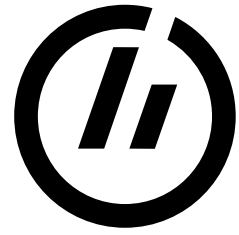


Fredrikstad kommune

Prosjekt
**BRUKER
OG
KOMPETANSESENTER**



Høgskolen i Østfold

tilsluttet det nasjonale Undervisningssykehjemsprosjektet

ØKTE PERSONALRESSURSER - BEDRET TJENESTETILBUD ?

En undersøkelse av effekten av 13 nye årsverk i Åpen omsorg -
kommunedel Onsøy.

Sigurd Roger Nilsen
Gunnar Vold Hansen

Online-versjon (pdf)

Utgivelsessted: Halden

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Høgskolen i Østfold har en godkjenningsordning for publikasjoner som skal gis ut i Høgskolens Rapport- og Arbeidsrapportserier.

Rapporten kan bestilles ved henvendelse til Høgskolen i Østfold.
(<http://www.lu.hiof.no/~bib-remmen/skjema/Seriebestilling.htm>)

Høgskolen i Østfold. Rapport 2002:1
© Forfatteren/Høgskolen i Østfold
ISBN: 82-7825-102-9
ISSN: 1503-2612

FORORD

Denne rapporten var i utgangspunktet et oppdrag fra Fredrikstad kommune som ønsket en avgrenset evaluering av effekten av en betydelig økning i antall ansatte i Åpen omsorg i kommunedel Onsøy. På bakgrunn av datainnsamlingen vi utførte høsten 2000, la vi i april 2001 frem en kortrapport med presentasjon av hovedfunnene i undersøkelsen.

Kortrapportens avgrensinger hindret oss i en utfyllende metodisk og teoretisk redegjørelse for gjennomføringen av, og grunnlaget for konklusjonene i undersøkelsen. Vi bestemte derfor, med bakgrunn i vår egen faglig interesse for evalueringsforskning, at vi ville fullføre dette ved å presentere en noe mer omfattende rapport enn det som opprinnelig var planlagt.

I offentlige diskusjoner benyttes gjerne ord som effektivitet og kvalitet som entydige begreper. I vårt arbeid med denne evalueringen oppdaget vi snart at det melder seg en del problemer når bedriftsøkonomiske fagbegreper skal overføres til den offentlig helse- og sosialtjeneste. I denne rapporten har vi derfor prøvd å få

frem variasjoner over temaet effektivitet i helse- og sosialsektoren. Samtidig håper vi at rapporten vil vise at det ikke er entydige svar på hvordan man måler begreper som effektivitet og kvalitet, men at ulike tilnærminger gir ulik innsikt. Det å velge flere og ulike tilnærminger i denne undersøkelsen, var naturlig siden vi selv representerer ulike fagtradisjoner. For oss har det vært både en utfordring og en styrke at vi har kunnet se på problemstillingen med ulike tilnærminger.

Det opprinnelige utgangspunktet med en avgrenset bestilling med kort tidsfrist, gjorde at vi nok satte i gang noe raskere enn vi burde. Det har gjort at noen spørsmål ble uklare og at andre ikke ble stilt. Likevel føler vi at undersøkelsen har gitt oss et spennende innblikk i hvor sammensatte endringsprosesser er, og hvordan en organisasjon kan håndtere de utfordringer en slik endringsprosess vil være.

Arbeidet har vært likt fordelt mellom de to ansvarlige for rapporten. Dette gjelder både med hensyn til arbeidet med den teoretiske og praktiske del av undersøkelsen. Ulik faglig bakgrunn har medført at den faglige tilnærmingen har vært forskjellig. Dette har skapt grunnlag for konstruktive diskusjoner der vi har måttet tilpasse oss hverandre for å komme frem til en rapport som vi begge kan stå for. Denne rapporten er derfor et fellesprodukt der vi må dele på så vel ris som ros. Likevel er det slik at Sigurd Roger Nilsen har gjennomført intervju-undersøkelsen med de ansatte, og at Gunnar Vold Hansen har intervjuet virksomhetsleder og bearbeidet data fra spørreskjemaundersøkelsen. Dette medfører at Sigurd Roger Nilsen

har hatt hovedansvaret for følgende kapitler: 2.2, 3 og 6, mens Gunnar Vold Hansen har ført mesteparten av kapitlene 2.1, 2.3, 4 og 5 i pennen.

Vi takker alle som har bidratt med data, innspill og inspirasjon.

Fredrikstad januar 2002

Sigurd Roger Nilsen

Gunnar Vold Hansen

INNHold

1.0 INNLEDNING	9
1.1 Bakgrunn for saken	9
1.2 Bakgrunn for opprettelse av de nye stillingene	10
1.3 Mulige virkninger av stillingsøkningen	11
1.4 Klargjøring av problemstillingen for undersøkelsen	14
1.5 Sammendrag oppbygging av rapporten	17
HOVEDDEL I – TEORETISK DEL	21
2.0 HVA BETYR EN EFFEKTIV OG KVALITATIV GOD HELSETJENESTE ?	21
2.1 Når kan vi si at helsetjenesten er effektiv ?	21
2.1.1 Kostnadseffektivitet	21
2.1.2 Måloppnåelse	23
2.1.3 Kvalitet	25
2.2 Kvalitet i et etisk perspektiv	28
2.3 Indikatorene som grunnlag for en kvalitetsundersøkelse av helsetilbudet	34
2.3.1. Dokumentasjonsordninger	35
2.3.2. Pasientkontakt	36
2.3.3. Medisinhåndtering	38
2.3.4. Arbeidsmiljø	39
2.3.5. Organisatoriske forhold	40
HOVEDDEL II – PRAKTISK DEL	42
3. 0 METODE FOR UNDERSØKELSEN	42

3.1	Problemdefinering og design	42
3.2	Metode for innsamling av data	46
3.2.1	Det kvalitative forskningsintervju	48
3.3	Metode for analyse	50
3.4	Gjennomføring av intervju- og spørreskjemaundersøkelsen	52
3.5	Verifisering	53
4.0	KOSTNADSEFFEKTIVITET	56
4.1	Presentasjon av funn	56
4.1.1	Antall stillinger	57
4.1.2	Antall brukere	57
4.1.3	Antall besøk	58
4.1.4	Saksbehandling	58
4.2	Drøfting av funn	59
5.0	MÅLOPPNÅELSE	62
5.1	Presentasjon av funn	62
5.1.1	Intervju med virksomhetsleder	65
5.2	Drøfting av funn	72
6.0	KVALITET	77
6.1	Bakgrunnsvariabler	77
6.2	Dokumentasjonssystemet og informasjonsutveksling	78
6.2.1	Presentasjon av funn	78
6.2.2	Drøfting av funn	83
6.3	Direkte pasientkontakt	85
6.3.1	Presentasjon av funn	85
6.3.2	Drøfting av funn	90
6.4	Medisinhandling	94

6.4.1 Presentasjon av funn	94
6.4.2 Drøfting av funn	96
6.5 Organisatoriske forhold	97
6.5.1 Presentasjon av funn	97
6.5.2 Drøfting av funn	100
6.6 Arbeidsmiljøfaktorer.	104
6.6.1 Presentasjon av funn	104
6.6.2 Drøfting av funn	108
7.0 AVSLUTNING	113
7.1. Oppsummering	113
7.2 Begrensninger ved undersøkelsen	118
LITTERATURLISTE	121
VEDLEGG 1	126
VEDLEGG 2	145
VEDLEGG 3	147
VEDLEGG 4	148
VEDLEGG 5	149

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for saken

Kommunene fikk fra 1988 hele ansvaret for eldreomsorgen i førstelinjetjenesten. De hjemmebaserte tjenestene har i perioden etter dette endret seg betydelig. Dette skyldes i hovedsak to forhold: Antall eldre har økt kraftig, mens antall institusjonsplasser har endret seg lite. Dette har medført et sterkt press på de hjemmebaserte tjenestene (Otterstad & Ek , 2000).

Situasjonen i Fredrikstad kommune er i samsvar med denne beskrivelsen av nasjonale forhold. I følge Handlingsplan for styrking av eldreomsorgen forventes det en økning på 166 personer over 80 år frem mot planperiodens slutt (2001) og dette utgjør 27% av den totale befolkningsøkningen. Videre heter det at:

"En økning i antall eldre innebærer også en økning i antall aldersdemente. De vil ha behov for mye bistand og oppfølging. Det er et stort behov for tilrettelagte tilbud til denne gruppen" (Fredrikstad kommune, 1998:7).

I handlingsplanen ble det foreslått en økning på 51.02 årsverk i hjemmetjenesten. Den ovennevnte utviklingen og dette forslaget er viktig for å forstå hvorfor Åpen omsorg i kommunedel Onsøy fikk tilført 13 nye årsverk 1998.

Kvalitet og kostnadseffektivitet i pleie- og omsorgsarbeid er ikke lett å måle. Når antallet som mottar hjemmebaserte tjenester har økt betydelig, vil ikke nødvendigvis økte personalressurser bety et kvalitativt bedre tilbud. Bedre tilgjengelighet og økt tidsbruk på den enkelte hjelpetrequende, kan være en indikasjon på at tilbudet har blitt kvalitativt bedret. Dette forutsetter imidlertid at pleiebehovet hos de som mottar hjemmebaserte tjenester ikke har endret seg. Når antall institusjonsplasser ikke har økt, tyder mye på at denne forutsetningen ikke er tilstede.

Avdeling for helsefag ble i juni 2000 kontaktet av Fredrikstad kommune med en forespørsel om høgskolen var villig til å gjennomføre en begrenset undersøkelse.

Bakgrunnen for henvendelsen var følgende vedtak i kommunedelsutvalget -
Onsøy , 22. desember 1999.

"Organiseringen innen Åpen omsorg gjennomgås med tanke på en effektiv ressursbruk i virksomheten, med bl.a. en redegjørelse for utnyttelsen og effekten av de nye stillingene" (Fredrikstad kommune 1999)

1.2 Bakgrunn for opprettelse av de nye stillingene

Opprettelse av 13 nye stillinger i åpen omsorg ble behandlet i kommunedelsutvalget 26.03.98 - sak 98/00300. Saken bygget på

vedtak i kommunestyret 29.01.98 - sak 98/0011: *Plan for boformer og handlingsplan for styrking av eldreomsorgen.*

Bakgrunnen for denne satsingen var delvis de mulighetene som oppstod ved at Stortinget høsten 1997 øremerket ekstra midler til satsing på eldreomsorg, delvis var det for å imøtekomme et avdekket behov for styrking av virksomheten. Behovet fremkom gjennom *Plan for boformer og handlingsplan for styrking av eldreomsorgen* som viste at kommunedel Onsøy hadde færre årsverk til pleie i hjemmetjenesten pr. innbyggere enn gjennomsnittet for kommunen. Økningen har medført at kommunedel Onsøy nå ligger omtrent på gjennomsnittet for kommunen.

I saksfremlegget fra rådmannen til kommunedelsutvalget understrekes det at personellstyrkingen også skal ha en kvalitativ dimensjon.

1.3 Mulige virkninger av stillingsøkningen

Før vi startet undersøkelsen tok vi utgangspunkt i at stillingsøkningen kunne ha hatt ulike virkninger, og vi har valgt å beskrive disse mulighetene i følgende fem scenarier. Disse scenariene er alle uttrykk for rendyrkede modeller og ingen av dem gir alene et helhetlig bilde av virkeligheten, men trolig er den faktiske situasjonen en kombinasjon av to eller flere av disse scenariene.

Alt 1

Økningen har ikke hatt noe effekt - de 13 stillingene er gått inn i den ordinære driften og har ikke medført noe økt effektivitet. I stedet har ressursene gått med til å øke "slingringsmonnet" (slack) i organisasjonen. Den naturlige situasjonen for en organisasjon er at ressursene ikke er utnyttet til bristepunktet (Cyert og March 1976). Før undersøkelsen var kommet i gang fikk vi fortalt historier som tydet på at organisasjonen tidligere var uten særlig slingringsmonn og muligheten for at ressursøkningen har medført et økt slingringsmonn var derfor tilstede.

Alt 2

Helsesektoren har de siste årene stått overfor stadig nye krav om mer samarbeid, både internt og med andre etater og forvaltningsnivåer. Slikt samarbeid medfører gjerne etablering av møter etc. og medfører økte utgifter (selv om det kan føre til mer effektivitet - måloppnåelse). I tillegg er det stadig økende krav til økt dokumentasjon og innføring av nye rutiner for å etablere blant annet systemer for kvalitetsutvikling. Innføring av slike rutiner vil vanligvis gi økte kostnader. Det er derfor en mulighet for at de økte ressursene er gått med til å utvide det administrative arbeidet (interadministrasjon).

Alt 3

To sentrale kjennetegn ved utviklingen i helsesektoren må også trekkes frem. Det ene er at folk lever stadig lenger og de eldste trenger stadig mer pleie og omsorg (St. meld. nr. 50 1996-97). Det betyr at hver person i gjennomsnitt har behov for mer pleie og omsorg enn for få år siden. I tillegg er det en utvikling der liggetiden

på sykehus blir stadig kortere. De pasientene som blir utskrevet til åpen omsorg krever derfor mer ressurser av de hjemmebaserte tjenestene enn tidligere. Prinsippet bak LEON (lavest effektive omsorgsnivå) medfører også at økt press på helsetjenester generelt vil få virkninger først og fremst for åpen omsorg. Det er skapt et inntrykk av at det i en tidligere periode var så lett å få sykehjemsplass at personer uten spesielle hjelpebehov flyttet inn. En mulig forklaring er derfor at økningen av ressurser til åpen omsorg har blitt spist opp av økt pleietyngde hos pasientene.

Alt 4

I forbindelse med organisasjonsendringer er en sentral utfordring å få de overordnede målene med endringene omgjort til handlingsmål hos de som skal sette de ut i livet (Nylehn, 1997). Handlingsmålene til de ansatte kan være et resultat av den utdanning personalet har (Bentsen, 1999). I tillegg er det viktig å peke på at ansatte i helsesektoren også utsettes for stadig press i forhold til hvordan ressursene skal benyttes. Pårørende er ofte aktive både overfor organisasjonen og den enkelte ansatte. Mange ganger vil også forholdet til brukeren selv være svært styrende. Det er ikke lett å forlate en bruker som klager over ensomhet og nærmest trygler tjenesteyteren om å bli bare litt til. Et mulig scenario kan derfor være at stillingsøkningen har bidratt til økt effektivitet, men at denne effektiviteten har vært knyttet til de ansattes handlingsmål og ikke til politikernes overordnede mål.

Alt 5

Det siste scenariet vi tar utgangspunkt i er at ressursøkningen

faktisk har hatt den virkningen som politikerne forutsatte da de foretok vedtaket om å tilføre åpen omsorg 13 nye stillinger. Den ønskede virkningen oppfattes gjennom kommunens plandokumenter som å være en bedring av de individuelle tjenestene, både i kvalitet og omfang, og en mer effektivt tjeneste ved en utvidelse av tilbudet til flere brukere.

1.4 Klargjøring av problemstillingen for undersøkelsen

Når effekten av de 13 nye årsverkene skal evalueres, vil det være naturlig å tenke en sammenlikning av dagens situasjon med tidspunktet før de nye personalressursene ble tilført åpen omsorg. Slike "før og etter" sammenligninger skaper problemer. Dette skyldes at et samfunn alltid er i utvikling. Det er derfor vanskelig i ettertid å evaluere om en gitt virkning er et resultat av en bestemt faktor eller av en generell utvikling (Peters & Savoie, 1998).

Det foreligger dessuten ingen systematisk studie av situasjonen før 1998 som kan danne grunnlaget for et sammenlignende studie. Dette gjelder data/ studier som søker å kartlegge både hvordan de som mottar omsorgstjenester og ansattes opplevelse av kvaliteten på helsetjenestene før økningen i personalressursene.

Et annet perspektiv på evalueringen kunne vært å gjøre en brukerundersøkelse hvor målet var å skape et bilde av utviklingen de to siste årene. En slik undersøkelse kan være verdifull i den grad den gir et kvalitativt bilde av dagens situasjon. Hvis det viser seg at

de som mottar tjenester i åpen omsorg uttrykker en høy grad av tilfredshet knyttet til tjenestetilbudet, kan dette være en indikasjon på at økte personalressurser har hatt en positiv effekt.

Pleie- og omsorgsbehovet til de som i dag mottar tjenester gjennom åpen omsorg har økt betydelig de siste årene. Dette skyldes økt andel svært gamle i befolkningen, kortere liggetid på sykehus og en ubetydelig økning i antall sykehjemsplasser (St. meld. nr. 50 1996-97). Svært mange i denne gruppen vil sannsynlig på grunn av sin helsesituasjon og aldersforandringer ha vanskeligheter med å gi et bilde av en kvalitativ endring av tjenestetilbudet. I løpet av en 2-års periode vil de fleste brukeres behov og helsesituasjon også sannsynligvis endret seg vesentlig. Vi vurderer at disse forholdene til sammen gjør at en brukerundersøkelse i denne sammenheng blir vanskelig å gjennomføre.

Videre er det slik at dersom man skal benytte brukererfaringer som en del av evalueringen, så er disse vanligvis bygget på om brukernes forventninger er oppfylt (Vedung, 1998). Det vil si at spør man brukerne om en endring i tjenestetilbudet er bra, så kan man få negative tilbakemeldinger selv om tilbudet er bedret fordi brukerne er blitt skuffet fordi forventet bedring var større enn det som ble oppnådd. Sørensen, Borge og Hagen (1999) peker blant annet på at publikums tilfredshet med kommunale tjenester er vesentlig lavere i Nord-Norge enn i Sør-Norge, til tross for at kommunene i Nord-Norge har vesentlig høyere dekningsgrad og standard på sine tjenester enn kommunene i Sør-Norge. Forklaringen som blir presentert er at innbyggernes forventninger og krav til kommunale

tjenester er større i nord enn i sør. Vi har derfor valgt å la være å benytte brukerundersøkelser i denne sammenhengen.

Evaluering av offentlige virksomheter kan gjøres på flere andre måter. Vedung (1998) har organisert de ulike metodene i 12 grupper. To av disse, de såkalte profesjonelle modellene, er selvevaluering og ekspertvurdering. Helsesektoren er en tydelig profesjonsstyrt virksomhet (Bentsen, 1998). Vi har derfor valgt å ta utgangspunkt i disse to metodene for denne evalueringen. Det innebærer at vi både lar etaten selv vurdere i hvilken grad de målsettinger som ble skissert i forbindelse med stillingsøkningen er realisert, og at vi på grunnlag av innsamlede data fra de ansatte gjør en faglig vurdering av om profesjonelle normer og kvalitetskriterier er oppfylt.

Vi vil i denne undersøkelsen konsentrere oss om de ansatte. Dette skyldes to forhold. Det ene er at vi ønsker å se på hele organisasjonen, ikke bare den delen av tjenesten som handler om selve samhandlingen med brukerne. Det andre er at selv om det også har vært en viss utskiftning og fornying av personalet, så er dette en mer stabil gruppe i organisasjonen enn brukerne. På den bakgrunn mener vi at effekten av økte personalressurser tilført åpen omsorg i stor grad kan vurderes ut fra de ansattes situasjon. Vi legger derfor til grunn at en undersøkelse rettet mot de ansatte vil gi det beste bildet av hvordan situasjonen har endret seg i Åpen omsorg.

Tidsperspektivet hvor endringen har foregått har vært relativt kort (2

år). Det vil derfor være sannsynlig at de ansatte klarer å gi et bilde av endringen uten at det foreligger en tilsvarende undersøkelse før den økte ressurstilførselen skjedde. Tilgangen til forskningsfeltet vil i dette tilfellet ikke by på problemer.

Undersøkelse av effekten av 13 nye årsverk i åpen omsorg vil derfor ta utgangspunkt i følgende to hovedspørsmål:

- *Hvordan opplever de ansatte kvaliteten på helsetjenestene i dag ?*
- *Hvordan oppleves dagens situasjon sammenliknet med situasjonen før de nye stillingene ble tilført åpen omsorg ?*

1.5 Sammendrag oppbygging av rapporten

Vi har i dette kapitlet prøvd å gi et bilde av det utgangspunktet vi hadde før vi satte i gang med undersøkelsen.

I kap 2 vil vi presentere den teoretiske referanserammen for undersøkelsen. I dette kapitlet peker vi på at effektivitet ikke er et entydig definert begrep. Vi presenterer derfor tre ulike tilnærminger til hvordan man kan "måle" effektiviteten. Disse tre er:

- kostnadseffektivitet
- måloppnåelse
- kvalitet

Ingen av disse indikatorene kan alene gi et helhetlig bilde av effektiviteten i Åpen omsorg. Vi velger derfor å se nærmere på alle disse måtene å måle effektivitet, men legger størst vekt på å få frem hvordan de kvalitative faktorene har endret seg.

De kvalitative faktorene vi velger ut er:

- Dokumentasjonssystemet og informasjonsutveksling
- Direkte pasientkontakt
- Medisinhåndtering
- Organisatoriske forhold
- Arbeidsmiljø

Kvalitet i pleie- og omsorgstjenester handler i stor grad om møte mellom bruker og tjenesteyter. Vi mener derfor at kvalitet i denne sammenhengen har en etisk dimensjon og drøfter dette nærmere i et eget punkt.

I kap 3 drøfter vi en del metodiske spørsmål knyttet til undersøkelsen. Vårt utgangspunkt er at det er de spørsmål vi stiller, og de data vi vil bruke til å svare på disse spørsmålene som danner utgangspunkt for hvilken metode som skal benyttes.

Designet kan illustreres på følgende måte:

Hensikt: **Å evaluere effekten av 13 nye årsverk i Åpen omsorg i kommunedel Onsøy.**

Problemstilling: **Økte personalressurser – bedret tjenestetilbud ?**
- En undersøkelse av effekten av 13 nye årsverk i åpen omsorg - kommunedel Onsøy.

Underspørsmål: **1. Har de økte personalressursene ført til en målbar virkning på virksomhetens produktivitet ?**

2. Har virksomheten nådd de definerte mål ?

3. Hvordan opplever de ansatte kvaliteten på helsetjenestene i dag ?

4. Hvordan oppleves dagens situasjon sammenliknet med situasjonen før de nye stillingene ble tilført åpen omsorg ?

1. trinn **Teoretisk referanseramme**
Hva betyr en effektiv og god helsetjeneste ?
- organisasjonsteori
- nærhetsetikk, omsorgsteori
2. trinn **Innsamling av opplysninger/data gjennom**
- gjennomgang av saks- og plandokumenter
- egenrapportering av virksomhetsleder
- kvalitativt forskningsintervju av 6 ansatte
- spørreundersøkelse av alle ansatte
3. trinn **Dataanalyse**
4. trinn **Fremstilling av resultater.**

I kap 4 ser vi nærmere på hvordan en del kvantitative indikatorer har endret seg etter at virksomheten fikk tildelt de nye stillingene.

I kap 5 presenterer vi virksomhetens egen beskrivelse av hvordan de ulike mål som ble skissert på forhånd er innfridd.

Hoveddelen av undersøkelsen knytter seg til en vurdering av hvordan de kvalitative indikatorene vi har skissert foran blir ivaretatt. Disse resultatene bygger først og fremst på dybdeintervjuer med ansatte. I tillegg blir intervjuene verifisert og komplementert gjennom en spørreundersøkelse rettet til alle ansatte.

HOVEDDEL I – TEORETISK DEL

2.0 HVA BETYR EN EFFEKTIV OG KVALITATIV GOD HELSETJENESTE ?

2.1 Når kan vi si at helsetjenesten er effektiv ?

Kommunedelsutvalget ønsket en gjennomgang av virksomheten i åpen omsorg med tanke på effektiv ressursbruk. Effektivitet et forholdsvis problematisk begrep (Nylehn, 1997). Vanligvis knyttes det sammen med økonomiske analyser av en virksomhet (Hellqvist, 1994). Likevel er det blitt mer og mer vanlig, særlig i offentlig virksomhet, å ha et noe videre perspektiv på hvordan begrepet kan benyttes.

Vi vil i denne rapporten ta utgangspunkt i tre ulike tilnærminger til begrepet effektivitet. Disse er:

- Kostnadseffektivitet
- Måloppnåelse
- Kvalitet

2.1.1 Kostnadseffektivitet

Den første tilnærmingen til å måle effektivitet er å måle den såkalte kostnadseffektiviteten (Sørensen, Borge og Hagen 1999). Dette er et teknisk/økonomisk begrep som knytter seg til måling av hvordan sammenhengen er mellom ulike kostnadsindikatorer og

produktiviteten. Dersom for eksempel antall pasienter øker mer enn utgiftene til behandling av disse pasientene, så kan man si at kostnadseffektiviteten har økt fordi den gjennomsnittlige kostnaden pr. pasient har gått ned.

En annen indikator på økt kostnadseffektivitet kan være forholdet mellom direkte tjenesteproduksjon og internproduksjon. Det vil si at dersom andelen av ressurser som brukes til internproduksjon (administrasjon, husleie, administrative hjelpemidler etc.) øker, så reduseres kostnadseffektiviteten.

Bruken av kostnadseffektivitetsbegrepet har en del åpenbare svakheter. Dersom en helseinstitusjon prioriterer pasienter med lite hjelpebehov foran de som har et stort hjelpebehov, kan dette medføre at kostnadseffektiviteten øker. En konsekvens av dette blir at målet med om å hjelpe de med størst behov ikke oppfylles. Det kan også være et problem dersom en institusjon reduserer internkontrollen. Dette kan medføre at ressursene til internproduksjon reduseres og at kostnadseffektiviteten dermed fremstår som bedret.

En sterk fokusering på kostnadseffektivitet ved å plukke ut gitte klare kvantitative indikatorer, kan ha som uheldig virkning at virksomheten tilpasser seg utviklingen i disse indikatorene. Vi får en målforskyvning der det er viktigere å få høy score på indikatorene enn å gjøre en god jobb.

Likevel mener vi at begrepet kostnadseffektivitet, når vi ser dette i

sammenheng med andre indikatorer, er med på å gi et konstruktivt bilde av virksomheten. Vi har derfor valgt å vurdere virksomhetens effektivitet også på grunnlag av kostnadseffektiviteten.

2.1.2 Måloppnåelse

En annen definisjon knytter seg til større grad av måloppnåelse (Nylehn,1997). Selv om utgangspunktet for ressursøkningen var et entydig mål om å bedre effektiviteten i åpen omsorg, så er ikke uten videre klart hva man skal legge i et slikt mål.

Også mål kan være et vanskelig begrep. Vi kan for eksempel skille mellom overordnede mål og handlingsmål (Nylehn,1997).

Overordnede mål er de målene som de styrende organer fastsetter. I dette tilfellet er det de målene som kommunedelsutvalget trekker opp. Slike mål er gjerne forholdsvis vage - "bedre effektivitet" og kan være vanskelige å implementere direkte i de ansattes handlinger. I tillegg er dette vedtaket bare ett av flere vedtak som retter krav og mål mot de ansatte. Slike overordnede mål kommer også fra andre, for eksempel fylkeslegen og departement.

