

Sykepleier:                      hjelpepleier:                      assistent:

Antall timer legetilsyn pr.uke:

Antall timer pr.uke ergo./fysio:                      andre:

### VERDIGRUNNLAG

**Vet du om kommunen har verdigrunnlag? Dersom ja, på hvilken måte har dette hatt innvirkning på virksomheten?**

**Har sykehjemmet formulert egne verdier/ visjoner? Hvilke?**

**Hva er gjort for å forankre verdiene i organisasjonen?**

**På hvilken måte tror du virksomhetens brukere merker virksomhetens verdier? Gi konkrete eksempler.**

**Hva gjøres for at nyansatte skal bli kjent med virksomhetens og dens verdigrunnlag?**

**På hvilken måte er du som leder bevisst ditt eget verdigrunnlag?**

**Hvordan tror du ansatte merker dette?**

**På hvilken måte arbeider du med å skape sammenheng mellom virksomhetens verdigrunnlag og praksis?**

**Hvilken betydning tror du fokus på verdier og verdibasert ledelse har for utvikling av virksomheten?**

**Kvalitetsforskriften beskriver grunnleggende behov som skal ivaretaes overfor brukerne i sykehjem.**



(Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. )

Dette er noen utvalgte spørsmål i forhold til forskriften:

- **Oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet.**

Blir brukeren i det daglige behandlet med respekt?

Svaralternativ: Ja Både/og Nei

Vil personalet kunne gi brukeren nødvendig hjelp til å få dekket sine grunnleggende behov?

Svaralternativ: Ja Både/og Nei

- **Selvstendig styring av eget liv. Ha mulighet til selv å ivareta egenomsorg.**

Får brukeren være med å bestemme når det taes avgjørelser som angår han/henne?

Svaralternativ: Ja Både/og Nei

- **Tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat. Få tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise.**

Får brukeren nok hjelp i spisesituasjoner?

Svaralternativ: Ja Nei

- **Mulighet for samvær, sosial kontakt, felleskap og aktivitet.**

Får brukeren være med på sosiale aktiviteter som hun/han er interessert i?

Svaralternativ: Ja Både/og Sjelden Ikke interessert

- **Ha mulighet for ro og skjermet privatliv.**

Blir brukeren ønsker om et skjermet privatliv respektert?

Svaralternativ: Ja Både/og Nei

- **Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett). Få tilpasset hjelp ved av og påkledning.**

Får brukeren tilstrekkelig hjelp til å stelle seg? Svaralternativ: Ja Nei

Får brukeren nok hjelp for vannlatingsproblemene sine? Svaralternativ: Ja Nei

Får brukeren nok hjelp i for avføringsproblemene sine? Svaralternativ: Ja Nei

- **Få nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand.**

Vil brukeren få nødvendig legehjelp hver gang han/hun trenger det?

Svaralternativ: Ja Både/og Nei

Vil personalet komme raskt i gang med hjelp hvis det skulle skje noe uventet med brukeren?

Svaralternativ: Ja Både/og Nei

**Er det behov som du opplever som er vanskeligere å få dekket daglig enn andre i din avdeling, i forhold til hva forskriften krever?**

Svaralternativ: Ja Nei

**Hvis ja, hvilke behov gjelder dette?**

**Hva tror du de vanligste årsakene?**

**Brukermedvirkning er sentralt i denne forskriften.**

**Hvilken praksis har avdelingen og sykehjemmet for å ivareta brukermedvirkning?**

**( For eksempel bruker- råd, beboermøter, pårørende møter, brukerundersøkelser, annet )**

**På hvilken måte blir brukerne hørt?**

**Kunne du tenke deg selv (eller noen av dine nærmeste, hvis de skulle ha behov for det)å være beboer i denne avdelingen?**

**Hvilke utfordringer møter du som leder i sykehjem?**