Handlingsmål er de konkrete målene som styrer den enkelte ansattes handlinger. Disse målene kan bygge på de overordnede målene, men det forutsetter vanligvis at organisasjonen har hatt en klar strategi på hvordan man skal omgjøre de overordnede målene til handlingsmål. I helsesektoren er det særlig vanskelig å få til en slik omgjøring fordi de ansatte vanligvis er preget av handlingsmål de

blant annet utvikler gjennom sin utdanning (Bentsen,1999).

For mange ansatte i helsesektoren handler effektivitet om å realisere andre mål og verdier enn de overordnede målene som trekkes opp av for eksempel politikere. Forutsetningen om at det er en klar sammenheng mellom økte ressurser og en målbar økning i produktiviteten bygger på teknisk - økonomisk rasjonalitet (Wærnes 1992). Helsepersonell bygger ofte sine handlinger på en ansvarsrasjonalitet der det å ta ansvar for andre mennesker er et mål i seg selv og der det å kunne ta et økende ansvar er uttrykk for økt kvalitet på tjenesten (Nylehn 1997). Betydningen av ansvarsrasjonalitet i denne sammenheng er nært knyttet til betydningen av begrepet omsorgsrasjonalitet. Dette begrepet ble utviklet av Kari Wærness tidlig på 1980-tallet i kontrast til den tradisjonelle teknisk -økonomisk rasjonalitetsforståelsen. Omsorgsrasjonalitet innebærer blant annet å gi følelsene en positiv betydning. ”Det å gi følelsene denne status betød for Kari Wærness at de ikke er irrasjonelle, men rasjonelle.” (Martinsen, 2000:81)

Ansvarsrasjonaliteten knyttes til forholdsvis klare verdier og etiske betraktninger om hva som er rett og galt. Slike verdier fungerer gjerne som en klar rettesnor for hvordan arbeidet skal utføres (Schein 1988; Bang 1991). Dersom man ikke klarer å løse sin jobb i tråd med disse verdiene kan dette oppleves belastende og føre til utbrenthet i jobben (Masclash,1985).

I en svensk undersøkelse konkluderes det med at virksomheten ved et sykehus er for lite målrettet. Erlingsdottir (i Bentsen,1999)

kritiserer denne rapporten sterkt fordi helsepersonell, etter hennes mening, har en klar målsetting med arbeidet sitt og få eller ingen ved et sykehus er i tvil om hva som er målet med virksomheten der.

Vi kan langt på vei støtte Erlingsdottir i denne sammenhengen og vi begrunner dette i en vurdering av etiske perspektiver ved kvalitet nedenfor. Likevel ser vi at problematikken er mer sammensatt enn det Erlingsdottir gir uttrykk for. Situasjonen er i dag slik at helsesektoren sliter med begrensede ressurser. Helsepersonell kommer stadig i situasjoner der de må prioritere mellom tiltak som i utgangspunktet syntes like viktig. Vi vil tro at tydelige mål og innsikt i disse vil kunne styre en del prioriteringer også i det daglige arbeidet. (Nortvedt, 2000)

2.1.3 Kvalitet

Styrking av kvaliteten på tjenestetilbudet overfor brukerne sto sentralt bak vedtaket om å tilføre 13 nye stillinger. Det vil derfor bli lagt til grunn at effektivitet i denne sammenhengen også handler om å styrke kvaliteten på tjenestetilbudet.

Hva som er god kvalitet i helsesektoren er heller ikke entydig. I stor grad handler det om i hvilken grad tjenesteyter og bruker i fellesskap klarer å realisere realistiske forventninger til tjenesten (Kyrkjebø, 1998). Det er også vanlig å trekke inn bedre rutiner knyttet til kvalitetssikring, styrking av rettssikkerhet i kvalitetsbegrepet (Vere, 1990; Strand, 2001). I denne sammenhengen blir dette beskrevet som en styrking av de administrative rutinene og ikke av

tjenestetilbudet. Hva som er kvantitativ styrking av tjenestetilbudet, er vesentlig lettere å beskrive. Først og fremst handler det om å bruke flere timer pr. bruker, eller å ha tid til å betjene flere brukere.

Kvalitet, kvalitetssikring, kvalitetsutvikling og kvalitetsledelse er begreper som har fått en sentral plass også i helsesektoren. Begrepene har sitt utspring i managementideologien, knyttet til private produksjonsbedrifter (Bentsen, 1999; Røvik, 1998). Det er derfor ikke uproblematisk å overføre disse til offentlig forvaltning (Downs & Larkey, 1986). Likevel har det vært brukt mye innsats de siste årene på å utvikle både systemer og indikatorer for å måle kvaliteten på helsetjenestene. Utviklingen har vært preget av svært ulike tilnærminger og selv om det finnes omfattende litteratur (se for eksempel Vedung, 1998) som gjør rede for hvordan man kan gjennomføre evaluering av offentlige tjenester, så legger vi til grunn at det ikke finnes entydige svar på hvordan man måler kvaliteten på offentlige helse- og omsorgstjenester.

I St. meld. nr. 28 (1999-2000) "Innhald og kvalitet i omsorgstenestene" beskrives denne problemstillingen på følgende måte:

Sjølv om kvalitet har vore eit sentralt tema i debatten om omsorgstenestene dei siste åra, og det også er sett i verk ei eiga forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene, er ikkje innhaldet i omgrepet lett å definere og måle. Det er gjennomført ei rekkje studiar av kvalitet innan omsorgstenestene, utan at forskarane har kome fram til ein felles definisjon på kvalitet eller felles kvalitetsmål. Det finst nesten like mange kvalitetsmål som det finst undersøkingar av kvalitet - og med dei har ein kome fram til ulike resultat. Nokre

meiner at kvalitet ikkje kan definerast eller konkretiserast, fordi det er knytt til noko heilt individuelt og subjektivt, noko som i stor grad består av kjensler og som ikkje kan formulerast analytisk. (St. meld nr. 28, 1999-2000:18)

I en egen forskrift beskrives det klare krav til hvilke grunnleggende behov kommunen forplikter seg til å ivareta overfor brukere av tjenestene (Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene). En mulig tilnærming for oss kunne da være å prøve å måle i hvilken grad disse grunnleggende behov blir ivaretatt. Denne løsningen har vi valgt å forkaste av flere årsaker.

For det første er det tilsynsmyndighetenes ansvar å påse at forskriften blir overholdt. Vi legger til grunn at fylkeslegen har vurdert at forskriftens krav overholdes i åpen omsorg i Onsøy. Denne beslutningen er basert på en respekt for og tro på fylkeslegens vurderinger. I tillegg vil en slik undersøkelse vanskelig gi et bilde av den kvalitative endringen i det aktuelle tidsrom som er undersøkelsens hensikt. Dette er belyst i kapittel 1.3.

Dernest tror vi at ansatte i helse- og sosialsektoren i tillegg til virksomhetens mål og statlige forskrifter styres av flere mål og verdier. Med dette menes det som fremkommer i siste ledd i ovennevnte sitat.: ”Nokre meiner at kvalitet ikkje kan definerast eller konkretiserast, fordi det er knytt til noko heilt individuelt og subjektivt, noko som i stor grad består av kjensler og som ikkje kan formulerast analytisk ” (St. meld nr. 28, 1999-2000 s:18).

Hjemmebaserte tjenester handler i stor grad om samhandlingen med brukerne. Brukererfaringer burde derfor vært et sentralt element i denne undersøkelsen, men av ulike grunner som vi har vært inne på tidligere har vi ikke kunnet benytte en slik tilnærming.

2.2 Kvalitet i et etisk perspektiv

Undersøkelsen søker å belyse effektivitet med bakgrunn i tre dimensjoner: kostnadseffektivitet, måloppnåelse og kvalitet. Denne inndelingen kan forenklet sies å være begrunnet i de ulike hensyn som styrer valg og prioriteringer i helsetjenesten.

På den ene siden skal samfunnspolitiske mål ivaretas. I dette ligger både overordnede nasjonale mål for helsetjenestene og lokale politiske vedtak som er nedfelt gjennom virksomhetens planer. På den annen side gjør helsepersonell vurderinger basert på personlige faglige vurderinger hvor ansvaret for den aktuelle pasient har prioritet.

Per Nortvedt belyser spenningsforholdet mellom forpliktelsen overfor den enkelte pasient og hensynet til fordeling av ressurser slik at alle pasienter med et relevant behov får del i godene. Han stiller følgende spørsmål:

”Er det ikke slik at viktige etiske hensyn både dreier seg om likebehandling/rettferdighet, og de dreier seg om personlig omsorg og individuell barmhjertighet ?” (Nortvedt, 2000:124)

Han utdyper dette videre på følgende måte:

”Det synes å være slik at hvis man tenker på en mest mulig lik og kostnadseffektiv bruk av og fordeling av helseressurser, så vil det presse oss ganske langt i å spre omsorgen på mange på en måte som kan gå på bekostning av dens interpersonlige kvaliteter. Og det synes å være slik at hvis man skal ta forholdsvis mye hensyn til kvaliteten på den enkelte omsorgshandling og inngåtte omsorgsrelasjoner, så vil det ha en tendens til å innskrenke mulighetene for en effektiv og lik fordeling av helseressurser, rett og slett fordi man vil fokusere på innsatsen på noen få pasienter til forskjell fra mange” (Nortvedt, 2000 :125).

Det som her beskrives kan sies å være et etisk dilemma for helsearbeideren hvor hensynet til samfunnspolitiske/virksomhetens mål og individuelle pasientbehov kan komme i konflikt.

Hvordan kan dette overføres til en vurdering av kvaliteten på helsetjenestene i åpen omsorg? For å illustrere dette kan en tenkt situasjon være at nye pasienter blir utskrevet fra institusjon til åpen omsorg til tross for at de ansatte ut fra deres vurdering kun har ressurser til å gi optimal pleie og omsorg til de pasienter de allerede har.

Vurderingen om å tilbakeføre pasienten til åpen omsorg kan være i samsvar med gjeldende regelverk og pasientens ønsker. Vi forutsetter at de ansatte tar imot og behandler nye pasienter på lik linje med de nåværende. Dette betyr at rutiner og ressurser omdisponeres på en slik måte at alle mottar helsetjenester. Et viktig mål for virksomheten er da nådd (jfr. kategori måloppnåelse).

En mulig konsekvens av flere pasienter uten en tilsvarende økning

i personalressursene, vil være at det kan oppstå etiske dilemma knyttet til handlingsvalg for de ansatte. Når utgangspunktet var at det ikke fantes "ledig" tid som kunne danne grunnlag for å det samme tilbud til flere mennesker, betyr dette enten at ressursinnsatsen overfor pasientene i gjennomsnitt ble mindre enn det som er i samsvar med personalets kvalitetskriterier eller at tidsbruken knyttet til andre oppgaver ble redusert.

Det første handlingsalternativet betyr at prioriteringen blir styrt utifra objektive trekk ved pasienten og i ikke ut fra relasjonen til den enkelte. Disse objektive trekkene har å gjøre med pasientens tilstand som syk, alvorlighetsgraden av hans sykdom, og hvorvidt behandlingen har effekt osv (Lønning II, 1997).

Hvis åpen omsorg i dette tilfellet er i stand til å ta imot alle pasienter som blir meldt til virksomheten, kan dette være en indikasjon på en effektiv organisasjon som følger et vedtatt prinsipp om et helsetilbud basert på lavest mulig omsorgsnivå (LEON-prinsippet)

Det andre handlingsalternativet var å redusere tidsbruken knyttet til andre oppgaver. Slike arbeidsoppgaver kan for eksempel være muntlig og skriftlig dokumentasjon, medikamenthåndtering, kontakt med pårørende og tid til å avvikle pauser. Det siste skisserte handlingsalternativet betyr at de ansatte i åpen omsorg prioriterer dekking av brukernes grunnleggende behov foran andre arbeidsoppgaver. Dette er beskrevet som sykepleieetikken grunnlag (Nordtvedt, 1998).

De skisserte handlingsalternativene kan betraktes som

konkurrerende forpliktelser.

For sykepleien dreier dette seg om mulighetene for å realisere en adekvat pasientetikk i en helsepolitisk situasjon med mange udekkede behov og stort press på en maksimal utnyttelse av ressurser (Nortvedt, 2000:125).

Hva er det som ligger bak de valg helsearbeideren gjør i situasjoner med handlingsalternativer?

Å ivareta andre menneskers ønsker og behov handler ikke bare om hvordan hjelpen ytes rent teknisk. Det handler også om hvilke holdninger og respekt man møter andre mennesker med. Vi mener derfor at kvalitet også har et etisk perspektiv.

Dette perspektiv på kvalitet, hvor det følelsesmessige aspekt også blir vektlagt, er med som en viktig del av undersøkelsen. Det følelsesmessige aspektet i denne sammenheng er knyttet til de ansattes opplevelser og erfaringer av kvaliteten på helsetjenesten relatert til bestemte indikatorer.

Hvilken sammenheng er det mellom følelser og etikk ? Tre komponenter blir fremhevet som helt sentrale i sykepleiens etikk. Det er forståelsen, verdiene og ansvaret (Nordtvedt, 1998). Han hevder at sykepleien kommer spesielt tett inn på livserfaringene, faget er vevd tett sammen med pasientenes sykdomserfaringer. Han sier videre at:

Like fullt er alle helsefagene innvevd i menneskeverdets kontekst gjennom en følsom forståelse, gjennom verdiene som møter oss i sykdomserfaringene og gjennom ansvaret som ligger til grunn for all handlingsberedskap (Nordtvedt, 1998:131).

Hvordan skapes forståelse ? Følelsene gir erkjennelse , sier Kari Martinsen. Det åpner for virkeligheten, og de gir oss adgang til en annet menneskes indre verden (Martinsen, 1993). Per Nordtvedt belyser videre sammenhengen mellom følelser og forståelse på denne måten:

Det affektive ved en følelse, smerten vi føler ved en annens smerte og ubehaget vi følger ved en annens ubehag, sier ikke alt om følelsenes moralske betydning. Følelsene er også kognitive, de bidrar til at vi forstår en pasientsituasjon på en deltakende og velinformert måte, ja rettere sagt, de representerer vår spontane forståelse av en situasjon (Nordtvedt, 1998:134).

Kari Martinsen har utviket en omsorgsteori som har fått stor tilslutning i nordisk sammenheng. I følge Martinsen sier omsorg primært noe om et forhold, noe om vår relasjon til den andre. Denne relasjonen er basert på forståelse og innlevelse i den andres situasjon. Hun er sterkt kritisk til en rasjonalitetsoppfatning som setter innlevelse, medmenneskelighet og følelsesmessige evner til side:

Formålsrasjonalitetens etikk i vårt moderne samfunn gjør oss til spaltede personer der en del er rasjonell, men ufølsom for andres lidelser, mens den andre delen er emosjonell, men ikke rasjonell. Dermed blir de egentlige moralske spørsmål borte. Det ligger derfor i omsorgen en forpliktelse til å reise de grunnleggende moralske spørsmål slik at moralen blir både

rasjonell og emosjonell (Martinsen, 1988:17)

Hvilken betydning har det for en helsearbeiders handlingsvalg at forståelse også skapes gjennom følelser? Nortvedt hevder at det er en grunnleggende spenning knyttet til etikk og følsomhet og at dette har en sammenheng med å skulle begrunne vanskelige valg.

I en konkret arbeidssituasjon betyr dette at forståelse av effektivitet som i dette aktuelle tilfellet, skapt gjennom den enkelte helsearbeiders opplevelse og følelser er en annen dimensjon enn forståelse av effektivitet vurdert mot kostnadseffektivitet og måloppnåelse. Forståelse skapt gjennom følelser har sammenheng med den enkeltes verdi- og menneskesyn. Forståelsesevnen er et grunnlag for å se pasientens sårbarhet og behov. Undersøkelsen søker ikke å svare på om de ansatte har denne forståelsesevnen. Vi forutsetter heller ikke at denne er likt utviklet hos alle.

Vi baserer vår tilnærming på at omsorg er en grunnleggende verdi i vårt liv. Det å ta vare på den andres ve og vel er ikke noe vi bestemmer oss for. "Å bry seg om og ta vare på er en konstitusjon, en fundamental forutsetning våre liv er forankret i" (Nortvedt, 2000:131).

Den enkelte helsearbeiders opplevelse av kvaliteten på helsetjenestene viser gjennom det ovennevnte at kvalitet og effektivitet vurdert kun med bakgrunn i virksomhetenes evne til å ta imot de pasienter som meldes og om de grunnleggende behov hos pasientene blir dekket, kan viktige kvalitative elementer ved

helsetjenesten ikke bli vurdert. Dette forklares blant annet ved at i situasjoner med handlingstvang vil de ansatte i samsvar med sykepleieetikkens grunnlag søke å prioritere pasientens behov.

Vi har derfor prøvd å finne andre variabler som kan si noe om kvaliteten på tjenestene, for å vurdere i hvilken grad de nye stillingene har medført bedret kvalitet på tjenestene. Den mest sentrale tilnærmingen ble de ansattes erfaringer og opplevelser. Oppmerksomheten i undersøkelsen blir her rettet mot den enkelte ansatt, og deres vurdering om tjenesten er i samsvar helsearbeiderens oppfatning av hva som er god omsorg.

2.3 Indikatorene som grunnlag for en kvalitetsundersøkelse av helsetilbudet

Vi har i vår drøfting av kvalitet og kvalitetsindikatorer så langt vist til hvor vanskelig det er å måle kvalitet i helsetjenesten. Dette understrekes også i rapporten "Utvikling av kvalitetsindikatorer for behandlingstilbudet i somatiske sykehus" (Sosial- og helsedepartementet, 2001). Likevel velger man ut noen bestemte indikatorer og velger å måle endringer i kvaliteten ved å måle utviklingen i disse indikatorene. Siden vi ikke har noen målinger av slike indikatorer fra før, er denne muligheten ikke aktuell i denne sammenheng.

De utvalgte indikatorer gir ikke nødvendigvis et totalbilde av virksomheten. De er utvalgt gjennom studie av den aktuelle

virksomheten og fordypning i teori. Målet var å skape et bilde av hvordan kvaliteten på tjenesten har endret seg etter at de nye stillingene ble tilført.

Følgende indikatorer er benyttet i studiet:

- Dokumentasjonsordninger
- Pasientkontakt
- Medisinhåndtering
- Arbeidsmiljø
- Organisatoriske forhold

Nedenfor skal vi beskrive disse indikatorene bedre og forklare hvorfor vi har valgt ut disse.

2.3.1. Dokumentasjonsordninger

De dokumentasjonsordninger som etableres i helsesektoren har flere begrunnelser. Et viktig utgangspunkt er at journaler og andre dokumentasjonsordninger skal være med på å sikre rettssikkerheten for brukerne (Echoff, 1994). God dokumentasjon viser hvordan tjenesten er blitt utført og gir muligheter for å kontrollere i ettertid at de tilbudene som er ytt er i samsvar med de krav som foreligger.

Det mest sentrale poenget med gode dokumentasjonsordninger er likevel at de er nødvendige for å gi god pasientbehandling. All profesjonell virksomhet bygger på en rasjonell tilnærming til løsning av problemer (Abbott, 1988). Det innebærer at arbeidsprosessen/sykepleieprosessen kort fortalt bygger på

innsamling av data, analyse av disse og iverksettelse av tiltak (Andersen, 1995). Dette er ikke en lineær - men mer en sirkulær prosess der erfaringer fra hvordan tiltakene virker danner grunnlag for nye data, som danner grunnlag for nye analyser og endrete tiltak. I prinsippet foregår denne prosessen kontinuerlig. Det innebærer at gode dokumentasjons-ordninger er viktig både for å kunne tilpasse seg erfaringer med gitte tiltak og endringer i pasientens situasjon ellers. Uten gode dokumentasjonsordninger risikerer man at personellet løser gårdagens problemer i stedet for dagens.

Gode dokumentasjonsordninger innebærer også at tilbudet blir mindre avhengig av enkeltpersoner. Uten gode dokumentasjonssystemer er virksomheten avhengig av at den som yter tjenestene kjenner brukeren og brukerens situasjon. Et slikt system blir sårbart og medfører i alle fall to problemer. For virksomheten blir det vanskelig å opprettholde kontinuiteten i pleien dersom ansatte blir syke, skal ha permisjon etc. For de ansatte er det en stressituasjon å vite at dersom de blir syke eller borte av andre grunner, så er det ingen som har den kjennskap til pasientene og jobben for øvrig som de mener er nødvendig.

2.3.2. Pasientkontakt

St. meld. nr. 28 (1999-2000) peker på at kvalitet i helse- og omsorgstjenestene i stor grad handler om relasjoner og om opplevelsene av disse relasjonene. Vi er derfor interessert i blant annet hvordan de ansatte vurderer brukermedvirkning og

tidsrammene som er tilgjengelig for hver enkelt pasient.

Brukermedvirkning er et sammensatt begrep, men vi legger til grunn følgende definisjon: "Brukarmedverknad vil seie at dei som blir påverka av eit vedtak , eller er brukar av tenester, får delta i prosessen før avgjerda blir teken" (St.meld. 8, 1998-99). Slik deltakelse bidrar til at de tiltakene som iverksettes i størst mulig grad er tilpasset de behovene brukerne selv uttrykker.

Vi pekte på foran at dokumentasjonsordninger er viktig i forhold til en rasjonell tilnærming til hvordan tiltakene skal utformes. God pasientkontakt bidrar også til at de dataene som skal dokumenteres kommer frem gjennom at bruker sier i fra og at endringer i brukerens situasjon blir registrert.

Likevel handler ikke alle pasientbehandling om å finne det rasjonelt sett riktige tiltaket. Vi viser her til drøftingen av at kvalitet også har en etisk dimensjon (se kap. 2.3). Det handler blant annet om prioriteringer, men det handler også om respekt for brukernes egne valg (Wærness, 1985). Nordtvedt (1998) understreker det affektive i samhandlingen mellom bruker og sykepleier/tjenesteyter.

Innlevelsen i brukernes følelser er et sentralt utgangspunkt for å utvikle forståelse for brukeren og de prioriteringene brukeren ønsker. Det finnes brukere som vil prioritere på måter som i forhold til anerkjente teorier, framstår som helt irrasjonelle. Likevel er et sentralt etisk prinsipp også å respektere slike valg. Det er bare gjennom en god pasientkontakt man kan komme så tett inn på brukeren at man kan klare å leve seg inn i vedkommendes opplevelser og ønsker.

Vi mener derfor at omfanget og innretningen på pasientkontakten er et uttrykk for kvaliteten på tjenestene.

2.3.3. Medisin håndtering

Richard Normann (1991) peker på at kvalitet er et komplekst begrep. En vanlig feil, etter hans mening, er at man i all for stor grad konsentrerer seg om kvalitet på tjenestene og ikke på kvalitet på tjenestesystemet. Dersom man bare fokuserer på selve tjenesteytingen, så vil man være fornøyd så lenge tjenesten ytes tilfredsstillende. Dersom det oppstår feil eller mangler, anses dette å være mangler ved tjenesteytingen. Vi mener at det også er viktig med kvalitet i selve tjenestesystemet.

Vi skal prøve å synliggjøre vår tilnærming med et eksempel. Medisinutdeling kan sies å ha tilfredsstillende kvalitet dersom alle får den medisinen de trenger. Vi mener dette ikke er tilstrekkelig. Hadde vi målt brukertilfredshet med medisinutdeling så kunne vi tenke oss at alle de som fikk riktig medisin ville være fornøyd, mens den eller de få som ikke fikk riktig medisin ville være misfornøyd. Sjansen for at vi ville finne stor grad av misnøye med medisinutdeling er derfor liten. Likevel vil ikke vi kunne se dette som en dokumentasjon på at medisin håndteringen har god kvalitet. Det er først når medisin håndteringen bygger på et system som reduserer mulighetene for feil til et minimum gjennom blant annet ulike kvalitetssikringstiltak, at vi kan si at medisin håndteringen har en tilfredsstillende kvalitet. Tjenesteytingen må altså bygge på et system som minimerer muligheten for å gjøre feil.

Det finnes egen forskrift om medisin håndtering. Denne setter klare krav både til hvordan medisiner skal håndteres og hvem som skal utføre de ulike oppgavene. Begrunnelsen for disse kravene er blant annet knyttet til behovet for at det er personer med nødvendig utdanning til å vurdere brukerne som deler ut medisinene. Kravene knytter seg i liten grad til at selve oppgaven krever ferdigheter som bare de med sykepleierutdanning behersker. Undersøkelser (for eksempel Heiberg, 1988) tyder på at dette er en oppgave hvor det har vært vanskelig å oppfylle kravene på arbeidsplasser der det har vært stort arbeidspress på de ansatte.

Vi anser derfor gode rutiner i forhold til medisin håndtering både som et kvalitetskrav i seg selv og som en indikasjon på at virksomheten har kvalitetsikret ikke bare resultater, men også selve prosessen (Vere, 1990).

2.3.4. Arbeidsmiljø

Godt arbeidsmiljø kan være et mål i seg selv, men i denne sammenhengen fokuserer vi på to forhold ved arbeidsmiljøet. Det ene er at trivsel på jobben er gjerne uttrykk for at de ansatt opplever at de har en meningsfull jobb og at de klarer å ivareta de kravene som stilles til dem (Kaufmann & Kaufmann, 1996). Vi antar derfor at et godt arbeidsmiljø er en indikasjon på at de ansatte i samhandling med brukerne føler at de klarer å imøtekomme brukernes krav og forventninger og at dette dermed kan være en indikasjon på kvaliteten av tjenesteytingen.

Det er også flere undersøkelser de siste årene som tyder på at et godt arbeidsmiljø bidrar til god kvalitet på tjenestene (eks. Moland, 1999).

Norsk arbeidsliv har siden begynnelsen av 1960-tallet bygget sentrale utviklingstrekk som arbeidsmiljøloven fra 1977, på at et godt arbeidsmiljø bidrar både til effektivitet og til kvalitet. Omfattende og internasjonalt anerkjent forskning av blant annet Thorsrud, har vist at gode arbeidsforhold er med på å sikre god kvalitet på de oppgaver som skal løses (Strand, 2001; Jacobsen & Thorsvik, 1997). En del av forventningen til hvordan en arbeidsplass skal tilrettelegges for at arbeidsmiljøet skal bli godt, er blitt formulert i "de psykologiske jobbkravene" (Strand, 2001) som også har dannet utgangspunkt for arbeidsmiljølovens § 12.

Vi vil derfor se nærmere på hvordan de ansatte opplever det arbeidsmiljøet de er en del av.

2.3.5. Organisatoriske forhold

Kvalitet kan knyttes til ulike indikatorer. Svært ofte knyttes disse til resultatindikatorer, for eksempel brukertilfredshet. Som vi var inne på tidligere i forhold til medisinhandteringen, anser vi ikke resultatindikatorer som tilstrekkelig grunnlag for å vurdere kvaliteten på tjenestene. Det er også viktig å se nærmere på i hvilken grad det er klart hvem som skal gjøre hva, og om de som skal utføre de ulike oppgavene er kvalifisert og har den nødvendige kompetansen for å

utføre oppgavene (Normann, 1991). Vi skal derfor se nærmere på hvordan ulike arbeidsoppgaver er avgrenset og om de ansatte har forståelse for hvilke rammer de arbeider under.

Vi vil også legge vekt på at helsesektoren som store deler av samfunnet for øvrig, er kjennetegnet av stadig nye krav og ny kunnskap som de ansatte må forholde seg til. Det gjør at gode muligheter for etterutdanning og kompetanseheving etter vår mening er sentralt i utvikling av kvaliteten på tjenestene.

Begrepet "lærende organisasjoner" benyttes i dag om organisasjoner der man har en sterk kultur som bidrar til at organisasjonen lærer av den erfaring medlemmene får (van Hauen, Strandgaard & Kastberg, 1995; Jacobsen & Thorsvik, 1997). For åpen omsorg er det viktig at virksomheten virkelig kan endre seg i tråd med kompetanseutviklingen til hver enkelt.

March og Olsen (1979) hevder at det ikke alltid er samsvar mellom kompetanseheving blant de ansatte og endret atferd i organisasjonen. Ny kompetanse vil derfor ikke automatisk medføre at organisasjonen endrer sin atferd. Dette skaper problemer og en ny form for læring. Vi kan tenke oss en ansatt som øker sin kompetanse og som følge av det endrer sin atferd for eksempel ved å legge mer vekt på veiledning av pårørende. Dersom de andre ansatte ikke har fått tilsvarende kompetanseheving og dermed også endret sin atferd, blir det ikke noen endring i organisasjonens atferd. Virkningen av dette igjen er at den som hadde økt sin kompetanse gjerne får negative tilbakemeldinger på sin nye atferd. Det er da stor

fare for at den individuelle læringen av dette er at "det er interessant å lære noe nytt, men jeg må for alle del ikke prøve å bruke den nye kunnskapen for da får jeg negative tilbakemeldinger".

Vi oppfatter derfor muligheter til, og gode rutiner for kompetanseheving av de ansatte og implementering av ny kompetanse i hele organisasjonen som en indikasjon på kvalitet på tjenestene.

HOVEDDEL II – PRAKTISK DEL

3. 0 METODE FOR UNDERSØKELSEN

3. 1 Problemdefinering og design

Temaet "Økte personalressurser- bedret tjenestetilbud ?", blir i undersøkelsen belyst ved hjelp av ulike former for informasjon og data. Type data/opplysninger og metode for innsamling henger sammen med faktorene:

- Kostnadseffektivitet
- Måloppnåelse
- Kvalitet

som er valgt for å belyse effekten av de nye stillingene.

Undersøkelsen inneholder tre informasjonskilder: skriftlig materiale,

intervju med virksomhetsleder og data fra de ansatte hvor både intervju- og spørreundersøkelsen inngår.

Kommunedelsutvalget ønsket en gjennomgang av virksomheten i åpen omsorg med tanke på effektiv ressursbruk. Den første tilnærmingen til å måle effektivitet er å måle den såkalte kostnadseffektiviteten (Sørensen, Borge & Hagen, 1999). Dette er et teknisk/økonomisk begrep som knytter seg til måling av ulike kostnadsindikatorer og produktiviteten (jfr. kap 2.1). For eksempel - kan man se en endring i sammenhengen mellom ressursbruk og antall behandlede pasienter? I undersøkelsen er det benyttet tilgjengelig saksdokumenter og plandokumenter som informasjonskilde for å vurdere slike kvantitative størrelser. Følgende forskningsspørsmål ble benyttet for å vurdere kostnadseffektivitet :

Spørsmål 1:

”Har de økte personalressursene ført til en målbar virkning på virksomhetens produktivitet ?”

Som belyst i kapittel 2.1 har bruken av begrepet kostnadseffektivitet klare begrensinger med hensyn til å gi en helhetlig vurdering av effekten av de økte personalressursene.

Hvis virksomheten fokuserer sterkt på kostnadseffektivitet ved å plukke ut gitte klare kvantitative indikatorer, kan det ha som uheldig virkning at virksomheten tilpasser seg utviklingen av disse indikatorene. Et eksempel på en slik tenkt situasjon kan være at

virksomheten velger å behandle de med lavest hjelpebehov for å sikre en effektiv drift målt i antall brukere/besøk. Høy effektivitet innenfor dette avgrensede området, kan ha den effekt at sentrale mål innenfor andre område er blitt skadelidende. Dette kan illustreres på følgende måte: En virksomhet har avdekket store mangler i sitt dokumentasjonssystem og en utbedring av dette blir definert som et prioritert mål. Virksomheten prioriterer likevel å bruke ressurser som gir positive utslag på det nevnte kvantitative mål på kostnadseffektivitet. En slik tenkt strategi kan bli avdekket ved at vi lar etaten selv vurdere i hvilken grad de målsettinger som ble skissert i forbindelse med stillingsøkningen er realisert.

Undersøkelsens andre tilnærming for å vurdere effekten av de økte personalressursene, blir da følgende problemstilling:

Spørsmål 2:

”Har virksomheten nådd de definert mål ?”

Vi har innledningsvis redegjort for de hindringer og metodiske problemer som gjorde at undersøkelsen ikke omfatter brukernes oppfatning av kvalitet på helsetjenestene.

Hoveddelen av undersøkelsen er knyttet til innsamling av informasjon fra de ansatte. Dette betegnes som ekspertvurdering, hvor de ansatte gjør en faglig vurdering av om profesjonelle normer og kvalitetskriterier er oppfylt (Vedung, 1998).

Vi tror bestemt at ansatte i helse- og sosialsektoren i tillegg til

virksomhetens mål, statlige forskrifter styres av flere mål og verdier.

Dette kan uttrykkes på følgende måte:

Nokre meiner at kvalitet ikkje kan definerast eller konkretiserast, fordi det er knytt til noko heilt individuelt og subjektivt, noko som i stor grad består av kjensler og som ikkje kan formulerast analytisk. (St. meld nr. 28, 1999-2000:18)

Sykepleiens historiske tradisjon presenterer et syn på forholdet mellom kunnskap og etikk og tydeliggjør hva som er det essensielle i sykepleiens praksis. Historien viser oss gjennom nedtegnelsene fra Nightingale, den katolske ordensstiftelse og hos diakonissene, at motivasjonen i sykepleien springer ut fra medfølelse med den syke. Nortvedt sier videre at det er de relasjonelle bånd til den enkelte pasienten som yrkesmoralen "henger på" og som er selve grunnfjellet i den profesjonelle omtanken. (Nortvedt 1998). Dette aspektet ved kvalitet er utdypet under kapittel "kvalitet i et etisk perspektiv".

Hvordan skal vi forstå dette inn i en sammenheng hvor kvaliteten på et tjenestetilbud skal evalueres? Sentralt i det ovennevnte er at kvaliteten knyttes til den enkeltes vurdering, hvordan den enkelte omsorgsutøver opplever å kunne være en støtte for den hjelpetrengende. Dette aspektet ved kvalitet kan ikke evalueres ved kvantitative størrelser. Hoveddelen av undersøkelsen vil ha den enkeltes opplevelse i fokus, styrt av følgende problemstillinger:

Spørsmål 3:

Hvordan opplever de ansatte kvaliteten på tjenestene i dag ?

Spørsmål 4:

Hvordan oppleves dagens situasjon sammenliknet med situasjonen før de nye stillingene ble tilført åpen omsorg ?

3.2 Metode for innsamling av data

Kostnadseffektivitet , måloppnåelse og kvalitet er i ifølge vår tilnærming vesentlig forskjellig og krever ulike metoder for å evalueres. Kostnadseffektivitet er et klart teknisk-økonomisk begrep og bygger derfor på kvantitative data. Slike data var tilgjengelige i virksomheten og vi har derfor benyttet den informasjonen som forelå.

Måloppnåelse har vi knyttet til prinsippet med målstyring i offentlig virksomhet og den ordinære måten å dokumentere i hvilken grad målene er nådd er bruk av egenrapportering (Statskonsult ,1988). Vi har derfor valgt å intervju virksomhetsleder for å innhente opplysninger relatert til virksomhetens måloppnåelse.

Opplysningene som ble innhentet gjennom intervjuet av virksomhetsleder, er også å betrakte som en utdyping og klargjøring av de opplysninger vi fant i saksdokumentene og kommunens plandokumenter.

Opplysningene innhentet gjennom det skriftlige materiale og virksomhetsleders utdyping av dette, gav oss en innsikt i virksomheten som var til hjelp for valg av metode for hovedundersøkelsen.

Informantintervjuet med virksomhetsleder hadde karakter av egenrapportering.

Disse opplysningene gav oss økt innsikt i virksomheten og ble dermed også en del av vår forforståelse og bedret grunnlaget for å gjennomføre hovedundersøkelsen.

Vårt valg av metodisk tilnærming kan forstås utifra følgende:

”In fact, the choice between different research methods should depend upon what you are trying to find out” (Silvermann ,2000:1)

Vi ønsket at intervjufunnene skal gi uttrykk for de intervjuedes mening om effekten av de økte personalressursene i den virksomheten de arbeider.

Hovedundersøkelsen av effekten av de økte personalressursene er knyttet til kvalitetsbegrepet hvor data ble innhentet fra de ansatte gjennom et kvalitativt forskningsintervju og en spørreskjemaundersøkelse rettet mot alle ansatte. Intervjuene og spørreundersøkelsen skal i denne sammenheng ikke betraktes som to selvstendige undersøkelser (metodetriangulering).

”Et mer grunnleggende kriterium for å skjelne mellom kvalitative og kvantitative metoder er etter min mening hvorvidt fokus er rettet mot aktørens mening eller mot hans eller hennes ytre atferd” (Østerud, 1998:120)

Vi ønsket gjennom fokus på kvaliteten på tjenesten å få vite de ansattes egne meninger, og i den sammenheng ble den kvalitative forskningsmetode valgt. Spørreskjemaundersøkelsen har i tillegg til åpne spørsmål av kvalitativ karakter, også spørsmål som kan

kvantifiseres (se vedlegg nr 1).

En spørreskjemaundersøkelse rettet mot alle ansatte i virksomheten kan være med på verifisere intervjufunnene. Spørreskjemaet ble utformet med de samme hovedkategoriene som danner grunnlaget for intervjuet. Hvis resultatene av spørreundersøkelsen ikke avviker fra intervjufunnene, kan dette styrke validiteten av intervjufunnene (jfr. kap. 3.4).

Hovedundersøkelsen, intervju- og deler av spørreundersøkelsen, er et kvalitativt studie med en hermeneutisk tilnærming. Hermeneutikk, er læren om fortolkning av meningen i teksten (Kvale, 1981). I denne sammenheng fremkommer teksten gjennom svarene i spørreskjemaene og utskriften av intervjuene. Det kvalitative forskningsintervju har til hensikt å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden med henblikk på kvalitative tolkninger av meningen med det beskrevne (Fog, 1994).

3.2.1 Det kvalitative forskningsintervju

Det kvalitative forskningsintervju er brukt som metode for innsamlingen av data gjennom de 6 intervjuene.

Intervjuundersøkelsen er gjort ved bruk av et halvstrukturert intervju. Dette defineres som: "et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene" (Kvale, 1997:21).

Forskningsintervjuet er basert på den hverdagslige samtale eller

konversasjon, men er en faglig konversasjon. Det kvalitative forskningsintervjuet er et produksjonssted for kunnskap. Et intervju er bokstavelig et *inter view*, en utveksling av synspunkter mellom to personer som samtaler om et tema av felles interesse. Formålet med et kvalitativt forskningsintervjuet er å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra den intervjuedes eget perspektiv (Kvale, 1997).

Hovedintensjoner ved det kvalitative forskningsintervju kan ifølge Kvale

(1997) beskrives gjennom følgende punkter:

- beskrive og forstå sentrale temaer i respondentenes livsverden.
- forstå meningen eller innholdet i det som blir sagt.
- å få fram kvalitative aspekter i respondentenes livsverden.
- deskriptivt – innhente mest mulig ufortolkede data.
- respondentene må oppfordres til spesifikk beskrivelse av situasjoner og hendelser.
- forskeren må være så forutsetningsfri som mulig.
- fokusert på tema.
- forskeren må sjekke tvetydige og motstridende utsagn: har hun forstått rett ?
- respondenten kan gjennom spørsmålene fra forskeren og egen refleksjon forandre oppfatning av mening i løpet av intervjuet.
- forskeren skal være sensitiv til samspillet mellom seg og respondenten.
- intervjuet er en mellommenneskelig situasjon.
- forskeren skal søke å gjøre intervjusituasjonen til en konstruktiv opplevelse for respondenten.

3.3 Metode for analyse

Undersøkelsen ønsket å få avkrefret eller bekreftet de ulike scenariene

(se kap 1.3) gjennom:

- har de økte ressursene ført til en kostnadseffektivisering vurdert ut fra kvantitative faktorer ?
- har de økte ressursene ført til at virksomheten ha nådd sine mål ?
- opplysninger fra ansatte om utviklingen av kvaliteten på helsetjenestene
(jfr. underspørsmål 3 og 4)

I analysen og beskrivelsen av tekstmaterialet brukes den fenomenologiske metoden. Fenomenologi som metode brukes i beskrivelsen av menneskelige opplevelers struktur og mening (Barbosa da Silva & Andersson, 1988)

Undersøkelsen kan sies å være fenomenologisk-hermeneutisk i den mening at en forsøker å tolke og forstå. Den faglige diskusjonen – dialogen munner ut i et tolkningsforslag. Fenomenologi har å gjøre med beskrivelse og erfaring, og hermeneutikk med fortolkning av erfaring (Bergum, 1991).

Hermeneutikk, er læren om fortolkning av meningen i teksten.

Teksten i vår sammenheng består av de utskrevne intervjuene og

åpne spørsmål fra intervjuundersøkelsen. Flere forskere påpeker at intervjutekstene ikke kan forstås identisk med tekster i hermeneutisk forstand (Kvale, 1983; Sund, 1983; Fog, 1994). Tradisjonell hermeneutikk beskjeftiger seg med ferdigskrevne tekster, mens gjennom det kvalitative intervju blir forskeren til en viss grad medforfatter gjennom dialogen som frembringer intervjufunnene. I en hermeneutisk forståelsesprosess slik Gadamer (1989) har beskrevet den inngår forskerens forståelseshorisont som en nødvendig del. Intervjuteksten er et uunngåelig resultat av en dialog mellom forskeren og informanten. Arbeidet med teksten må derfor ha fokus på hva som faktisk ligger i data og hva som kan være resultat av egne projiseringer.

Formålet med et kvalitative forskningsintervjuet er å forstå sider ved intervju-personens dagligliv, fra den intervjuedes eget perspektiv (Kvale 1997).

Innsamling av bakgrunnsinformasjon gjennom tilgjengelig skriftlig dokumentasjon supplert med intervju av virksomhetsleder, gav oss økt faglig innsikt i virksomheten og bedret muligheten for å skape en dialog under det kvalitative forskningsintervju.

Intervjuene med de ansatte hadde karakter av et respondentintervju med åpne spørsmål som forutsatte oppfølgende og oppklarende tilleggsspørsmål (se vedlegg nr 2).

3.4 Gjennomføring av intervju- og spørreskjemaundersøkelsen

Intervjuundersøkelsen baserer seg på intervju av 6 ansatte. Det første utvalgskriteriet var at respondentene skulle ha vært tilsatt før de økte personalressursene ble tilført åpen omsorg i Onsøy i 1998. Dette kriteriet ble valgt for at de skulle kunne gi et bilde av en eventuell endring i tjenestetilbudet som følge av de nye stillingene. Neste kriterium var at alle faggrupper som utfører direkte pleie skulle være representert i utvalget. 3 hjelpepleiere og 3 sykepleiere utgjorde intervjugruppen. Det siste utvalgskriteriet var at tilsatte som arbeidet dag, kveld og natt var representert. Sammensetningen av intervjugruppen dekket også dette kriteriet.

Respondentene ble plukket ut av virksomhetsleder. Intervjuene foregikk på et ledig kontor i virksomhetens lokaler. Det var avsatt 90 minutter til hvert intervju. På forhånd var respondentene informert om undersøkelsen gjennom et skriv undertegnet av kommunedelssjefen og prosjektledelsen (se vedlegg nr 4). Før intervjuet startet ble en samtykkeerklæring undertegnet (se vedlegg nr 5). En av de som ble intervjuet ønsket ikke at intervjuet skulle tas opp på bånd og dette ble etterkommet.

Det ble sendt ut spørreskjema (vedlegg 1) til alle tilsatte som utførte direkte pleie. Det totale utvalg var på 46 personer. Utvalget besto av 34 sykepleiere, 9 hjelpepleiere, 2 assistenter og 1 omsorgsarbeider. Tilsatte som hadde vært i permisjon mer enn de siste 6 månedene og tilsatte med kortere tilsetting enn 6 måneder ble ikke inkludert i utvalget. De tre senterkoordinatorerne var en del

av utvalget.

3.5 Verifisering

Det er en rekke teorier om kvalitativ forskning og de ulike syn gjenspeiler seg også med hensyn til verifisering av data.

Steinar Kvale representerer et syn som vi oppfatter som "strengt" i forhold til krav til verifisering. Han sier at verifisering innebærer å undersøke intervjufunnenes generaliserbarhet, reliabilitet og validitet. Reliabilitet henviser til hvor pålitelig resultatene er, og med validitet menes hvorvidt en intervjustudie undersøker det den er ment å skulle undersøke (Kvale, 1997).

Begrepene reliabilitet og validitet er hentet fra en forskningstradisjon utgått fra naturvitenskapen hvor kvantitativ forskning er dominerende. Problemene med å benytte de samme begrepene i kvalitativ forskning uttrykkes på denne måten:

"Det som gjør det problematisk å tolke og anvende disse metode-reglene i kvalitativ forskning, er nettopp at de er utviklet innenfor rammen av et positivistisk paradigme"
(Østerud, 1998:121)

Følgende tilnærminger er benyttet for å sikre intervjufunnenes gyldighet:

- Bakgrunnsinformasjon ble innhentet gjennom saksdokumenter

og plandokumenter. Denne informasjonsinnhenting hadde som hensikt å skape innsikt i forskningsfeltet for å bedre forutsetningene for å skape en faglig dialog. Viser her til de sentrale elementene i et kvalitativt forskningsintervju (kap. 3.2.1).

- Arbeidet med å verifisere data starter under intervjusituasjonen med oppklarende – kontrollende spørsmål.
- En spørreskjemaundersøkelse rettet mot alle ansatte i virksomheten kan være med på verifisere intervjufunnene. Spørreskjemaet ble utformet med de samme hovedkategoriene som danner grunnlaget for intervjuet. Hvis resultatene av spørreundersøkelsen ikke avviker fra intervjufunnene, kan dette styrke validiteten av intervjufunnene. Denne effekten er tosidig. Intervjuundersøkelsen kan styrke validiteten av spørreskjemaundersøkelsen.
- Samtale med virksomhetsleder før gjennomføring av undersøkelsen. Forut for samtalen hadde virksomhetsleder oversendt skriftlig bakgrunnsmateriale som lå til grunn for vedtaket i kommunedelsutvalget. Hensikten med samtalen var på den ene siden å få svar på uklarheter ved den innsamlede bakgrunnsinformasjonen. Det kvalitative intervju skal ha karakter av en faglig dialog. Forutsetninger for å kunne skape en dialog, er at den som intervjuer har en viss faglig innsikt og kunnskap om det tema som danner grunnlag for intervjuet. Dette var et annet viktig argument for denne informasjonsinnhenting.

I følge Kvale er det krav om at de som er intervjuet skal lese gjennom det utskrevne intervjumaterialet. I et delvis strukturert intervju er dialogen og det som skjer her og nå det sentrale. Vi valgte ikke denne tilnærmingen fordi vi fant det vanskelig i ettertid å kontrollere innholdet i en dialog gjennom lesing av et skriftlig materiale.

4.0 KOSTNADSEFFEKTIVITET

4.1 Presentasjon av funn

Vi skal i denne delen av rapporten se litt nærmere på hvordan utviklingen i en del kvantitative data ved virksomheten har vært etter stillingsøkningen. Tallene er fremskaffet av virksomhetsleder. Utvelgelsen av data er først og fremst foretatt på grunnlag av praktiske forhold. Virksomheten har til nå satt av begrensede ressurser til internadministrasjon (dette kommer vi tilbake til siden) og det har derfor vært vanskelig å få frem andre data enn de som foreligger.

Vi har foran pekt på muligheten for målforskyvning ved at virksomheten tilpasser aktiviteten til de data som benyttes i evaluering av virksomheten. I dette tilfellet var virksomheten ikke klar over at det skulle gjennomføres en evaluering før i ettertid. Det har derfor ikke vært mulig å tilpasse seg utviklingen i disse dataene og vi legger derfor til grunn at tallene gir et realistisk bilde av situasjonen.

Utgangspunktet for den sterke styrkingen av bemanningen i kommunedel Onsøy var at kommunedelen hadde en vesentlig lavere bemanning enn gjennomsnittet for kommunen og landet for øvrig. Kommunedelen hadde færre ansatte både i forhold til antall innbyggere over 67 år og i forhold til antall innbyggere over 80 år. Etter at den omfattende stillingsøkningen ble gjennomført i 1998, er kommunedelen kommet opp på gjennomsnittet for Fredrikstad

kommune som helhet.

4.1.1 Antall stillinger

De tildelte stillingene ble fordelt på følgende måte:

- 1,77 stillinger til Lerkeveien - natt
- 1,5 stillinger til Lerkeveien - kveld
- 0,5 stillinger til Lerkeveien - dagtid i helgene
- 5,23% stillinger til Åpen omsorg - kveld
- 1 stilling til saksbehandling/stedfortreder for virksomhetsleder

Til sammen blir dette 11,5 stillinger. De siste 1,5 stillinger ble midlertidig benyttet til personlig assistent ordning frem til 1. januar 2001. De ble da tilbakeført til virksomheten som sykepleieårsverk. Denne økningen kommer i tillegg til den opprinnelige bemanningen på 41,65 stillinger. Samlet gir dette en stillingsøkning på ca 27,5%.

4.1.2 Antall brukere

Det var ikke økning i bemanningen i årene 1996 og 1997. Vi vil derfor ta utgangspunkt i året 1996 og se på utviklingen av en del sentrale tall frem til 1999 som er det siste hele året vi kan ta med i analysen. Antall brukere av hjemmesykepleie var økt fra 132 i 1996 til 218 i 1999. Dette gir en økning på ca 65%. Antall brukere av hjemmehjelp var steget fra 265 til 319. Dette gir en økning på 20%.

Hjelpebehovet for de som mottar hjemmehjelp og hjemmesykepleie er ulikt. Det antas at tidsbruken overfor brukere som får

hjemmesykepleie er høyere enn for de som får hjemmehjelp.

4.1.3 Antall besøk

Fra februar 1997 til februar 1999 økte antall hjemmebesøk pr. måned fra 4425 til 8804, altså nesten en fordobling av besøkene (99%). Vi har ikke opplysninger som kan gi et klart bilde av denne utviklingen. En betydelig økning i antall besøk kan bety at hvert besøk i tid har blitt kortere. Økt antall besøk kan også være en indikasjon på at den gjennomsnittlige pleietyngden pr. bruker har økt. Når vi ser på sammenhengen mellom økningen i antall brukere (65%) og antall besøk (99%), så ser vi at antall besøk har økt betydelig mer enn antall brukere. Dette forteller oss at hver bruker nå i gjennomsnitt får flere besøk enn tidligere, og dette er en klar indikasjon på at hjelpebehovet til brukerne har økt. I en stor kommunedel som Onsøy representerer, vil en faktor som reisevei til/mellom brukerne være viktig for å kunne gi et utfyllende bilde av utviklingen. Vi har gjennom undersøkelsen ikke mottatt opplysninger som tilsier om at det har skjedd endringer på dette området .

Tall for år 2000 viser at utviklingen med omfattende økning av antall besøk har økt og i august 2000 var antall besøk 12137.

4.1.4 Saksbehandling

Antall søknader om hjemmehjelp og hjemmesykepleie som ble behandlet økte fra 215 i 1996 til 268 i 1999. Dette gir en økning på ca 24,5%.

4.2 Drøfting av funn

Vi mener å kunne si med bakgrunn i de innsamlede kvantitative data at pleietyngden har økt og at dette også taler for en bedret kostnadseffektivitet. Dette kan også underbygges av at de ansatte gang på gang understreker at det som kjennetegner utviklingen de siste årene, er at brukerne blir avhengig av stadig mer hjelp enn tidligere. Vi vet også at liggetiden på sykehus blir stadig kortere og dette forsterker inntrykket om at pleien til en del av pasientene er mer krevende enn tidligere.

Økningen i antall brukere av hjemmesykepleie har steget vesentlig mer enn økningen i antall brukere av hjemmehjelp. Dette tyder på at det først og fremst er brukere med et omfattende pleiebehov som er kommet til i perioden.

Den omfattende økningen i antall besøk, tyder på at hver bruker nå får flere besøk og dette kan også oppfattes som en indikasjon på at behovet for bistand har økt.

De dataene som foreligger tyder derfor på at det har vært en større økning i produktiviteten enn i stillingene. Slik sett synes det som om kostnadseffektiviteten har økt.

Vi har også pekt på at dersom for stor del av økningen i ressurser går med til internadministrasjon i stedet for tjenesteproduksjon, så er dette uttrykk for redusert effektivitet. I åpen omsorg kan vi tenke oss

to typer for internadministrasjon. Det ene er stillinger som benyttes til administrasjon og ikke tjenesteproduksjon. I åpen omsorg er det for eksempel som følge av stillingsøkningen opprettet en hel stilling for å saksbehandle søknader. Dessuten kan internadministrasjonen også økes ved at en større del av hver enkelt stilling benyttes til administrative rutiner som møter og papirarbeid.

Vi ser tydelige trekk som tyder på at internadministrasjonen øker. Dette forklares ved den hele saksbehandlerstillingen som er opprettet, men kanskje i større grad ved økningen i administrative oppgaver for den enkelte tjenesteyter. Mange av de administrative oppgavene som den enkelte tjenesteyter har, er oppgaver som er pålagt fra overordnede myndigheter. Som belyst senere, kan mer tid til oppgaver som dokumentasjon, rapportering og medisin håndtering oppfattes som uttrykk for økt kvalitet på tjenestene. Likevel er det klart at dersom det brukes mer tid på oppgaver som dokumentasjonsordninger og rapportering uten at disse ordningene benyttes, så er dette ikke uttrykk for økt kvalitet. Det vil si at dersom man lager gode dokumentasjonsordninger, men ikke innfører rutiner som innebærer at de ansatte leser denne dokumentasjonen før de hjelper brukeren, så økes ikke kvaliteten nevneverdig av gode dokumentasjonsordninger.

Så langt vil vi likevel konkludere med at det de siste årene har vært en markert økning i internadministrasjonen i åpen omsorg. I hvilken grad vi kan konkludere med økt eller redusert effektivitet som resultat av denne økningen, vil vi komme mer tilbake til i diskusjonen om økt kvalitet på tjenestene.

Selv om vi ikke har trukket noen konklusjon så langt i forhold til økningen i internadministrasjonen, så viser tallene en klar økning i produktivitet. Likevel sitter vi med et lite paradoks. Svært mange av de som uttaler seg om utviklingen fra før de fikk de nye stillingene, beskriver situasjonen som mye mer hektisk før enn nå. Dette henger dårlig sammen med at tallene viser en klar økning i produktiviteten.

En forklaring på at hva disse tallene betyr, kan være at det nå brukes mindre tid på hver enkelt pasient. Hvis det er riktig at behovet er økt, kan da disse resultatene tolkes som om det nå legges mer vekt på kvantitet enn kvalitet ? Vi skal siden komme tilbake til en vurdering av kvaliteten av tjenestene, men kan allerede nå klargjøre at det ikke finnes noe i vårt materiale som tyder på at kvaliteten på tjenestene er blitt redusert

En annen forklaring på dette paradokset, kan være at økt bemanning har gitt bedre arbeidsmiljø og at bedre arbeidsmiljø har gitt økt produktivitet. Dette er en sammenheng som er dokumentert i mange andre undersøkelser (Strand, 2001). Vi kommer tilbake til en mer omfattende drøfting av dette spørsmålet.

5.0 MÅLOPPNÅELSE

5.1 Presentasjon av funn

Vi har foran diskutert nærmere skille mellom overordnede mål og handlingsmål.

De overordnede målene er de målene som organisasjonen selv utformer gjennom for eksempel virksomhetsplaner eller andre interne styrings-dokumenter. Slike styringsdokumenter skal i teorien være avledet av mål på et enda høyere nivå, for eksempel det politiske nivået (Statskonsult, 1988). I dette tilfelle er det først og fremst kommunestyret og kommunedelsutvalget som anses som relevant politisk myndighet. Et problem er at i mange tilfeller så vil et politisk organ bestå av medlemmer med ulikt politisk syn og meninger. Når de skal formulere sine mål med virksomheten så er de da nødt å være noe upresise og generelle i sine formuleringer for å finne formuleringer som det er enighet om. De enkelte virksomheter har derfor ofte stor frihet til å velge hvordan man skal konkretisere de politiske målsetningene.

Vi har her ikke vurdert i hvilken grad stillingsøkningen har bidratt til å oppfylle de generelle politiske målene i kommunen og i kommunedelen. Dette skyldes to forhold. Det ene er praktiske begrensninger i rapportens omfang og tema. Det andre er at vi har liten lyst til å gå inn å foreta en tolkning av de politiske mål som er vedtatt eller gjøre en vurdering av om de tiltak som er iverksatt er en relevant operasjonalisering av de overordnede politiske målene. Dette er vurderinger som lett blir mer politiske enn faglige.

I steden har vi sett nærmere på den beslutningen om normering av de nye stillingene som kommunedelsutvalget gjorde, og begrunnelsene for dette vedtaket. Vi vil derfor se nærmere på hvilke konkrete mål som ble skissert som grunnlag for vedtaket om å opprette de nye stillingene.

I vedleggene til saksfremlegget overfor kommunedelsutvalget understreket virksomhetsleder at situasjonen innen Åpen Omsorg ikke var tilfredsstillende og mente at styrkingen skulle kunne bidra til at følgende mål ble realisert:

1. Unngå at tjenesten må avvise helgepasienter fordi bemanningen i helgene er for svak til å tilby samme tjeneste i helgene som på hverdager.
2. Unngå at brukere som ikke ønsker det, må legge seg kl 19.00 i helgene.
3. Øke mulighetene for å utføre nødvendig dokumentasjon ved at det blir mer tid til å skriftliggjøre rapporter og annen dokumentasjon.
4. Øke mulighetene for å sikre kontinuitet i pasientbehandlingen.
5. Bidra til å overholde medisinforskriften, ved at det som hovedregel er sykepleiere som administrerer medikamenter.
6. Unngå at tjenesten må avvise dårlige pasienter, for eksempel terminale kreftpasienter som har behov for smertebehandling via morfinpumper, fordi man ikke har nok kvalifisert personale.
7. Sikre de ansattes trygghet ved at man har to ansatte på vakt om natten.
8. Være beredt på å kunne møte behovene som oppstår ved at

- sykehusene tilbyr stadig kortere liggetid for pasientene og at pasientene derfor har mer omfattende pleiebehov enn tidligere.
9. Styrke brukerrettigheter ved å bruke mer personalressurser i forhold til saksbehandling.
 10. Bedre internkontroll og kvalitetsutvikling ved å benytte mer personalressurser til dette.
 11. Bedre arbeidsmiljøet ved mer tid til oppfølging av nyansatte og ansatte med ulike behov (for eksempel attføring), samt ved å bruke mer tid til å tilrettelegge for kurs og internundervisning.

I tillegg til virksomhetsleders kommentarer er det ved saken også vedlagt uttalelser fra de tre aktuelle tjenestemannsorganisasjonene: Norsk helse- og sosialforbund, Norsk kommuneforbund og Norsk Sykepleierforbund (NSF). Disse dokumentene bærer til en viss grad preg av å være innlegg i en debatt om hvilket utdanningsnivå som skal kreves ved tilsetting i de nye stillingene. I denne forbindelsen gir Norsk sykepleierforbund en svært dramatisk beskrivelse av den eksisterende arbeidssituasjonen i Åpen Omsorg i kommunedel Onsøy. Selv om vi tar høyde for at NSF kan ha interesser av å krisemaksimere, og at en del av vurderingene må ses i lys av dette, så er de faktiske beskrivelsene av en slik art at vi legger til grunn at det var et stort behov for kvalitativ styrking av tjenestene i Åpen omsorg i kommunedel Onsøy.

Ettersom vi ikke har muligheter for å måle hvordan situasjonen var i 1998, vil vi legge til grunn at den beskrivelsen som finnes i sakspapirene i det store og hele var en realistisk beskrivelse av situasjonen i 1998. Det var også denne beskrivelsen som politikerne

i kommunedelsutvalget benyttet som utgangspunkt for sitt vedtak den 26.03.98. Vi forutsetter derfor at det var de manglene som ble beskrevet i saksfremlegget, politikerne ønsket å gjøre noe med gjennom sitt vedtak. Vi har foran pekt på at virksomhetsleder i saksfremlegget til kommunedelsutvalget skisserte en rekke forhold som hun mente at stillingsøkningen burde bidra til å løse. Vi summerte disse forholdene i 11 punkter. For å få en vurdering av i hvilken grad stillingsøkningen faktisk har hatt en betydning for de forholdene man på forhånd hadde skissert som virksomhetens utfordringer, intervjuet vi virksomhetsleder.

Dette intervjuet ble ikke tatt opp på bånd. Intervjuet ble delvis brukt til å utdype noen av de opplysningene virksomhetsleder hadde bidratt med skriftlig. I tillegg ble virksomhetsleder spurt om å oppsummere hvordan de 11 forholdene som vi hadde trukket ut foran eventuelt var endret.

5.1.1 Intervju med virksomhetsleder

Spørsmål: Hvordan er følgende mål oppfylt:

1. Unngå at tjenesten må avvise helgepasienter fordi bemanningen i helgene er for svak til å tilby samme tjeneste i helgene som på hverdager.
2. Unngå at brukere som ikke ønsker det, må legge seg kl 19.00 i helgene.

Virksomhetsleder sa at bemanningen i helgene er økt med bortimot 50%. Situasjonen er derfor noe bedret, men fortsatt ikke

tilfredsstillende. Alle som trenger hjelp i løpet av en helg får slik hjelp, men hjelpen kan ikke gis på de tidspunktene pasientene ber om den. Det innebærer blant annet at de siste pasientene som blir tatt opp om morgenen kan risikere å måtte vente til kl.12.00.

Hun sa også at leggetiden er nå normalt mellom kl. 20.00 og kl. 22.00 i helgene. Unntaksvis må noen av pasientene legges før dette, men også i forhold til dette er situasjonen bedret.

Virksomhetsleder opplevde også at forventningene og kravene til tjenesten er økt. Det var tidligere mer vanlig at pårørende selv tok ansvar for å yte hjelp til sine i helgene enn i dag. Nå mente hun å ha registrert en utvikling der pårørende i større grad nå overlot ansvaret for å hjelpe sine til åpen omsorg i helgene, og presset på åpen omsorg er derfor økt.

Hun mente videre at helgepasienter ikke blir avvist nå, men man trenger fortsatt mer ressurser for at tilbudet skal bli så godt som man ønsker.

Spørsmål: Hvordan er følgende mål oppfylt:

3. Øke mulighetene for å utføre nødvendig dokumentasjon ved at det blir mer tid til å skriftliggjøre rapporter og annen dokumentasjon.
4. Øke mulighetene for å sikre kontinuitet i pasientbehandlingen.
5. Bidra til å overholde medisinforskriften, ved at det som hovedregel er sykepleiere som administrerer medikamenter.

Dette er problemstillinger vi også kommer tilbake til i andre deler av rapporten, men virksomhetsleder mente at de er kommet langt på å utvikle gode dokumentasjonssystemer.

Det foreligger en rapport fra fylkeslegen som konkluderer med at rapporterings- og dokumentasjonssystemene nå er tilfredsstillende.

Virksomhetsleder mente også, at på grunn av ordningen med primærsykepleie og primærkontakter er kontinuiteten styrket. I tillegg bidrar mer omfattende dokumentasjonssystemer til at det både er mer oppdatert informasjon og dokumentasjon tilgjengelig.

I forhold til medisin håndteringen mente virksomhetsleder at også her er situasjonen bedret noe. Det er i dag alltid to sykepleiere som gjør i stand medisinene, men noen ganger blir medisinene delt ut av hjelpepleiere. For øyeblikket er det for eksempel 86 pasienter som får morgenmedisiner. Særlig i helger og i ferietiden er det vanskelig. Virksomheten sørger derfor at hjelpepleiere og ferievikarer blir kurset slik at kommunelegen kan gi de rett til å dele ut medisiner.

Spørsmål: Hvordan er følgende mål oppfylt:

6. Unngå at tjenesten må avvise dårlige pasienter, for eksempel terminale kreftpasienter som har behov for smertebehandling via morfinpumper, fordi man ikke har nok kvalifisert personale.

Her opplevde virksomhetsleder at situasjonen er klart bedret. Pasienter blir i dag aldri avvist. Terminale pasienter får i dag

døgnkontinuerlig oppfølging fra virksomheten. Primærkontakten for den terminale pasienten blir vanligvis avlastet for sine ordinære oppgaver slik at vedkommende kan være hos pasienten hele vekten sin. Resten av tiden fylles opp med andre ansatte.

Årsakene til at situasjonen har blitt så god, mener hun bare delvis er et resultat av den økte bemanningen. Virksomheten hadde ventet at stadig flere pasienter ville velge å være hjemme ved livets slutt. Den antakelsen har ikke slått til og det har ikke vært noen nevneverdig økning i antallet som velger denne løsningen. Det har derfor vært forholdsvis enkelt å prioritere denne pasientgruppen som på årsbasis er under 10 pasienter.

Spørsmål: Hvordan er følgende mål oppfylt:

7. Sikre de ansattes trygghet ved at man har to ansatte på vakt om natten.

Virksomhetsleder mente dette målet er nådd. Det er alltid to personer på vakt om natten. Selv om det ikke er planlagt slik, har det i perioder vært behov for å plassere en av de ansatte ved omsorgsboligene i Lerkeveien. Dette er ikke i tråd med forutsetningene og driften av omsorgsboligene, men på grunn av vansker med å få sykehjemsplass har det i perioder vært beboere ved omsorgsboligene som har hatt behov for oppfølging også om natten.

Hun opplever sykehjemskapasiteten som et problem. Særlig i forhold til senil demente er situasjonen uhensiktsmessig. Etter hvert

vil mange av disse pasientene ha behov for døgntilrettelagt oppfølging. På et sykehjem kan man følge opp flere av disse pasientene samtidig - det kan vanligvis ikke åpne omsorg. Dersom slike pasienter ikke får sykehjems plass ved behov, binder de uforholdsmessig mye av åpen omsorgs kapasitet.

Likevel påpekte virksomhetsleder at det alltid har vært to personer som har rykket ut når trygghetsalarmen er blitt utløst. Dette har vært et viktig element for å sikre at de ansatte har følt trygghet i arbeidet.

Spørsmål: Hvordan er følgende mål oppfylt:

8. Være beredt på å kunne møte behovene som oppstår ved at sykehusene tilbyr stadig kortere liggetid for pasientene og at pasientene derfor har mer omfattende pleiebehov enn tidligere.

Virksomheten tar i følge virksomhetsleder i dag mot alle pasienter som blir utskrevet fra sykehuset, og hun mener at dette har de kapasitet til. Problemet er at åpen omsorg i liten grad er en akuttetat. Det betyr at de trenger noe tid til å planlegge og organisere tilbudet til nye pasienter. Dette tar ikke sykehuset, etter hennes mening, tilstrekkelig hensyn til. Melding om at pasienter skal utskrives og bli sendt hjem for videre oppfølging der, har i noen tilfeller kommet frem først etter at pasienten er kommet hjem. I slike tilfeller sier virksomhetsleder at Åpen omsorg klarer å gi pleie og omsorg, men kan ikke organisere rehabilitering av pasienten. Rehabilitering krever i følge virksomhetsleder, at Åpen omsorg samarbeider med andre tjenesteområder i kommunen og dette tar det noe tid å tilrettelegge.

Hun fortalte også at virksomheten har allerede hatt en hjemmeboende respiratorpasient, og hun mener at de klarte denne utfordringen uten spesielle problemer.

Spørsmål: Hvordan er følgende mål oppfylt:

9. Styrke brukerrettigheter ved å bruke mer personalressurser i forhold til saksbehandling

Virksomhetsleder sier at før opprettelsene av de nye stillingene, ble saksbehandlingen i hovedsak utført av virksomhetsleder. I dag benyttes nærmere 2 stillinger til disse oppgavene. Hun forteller videre at saksbehandlingsrutinen nå er endret. Tidligere var det sentrale perspektivet å komme frem til et vedtak. Dette perspektivet er i dag utvidet slik at det også er et mål at brukerrettigheter og brukermedvirkning blir ivaretatt. Dette oppnås blant annet ved at alle saksutredninger blir sendt bruker til uttalelse før det blir tatt avgjørelse i saken.

Spørsmål: Hvordan er følgende mål oppfylt:

10. Bedre internkontroll og kvalitetsutvikling ved å benytte mer personalressurser til dette.

Etter virksomhetsleders vurdering gir det nye dokumentasjonssystemet et vesentlig bedre utgangspunkt for å styrke internkontrollen og kvalitetsutviklingen. Hun mente at den foreliggende rapporten fra fylkeslegen viser også at systemet fungerer.

I tillegg til at det er skjedd endringer av formelle rutiner, mener hun at det også er skjedd en holdningsendring. Tidligere var holdningen at man skulle være hos pasientene. Det var der den "riktige jobben" ble gjort. Arbeid på kontoret ble nedprioritert. Fortsatt er pasienter og pasientkontakt det viktigste elementet i jobben, men virksomhetsleder synes nå at forståelsen for at administrative rutiner er viktig for kvaliteten på tjenestene er økende. Hun opplever derfor at mens holdningen tidligere i stor grad var at kontorarbeid "stjal" tid fra pasientene, er holdningen nå at en del av kontorarbeidet er nødvendig for å sikre høg kvalitet også i det direkte pasientrettede arbeidet.

Spørsmål: Hvordan er følgende mål oppfylt:

11. Bedre arbeidsmiljøet ved mer tid til oppfølging av nyansatte og ansatte med ulike behov (for eksempel attføring), samt ved å bruke mer tid til å tilrettelegge for kurs og internundervisning.

Virksomhetsleder mente at virksomheten i denne sammenhengen nå har fått tid til vesentlig bedre rutiner enn før.

Hun hevdet at oppfølging av sykemeldte er nå blitt mer aktiv. Virksomhetsleder har regelmessig kontakt med sykemeldte og samarbeider blant annet med kommunens HMS-avdeling om å tilrettelegge arbeidet slik at ansatte kan komme raskest mulig tilbake i jobb. Hun pekte også på at mulighetene for å benytte aktive sykemeldinger og å tilrettelegge for endrete og tilrettelagte arbeidsoppgaver er tiltak som er tatt i bruk.

Virksomheten har også etter hennes mening akseptert at arbeidstakere som nærmer seg pensjonsalderen får endrete arbeidsoppgaver. I slike sammenhenger kan den ansatte for eksempel få redusert antall besøk hos brukere og i stedet bli tillagt et større ansvar for å veilede andre ansatte.

5.2 Drøfting av funn

Vi kan på bakgrunn av tilbakemeldingen fra virksomhetsleder konkludere med at de mål som virksomheten skisserte på forhånd i hovedsak er nådd. Ut fra kriteriet måloppnåelse synes stillingsøkningen å ha vært effektiv.

Det er likevel grunn til å peke på at dette ikke oppleves som et overraskende resultat på bakgrunn av at det er virksomhetsleder som både har skissert målene og som vurderer i hvilken grad de er oppnådd. Dette understreker en del av de grunnleggende kjennetegnene ved slike virksomheter, som vi kan kalle profesjonelle organisasjoner (Mintzberg, 1979). Åpen omsorg kjennetegnes ved at de som er tilsatt er fagfolk med formell utdanning. Denne utdanningen har gitt faglig grunnlag for å løse sine arbeidsoppgaver og har som vi har vært inne på foran, bidratt til å utforme den enkeltes individuelle mål med jobben. På mange måter kan vi si at slike organisasjoner består av individuelle eksperter som utfører sin jobb først og fremst i forhold til sine individuelle mål (Strand, 2001). Det er på bakgrunn av samhandlingen med den enkelte bruker at de opplever å få

tilbakemeldinger på den jobben de utfører. Det innebærer at det er svært vanskelig både for ledere og politikere å påvirke utformingen av jobben og å endre eventuelle prioriteringer som de ansatte synes er viktig. Det antas at det i større grad er de mål som formidles gjennom utdanning som er retningsgivende for tjenesteutførelsen enn de som eventuelt formuleres av ledere og politikere (Bentsen, 1999).

Vi kan legge til grunn at det her finnes tre nivåer for målutforming i forhold til denne virksomheten. Vi har overordnede mål som vedtas først og fremst av kommunedelspolitikere. Vi har også virksomhetens egne mål slik de skisseres i virksomhetsplaner og formuleres av virksomhetens ledelse. Til slutt har vi de ansattes egne mål bygget på ansvarsrasjonalitet, utdanning og personlig etikk.

I teorien er det politikere som skal utforme de overordnede målene og de ulike nivåene under som konkretiserer handlingsmål avledet av de overordnede målene (Statskonsult, 1988). Det vil si at virksomhetens mål er avledet av de målene som politikere har trukket opp og at virksomheten prøver å konkretisere disse målene i bestemte tiltak. Deretter skal de ansattes individuelle mål være avledet av de målene som virksomheten har trukket opp.

I dette tilfellet synes ikke målutformingen være et entydig resultat av en slik prosess. Noen av de målene som ble skissert opp bygger tilsynelatende i større grad på de ansattes individuelle mål enn på politiske prioriteringer. I andre sammenhenger er det likevel andre

prioriteringer som ligger til grunn for målene.

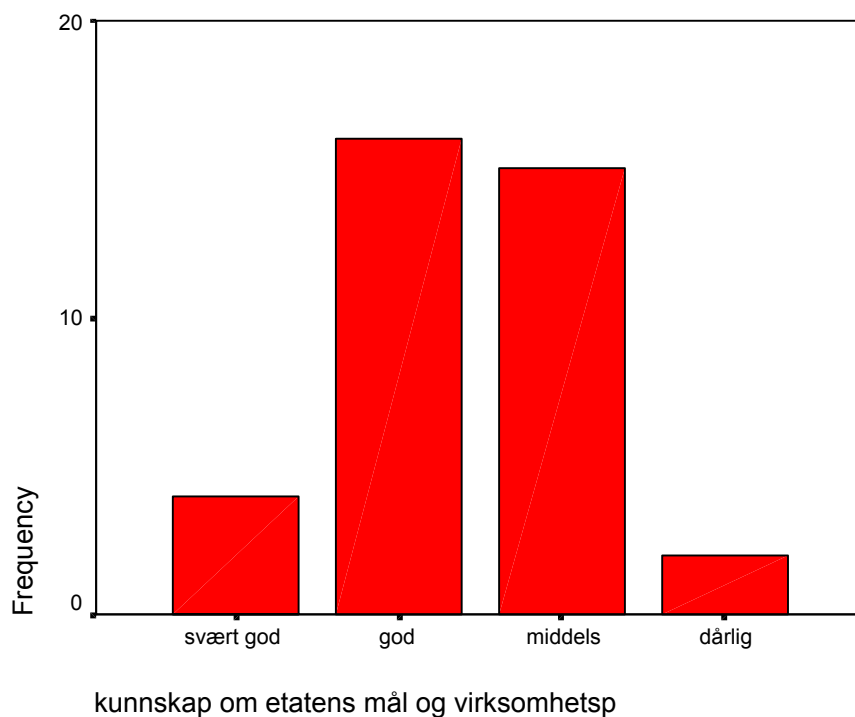
De mål som virksomhetsleder referer til bygger blant annet på den virkelighetsbeskrivelse som fagorganisasjonen (NSF) hadde gitt. Vi antar at denne beskrivelsen ga uttrykk for hvordan de ansatte opplevde situasjonen. En del av de målene som ble skissert må derfor antas å bygge på en felles faglig forståelse av hva som er riktige prioriteringer og således være uttrykk for felles individuelle mål.

Likevel synes det som om de ansatte har en forholdsvis bevisst holdning til de måldokumenter som foreligger i virksomheten. I spørreskjemaundersøkelsen stilte vi følgende spørsmål:

Spm1

Hvordan vil du karakterisere din kunnskap om etatens mål og virksomhetsplaner ?

Vi fikk da følgende fordeling:



Kommentaren til dette spørsmålet var få, men styrker inntrykket av at noen tar dette alvorlig, mens andre er mer ambivalent. Likevel synes vi det er overraskende at det tross alt er et flertall av de ansatte som mener de har god og svært god kunnskap om virksomhetens mål og virksomhetsplaner. Det kan selvfølgelig være at respondentene har vært redd for å avsløre sin uvitenhet, men vi har ikke noen grunn til å tro at dette er forklaringen. Det synes derfor som om virksomheten både har rutiner for å engasjere de ansatte i utformingen av mål og planer og for å ha disse tilgjengelig for de ansatte.

Det kan stilles spørsmål om hvorvidt målet om å styrke saksbehandlingen har almen oppslutning blant ansatte. Dette er et mål som kan realiseres gjennom virksomhetsleders egne prioriteringer og krever i liten grad at de andre ansatte engasjerer seg aktivt.

Vi har også inntrykk av at en del av de ansatte har vansker med å prioritere tid til oppgaver som dokumentasjon og internkontroll når disse kommer i konflikt med tid til pasientbehandling. At disse funksjoner er blitt styrket tyder derfor på at virksomhetsleder og resten av ledelsen faktisk har muligheter for å implementere nye mål blant de ansatte. Disse målene er riktignok mål som bør ha stor grad legitimitet gjennom autorative faglige vurderinger og vedtak.

Vår vurdering er derfor at de målene som ble skissert synes å være bygget på en faglig vurdering av hvilke utfordringer organisasjonen sto overfor og at stillingsøkningen har bidratt til å innfri målene. Slik sett mener vi at stillingsøkningen har vært effektiv.

6.0 KVALITET

Vår vurdering av de kvalitative sidene ved virksomheten bygger på opplysninger gitt av de ansatte. Disse opplysningene kommer frem gjennom dybdeintervjuer med i alt 6 ansatte og gjennom et spørreskjema som ble delt ut til alle ansatte. Vi vil i hovedsak bruke intervjuene som utgangspunkt for våre analyser og bruker spørreskjemaene først og fremst for å verifisere intervjufunnene.

6.1 Bakgrunnsvariabler

De 6 respondentene hadde vært i nåværende stilling fra 7 til 22 år. Gjennomsnittet for tilsetningsforholdet var 12 år. De som ble intervjuet var alle kvinner. 3 hjelpepleiere og 3 sykepleiere utgjorde intervjugruppen. En av respondentene hadde utdanning utover grunnutdanning (psykiatri).

Hva som ble angitt som grunn til å jobbe i åpen omsorg i Onsøy varierte. En oppga erfaringene fra siste praksisperiode på grunnutdanningen, hvor hun uttrykte dette slik: ”oj, slik vil jeg jobbe”. 3 av respondentene hadde tidligere arbeidet på institusjon og oppgav både ønske om forandring og utsiktene til å jobbe mer selvstendig som årsak til jobbskiftet. To vektla den spesielle muligheten som finnes i åpen omsorg til å jobbe med det enkelte menneske i fokus. Praktiske hensyn knyttet til bosted og kort reisevei ble også nevnt.

6.2 Dokumentasjonssystemet og informasjonsutveksling

6.2.1 Presentasjon av funn

Følgende uttalelse gir et bilde av den endringen som har foregått knyttet til innføringen av nytt dokumentasjonssystem. "Vi innførte nytt system nå i sommer. Vi har hatt papirer, men alle har gjort det på sin måte. Savnet en ens måte å gjøre det på – nå er det blitt noe av. Det jeg nå savner er tid til å få det gjort".

En av respondentene som arbeider kun dagvakter beskrev mulighetene for å dokumentere det de gjorde på denne måten: "I dag er forholdene mye bedre, før kunne det gå flere måneder mellom hver gang vi skrev noe". Den samme respondenten beskrev videre utviklingen på denne måten: "Vi har blitt mer oppmerksom på det å dokumentere – vi var vel det før også, men da hadde vi ikke tid".

En annen svarte på spørsmålet om det har vært noen endring av arbeidsdagen: "Synes det er mer stresset nå – kamp mot klokka". Den samme respondenten vektla at de nye dokumentasjonskravene var med på å skape denne situasjonen. "Det har vært noen saker som gjør at vi blir skjerpet".

En annen som bare arbeider dagvakter fremhevet at de har fått det samme systemet som brukes andre steder med en mappe for hver bruker. Samme respondent påpeker at det ikke har kommet helt i system med å lage mapper (hovedkort) med opplysninger som skal

ligge i hjemmet til pasienten. ”Helt enkle opplysninger som er viktige hvis du må ringe til legen – noe jeg liker å gjøre fra pasienten slik at pasienten kan høre direkte hva som blir sagt”.

En annen respondents uttalelse sammenfaller med det ovennevnte: ”Alfabetisk kardexsystem fungerer bra i dag. Problemene er egentlig sentrene – Slevik, Manstad. Erfarte manglende kardexføring her når trygghetsalarmen gikk og medisiner som vedkommende brukte ikke var ført i kardex”.

En respondent som bare arbeider kveldsvakt sier dette om informasjonsutvekslingen: ”I det store og hele synes jeg det går greit”. Hun sier videre at:

”Den endringen som kanskje er viktigst er at det i dag kun er en fra hver sone som gir rapport og at det er mange på dagtid jeg nesten aldri ser. Den som gir rapport hører til på sona – og kjenner brukerne godt. Annerledes blir det de gangene hvor det samme mennesket må gi rapport fra begge soner. Det ser jeg kanskje på som en svakhet”.

En annen uttalelse fra en kveldsvakt beskriver samarbeidet med dagvaktene slik:

”Det hadde kanskje vært ideelt å komme sammen med de på dagen når døgplanen legges. Føler at de på dagen legger planen, og at vi kan gi innspill. Det ville vært annerledes hvis vi kom sammen og diskuterte”.

En annen som også var opptatt av å bedre kommunikasjonen mellom de som gikk ulike vakter uttrykte dette slik:

”Jeg syntes det hadde vært bra med en turnus som gikk både på kveld og dagen – for å få litt mer helhet i de

arbeidsoppgaver som gjøres på de ulike vaktene”.

En respondent med meget lang erfaring mente de brukte mer tid på rapporter tidligere. Den samme respondenten uttrykte at det i dag er mindre tid til å diskutere generelle faglige spørsmål, for eksempel metoder for sårbehandling. ”Det blir i hovedsak konkrete spørsmål knyttet til brukerne”.

På spørsmålet om du erfarer situasjoner hvor ting ikke blir brakt videre svarte en av respondentene bekreftene på dette og nevnte et eksempel hvor det var gjort medisinforandring på fredag. Når hun kom på jobb på mandag var endringen ikke gjort.

En respondent som arbeider på natten gav uttrykk for at:

”Det er ting på dagen jeg ikke får med meg” . Et kvarter i begynnelsen og slutten av vakta er lite – ofte er det mye jeg har å spørre om. Vi kan jo ikke ringe om natten å spørre slik kveldsvaktene har mulighet til”.

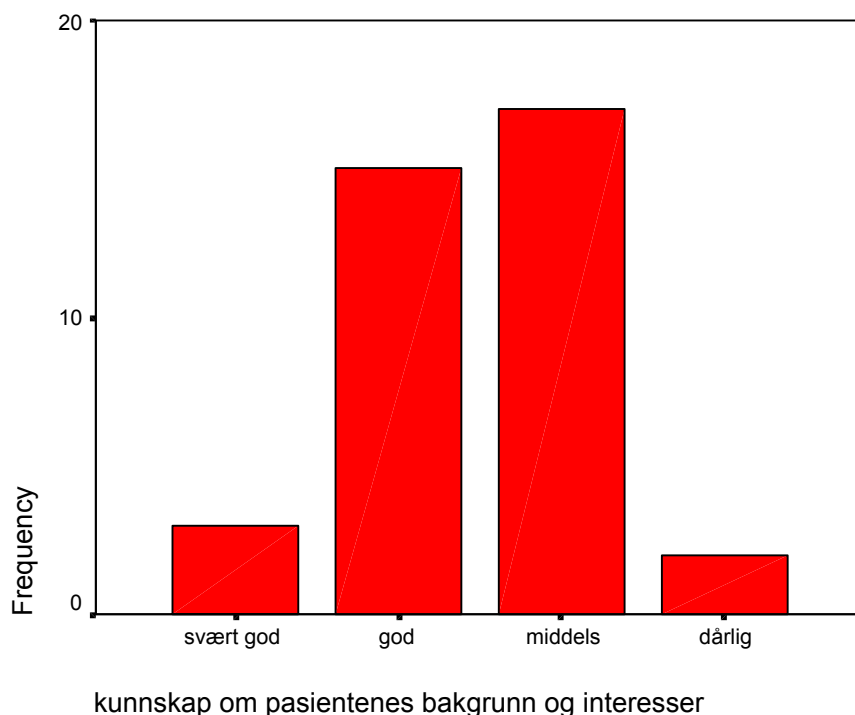
En ansatt på dagen beskrev samarbeidet med kveldsvaktene på denne måten. ”Jeg går aldri 4-vakt, det er en av sykepleierene som gjør og som har oppgaven å rapportere til kveldsvaktene”.

Samarbeid med kveldsvaktene ? ”Dem føler jeg at jeg ikke har noe samarbeid med i hele tatt”.

Flere i intervjugruppen uttrykte at de savnet tid og fora til å diskutere faglig spørsmål som ikke var direkte knyttet til den enkelte pasient. ”Har personalmøter for oss på natta 2 ganger i året – stort sett karakter av informasjonsutveksling. Det var noen år tilbake – da

hadde vi sykepleiefaglige møter. Det var veldig bra med god oppslutning”.

Spørreundersøkelsen bekrefter intervjufunnene som sier at det fortsatt er behov for forbedring. På spørsmålet ” *Hvordan vil du karakterisere din kunnskap om pasientens bakgrunn og interesser?* ” fordelte svarene seg slik:

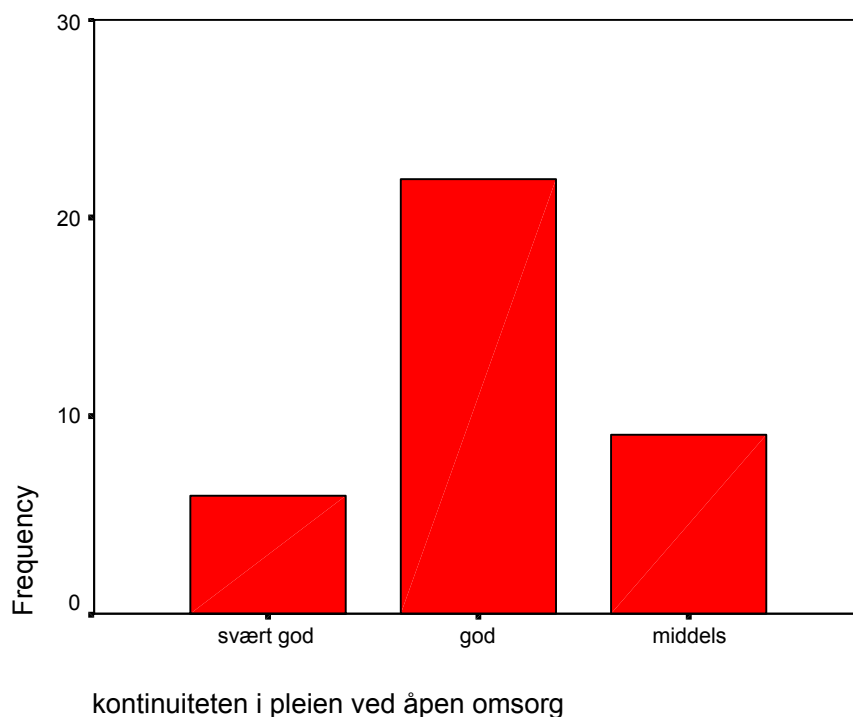


Kommentarene til dette spørsmålet knytter seg særlig til to forhold:

- Det er fortsatt liten tid både til å oppdatere dokumentasjonssystemene og til å bruke dette til selv å være oppdatert i forhold til pasientene.

- Primærsykepleie bidrar til at de ansatte har gode muligheter til å bli kjent med brukerne og til deres bakgrunn og interesser.

Svarene på spørsmålet *"Hvordan vil du karakterisere kontinuiteten i pleien ved åpen omsorg?"* tyder på at kontinuiteten i pleien er bra.



Kommentarene til spørsmålet tyder på at de fleste gir ordningen med primærsykepleie æren for denne situasjonen. Det fremkommer også av kommentarene at svakheten ved denne situasjonen er at det ikke fungerer like bra i situasjoner der man er avhengig av vikarer, eller på kvelds- nattevakt eller helgevakter.

6.2.2 Drøfting av funn

Informasjonsutveksling kan være formell eller uformell. Med uformell informasjonsutveksling mener vi overføring av data fra en person til en annen uten at det i ettertid kan dokumenteres hvilke data som ble overført, mens formell er når det foreligger skriftlig eller annen dokumentasjon på hvilke data som ble overført.

De dokumentasjonsordninger som etableres i helsesektoren har flere begrunnelser. Et viktig utgangspunkt er at journaler og andre dokumentasjonsordninger skal være med på å sikre rettssikkerheten for brukerne (Echoff, 1994). God dokumentasjon viser hvordan tjenesten er blitt utført og gir muligheter for å kontrollere i ettertid at de tilbudene som er ytt er i samsvar med de krav som foreligger. I tillegg er gode dokumentasjons-ordninger med på å sikre at alle ansatte uavhengig av om de kjenner brukeren fra før, har tilstrekkelig kunnskaper om den brukeren de skal betjene.

Resultatene i undersøkelsen tyder på at de ansatte er bevisst på betydningen av å dokumentere skriftlig arbeidet de utfører. Det er innført et nytt skriftlig dokumentasjonssystem (alfabetisk kardexsystem) og undersøkelsen viser at det nye systemet oppfattes som en klar forbedring. De ansatte har på denne måten altså fått et system der datagrunnlaget for de analyser og de tiltak som gjennomføres er tilgjengelig. Kravene til forsvarlig profesjonsutøvelse er på denne måte oppfylt (Abbott, 1988; Andersen, 1995).

Det oppleves som en mangel at systemet med å oppbevare

hovedkort hjemme hos brukerne ikke er ferdig utviklet. Dette kan forsinke arbeidsutførelsen, for eksempel i situasjoner hvor lege må kontaktes og det er viktig å vite hvilke medisiner som pasienten får. Manglende kardexføring ved senterene, Lerkeveien, Slevik og Manstad, ble også opplevd om et problem når trygghetsalarmen gikk og for eksempel nye medisiner ikke var ajourført.

Ansatte spesielt på kveld og natt opplever informasjonsutvekslingen med de som arbeider på dagen som mangelfull. Det savnes både muligheter/fora til å drøfte tilbudet til pasientene. I dette lå en opplevelse av ikke å bli tatt med på råd og at det var de på dagen som bestemte. I tillegg uttrykte flere at situasjonene knyttet til den daglige rapportering var svært hektisk.

Det er altså etablert formelle informasjons- og dokumentasjonsordninger som synes å være tilfredsstillende. Vi opplever likevel at det er noen svakheter i bruken av disse ordningene. En del av de ansatte kommenterte på spørreskjemaene at ordningene med primærsykepleie (de ansatte følger opp samme brukere for eksempel i 6 måneder) bidrar til at de er godt orientert om pasientene. Dette kan tyde på at de ansatte til en viss grad stoler for mye på erfaringer og at de ikke sjekker den formelle dokumentasjonen. Ved endringer eller annen ny informasjon kan man risikere at denne ikke blir videreformidlet, fordi den som avgir informasjonen stoler på de formelle informasjonssystemene. Det som her belyses er indikasjoner på at virksomheten har en utfordring i å samordne formelle og uformelle informasjonssystemer. Det skal i den sammenheng tas i betraktning at de nye

dokumentasjonsordningene er tatt i bruk i løpet av siste året og at det tar noe tid før rutinene innarbeides.

Selv om de tilbakemeldinger vi har fått tyder på at internadministrasjonen øker på grunn av økt dokumentasjon, så har vi vanskelig for å tolke dette som redusert effektivitet. Dette skyldes to forhold. Først og fremst handler det om kvalitet. Vi mener bestemt at bedre dokumentasjon sikrer at tiltakene som iverksettes blir mer målrettet og dermed faktisk løser de problemene man ønsker å løse. Forutsetningen er at dokumentasjonsordningen er hensiktsmessig og at praktiseringen er god. Dernest handler det om å spare tid. Flere av informantene har pekt på at dersom dokumentasjonen ikke er oppdatert, kan det gå med mye unødig tid til å finne opplysninger som er nødvendige, for eksempel ved bruk av trygghetsalarmer.

6.3 Direkte pasientkontakt

6.3.1 Presentasjon av funn

På spørsmålet om forholdet rundt den direkte pasientkontakt hadde endret seg de senere år ga respondentene til dels ulike svar. De kalkulerte alle at tiden til direkte pasientkontakt utgjorde 60-70% av arbeidsdagen. En av de som hadde kortest yrkeserfaring fra Onsøy beskrev sin arbeidsdag som i hovedsak den samme som når hun begynte i jobben. "Brukerbildet" ble oppfattet relativt uendret – både i antall og pleiebehov. "Føler kanskje at jeg har noe bedre tid". Hun som ga denne beskrivelsen arbeider dagvakter.

En helt annen situasjonsbeskrivelse ble gitt av en som arbeider kveldsvakter. Hun beskrev utviklingen de seneste årene slik: "Det har blitt rene eksplosjonen når det gjelder antall brukere – helt enormt. Masse gamle folk - dårlige gjør at vi mange ganger må være 2 i stellet. Mye tyngre gruppe hjemme". Hun utdypet denne oppfatningen gjennom følgende uttalelse: "Vi ser at det var lettere å få folk på sykehuset før – sykehuset har dessuten blitt raskere til å sende de hjem".

En tilsatt på natten beskrev utviklingen på denne måten: "Det er flere og flere som ønsker og trenger å komme på sykehjem. De ser sin begrensning – de er engstelige for å være alene hjemme, på natten også".

En annen beskrev den samme problematikk på følgende måte: "Ser behovet for et godt gammeldags aldershjem – ikke uvanlig at noen sier: "Jeg skulle heller ønske å dø enn å være til bry".

På spørsmålet om det er forhold ved direkte pasientkontakt du opplever ikke blir ivaretatt gav en følgende svar: "Nei, det føler jeg veldig sjelden. Det med ensomhet - kan vi føle og enkelte ganger er det folk som ikke burde vært hjemme".

En annen nevnte tidsfaktorens betydning for å kunne gi kontakt på denne måten:

"Mange får ikke dekket sitt behov for kontakt. De som trenger pleie og stell får vi samtidig pratet med, mens hos brukere som ikke har behov for stell blir det ofte vanskeligere. Prøver hvis

jeg bare skal innom å levere en tablett å ta av meg jakka slik at det ikke blir så hektisk”.

Flere uttrykte at disponibel tid til hver pasient er en sentral faktor med hensyn til å yte god pleie. En respondent la vekt på at det er viktig at tidsbruken bevisst planlegges – at tiden deles på pasientene. Hun nevnte følgende eksempel: ”I går var det en kreftpasient som spurte om jeg ikke kunne sette meg ned. Dessverre måtte jeg si nei, i dag derimot hadde jeg tid til å sette meg ned – en god prat på 10-15minutter”.

Den samme respondenten la vekt på at ”vi må bli tydeligere på å gi brukerne beskjed når vi kommer – slik at de ikke blir sittende en hel dag uten at de vet når vi kommer”.

På spørsmålet til en respondent som arbeider nattevakter om det har blitt frigjort tid som følge av at medisinhåndteringen nå gjøres på dagen, ble følgende svar gitt: ”I dag driver vi med for eksempel mer legging sammenliknet med tidligere – og så skynder jeg meg ikke hele tiden lenger”.

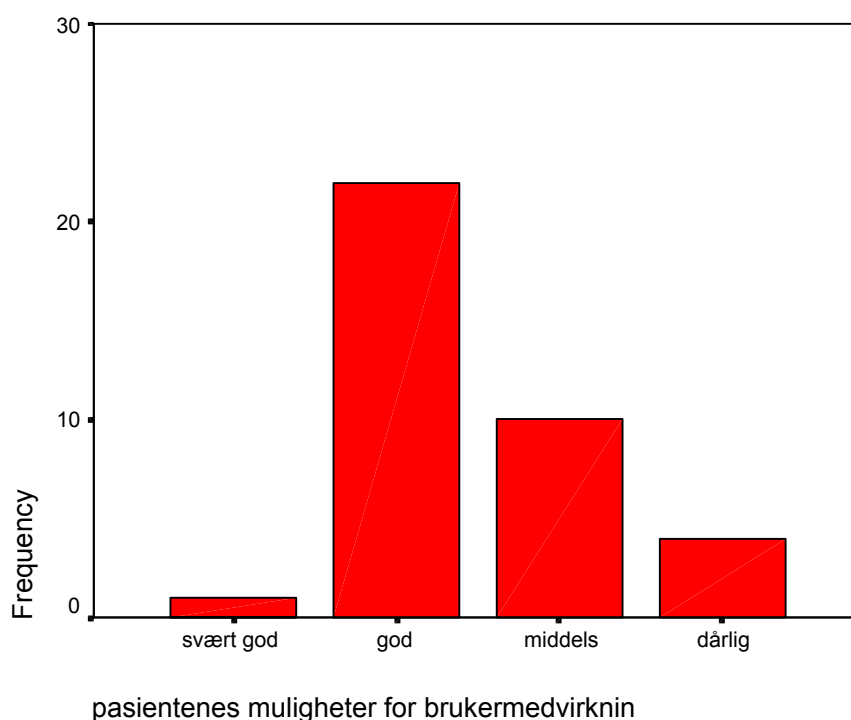
En respondent med mange år i nåværende stilling beskrev dagens situasjon på denne måten: ”Savner tid til å bli bedre kjent med brukerne – hvem de egentlig er. Ønsker også tid til å drive forbyggende arbeid – oftere vaske/stelle beina for å unngå sår”.

Muligheten til å fokusere på den enkelte, gi individuell pleie ble fremhevet som en viktig motivasjonsfaktor. Disse resultatene viser at trivsel i arbeidet er knyttet til den direkte pasientkontakt og at de

ansatte mener forholdene ligger til rette for å kunne gi god pleie til befolkningen i Onsøy. Når de ansattes trivsel er knyttet til muligheten for å jobbe individuelt, er dette en indikasjon på at det tilbys et kvalitativt godt helsetilbud i åpen omsorg. Det er dette som er belyst i kapittel 2.2 "kvalitet i et etisk perspektiv", hvor omsorgen for det hjelpetrengende menneske gis prioritet i situasjoner med handlingsvalg.

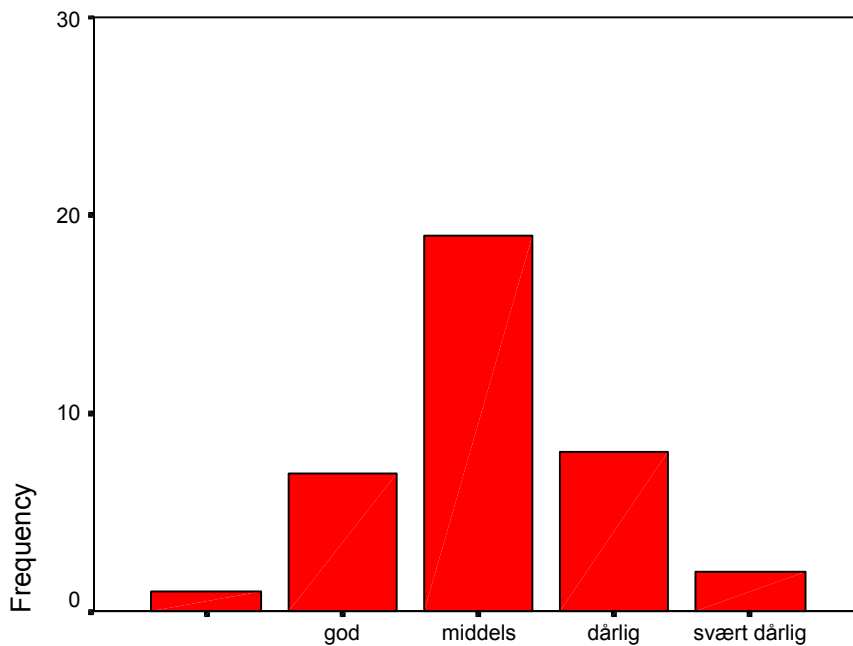
Et individualisert tilbud er i samsvar med Lov om pasientrettigheter og Forskrift om individuelle planer som er hjemlet i Lov om helsetjenesten i kommunene §6-2a.

Når det gjelder om dokumentasjonssystemet ivaretar den enkeltes rett til medbestemmelse som fremkommer gjennom Lov om pasientrettigheter, viser spørreundersøkelsen følgende fordeling på spørsmålet: *Hvordan vil du karakterisere pasientenes muligheter for brukermedvirkning ?*



Kommentarene til spørsmålet viser at de ansatte legger stor vekt på å imøtekomme det de oppfatter som pasientenes ønsker. Flere av respondentene legger vekt på at de gjerne skulle vært mer imøtekommende overfor brukerne, men at ressursene (først og fremst tid) ikke strekker til. Noen kommenterer også at det i noen sammenhenger kan være problematisk å definere hvem som er bruker i de *sammenhengene der pasient og pårørende har ulike ønsker*.

Disse intervjufunnene bekreftes av spørreundersøkelsens svar på spørsmålet *"Hvordan vil du beskrive tidsrammen som er satt av til hver enkelt pasient ? "*



tidsrammen som er satt av til hver enkelt pasient

Det er tydelig at en stor del av de ansatte føler seg presset på tiden. Følgende kommentar til spørsmålet kan sies å være representativ for de mange som kommenterte dette spørsmålet:

"I enkelte perioder (ikke så ofte) føler du at du har tilstrekkelig tid til hver pasient. Som oftest er det en kamp mot klokka, hvor du føler at du gjør en utilstrekkelig jobb. Uheldig både for personale og pasienter".

6.3.2 Drøfting av funn

Det var to forhold ved pasientenes situasjon som intervjugruppen la vekt på kunne bedres. Behovet for flere sykehjemsplasser var en entydig oppfatning. I tillegg nevnte flere at mange mennesker gav uttrykk for å være ensomme. Disse to faktorene kan også ses i

sammenheng. Økte personalressurser til åpen omsorg har etter stor sannsynlighet gjort det mulig å gi helsetjenester til en pasientgruppe som tidligere fikk sykehjemsplass eller ble behandlet på sykehus. Dette er i samsvar med prinsippet om å gi helsetjenestene på det laveste effektive omsorgsnivå (LEON prinsippet). Dette underbygges med statistiske data som viser at antall sykehjemsplasser er uforandret i en tid hvor andelen eldre er økt og antall pasienter i åpen omsorg det samme (jmf. kap. 4.3)

Resultatene fra undersøkelsen tyder på at LEON-prinsippet kan komme i konflikt med det som pasientene opplever som viktig for å kunne ha et trygt og godt liv. Dette forklares ut fra resultatene i undersøkelsen som viser innbyggere som er ensomme og enkelte også engstelige for å bo alene. Uttalelsen fra en av respondentene som etterlyste et "godt gammeldags aldershjem" må ses i denne sammenheng.

St. meld. nr. 28 (1999-2000) peker på at kvalitet i helse- og omsorgstjenestene i stor grad handler om relasjoner og om opplevelsene av disse relasjonene. Vi var derfor interessert i hvordan de ansatte vurderer brukarmedvirkning og tidsrammene som er tilgjengelig for hver enkelt pasient. Brukarmedvirkning er et uklart begrep, men vi legger til grunn følgende definisjon: "Brukarmedverknad vil seie at dei som blir påverka av eit vedtak , eller er brukar av tenester, får delta i prosessen før avgjerda blir teken" (St.meld. 8, 1998-99). Slik deltakelse bidrar til at de tiltakene som iverksettes i størst mulig grad er tilpasset de behovene brukerne selv uttrykker. Vi mener derfor at omfanget av og

innretningen på pasientkontakten er et uttrykk for kvaliteten på tjenestene.

Undersøkelsen gir klare indikasjoner på at tilbudet til den enkelte pasient har høy kvalitet. Vi tror bestemt at en positiv interesse for de arbeidsoppgavene som skal utføres, påvirker resultatet på en gunstig måte. Det var en gjennomgående vektlegging av den direkte pasientkontakt som den viktigste motivasjonsfaktor. Muligheten for å jobbe med den enkelte bruker i fokus var en del av denne forklaringen. Når de ansatte samtidig uttrykte meget høy trivsel i sitt arbeid, tyder dette på at mulighetene i dag for å utføre en god individuell omsorg ligger til rette. Kari Martinsen referer til Elisabeth Hagemann (1936) i sin beskrivelse av hva som er god omsorg:

”En søster må i sine syke ikke bare se pasienten som er innlagt under den eller den diagnose, men i hver enkelt må hun se et lidende menneske som hun vil stå ferdig til å hjelpe på den måte som den enkelte trenger det. (Martinsen, 2000:77)

Undersøkelsen viser at tidsbruken knyttet til den enkelte bruker må planlegges nøye og at det er svært lite rom for å gi tilbud utover det helt nødvendige. Utsagnet fra ansatt med meget lang erfaring: ”ønsker også tid til å drive forebyggende arbeid – oftere/vaske stelle beina for å unngå sår”, kan stå som et eksempel på dette.

Undersøkelsen viser at de ansatte opplever at mange er både ensomme og engstelige for å være alene. En uttalelse som viser denne oppfatningen og som er et bilde av utvalgets oppfatning er denne. ”Det er flere og flere som ønsker og trenger å komme på

sykehjem. De ser sin begrensning – de er engstelige for å være alene hjemme, på natten også”.

Vi tolker en del av uttalelsene både i intervjuene og i spørreskjemaene at en del av de ansatte opplever det som vanskelig å sette klare grenser for hva de kan gjøre. Uttalelser tyder på at de ansatte har en viss mulighet til å imøtekomme individuelle behov:

" Jeg må daglig prioritere hvor mye tid jeg kan bruke hos den enkelte pasient -prøve å se pasientene som en helhet i løpet av en uke, og så gi den enkelte mer oppmerksomhet en dag, mindre de andre ukedagene, men samtidig prøve å være våken for signaler utenom de dagene jeg har prioritert til pasienten"

Dersom vi definerer brukermedvirkning som at brukerne selv kan få utforme tjenestene, er det tydelig at slik brukermedvirkning er vanskelig innenfor den ressurssituasjonen som finnes.

Det er ting som tyder på at de ansatte opplever det som vanskelig å skille mellom primær- og sekundærbruker (Solheim & Rønning, 1997). Hvem sine ønsker skal ivaretas, pasientens eller de pårørendes ? Dette er et problem som kan være vanskelig å løse i situasjoner der pårørende er klare på sine preferanser, mens pasienten er uklar og utydelig på sine.

Flere av respondentene fremhever at ordningen med primærsykepleie gir dem god kontakt med sine primærpasienter. Vi har foranpekt på at dette tyder på at den skriftlige

dokumentasjonsordningen fremdeles kan videreutvikles. Likevel vil vi her fremheve et annet poeng: Den gode kontakten mellom primærkontakt og primærpasient er et viktig grunnlag for en omsorgsrasjonell tilnærming til pasientenes ønsker (Wærness,1985). God skriftlig dokumentasjon bidrar til at man kan iverksette de tiltakene som er riktige ut fra teori og erfaring. Den pasienten som ønsker at tjenesteyteren skal gjøre noe annet enn det som er "riktig", er avhengig av at det finnes tjenesteytere som kjenner dem og som klarer å forstå deres følelser og prioriteringer (Nortvedt ,1998).

Vi vet lite om hvorvidt brukerne i Onsøy mener at primærsykepleie medfører at de ansatte forstår dem, men vi legger til grunn at det er svært vanskelig å ha en individuelle tilnærming til en ukjent pasient. Vi mener derfor at primærsykepleie og god kunnskap om den enkelte pasient er et godt grunnlag for å yte etisk forsvarlig hjelp.

6.4 Medisinhåndtering

6.4.1 Presentasjon av funn

På spørsmålet om arbeidssituasjonen hadde endret seg de siste 2-3 årene gav respondentene et entydig svar når det gjaldt medisinhåndtering. Følgende uttalelse er representativ for intervjugruppen: "Det som det har blitt mer system på er medisinhåndteringen – denne er blitt mye mer kvalitetssikret nå enn tidligere". Den samme respondenten utdypet dette ved å vektlegge både økt bemanning og nye lokaler som viktige i den sammenheng.

Følgende beskrivelse gir et bilde av situasjonen før endringene ble gjennomført:

”Vi hadde et lite skap, isbokser – 3 og 3 i høyden. Så ramlet de om hverandre – stadig fant vi piller. Det gikk i hundre når vi skulle fylle – og ikke system for å sjekke. Medisinrom – 3 ganger 3 meter og 6 personer på samme tid. Det var helt forferdelig”.

I dag er det dagvaktene som utfører medisin håndteringen, dvs. fyller ukedosetter. To dager i uka skal det være et menneske ekstra som fyller – og så kommer det en annen og sjekker.

Håndteringen av medisiner er ikke bare den endringen som alle nevnte. Denne endringen ble av flere spesielt vektlagt. En respondent som jobber nattvakter uttrykte dette slik: ”Tidligere brukte vi 4 netter til legge ukedosetter. Det var slitsomt – fordi du ikke er helt klar i toppen om natten”. En annen positiv side ved at arbeidet med medisiner nå er dagvaktens ansvar ble beskrevet slik: ”Har tenkt på at det hadde ikke vært mye moro å stå her alene om natta og ordne med medisinerne”.

En hjelpepleier belyser et annet forhold ved medisin håndteringen som er knyttet til den formelle kompetansen: ”Visse situasjoner – spesiell smertebehandling før de dør får jeg ikke fulgt opp. I slike situasjoner hvis jeg skal stille og andre gi smertestillende, hadde jeg ønsket å være med på helheten”.

6.4.2 Drøfting av funn

Det finnes egen forskrift om medisin håndtering. Denne setter klare krav både til hvordan medisiner skal håndteres og hvem som skal utføre de ulike oppgavene.

Kravene er blant annet begrunnet med at det kreves nødvendig utdanning for å dele ut medisiner. Undersøkelsen viser at det tidligere har vært vanskelig å oppfylle kravene til formell kompetanse til de som deler ut medisiner på grunn av stort arbeidspress og mangel på personale.

Resultatene viser at de økte personalressursene har muliggjort en betydelig kvalitativ forbedring på dette området. De praktiske forholdene er nå lagt til rette for en sikrere medisin håndtering. Økte personalressurser på dagtid har sikret forskriftsmessig håndtering vurdert med bakgrunn i den formelle kompetansen til de som utfører oppgaven. Dette gjelder både med hensyn legging av medisiner i ukedosetter, kontrollering av at dette er gjort riktig og utdeling av medisinene.

Vi mener å kunne registrere at medisin håndteringen nå er kvalitativ bedre i to sammenhenger.

Først og fremst er selve prosessen blitt vesentlig bedre og tryggere. Kvalitetskontrollen er ikke bare knyttet til en sluttkontroll, men til en forsvarlig prosess. Virksomheten reduserer på denne måten mulighetene for at en enkelt feil skal få negative følger (Normann 1991; Strand 2001).

I tillegg bidrar bedre fysiske arbeidsforhold til at trivsel og trygghet på jobben styrkes. Vi sitter igjen med en følelse av at de ansatte tidligere opplevde stor grad av utrygghet i forhold til arbeidet med medisiner. De nye rutinene har bidratt til at de ansatte i større grad kan være trygge på at de deler ut riktige medisiner.

6.5 Organisatoriske forhold

6.5.1 Presentasjon av funn

”Brukerens situasjon er annerledes fra dag til kveld – det er andre ting som må gjøres. Sånn sett hadde det vært en fordel om vi hadde jobbet om hverandre – både med hensyn til vakter og sone”.

En som arbeider på natten beskrev de arbeidsmessige endringene på denne måten:

”Tidligere når tjenesten var lokalisert til Onsøyheimen kunne nattvakten ta med en hjelpepleier når det var behov for å være to. Når vi gjennom de nye stillingene ble to på natta følte jeg at jeg slappet av på en ny måte. Når den andre ble delvis stasjonert i Lerkeveien, gikk det delvis tilbake til det gamle”.

Den samme respondenten påpekte også ansvaret for Gressvik aldershjem. ”Det ansvaret syntes jeg er ganske tyngende – selv om det ikke er så mye å gjøre, tenker jeg mye på det”. På spørsmålet om hva ansvaret består i ble følgende svar gitt: ”På aldershjemmet er det ikke sykepleiere. Hvis de tilkaller oss bør vi helst komme. Ikke ofte, men det skjer. Problemet er at vi er der så sjelden at vi ikke kjenner beboerne”.

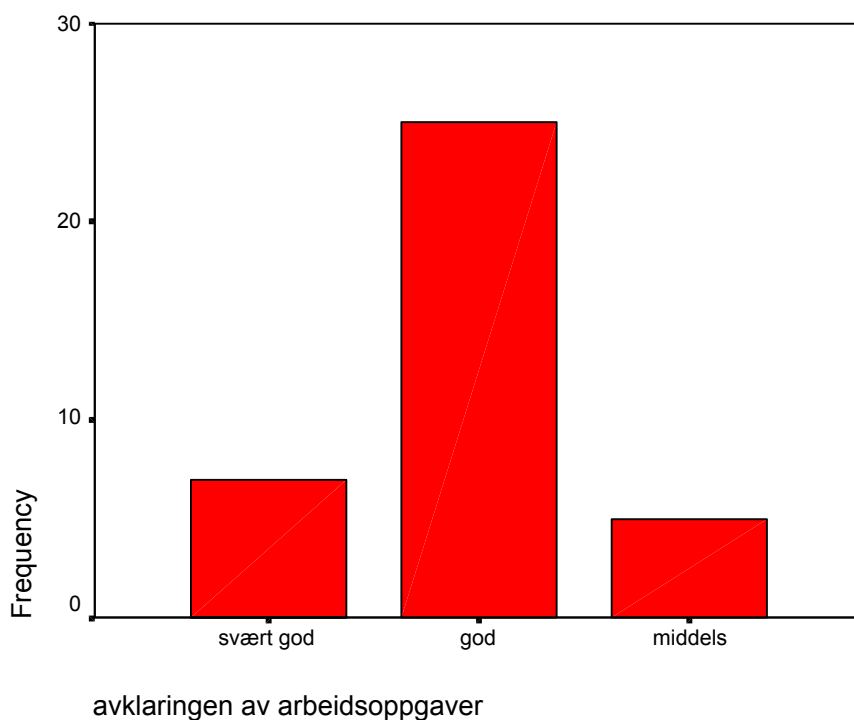
På spørsmålet om det har vært endringer i arbeidsoppgaver i den aktuelle perioden, 2-3 siste årene, gav en hjelpepleier følgende svar: "Det har blitt mye mer restriktivt i forhold til hva vi kan gjøre. I det ene øyeblikket kunne vi ikke gjøre sykepleieroppgaver – i det andre ble vi bedt om å gjøre det samme. Det skjer nesten ikke lenger".

På spørsmålet om å gi et helhetlig bilde av de siste årene gav en følgende svar:

"Bytte av avdelingsleder har vært tungt – leit å miste den som har full oversikt. Tråkig at den som tar tak i ting og trekker i trådene forsvinner". Den samme respondenten kommenterte det samme tema på følgende måte: "Avdelingsleder på dag har nesten det samme som avdelingsleder på kvelden, men arbeidsoppgavene er annerledes med mer ansvar gjennom førstegangsbesøk og personalansvar".

En annen beskrev situasjonen uten avdelingsleder på denne måte: "Vi blir mer og mer individualister – hvis det er situasjoner du mener ikke er bra kan du gå til avdelingsleder å ta det opp. Uten leder blir dette vanskelig".

Resultatet av spørsmålet "Hvordan er avklaringen av hvilke arbeidsoppgaver du skal og kan utføre?" i spørreskjemaundersøkelsen viser følgende fordeling:



Dette tyder på at arbeidsdeling oppfattes som klart avgrenset for de fleste ansatte. En av respondentene hadde formell kompetanse utover grunnutdanning. En uttrykte det slik på spørsmålet om vedkommende ønsket mer utdanning:

”Har ikke meldt behov. Har små barn – prioriterer familien”. På spørsmålet om du synes du har de mulighetene du trenger med hensyn til kurs og etterutdanning, svarte flere at det var avhengig av deres eget initiativ. ”Først og fremst eget initiativ, men arbeidsgiver henger opp. Jeg kunne vært flinkere til å følge med selv”.

En av de ansatte opplevde visse problemer med å deltatt på kurs og kompetansegivende utdanning. Hun uttrykte dette slik: "Kanskje lettere å komme med på kurs før – om det er på grunn av økonomien vet jeg ikke, men jeg føler det var lettere. Andre har søkt videreutdanning – vanskelig å få dekket har jeg hørt. Permisjon uten lønn har også vært vanskelig – spesielt for de som jobber på kvelden fordi det er vanskelig å finne erstatte".

En som jobber på natten bekrev en situasjon noen år tilbake. "Det var nattvaktkurs trinn 1, 2 og 3. Fikk være med på trinn 1. Når jeg søkte trinn 2 fikk jeg avslag fordi det var en annen som ikke hadde vært på kurs det året som fikk delta i stedet. Det var mulighet til å sende to på kurset. Syntes det var veldig leit – var rettet direkte mot oss som jobbet på natten. Syntes 900kr var flisespikkeri når jeg tok kurset på fritiden".

6.5.2 Drøfting av funn

Undersøkelsen viser at det i dag helt unntaksvis skjer at en hjelpepleier må utføre sykepleieroppgaver. Tidligere var mangelen på sykepleiere årsaken til at hjelpepleiere likevel utførte tradisjonelle sykepleieroppgaver (Heiberg ,1988). Hvis de nye stillingene har ført til en slik at arbeidsoppgavene i dag i større grad er i samsvar med profesjonspliktene, er dette også en kvalitativ forbedring i samsvar med nytt lovverk.

En klarere avgrensing av arbeidsoppgavene kan oppleves på ulike måter. Noen ansatte kan føle at arbeidsoppgavene blir begrenset og

at jobben derfor ikke blir så spennende og utfordrende som de ønsker. Andre vil oppleve dette som en trygghet (Kaufmann & Kaufmann, 1996). Vi legger til grunn at virksomheten i åpen omsorg er så sammensatt og den profesjonelle friheten vanligvis så stor, at det er liten grunn til å tro at en klarere tydeliggjøring og avgrensing av arbeidsoppgavene vil virke negativt inn på de ansattes motivasjon i jobben (Abbott, 1988).

Vi vil heller legge vekt på at klar avgrensing av arbeidsoppgaver gir et tydeligere ansvar. Sjansen for at oppgaver ikke blir løst fordi alle trodde at noen andre gjorde det, blir redusert ved når ansvarsforholdene er tydelige. Klare ansvarsforhold og gode rutiner er viktige kjennetegn ved kvalitetssystemer (Kyrkjebø, 1998). Stillingsøkningen har slik vi tolker det, medført at ansvar og rutiner er blitt klarere og at kvaliteten på tjenestene med det har økt.

Kompetanseutvikling gjennom formelle kurs- og opplæringstiltak synes fortsatt å være underprioritert i virksomheten. De ansatte opplever for en stor del at det både er mangel på økonomi og på tid til å delta på kurs - særlig eksterne kurs. Det er en del interne kurs, men de kommer gjerne sent på dagen og er bare på en til to timer. Flere ansatte opplever slike kurs mer som en ekstra belastning enn som et positivt tilbud. De ansatte kan oppleve at kurs som foregår i arbeidstiden, uten at det blir tildelt ekstra tidsressurser, kommer i konflikt med ressursene som skal benyttes overfor brukerne. Dette kan komme i konflikt med de ansvarsrasjonelle mål som de ansatte bygger sine prioriteringer på (Nylehn, 1997).

Samtidig vet vi at formell kursvirksomhet ivaretar flere viktige hensyn. Helsesektoren er i stadig endring, det tas i bruk ny teknologi, pleietyngden øker i hjemmebaserte tjenester og nye regler setter nye krav til blant annet dokumentasjon og brukermedvirkning. Dersom virksomheten skal klare å holde tritt med de endrete kravene som rettes mot den, er det helt nødvendig at man tar opplæring av ansatte på alvor. Undersøkelser viser dessuten at det vanligvis er de ansatte som tar initiativ til eksterne kurs og opplæring (Wang og Heimly, 1998). Dette tyder på at kurs og opplæring kan være en viktig motivasjonsfaktor i en sektor der de personalpolitiske virkemidler ellers er svært begrenset.

Vi må derfor konkludere med at virksomheten fortsatt har en del ugjort i forhold til kurs- og opplæring. I *lov om kommunehelsetjenesten § 6-2. heter det blant annet med hensyn til Videre- og etterutdanning:*

Kommunen skal sørge for at dens ansatte helsepersonell får påkrevet videre- og etterutdanning.

...

Helsepersonell innen kommunens helsetjeneste plikter å ta del i videre- og etterutdanning som blir foreskrevet og som er nødvendig for å holde dets kvalifikasjoner vedlike. "

Vi har stor forståelse for at det er den brukerrettede aktiviteten som må prioriteres. En tolkning av vanskene med å få til en ønsket satsing på etter- og videreutdanning, er at til tross for stillingsøkningen må ressursene prioriteres på en måte som gjør at

optimal satsning på etter- og videreutdanning ikke kan oppfylles. Likevel vil vi peke på at i et samfunn der utviklingen synes å akselerere hele tiden, så blir etter- og videreutdanning et stadig viktigere middel for å opprettholde og styrke kvaliteten på tjenestene.

Vi må også komme tilbake til de perspektivene vi skisserte innledningsvis. Begrepet "lærende organisasjoner" knyttes til virksomheter som har en klar strategi for hvordan opplæring skal foregå, og hvordan denne opplæringen implementeres som ny kompetanse i hele organisasjonen (van Hauen, Strandgaard & Kastberg, 1995; Jacobsen & Thorsvik, 1997). De tilbakemeldingene vi har fått tyder på at de ansatte ikke oppfatter noen klar strategi i forhold til kompetanseutviklingen i åpen omsorg. Det er derfor en fare for at virkningen av de kurs og den opplæring som gjennomføres har begrenset verdi for organisasjonen. Selv om den enkelte ansatte har stort utbytte av de kurs vedkommende deltar på, er det ikke sikkert at dette får virkning for virksomheten som helhet (March & Olsen, 1979).

Kommentarer fra noen av de ansatte tyder på at virksomheten har hatt en ordning med intern kursvirksomhet noen timer på slutten av enkelte dager. Dette kan i utgangspunktet synes som en fornuftig løsning for å engasjere hele personalet i felles kompetanseheving. Resultatene i undersøkelsen tyder på at virkningen ikke har vært helt i samsvar med intensjonene. Det synes som om de ansatte opplever at denne kursvirksomheten konkurrerer med pasientbehandlingen på en uheldig måte. Det synes derfor som om

virksomheten også bør se noe på hvordan man organiserer den kompetanseoppbyggingen som allerede gjennomføres.

En 100% saksbehandlerstilling er gått med til å styrke en del organisatoriske rutiner, særlig saksbehandling av søknader om bistand. En god saksbehandling er sentralt for å sikre brukernes rettssikkerhet (Echhoff 1994). Vi har ikke gjennomgått saksbehandlingsrutinene konkret og kan derfor ikke gå god for kvaliteten på selve saksbehandlingen. Likevel finner vi det positivt at man har valgt å benytte mer ressurser og innført rutiner slik at brukerne gis anledning til å uttale seg før vedtak fattes. Dette gir indikasjoner på at virksomheten tar Forvaltningslovens § 17 (forvaltningsorganets utrednings- og informasjonsplikt) på alvor. De eksempler på vedtaksbrev som vi har sett på, gir brukerne godt grunnlag for å ivareta sine rettigheter. Dette oppnås blant annet ved at brevene beskriver de faktiske forhold som vedtaket bygger på og at det er en informativ begrunnelse for vedtaket.

6.6 Arbeidsmiljøfaktorer.

6.6.1 Presentasjon av funn

Respondentene hadde i gjennomsnitt 13 års yrkespraksis fra åpen omsorg i Onsøy. Det var en entydig oppfatning i intervjugruppen at åpen omsorg i Onsøy var et bra sted å arbeide. På spørsmålet om de kunne si noe generelt om hvordan det er å jobbe i åpen omsorg i Onsøy, gav alle uttrykk for at de trivdes. Følgende utsagn viser dette: ”Jeg trives her – jeg trives blant de eldre. Får tilbakemelding -

at jeg betyr noe for brukerne, det er den viktigst inspirasjonen". Denne uttalelsen kan knyttes til Nortvedts beskrivelse av sykepleieetikkens grunnlag hvor det heter blant annet: "Etikk er bekymring og omtanke. Etikk er deltakelse, engasjement, imøtekommelse, ansvar for den andre" (Nortvedt, 1998:151).

De ovennevnte utsagn fra de ansatte viser en nærhet til og engasjement overfor brukerne som er vesentlig for å kunne tilby kvalitative gode helsetjenester.

En annen beskrev arbeidsforholdene på denne måten. "Onsøy er et bra sted å jobbe, god tone fra topp og ned". Samarbeidsforholdene ble av en respondent beskrevet på denne måten: "Samarbeider veldig fint med legene – veldig godt samarbeid. De ser på oss som en ressurs". En ansatt på kvelden uttrykker det samme om samarbeidsforholdene: "Vi er veldig sammensveiset – jobber i team". En respondent som jobber på dagen beskrev arbeidet på følgende måte: "Syntes jeg får brukt meg mye – i forhold det å jobbe inne (på sykehjemmet). Kan ta tak i ting og blir veldig selvstendig – vi blir verdsatt".

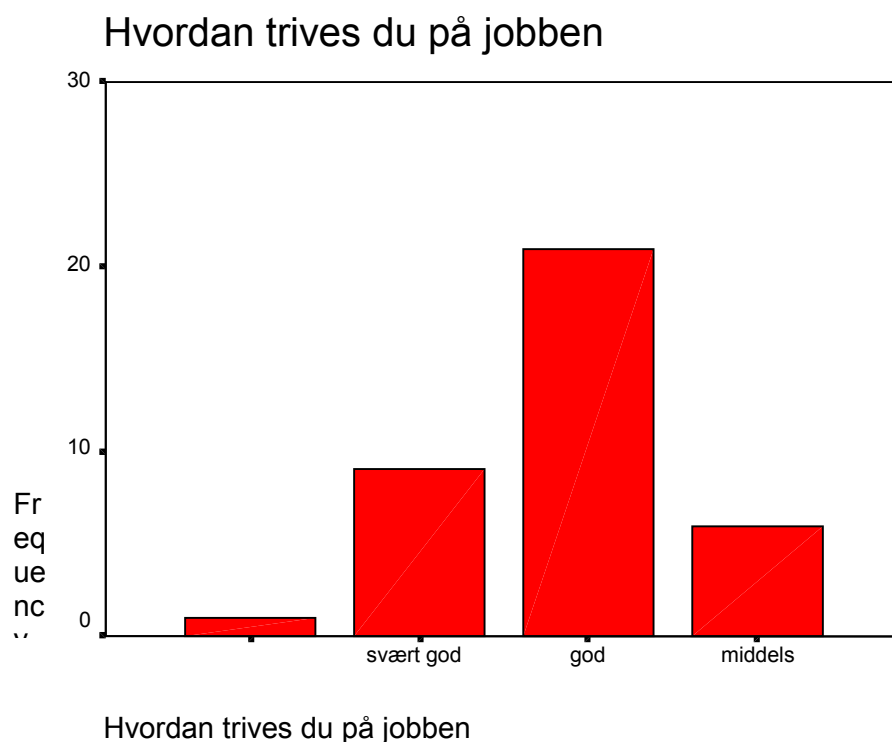
På spørsmålet om arbeidssituasjonen hadde endret seg de 2-3 siste årene svarte en: "Ja, det har den – og hadde det ikke skjedd noe hadde det sagt klikk. Ett kontor – vi satt oppe på hverandre og to telefoner kimet". Den samme respondenten la også vekt på at kurs og etterutdanning har blitt mer systematisert og knyttet dette til handlingsplanen for virksomheten.

En annen som også arbeider dagvakter kommenterte flytting til nye lokaler på denne måten: ”Veldig positivt å komme hit ned med bedre plass – kjempedeilig”

Resultatene viser stor trivsel blant de ansatte i åpen omsorg i Onsøy – uttalelsen ”Onsøy er et bra sted å jobbe, god tone fra topp og ned” er typisk for det som fremkom under intervjuene.

Spørreundersøkelsen bekrefter dette gjennom følgende svar på spørsmålet:

Hvordan trives du på jobben ?

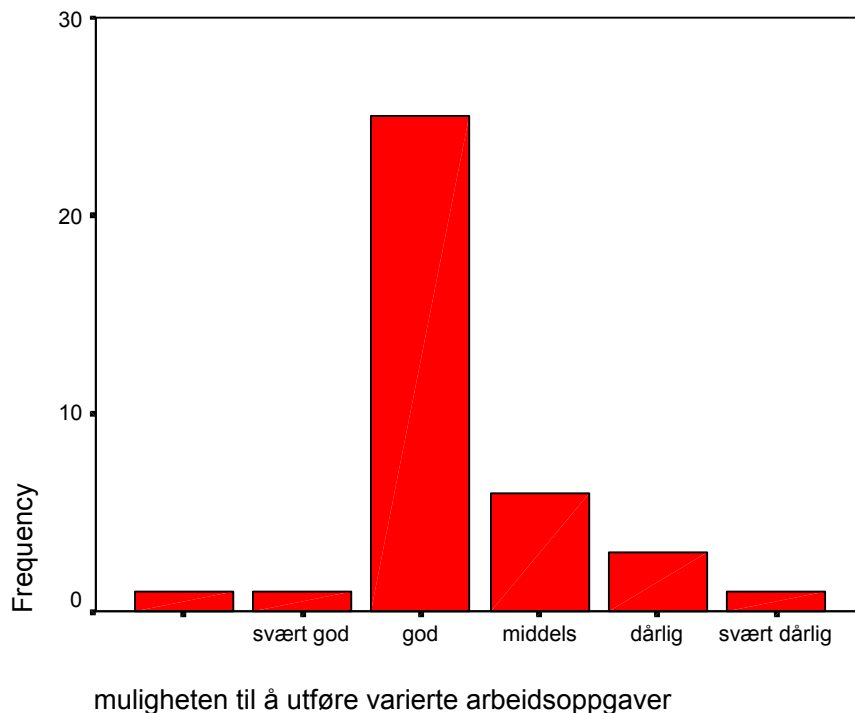


Denne tabellen gir inntrykk av en arbeidsplass der de ansatte til tross for at de ser mangler og muligheter for forbedringer, har det trivelig. Følgende kommentar synes å være representativ for de mange som har kommentert dette spørsmålet:

" Trives egentlig svært godt. Godt arbeidsmiljø, dyktige og medmenneskelige ledere. Minus. Tidspress, spesielt i helgene. Gruer meg nesten for å gå på jobb i helgene".

Spørreundersøkelsens viser en klar tendens på to andre spørsmål som er knyttet til arbeidsmiljøfaktorer og som understøtter funnene i intervjuundersøkelsen.

Spørsmålet *hvordan vil du beskrive muligheten til å utføre varierte arbeidsoppgaver?* viser samme tendens.



Det synes som om en stor del av de ansatte har en arbeidssituasjon der det er samsvar med de forventningene de har til bredden i arbeidsoppgavene og det de faktisk må gjøre. Igjen knytter kommentarene seg til forskjellen i arbeidsoppgavene mellom dag og kveldsvakter.

6.6.2 Drøfting av funn

Den sterke understrekingen fra de ansatte om at de trives på jobb og opplever arbeidsmiljøet som godt, er en viktig ressurs for virksomheten. Flere undersøkelser de siste årene har vist at det er en sammenheng mellom godt arbeidsmiljø og høy kvalitet på de tjenestene som ytes (Moland, 1999). Det er likevel ikke slik at man helt er klar over om godt arbeidsmiljø medfører høy kvalitet, eller om

det er høg kvalitet som medfører godt arbeidsmiljø (Kaufmann & Kaufmann, 1996). Slike vurderinger kan lett få et preg av spørsmål om hva som kom først, høna eller egget. For kommunedel Onsøy vil vi tro at det viktigste er å konstatere at de positive tilbakemeldingene på arbeidsmiljøet trolig er et uttrykk for høg kvalitet på tjenestene.

Vi vil også trekke frem et annet poeng ved de ansattes oppfatning av et godt arbeidsmiljø. Ansatte i helse- og sosialsektoren er blant de grupper som er utsatt for å bli utbrent (Maslach 1985; Roness 1995). Et godt arbeidsmiljø er med på å motvirke utbrenthet. Dette er positivt på flere måter. Først og fremst er det grunn til å tro at mennesker som ikke er utbrent yter bedre kvalitet på sine tjenester enn de som er det. Dernest er mennesker som unngår utbrenthet mer stabile i jobben og dette motvirker rekrutteringsproblemene i helse- og sosialsektoren. For hver enkelt ansatt er det dessuten godt å oppleve at jobben er positiv for dem.

Vi må likevel peke på at de positive tilbakemeldingene gjelder arbeidet på dagtid i ukedagene. Både på kvelds- og helgevakter oppleves arbeidsmiljøet annerledes. Det er derfor en utfordring for virksomheten å gjøre noe med ressursene på disse vaktene.

Vi har foran pekt på at det er vanskelig å forklare hvorfor vi både får økt produktivitet og at de ansatte samtidig gir tilbakemelding om at de har en bedre arbeidssituasjon nå enn tidligere. Ting tyder på at svaret på dette ligger i den store forskjellen i oppfatning av arbeidsmiljøet på dagtid og på kvelds- og helgevakter. Det er tydelig at det er flere av de ansatte på dagtid enn de som arbeider kvelds-

og helgevakter som uttrykker trivsel og opplevelse av et positivt arbeidsmiljø. Dette tolker vi som uttrykk for at lite ressurser skaper usikkerhet og stress. Stress er i seg selv ikke nødvendigvis negativt, men vi ser for oss at stor grad av usikkerhet kan medføre være negativt (Maslach ,1985).

Noen av de resultatene vi har funnet kan synes vanskelig å forklare – de ansatte mener det først og fremst er arbeid på kvelds- og helgevakter som er mest belastende. Samtidig er det disse vaktene hvor styrking av personell er mest markert. Dette kan tyde på at det faktisk ikke er en sammenheng mellom flere stillinger og bedre arbeidsmiljø. Dersom det er en sammenheng mellom godt arbeidsmiljø og bedre rutiner, kan resultatene tyde på at dette er helt uavhengig av økningen i personalet.

Vi er redd dette er en for enkel forklaring. Som ellers i samfunnet skjer ikke en endring i åpen omsorg alene og uavhengig av hverandre. Vi har allerede diverse ganger pekt på at det foregår en omfattende endring i sammensetning av åpen omsorgs brukergruppe. Dette er en generell utvikling som innebærer at brukerne blir stadig mer bistandstrengende (Meijer , van Campen & Kerkstra , 2000) . I tillegg har man i Onsøy den spesielle situasjonen at det har vært tilnærmet inntaksstopp ved sykehjemmet. Brukere som får økt sitt bistandsbehov får derfor ikke muligheter til å komme videre i systemet. Dette innebærer at hver bruker trenger flere besøk pr. dag enn tidligere og at det derfor blir behov for å følge opp flere og flere brukere om kveld og i helger. De tallene vi har fått viser at antall besøk øker vesentlig mer enn antall brukere. Denne

økningen forklarer vi med at flere brukere nå får besøk utenom ordinær arbeidstid som er i tråd med de skisserte målene om at brukere i større grad skulle få anledning til å velge leggetid selv for eksempel i helgene.

Vi velger derfor å tolke situasjonen slik: Brukergruppens bistandsbehov øker stadig. Antall besøk øker av den grunn mer enn antall pasienter. Disse besøkene blir mer spredt ut over hele dagen og i helgene. Behovet for personell på kvelds- og helgevakter øker derfor mer enn på dagvakter. Det er derfor ikke overraskende at de ansatte fortsatt finner belastningen ved å jobbe kvelds- og helgevakter stor, til tross for at den mest omfattende stillingsøkningen er knyttet til disse vaktene.

Det er, etter vår mening, grunnlag for å si at bedringen av arbeidsmiljø på dagvakter er en direkte følge av stillingsøkningen. At vi fortsatt ser problemer på de kvelds- og helgevakter, mener vi er et resultat av et økt bistandsbehov hos brukerne. Dessverre har vi ikke hatt tilgjengelig data som viser hvorvidt vår antagelse om at økningen i besøk i hovedsak er skjedd på kvelds- og nattevakter, men det inntrykket vi har fått formidlet først og fremst gjennom intervjuene, tyder på at dette er riktig.

Det bildet vi nå har av virksomheten er at den er utsatt fra press fra to kanter. Behandlingstiden i spesialisthelsetjenesten blir stadig kortere. Dette innebærer at brukerne har et større bistandsbehov enn tidligere. Dermed har det de siste årene vært svært vanskelig å få plasser ved sykehjemmet. Virkningen av dette er at etter hvert

som for eksempel eldre brukere får et større bistandsbehov, så får de ikke sykehjemsplass og blir virksomhetens ansvar selv om bistandsbehovets omfang tilsier at brukerne burde vært tilbudt sykehjemsplass.

Konsekvensen av dette er at åpen omsorg endrer karakter fra å være en virksomhet som tilbyr tjenester på dagtid til en virksomhet som må følge opp pasientene i en stadig større del av døgnet.

7.0 AVSLUTNING

7.1. Oppsummering

Vi har i denne rapporten undersøkt hvilke virkninger stillingsøkningen ved Åpen omsorg i kommunedel Onsøy har hatt for virksomheten. Innledningsvis tok vi forbehold i at det i ettertid er vanskelig å vite hvilke endringer som er resultat av stillingsøkningen og hvilke som er et resultat av en generell samfunnsutvikling (Peters og Savoie 1998). Denne problemstillingen forsterkes av at det heller ikke forelå noen form for evaluering av tjenesten før stillingsøkningen ble satt i verk. Undersøkelsen bygger derfor på en retrospektiv tilnærming. I praksis innebærer dette at det er svært vanskelig å komme med entydige konklusjoner. Likevel mener vi at undersøkelsen har avdekket en del viktige og interessante sammenhenger:

Vi skisserte innledningsvis 5 ulike scenarier som utgangspunkt for hva vi tenkte at vi kunne finne gjennom denne undersøkelsen. Resultatet viser at ingen av de rendyrkede scenariene er bekreftet, men at elementer fra flere av dem har kan finnes igjen i de analysene vi har presentert.

Først og fremst viser undersøkelsen at har det vært en klar økning i kostnadseffektiviteten. Vi kunne tenkt oss noen flere data som grunnlag for analysen, men en del av disse var så vanskelig tilgjengelig at vi fant det uheldig å benytte virksomhetens ressurser til å finne frem disse. Likevel mener vi at de dataene som vi har lagt

til grunn for vår analyse som antall brukere og antall brukerbekø, er så sentrale indikatorer for virksomhetens drift at det er grunn til å trekke den konklusjonen at organisasjonen er blitt mer kostnadseffektiv.

Vi sitter igjen med et inntrykk av at det i dag brukes mer ressurser til internadministrasjon, særlig dokumentasjon og rutiner for å styrke kvaliteten på tjenestene. Det er etter vår mening liten grunn til å tolke dette som et uttrykk for at kostnadseffektiviteten er gått ned. Det kan like gjerne tolkes som økt effektivitet. Vi har fått beskrivelser av hvordan dårlige rutiner og dokumentasjons-ordninger har medført at ansatte har brukt unødvendig mye tid på å finne ut helt elementære opplysninger om pasientene. Et konkret eksempel på dette var situasjoner hvor det var svært vanskelig å hente fram opplysninger om pasienters faste medisiner. Dette viser etter vår vurdering at etablering av bedre rutiner og dokumentasjonsordninger faktisk bidrar til tidsbesparelse og derigjennom økt kostnadseffektivitet.

Den rapportering som virksomheten selv kommer med, tyder på at de mål med stillingsøkningen som ble skissert på forhånd er oppnådd. Vi har drøftet om hvorvidt dette egentlig er et resultat av at de mål som ble skissert var en akkumulering av de ansattes ansvarsrasjonelle mål eller om det var uttrykk for en styrt utvikling. Det svaret vi kommer til er vel et både og. En del av mål er trolig realisert fordi de var uttrykk for de ansattes individuelt formulerte mål slik de delvis er blitt utviklet gjennom utdanningen. Andre synes i større grad å være i samsvar med føringer gitt av overordnede

myndigheter både på statlig og kommunalt nivå. Vi mener derfor at man som resultat av stillingsøkningen har klart å gjennomføre endringer som har vært styrt mot overordnede mål. Stillingsøkningen har med det bidratt til en måleffektivitet.

Den mest omfattende delen av undersøkelsen har vi knyttet til en vurdering av hvordan en del kvalitative kjennetegn ved virksomheten har endret seg. Undersøkelsens klareste funn knytter seg til bedring av en rekke rutiner og dokumentasjonsordninger. Dette innebærer at det benyttes mer ressurser på disse ordningene. Vi har allerede pekt på at tross økt ressursbruk til disse ordningene, synes det som om de ansatte sparer inn denne økningen i ressursbruken ved å redusere bruk av blant annet tid til å lete etter opplysninger eller annen dokumentasjon som man ikke vet hvor er.

Et annet kjennetegn på virksomheten er de gode tilbakemeldingene på arbeidsmiljøet. Særlig interessant er beskrivelsen av forskjellene mellom hvordan det er å arbeide på dagtid og på kvelds- og helgevakter. Det er tydelig at kvelds- og helgevakter preges av at man ikke har tid til å gjøre det man opplever som faglig forsvarlig. Dette kan vi tolke på forskjellige måter med følgende forklaringer som ytterpunkter:

- De ansatte tåler ikke høyt arbeidstempo og klager derfor så snart det blir krav om å sette opp farten noe.
- Når arbeidspresset blir for stort, så kan ikke systemer og kontrollrutiner følges opp. Dette medfører at den enkelte ansatte blir usikker, lager sine egne private kontroller og blir enda mer presset på tiden.

På bakgrunn av den sterke økningen i produktiviteten har vi har vi valgt å konkludere med at det siste ytterpunktet fremstår som mest sannsynlig. For oss er beskrivelsene av medisinhandling et godt eksempel. Gode rutiner og tillit til at disse virker, innebærer at de ansatte kan dele ut medisiner i trygghet om at det er rett medisin til rett pasient. Dersom slike rutiner ikke virker, kan man risikere at den ansatte blir utrygg på om vedkommende har fått riktig medisin. I så fall vil den ansatte lett sette i gang å kontrollere med journaler for å finne hva slags medisin pasienten skal ha og hvis ikke man er sikker på at journalen er oppdatert, bør man lete etter små gule lapper med eventuelle endringer. Har man funnet ut hva som er riktig medisin, må det gjerne sjekkes med medisinbokser etc. for å få avklart at det virkelig er den riktige medisinen man deler ut. Dersom det ikke er tid til å følge opp gjeldende rutiner, kan dette medføre at produktiviteten på denne måten synker.

Vi tror at forklaringen på at produktiviteten har økt, faktisk ligger i at gode systemer og kontrollrutiner bidrar til dette og at denne tryggheten er medvirkende til at man får et godt arbeidsmiljø.

Det bildet vi fikk av Åpen omsorg før de økte personalressursene ble tilført, var en virksomhet hvor viktige systemer og kontrollrutiner manglet. Etter at man fikk den sterke økningen av stillinger har dette bildet endret seg, og organisasjonen fungerer vesentlig bedre i dag enn tidligere.

Det er en sentral utfordring for helse- og sosialsektoren å sørge for

at personalet som helhet klarer å følge med i utviklingen og at det kontinuerlig foregår en faglig oppdatering og kompetanseutvikling. Slik utvikling må foregå på to plan. På det individuelle planet må de ansatte gis anledning til jevnlig å delta i kompetanseutviklingstiltak. Samtidig er det en organisatorisk utfordring å sørge for at den individuelle kompetanseutviklingen medfører en utvikling av hele virksomheten. Vårt inntrykk er at organisasjonen har en del arbeid foran seg før man har fått gode rutiner på dette området.

Delvis har man det problemet som har beskrevet at de ansatte har personlige preferanser i forhold til kompetanseutvikling som er annerledes enn det virksomheten ønsker. I tillegg synes det som man mangler en strategi i forhold til hvordan den kompetanseutvikling som foregår på individuelt plan skal overføres til organisasjonen som helhet.

Undersøkelsen gir et bilde av en virksomhet med ansatte som uttrykker en høy grad av trivsel. Resultatene viser at trivselen er gjennomgående knyttet til arbeid med mennesker. De ansatte legger her vekt på muligheten til å få brukt seg selv og den gode opplevelsen det er å kunne være en støtte for hjelpetrequende mennesker. Det er tidligere i rapporten belyst sammenhengen mellom trivsel og kvaliteten på helsetjenesten. Undersøkelsen viser en virksomhet med medarbeidere som baserer sitt arbeid på etiske prinsipper i samsvar med sykepleieetikkenes grunnlag. Etter vår vurdering er dette et betydelig kvalitetsstempel å kunne gi en virksomhet.

7.2 Begrensninger ved undersøkelsen

En retrospektiv undersøkelse hvor den kvalitative effekten av en endring skal vurderes, er i utgangspunktet en stor metodisk utfordring. En beskrevet modell for utvikling av systemevaluering inkluderer kontekst, ressurstilførsel, prosess og produkt. (Stufflebeam 1971). De metodiske utfordringene forklares først og fremst med at situasjonen (konteksten) før ressursinnsatsen ble iverksatt ikke har vært studert slik at det ikke finnes grunnlag for å gjøre et sammenliknende studie.

Evaluering av ressurstilførsel, for eksempel personalstillinger, overveier strukturelle elementer som er nødvendige for å sette programmet i gang. Prosessene, veien man går for å nå frem, må studeres i tillegg til selve resultatet eller produktet (Woody, 1980). Denne undersøkelsen startet når endringen var gjennomført. Kravene om at prosessene også må studeres, har ikke i denne sammenheng vært mulig å oppfylle tilfredsstillende. Prosessene har blitt studert i ettertid ved gjennomgåelse av saksdokumentene som la grunnlaget for vedtaket om de økte personalressursene.

Utvelgelsen av respondenter til intervjuundersøkelsen ble foretatt av virksomhetsleder. Dette valget ble gjort fordi vi vurderte at virksomhetsleder best kunne vurdere hvem av de ansatte som var i en arbeidssituasjon som ble berørt av ressursøkningen og slik være i stand til å gi opplysninger om den endringen som hadde foregått.

Respondentene gav meget konkret og utfyllende opplysninger under intervjuene.

Virksomhetsleder hadde en sentral rolle i saksforberedelsene forut for vedtaket om å øke personalressursene. Virksomhetsleder kan således ikke sies å hatt en nøytral rolle i endringsprosessen.

Respondentene utgjorde med andre ord intet tilfeldig utvalg og dette kan med bakgrunn i det ovennevnte redusere svarenes gyldighet.

Intervjufunnenes gyldighet ble i undersøkelsen vurdert gjennom en spørreundersøkelse rettet mot alle ansatte i virksomheten. Hvis intervjufunnene skilte seg ut sammenliknet med resultatene fra spørreundersøkelsen, kunne dette svekket verdien av intervjufunnene.

Vi valgte å belyse kvaliteten på helsetjenesten med utgangspunkt i utvalgte indikatorer på kvalitet: dokumentasjonsordningen, medikamenthåndtering, direkte pasientkontakt, organisatoriske forhold og arbeidsmiljøfaktoer. Denne tilnærmingen er basert på den innsikt vi tilegnet oss før hovedundersøkelsens gjennomføring gjennom samtale med virksomhetsleder, fordypning i faglitteratur og sakspapirer som lå til grunn for de politiske vedtak. Hensikten var å sikre at de opplysningene som ble innhentet var relevante for den aktuelle sak, og slik styrke validiteten i undersøkelsen rettet mot de ansatte.

Den valgte metode for datainnsamling, hvor definerte kategorier var utgangspunktet for spørsmålsstillingene, kan også betraktes som

en begrensning ved undersøkelsen. Dette forklares ved at de utvalgte kategorier for sterkt kunne styre datainnsamlingen og gjøre at annen relevant informasjon kunne gå tapt sammenliknet med en mer åpen tilnærming. Med dette mener vi at datainnsamling knyttet til kvalitet kunne vært utført ved et ustrukturert intervju.

Vi fant en stor overensstemmelse mellom intervjufunnene og resultatene fra spørreundersøkelsen. Begge disse metodene for datainnsamling åpnet for kommentarer ikke relatert til de utvalgte kategorier. Vi mener derfor at det er klare indikasjoner av at den beskrivelsen de 6 i intervjugruppa gav er et bilde av situasjonen i Åpen omsorg i Onsøy.

Litteraturliste

- Abbott, A: *The System of Profession*. The University of Chicago Press, Chicago, 1988
- Alvesson, M og Sköldbberg, K: *Tolkning og refleksion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Studentlitteratur, Lund 1994
- Andersen, I D: *Sykepleieprosessen*, i Kristoffersen, N J: *Generell sykepleie 2*, Universitetsforlaget, Oslo 1995
- Bang, H: *Organisasjonskultur*. Tano, Oslo 1988
- Benner, P: *Fra novice til ekspert*. Tano 1996
- Bentsen, E.Z; Borum, F; Erlingsdottir, G; Sahlin-Andersson, K (red): *Når styringsambitioner møder praksis*. København, Munksgaard 1999
- Bergum, V: *Being a Phenomenological Researcher*, i Morse, J M: *Qualitative Nursing Research* Sage Publications 1991
- Cyert, R M, & March, J G: *A behavioral theory of the firm* Blackwell, Malden Mass. 1992
- da Silva, A B & Andersson, M: *Vetenskap och människosyn i sjukvården*, Uppsala Universitet, Uppsala 1988
- Downs, G W & Larkey, P D: *The Search for Government Efficiency*, New York, Random House 1986
- Fredrikstad kommune: Handlingsplan for styrking av eldreomsorgen, 1998
- Fredrikstad kommune: Protokoll fra kommunedelsutvalget, datert 20.12.99
- Echoff, T: *Forvaltningsrett* Tano, Oslo 1994
- Eek, A. og Nygård, A: *Innsyn og utsyn*. Oslo/Tønsberg: INFO-banken 1999
- Eilertsen, G: *Forståelse i et hermeneutisk perspektiv*. Artikkel i Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning, Nr. 3 2000.

- Fog, J & Kvale S: *Artikler om interviews*. Aarhus Universitet 1995
- Fog, J: *Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview*. Akademisk Forlag, København 1994
- Fylkesplan for Østfold: *Høringsutkast*. Østfold fylkeskommune 1999
- Gadamer, H G: *Truth and method*, Sheed & Ward, London 1989
- Heiberg, M: *Funksjonsfordelingen mellom hjelpepleiere og sjukepleiere*, i Ellefsen, B og Romøren, T. I.: *Betalt for å hjelpe*. TANO 1988
- Hellqvist, B: *Att mäta och analysera effektivitet i offentlig verksamhet*. Kungl. Tekniska Högskolen, Göteborg 1994
- Henriksen, J O og Vetlesen, A J: *Nærhet og distanse*. ad Notam Gyldendal Oslo 1997.
- Holter, H. og Kalleberg, R: *Kvalitative metoder samfunnsforskning*. Universitetsforlaget, Oslo 1982
- Jacobsen D I & Thorsvik J: *Hvordan organisasjoner fungerer*. Fagbokforlaget, Bergen 1997
- Kaufmann, G & Kaufmann, A: *Psykologi i organisasjon og ledelse*, Fagbokforlaget, Bergen 1996
- Kvale, S: *Det kvalitative forskningsintervju*. Ad Notam Gyldendal, Oslo 1997
- Kyrkjebø, Jane Mikkelsen: *Kvalitetsutvikling i helsetjenesten*. Fagbokforlaget, Bergen 1998
- Lov 19. november 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene.
- March, J. G & Olsen J. P: *Ambiguity and Choice in Organizations*. U-forlaget, Oslo 1979
- Martinsen, K: *Omsorg, sykepleie og medisin*, Tano Oslo 1988
- Martinsen, K: *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Tano, Oslo 1993/97
- Martinsen, K: *Fenomenologi og omsorg*. Tano-Aschehoug Oslo 1996

- Martinsen, K: *Øyet og kallet*, Fagbokforlaget Bergen 2000
- Maslach C: *Utbränd : en bok om omsorgens pris*. Natur og Kultur, Stockholm 1985
- Meijer A, van Campen C & Kerkstra A 2000: *A comparative study of the financing, provision quality of care in nursing homes*. artikkel i Journal of Advanced Nursing 2000: vol 32
- Mintzberg, H: *The Structuring of Organizations*. Prentice-hall 1979, Englewood Cliffs
- Moland, L E: *Suksess og nederlag i pleie- og omsorgstjenestene*. Forskningsstiftelsen FAFO, 1999 Oslo
- Normann, R: *Service Management*. Bedriftøkonomens Forlag, Oslo 1991
- Nortvedt, P: *Sykepleiens grunnlag – Historie, fag og etikk*. Tano Aschehoug, Oslo 1998
- Nortvedt, P: *Nærhetsetikk og prioriteringsansvar – Ansatser til en prioriteringsetikk i sykepleien*. Artikkel i Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning, Nr. 3: 2000.
- NOU 1997:18 *Prioritering på ny*. Lønning II utvalget
- NOU 1997:20 *OMSORG OG KUNNSKAP*. Norsk kreftplan.
- NOU 1999:2 *LIVSHJELP*. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende.
- Nylehn, B: *Organisasjonsteori. Kritiske analyser og refleksjoner*. Kolle Forlag, 1997
- Ot prp nr 12 1998 – 99: *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*
- Ot prp nr 13 1998 – 99 *Lov om helsepersonell (helsepersonelloven)*
- Otterstad, H K & Ek, I J: *Mer pleie og omsorg for hver krone*. Oslo: Fagtidsskriftet Sykepleien, 12/2000.
- Peters, B G & Savoie, D J: *Taking Stock - Assessing Public Sectors Reforms*, McGill-Queen's University Press, Montreal 1998

- Roness A: *Utbrent? : arbeidsstress og psykiske lidelser hos mennesker i utsatte yrker* . U-forlaget, Oslo 1995
- Røvik K A: *Moderne organisasjoner*. Fagbokforlaget, Bergen 1998
- Schein, E. H: *Organisasjonskultur og ledelse*, Libro Forlag, Oslo 1987
- Silvermann, David: *Doing Qualitative Research*. SAGE Publications, London 2000
- Solheim, L J og Rønning, R: *Hjelp på egne premisser* U-forlaget, Oslo 1998
- Sosial- og helsedepartementet: *Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001*.
- Sosial- og helsedepartementet: *Utvikling av kvalitetsindikatorer for behandlingstilbudet i somatiske sykehus*. Rapport fra en arbeidsgruppe 2001
- St. meld. nr. 50 (1996-97) *Handlingsplan for eldreomsorgen*.
- St.meld. nr. 28 (1999-2000) *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene*
- St.meld. nr. 8 (1998-99) *Om handlingsplan for funksjonshemma 1998-2001*
- Statistisk sentralbyrå *Befolkningsstatistikk 2//99*.
- Statistisk sentralbyrå: *Økonomiske analyser 7/99*.
- Statskonsult: *Veileder i virksomhetsplanlegging*. 1988
- Statskonsult: *Rapport 2001:16 Statlige omorganiseringer og fornyelse av offentlig sektor*
- Strand T: *Ledelse, organisasjon og kultur*. Fagbokforlaget, Bergen 2001
- Stufflebeam, D L (ed): *Education, evaluations and decisionmaking* Itasca F E Peacock Publishers Inc 1971
- Sørensen, Borge & Hagen: *Effektivitet i offentlig tjenesteyting*. Fagbokforlaget, Bergen 1999
- van Hauen, Strandgaard og Kastberg: *Den lærende organisation*,

København 1995

Vedung, E: *Utvärderinger i politik och förvaltning*, Studentlitteratur, Lund 1998

Vere, T *Styring av kvalitet* Oslo, Universitetsforlaget , Oslo 1990

Vetlesen, A J og Nortvedt, P *Følelser og moral.* ad Notam Gyldendal, Oslo 2000

Wang, I L og Heimly, A: *Etter- og videreutdanning for sykepleiere* Nordlandsforskning, NF-rapport nr 9/98

Woody, M F: *An evaluator's perspective*, Nursing Reseach 1980

Wærnes, K: *Når service og klientens selvbestemmelse ikke strekker til*, i Bleiklie, I; m.fl: *Politikkens forvaltning* Universitetsforlaget 1985

Wærnes, K: Den medisinsk/tekniske kulturs dominans over omsorgskulturen ? artikkel i Andersen, Rune red *Samordning under lupen.* Tano, Oslo 1992

Østerud, S: *Relevansen av begrepene validitet og reliabilitet i kvalitativ forskning.* Universitetsforlaget, Oslo, norsk Pedagogisk tidsskrift. 3/98.

Vedlegg 1

Undersøkelse 1: (spørreskjema)

Personalets oppfatninger av kvalitet

SPØRREUNDERSØKELSEN

Vi skal i dette vedlegget gi en mer detaljert presentasjon av resultatene av spørreundersøkelsen enn det som er gjort i selve rapporten. De fleste kommentarer og drøftinger i forhold denne undersøkelsen er presentert i selve rapporten og vil ikke bli gjentatt her. Også presentasjon av metode og drøfting av denne er lagt inn i hovedrapporten og gjentas heller ikke her.

Her vil vi vise frekvensfordelingen på de fleste spørsmålene og ta med alle de kommentarene som respondentene skrev inn i spørreskjemaene.

Kjønn

	Frekvens	Prosent
ikke svar	1	2,7
mann	3	8,1
kvinne	33	89,2
Total	37	100,0

Alder

	Frekvens	Prosent
under 25	3	8,1
26-35	8	21,6
36-45	19	51,4
46-55	5	13,5
over 56	2	5,4
Total	37	100,0

Hvilken grunnutdanning har du

	Frekvens	Prosent
	1	2,7
sykepleier	27	73,0
hjelpepleier	8	21,6
omsorgs- arbeider	1	2,7
Total	37	100,0

Har du videreutdanning

	Frekvens	Prosent
ikke svar	1	2,7
ja	6	16,2
nei	30	81,1
Total	37	100,0

Bor du i kommunedel Onsøy

	Frekvens	Prosent
ja	20	54,1
nei	17	45,9
Total	37	100,0

Spørreundersøkelsen som ble gjennomført blant alle ansatte i hjemmesykepleien hadde en svarprosent på ca 80 (37 av 46). Ett av spørsmålene skapte problemer for respondentene. Det gjelder spørsmålet om å rangere innvirkningen en del spesifiserte forhold har på kvaliteten av tjenestene. Dessverre hadde noen av respondentene misforstått spørsmålet og en del av svarene måtte derfor forkastes. I tillegg lot en del av respondentene også være å svare på spørsmålet, fordi de mente at det var umulig å foreta en slik rangering. Denne siste innvendingen var vi klar over på forhånd, men vi ønsket likevel å stille spørsmålet for å se om respondentene hadde en felles prioritering.

Den viktigste konklusjonen vi kan trekke av dette spørsmålet er at de ansatte ikke har en bevisst felles forestilling om hvilke forhold som har sterkest innvirkning på kvaliteten av tjenestene. Spredningen i svarene er i seg selv en interessant observasjon og indikerer trolig mer at man ikke er bevisst hvordan de ulike

rammebetingelsene virker inn, enn at man ikke har en klar forestilling av hva god kvalitet er.

Prøver vi likevel å få et helhetsbilde av svarene (gjennomsnitt og median) får vi følgende rangering:

Daglig ledelse på jobben - (avd. sykepleier)	1
Tid som er satt av til hver enkelt pasient	2
Budsjettrammer	3
Ansatte som trives på jobben	4
Ansatte som kan lytte til pasientene	5
Kontinuitet i pleien - for eksempel ved primærsykepleie	6
Ansattes utdanningsnivå	7
Kommunikasjonen mellom pasient og hjelper	8
Brukermedvirkning - pasienten (evt. pårørende) får bestemme selv	9
Klare mål og virksomhetsplaner	10
Ansatte med lang erfaring fra åpen omsorg	11
Innsikt i pasientens bakgrunn og interesser	12
Overordnet ledelse (kommunedelsledelse - politisk ledelse)	13

Vi ser at følgende faktorer beskrives som viktigst:

- daglig ledelse på jobben - (avd. sykepleier)
- tid som er satt av til hver enkelt pasient
- budsjettrammer
- ansatte som trives på jobben

I andre enden av skalaen finner vi følgende fire forhold som rangeres som minst viktige:

- klare mål og virksomhetsplaner
- ansatte med lang erfaring fra åpen omsorg
- innsikt i pasientens bakgrunn og interesser
- overordnet ledelse (kommunedelsledelse - politisk ledelse)

Spm1

Hvordan vil du karakterisere din kunnskap om etatens mål og virksomhetsplaner

	Frekvens	Prosent
svært god	4	10,8
god	16	43,2
middels	15	40,5
dårlig	2	5,4
Total	37	100,0

Kommentarer

- Alt tilgjengelig - god merking
- Vet hvor info om mål/virksomhetsplaner finnes. Liten tid til å sette seg inn i målene/planene i arb.tiden. Har ikke selv vært med på å utarbeide mål - ikke blitt "mine" mål
- Utformes årlig sammen med ansatte og tillitsvalgte
- Har en viss oversikt over etatens mål og virksomhetsplaner, men kunne sikkert ha hatt bedre oversikt
- Informasjon hvert år
- Sjelden diskusjonstema
- Vår virksomhetsleder er opptatt av at vi skal kjenne til etatens mål og virksomhetsplaner. Åpen omsorg sine mål er få og realistiske

Spm2

Hvordan vil du karakterisere pasientenes muligheter for brukermedvirkning (pasienten evt. pårørende får bestemme selv)

	Frekvens	Prosent
svært god	1	2,7
god	22	59,5
middels	10	27,0
dårlig	4	10,8
Total	37	100,0

Kommentarer

- Liten tid
- Pas sier ofte "du har vel ikke tid" - det er litt i trenden at åpen omsorg er blitt slik - føler at kvaliteten blir dårlig
- Påvirkes av ressursmangel
- Antall personer og tidsrammer er faktorer som begrenser
- Vi forsøker å etterkomme ønske om tid vi skal komme, vi er gjest i deres hjem, og utfører det brukeren ønsker hjelp til/har behov for. Vi formidler viderekommunikasjon
- Komplisert når pas og pårørende har ulik behovsopplevelse + stor avhengighet av hverandre
- Pas + pårørende kan i blant ønske mer hjelp enn det virksomheten har ressurser til å tilby. Ellers blir tilbudet fastsatt i samarbeid med bruker/pårørende
- Men, i helgene er det vanskeligere å få til dette pga stort arbeidspress
- Ved førstegangsbesøk -> svært viktig å klarlegge forventninger fra pasient/pårørende til hj.spl. og omvendt! Realistisk informasjon om hj.spl's tidsrammer/muligheter, bl.a. ved omsorg for alvorlig syke kreftrammede
- Pas som trenger hjelp til stell og pers. hygiene ønsker ofte dette til samme tid. Alle kan derfor ikke få sine behov minuttregulert
- Pasientene har nok en viss mulighet til brukermedvirkning, men de er også veldig avhengige eller prisgitt oss i hj.spl. Og våre rutiner.
- Vi prøver i stor grad å gi tjenester etter brukerens ønsker og behov. Vi er i hvert fall klare på hva vi kan bidra med (hvilke tjenester) i møte med pas og pårørende på vurderingsbesøket
- Vi fokuserer mye på pas selvbestemmelse

- Det er pga tidsnød ikke alltid mulig å gi pas det tilbud han eller de pårørende ønsker/har behov for til den tid de ønsker
- Lite tid til å oppfylle ønsker
- Tid er begrensende faktor
- Pas brukervedvirkning er svært avhengig av antall personer som er på jobb til enhver tid. Arbeidsstokken er meget lydhør for pas. Ønsker, men vi må svært ofte prioritere hvilke pas som skal få oppfulgt sine ønsker. Dette går spesielt på når på døgnet de ønsker å motta vår hjelp
- Lytter alltid til pas/pårørendes ønsker. Jobber ut fra det
- På grunn av tidspress føler jeg det er vanskelig å innfri ønsker om for eksempel få lagt seg til ønsket tidspunkt. Føler ikke at det er mangel på vilje fra ansatte
- Er ikke tid til å etterkomme alle ønsker og behov, men en prøver så godt det lar seg gjøre å gjøre det på ønsket måte - etterstreber dette

Spm3

Hvordan vil du karakterisere din kunnskap om pasientenes bakgrunn og interesser

	Frekvens	Prosent
svært god	3	8,1
god	15	40,5
middels	17	45,9
dårlig	2	5,4
Total	37	100,0

Kommentarer

- Dårlig tid
- Det er knappe tidsmarginer til å sette seg inn i annet opplysningsmateriale enn de helt nødvendige opplysningene via kardex før besøk/tilsyn av bruker
- Det trengs tid
- Ofte dårlig utført dokumentasjon. Lite tid til å lese om pas. i journal før vi reiser ut
- Tid kan iblant gjøre datasamling dårlig, men primærspl. gjør dette ofte mulig
- "Bruker" pasienten aktivt v/hjemmebesøk -> samler data, tar evt.

- kontakt med pårørende
- Når du er ny er det mye å sette seg inn i , du drar til en pasient uten å ha særlig kjenneskap til pas. på forhånd. Det blir til at du leser kardex, lærer pas. å kjenne etterhvert
- Innhenter den info. jeg trenger
- Et lite fokusert emne. Kunnskapene erverves av pleierens pers. interesse v/samtale
- Tidsmangel
- Man rekker å samle en del info i stellesit. der dette er naturlig. Pas som man er kortere tid hos er det verre med.
- Jobber bare på kvelden, dvs vi har ingen primærpasienter. Dette fører til mange pas å forholde seg til. Jeg har tidligere jobbet på sykehuset hvor vi hadde tilgang til journalen. I hjemmesykepleien blir det litt gjetting ut fra bl.a. pas medisin
- Pleier å sette av tid, slik at pas kan snakke om seg og sitt. Mange har behov for dette
- Mangel på tid, fører ofte til at man gjør det som er påkrevd i situasjonen. Kvaliteten blir dermed redusert i forhold til enkeltindividets bakgrunn og interesser.
- Har liten tid før man kjører ut, til å sette seg inn i det en burde i kardexene

Spm4

Hvordan vil du karakterisere kontinuiteten i pleien ved åpen omsorg

	Frekvens	Prosent
svært god	6	16,2
god	22	59,5
middels	9	24,3
Total	37	100,0

Kommentarer

- Det er lagt opp til primærsykepleie, med unntak vikarer/sykefravær som tar seg av div. brukere
- Vi forsøker en periode ha de samme brukerne å gå til. Viktig med oppfølgende kommunikasjon til videre personale.
- Grupperapl/primærspil i 3 mnd bolker praktiseres i dag -> flertallet opplever god kontinuitet, men sykefravær medfører i perioder

dårlig kontinuitet

- Bare tid til det mest nødvendige
- Ved fravær/mangel på personell kan kontinuiteten i enkelte kardexer bli skadelidende, da forskjellige vikarer må gå i disse
- Vi jobber ut fra primæransvar og for meg som går i 100% stilling har jeg svært god mulighet til å følge opp pas
- Kontinuiteten lider v/ mangelfulle rutiner/tid til å sette seg inn i de enkelte brukeres situasjon etter fravær / ved rapport fra dag til kvelds-, til nattevakt, v/sykdom -> ufaglærte vikarer
- Intensjonen kan oppfylles ved at vi har primærsp. Korttids- og langtidsfravær påvirker dette
- Virker som det fungerer ganske bra, hvis du jobber 100%. Vi har faste kardexer som vi bytter etter en avtalt tidsperiode. Jobber du deltid er det vanskeligere å følge opp den samme pas. (flere)
- Vi har primærsp. Dette fungerer godt - så bra vi kan få til ut fra st,hjemler vi har
- Ansatt i 50% stilling som av og til kan være årsak til dårlig kontinuitet
- 1/2 år i hver kardex gir et godt utgangspunkt i kontinuiteten. Pas ønsker om oppfølging blir i stor grad tatt til følge
- Avhengig av om man jobber dag, kveld eller natt
- Er alle fast ansatte til stede er kontinuiteten svært god. Vi er dessverre aldri alle tilstede. Med ulike vikarer til stede daglig blir kontinuiteten skadelidende
- Vi arbeider aktivt med primær spl. men det kan være vanskelig å følge opp. Dette er vanskelig å gjennomføre i perioder, da det ofte er sykemeldinger
- Har muligheter til å over lengre tid å gå til samme person

Spm5

Hvordan vil du beskrive tidsrammen som er satt av til hver enkelt pasient

	Frekvens	Prosent
ikke svar	1	2,7
god	7	18,9
middels	19	51,4
dårlig	8	21,6
svært dårlig	2	5,4
Total	37	100,0

Kommentarer

- Det er meget stramme tidsrammer pga høyt brukerantall og at flere har et økt pleiebehov. Flere brukere må ha to pleiere til stede ved stell
- Ressursmangel
- God, fordi det blir satt inn ekstrahjelp
- Varierer fra dag til dag - pga arbeidsmengde - antall ansatte på jobb
- Om man må lete eller ikke finner frem hos brukeren så sprekker lett skjemaet
- Arbeidsdagen oppleves om en kamp mot klokken
- Det kan være rolige perioder hvor tiden er noe bedre, men ofte ønsker man å ha bedre tid hos hver enkelt bruker
- Jeg må daglig prioritere hvor mye tid jeg kan bruke hos den enkelte pasient -> prøve å se pasientene som en helhet i løpet av en uke, og så gi den enkelte mer oppmerksomhet en dag, mindre de andre ukedagene, men samtidig prøve å være våken for signaler utenom de dagene jeg har prioritert til pasienten.
- I enkelte perioder (ikke så ofte) føler du at du har tilstrekkelig tid til hver pasient. Som oftest er det en kamp mot klokka, hvor du føler at du gjør en utilstrekkelig jobb. Uheldig både for personale og pasienter
- Får stadig høre av pas hvor travelt vi har det. Hvor stresset vi kan virke inn på pas.
- Stort sett greit. I perioder er det for travelt. Spes. seinvaktene har for mange pas. Vi bruker avviksrapportering bevisst når pas. ikke får dekket det grunnleggende
- Kveld og helgeskift har svært liten tid

- Har sjelden tid til å gi noe annet enn den nødvendige praktiske hjelp
- Vi må stadig "flytte om"/gjøre om avtaler med pasientene om for eksempel endret tidspunkt for hjelp for å komme "i mål"
- Enkelte dager kan være svært hektiske og da kan det bli liten tid hos noen pas. dette pga for lite folk på jobb
- Av og til er det selvfølgelig perioder som er bedre, men føler at det er meget vanskelig å gjennomføre en sykepleiefaglig forsvarlig kvalitet, både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig
- Har tid til det viktigste, men gir man litt mer en dag det måtte være behov, forskyver resten av arbeidet seg

Spm 6

Hvordan er avklaringen av hvilke arbeidsoppgaver du skal og kan utføre

	Frekvens	Prosent
svært god	7	18,9
god	25	67,6
middels	5	13,5
Total	37	100,0

Kommentarer

- Pga tidspress blir det ofte merarbeid og andre arb.oppg. som må utføres av spl., selv om annet kvalifisert personell kunne gått inn og utført oppgaven. Det er skrevet stillingsbeskrivelser for ulike yrkesgrupper
- Fremgår av arbeidslisten som kan være vanskelig å tyde pga håndskrevne lister. Muntlig kommunikasjon ved rapporter. Kan også se i journal
- For vikarer og ufaglærte er nok denne avklaringen dårligere
- Arbeidsbeskrivelsen er god og definerer arbeidsfeltet
- Føler at det er en god avklaring av hva jeg skal gjøre og kan utføre
- Stillingen innebærer stedfortreder ansvar både opp og ned. Det synes jeg ikke er bra.
- Jeg er godt kjent og vet stort sett hva som skal gjøres, men det kan nok bli noe uklart for en del av vikarene
- Bør bli mer spesifikk. Dette for at nyansatte med en gang kan bli trygg på sine arbeidsoppgaver. Nå går mye på erfaring.

Spm7

Hvordan vil du beskrive dine muligheter til å holde deg faglig oppdatert

	Frekvens	Prosent
ikke svar	1	2,7
svært god	1	2,7
god	10	27,0
middels	20	54,1
dårlig	4	10,8
svært dårlig	1	2,7
Total	37	100,0

Kommentarer

- Det er satt av lite penger på budsjettet i følge virksomhetsleder, få av de ansatte får innvilget søknader på ulike kurs. Hadde ønsket mer faglig input som kan gi "spirit" i arbeidssituasjoner.
- Vet ikke, men tror mulighetene er gode
- Ønskelig med flere eksterne / heldagskurs. Nå blir kurstilbud ofte gitt 1,5 - 2 timer på slutten av en travel arbeidsdag
- Ønske om litteratur
- Det er i stor grad opp til den enkelte å melde seg på kurs/lese faglitteratur oa. Virksomheten pleier å være positiv
- Stort arbeidspress gjør det ofte vanskelig med internundervisning - tid skal prioriteres mellom pas og teori, men spm er også avhengig av interesse og mulighet på fritiden
- Faglig oppdatering må vanligvis tas utenom arb. tid (flere)
- Fredrikstad kommunes kurs er ofte dårlig forberedt eller avlyses
- Synes mulighetene er gode, siden det stadig holdes kurs og forelesninger om ulike emner
- Det passer sjelden å være borte fra jobb, må bare prioritere arb. dagen selv.
- Vi har kursbudsjett, men det er ikke så veldig stort
- Dårlig med muligheter for kurs
- Virksomheten har ofte kurs, som foregår på arbeidsplassen

Spm8

Hvordan vil du beskrive muligheten til å utføre varierte arbeidsoppgaver

	Frekvens	Prosent
ikke svar	1	2,7
svært god	1	2,7
god	25	67,6
middels	6	16,2
dårlig	3	8,1
svært dårlig	1	2,7
Total	37	100,0

Kommentarer

- For lite tid
- Variasjonen begrenser seg selv etter hvilken tid på døgnet man jobber samtidig med tidspresset man har over seg
- Stillingsbeskrivelse og arbeidsbeskrivelse regulerer dette, men det er også et valg
- Synes det stort sett er varierte arb.oppgaver. Ingen dager er like, blir aldri kjedelig (men det kan være veldig hektisk til tider)
- Vi blir tatt på alvor. Stor grad av medbestemmelse
- Pga stor spl dekning gjør vi "alt", ikke kun spl oppgaver
- Når man jobber kvelden blir det lett mye plankekjøring. Spl. oppgavene er som regel gjort på dagen
- Har du en kardex, så får du gjøre det arbeidet som er der, hvis du føler deg kompetent til det (omsorgsarbeider)

Spm9

Hvordan trives du på jobben

	Frekvens	Prosent
ikke svar	1	2,7
svært god	9	24,3
god	21	56,8
middels	6	16,2
Total	37	100,0

Kommentarer

- Stort tidspress, meget høyt arbeidstempo, generell arbeidsdag med mye stress og stort ansvar. Tunge brukere, stort behov for eks innleie av personell, men beskjed fra ledelse at budsjettet er overskredet og lite muligheter for å ivareta ønske om innleie.
- Meget bra arb. miljø
- Bra samstemte kollegaer å jobbe med. Vi støtter/hjelper hverandre og samarbeider bra
- meget bra arbeidsmiljø
- Relativt stabilt arb.miljø, god turnus!, leasingbiler, mindre stabilitet på mellomledernivå
- Trivsel er langsiktige mål og kortsiktige mål. I hektiske perioder er målet å gå hjem 15.30 og det er ikke tilfredsstillende over tid
- Trives egentlig svært godt. Godt arbeidsmiljø, dyktige og medmenneskelige ledere. Minus. Tidspress, spesielt i helgene. Gruer meg nesten for å gå på jobb i helgene
- Litt slitsomt at man noen ganger ikke har tilstrekkelig tid til pas.
- Det er gøy å jobbe. Jeg lærer mye og trives godt med mine kollegaer
- Noen pasienter er herlige å komme til andre gruer jeg for å besøke. Noen ansatte er veldig greie å jobbe sammen med - andre ikke.
- Det varierer sterkt, noen ganger er trøkket litt i overkant
- Gode kollegaer, god turnus, et miljø der man kan komme med kritikk og tilbakemelding, men over lang tid slitsomt fordi man ikke har god tid til pas innimellom.
- Vi har et meget godt arbeidsmiljø. Vi har en virksomhetsleder som er meget lydhør og de ansatte er samarbeidsvillige og positive. Vi drar nytte av hverandres kunnskap og gjør så godt vi kan for å oppmuntre hverandre
- Kjekke arbeidskollegaer (ledere)
- Trives meget bra med måten å arbeide på, men føler ofte at jeg

ikke får tilfredsstilt brukerens reelle behov og tid til føring av pasientobservasjoner tilfredsstillende.

- Samarbeidet kollegaene imellom som er helt topp, har utrolig mye å si.

Spm10

Har du kommentarer til andre forhold som du mener er viktig for å beskrive kvaliteten på de hjemmebaserte tjenestene i kommunedel Onsøy

- Det er tidspresset og stort antall brukere som gjør at man føler at man ikke strekker nok til / har tid til bare det helt nødvendige av med. hjelp og pleie. Store kjøreavstander gjør at mye arbeidstid forsvinner m/bilkjøring. Opptil 10 mil pr. ansatt kan være vanlig.
- Virksomheten er preget av knappe ressurser
- Har behov for faglig veiledning -> råd, inspirasjon, tilbakemelding
- Tidspress + store avstander gjør at tiden ikke strekker til
- Dårlig organisering av arbeidsdagen. Som sykepleier har man mer ansvar for eksempel ifht medisiner, ajourføring av journalmapper etc. Ofte tilfeldig og å finne tid og ro til å jobbe med det.
- Som følge av at pas skrives tidlig ut av sykehusene og at tilgangen på sykehjemsplasser er dårlig får virksomheten stadig flere pasienter som krever veldig mye ressurser. Synes virksomheten gjør maks ut av den bemanningen og de resursene den har
- Hos de eldste eldre eller andre med et så dårlig funksjonsnivå at sykehjemsplass er rett omsorgsnivå, vil mangel på dette påvirke kvaliteten
- Bemanning på kvelder og helger ut fra dagens rammer er ikke god nok. Dette er synliggjort via avviksmeldinger til omsorgskonsulenten
- Lav turnover på ansatte - mange fornøyde brukere
- Mange ansatte er engasjerte og positive - mange brukere er fornøyde - gir blomster og sjokolade
- Pas kommer for sent inn på sykehjem - dette går ut over pas. selv og andre pas som ikke får den hjelpen de trenger
- Stor grad av brukermedvirkning. Vi setter pas. i sentrum for tjenestene. Samarbeider stort sett bra m/nettverket til pas. og andre samarbeidspartnere. Pas får hjelp til å dekke grunnleggende behov i henhold til gjeldende rutiner og lovverk. Vi har faglige diskusjoner blant ansatte som stortrives i jobben sin.

- Mange fornøyde brukere, lav turnover - få som slutter
- De ansatte er stor grad engasjerte og positive. Mange pasienter er meget takknemlige. Vi får ros både via telf og blomster/konfekt ganske hyppig. De ansatte strekker seg til dels langt for å utføre oppgavene hos pas. Lunsjen forskyves ganske hyppig.
 - Det er viktig at de pas som er så pleietrengende at det ikke er forsvarlig å ha de hjemme lengre, kommer fort inne på institusjon. det er meget viktig at vi får tid til å skrive pleieplaner og ajourføre disse i en travel hverdag. Gjøremålene ute hos pas prioriteres først. Er arbeidsbelastningen da stor, blir det liten eller ingen tid til dokumentasjon

SLUTTORD

Vi har også kjørt ut en del krysstabeller for å finne ut om tilknytningen til Onsøy, utdanningsnivå etc. har noe å si for respondentenes svar. Ingen av disse krysstabellene har vist at dette er faktorer som har noe å si for respondentenes svarfordeling.

SPØRRESKJEMA

Bakgrunnsopplysninger:

Kjønn: mann kvinne

Alder
under 25
26-35
36-45
46-55
over 56

Hvilken grunnutdanning har du.

sykepleier
hjelpepleier
vernepleier
omsorgsarbeider
annet:.....

Har du videreutdanning: ja nei

Hvilken:.....

Når var du ferdig med grunnutdanningen din (årstall):.....

Bor du i kommunedel Onsøy: ja nei

Du bes å rangére (fra 1 - 14) de beskrevne forhold sin innvirkning på kvaliteten av de tjenestene som ytes i Onsøy	Nr
Ansatte som kan lytte til pasientene	
Ansatte som trives på jobben	
Ansattes med lang erfaring fra åpen omsorg	
Ansattes utdanningsnivå	
Brukermedvirkning - pasienten (evt. pårørende) får bestemme selv	
Budsjettrammer	
Daglig ledelse på jobben - (avd. sykepleier)	
Innsikt i pasientens bakgrunn og interesser	
Klare mål og virksomhetsplaner	
Kommunikasjonen mellom pasient og hjelper	
Kontinuitet i pleien - for eksempel ved primærsykepleie	
Overordnet ledelse (kommunedelseledelse - politisk ledelse)	
Tid som er satt av til hver enkelt pasient	
Annet	

Hvordan trives du på jobben

svært godt

godt

middels

dårlig

svært dårlig

Kommentar:

Hvordan vil du karakterisere pasientenes muligheter for brukermedvirkning
(pasienten evt. pårørende får bestemme selv)

svært god

god

middels

dårlig

svært dårlig

Kommentar:

Hvordan vil du karakterisere din kunnskap om pasientenes bakgrunn og
interesser

svært god

god

middels

dårlig

svært dårlig

Kommentar:

Hvordan vil du karakterisere din kunnskap om etatens mål og
virksomhetsplaner

svært god

god

middels

dårlig

svært dårlig

Kommentar:

Hvordan vil du karakterisere den kommunikasjonen du har med pasientene

svært god	god	middels	dårlig	svært dårlig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar:

Hvordan vil du karakterisere kontinuiteten i pleien ved åpen omsorg

svært god	god	middels	dårlig	svært dårlig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar:

Hvordan vil du beskrive tidsrammen som er satt av til hver enkelt pasient

svært god	god	middels	dårlig	svært dårlig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar:

Vedlegg 2

Intervjuguide

Bakgrunnsopplysninger:

- hvor lenge siden er det du tok din utdanning ?
- har du formell utdanning foruten grunnutdannelse, i tilfelle hvilke?
- hvor lenge har vært i nåværende jobb ?
- alder ?
- hva gjorde at du søkt nåværende stilling ?
- bor du i samme distrikt som dine pasienter, hvis ja hvordan opplever du dette ?

Jobbutførelse/kvalitet på arbeidet:

- hvordan disponerer du din arbeidsdag ? (forholdet mellom direkte pasientkontakt, møter og kontorarbeid)
- kan du si at det har vært en endring i andelen av disse arbeidsoppgavene de siste 2 årene ?
- syntes du din arbeidssituasjon i dag knyttet til hvilke arbeidsoppgaver du utfører har endret seg sammenliknet med for 2 år tilbake ?

- hvordan opplever du informasjonsutvekslingen foregår mellom deg og de andre som har ansvar for samme pasienter ?
- har det vært en endring i rapport-/dokumentasjonssystemet de siste to årene ?

- er du primærkontakt for pasienter, og evt. hvor mange ?
- har dette antallet endret seg de siste 2 årene ?
- har du ønske om noen endringer knyttet til den direkte pasientkontakt ?

- hva er det som gjør at du ønsker å jobbe i åpen omsorg ?
- hvordan er du fornøyd med de tjenestene åpen omsorg utfører overfor befolkningen ?

- har du noen (andre) forslag om endringer som du mener vil gi et kvalitativt bedre tilbud til de som mottar helsetjenester i åpen omsorg ?

Rammefaktorer/organisering:

- mulighet for å delta på kurs, permisjon til å ta etterutdanning og kompetansegivende utdanning blir ofte beskrevet som nødvendig for å holde seg faglig oppdatert. Hvordan gjelder dette for deg og har du erfart en endring på dette området de siste årene ?
- er det andre forhold knyttet til rammefaktorer/organsiering som du mener er blitt påvirket av de 13 nye årsverkene til sektoren ?
- er det tid og egnede fora til å diskutere faglige spørsmål ?
- hvis du har noen ønsker om endringer i dagens jobb, hva vil være det viktigste ønsket ?

Vedlegg 3

Til
Ansatte i Åpen omsorg – kommunedel Onsøy

Presentasjonsbrev i forbindelse med spørreundersøkelse

I følge vedtakene i *Handlingsplan for styrking av eldreomsorgen* (1998) fikk kommunedel Onsøy tilført 13 nye årsverk 1998 knyttet til de hjemmebaserte tjenestene i bydelen.

Kommundelsutvalget i Onsøy gjorde i desember 1999 følgende vedtak:

"Organiseringen innen Åpen omsorg gjennomgås med tanke på en effektiv ressursbruk i virksomheten, med bl.a. en redegjørelse for utnyttelsen og effekten av de nye stillingene"

Fredrikstad kommune og Høgskolen i Østfold har gjort avtale om at høgskolen skal gjennomføre en begrenset undersøkelse med sikte på å gi svar på de spørsmål som fremkommer i ovennevnte vedtak i kommunedelsutvalget.

Grunnen til at vi henvender oss til deg med et spørreskjema, er at vi ønsker at alt personale knyttet til de hjemmebaserte tjenestene gjennom sine erfaringer bidrar til å gi et bilde av kvaliteten på de hjemmebaserte tjenestene i kommunedel Onsøy.

I tillegg til denne spørreundersøkelsen, vil det bli foretatt et intervju av 6 ansatte med ulik fagbakgrunn som startet sitt arbeidsforhold i virksomheten før de hjemmebaserte tjenestene fikk tilført 13 nye årsverk.

Vi håper du vil ta deg tid til å svare på spørreskjemaet og sende det i vedlagte konvolutt innen 1. november. Undersøkelsen er underlagt taushetsplikt og kravene til anonymisering vil bli ivaretatt når resultatene av undersøkelsen blir presentert.

Fredrikstad 28. september 2000.

Stein Krogsrud
kommunedelssjef

Gunnar Vold Hansen
prosjektleder

Sigurd Roger Nilsen
prosjektleder

Vedlegg 4

Til
Ansatte i Åpen omsorg – kommunedel Onsøy

Presentasjonsbrev i forbindelse med intervju:

I følge vedtakene i *Handlingsplan for styrking av eldreomsorgen* (1998) fikk kommunedel Onsøy tilført 13 nye årsverk 1998 knyttet til de hjemmebaserte tjenestene i bydelen.

Kommundelsutvalget i Onsøy gjorde i desember 1999 følgende vedtak:

"Organiseringen innen Åpen omsorg gjennomgås med tanke på en effektiv ressursbruk i virksomheten, med bl.a. en redegjørelse for utnyttelsen og effekten av de nye stillingene"

Fredrikstad kommune og Høgskolen i Østfold har gjort avtale om at høgskolen skal gjennomføre en begrenset undersøkelse med sikte på å gi svar på de spørsmål som fremkommer i ovennevnte vedtak i kommunedelsutvalget.

Grunnen til at vi henvender oss til deg, er at vi ønsker å intervju 6 ansatte med ulik fagbakgrunn som startet sitt arbeidsforhold i virksomheten før de hjemmebaserte tjenestene fikk tilført 13 nye årsverk i 1998. Vi ønsker gjennom intervjuet å dra nytte av dine erfaringer for å belyse utviklingen i kommunedelen de siste årene.

Spørsmålene vil bli presentert under samtalen og det vil ikke være nødvendig med spesielle forberedelser.

Vi håper at du ikke har noe imot at det blir brukt diktafon under intervjuet. Dette vil gjøre det lettere for oss å konsentrere oss om samtalen og dine konkrete erfaringer. Etter at samtalen er nedskrevet vil opptaket bli slettet. Vi vil også understreke at kravene til anonymisering bli ivaretatt når rapporten presenteres.

Fredrikstad 28. september 2000.

Stein Krogsrud
kommunedelssjef

Gunnar Vold Hansen
prosjektleder

Sigurd Roger Nilsen
prosjektleder

Vedlegg 5

SAMTYKKEERKLÆRING

Undertegnede samtykker i å delta i intervju i forbindelse med undersøkelsen:

Økte personalressurser – bedret tjenestetilbud ?

Intervjuet er ledd i en undersøkelse utført av Høgskolen i Østfold etter oppdrag fra Fredrikstad kommune, kommunedel Onsøy.

Undertegnede er informert om at frivillig intervjudeltakelse innebærer at man kan unnlate å svare på spørsmål og når som helst kan trekke seg fra intervjuet.

Intervjubesvarelsen vil bli behandlet konfidensielt og anonymt.

Dato _____

Navn _____