



Kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenestene

Evaluering av prosjektet Etter- og videreutdanning
i kommunehelsetjenesten (EVUK)

HEIDI HAUKELIEN, HALVARD VIKÉ OG RUNAR BAKKEN

TF-rapport nr. 252

2009

TF-rapport

Tittel:	Kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenestene. Evaluering av prosjektet Etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten (EVUK).
TF-rapport nr:	252
Forfatter(e):	Heidi Haukelien, Halvard Vike, Runar Bakken
År:	2009
Gradering:	Ingen gradering
Antall sider:	230
ISBN:	978-82-7401-299-8
ISSN:	1501-9918
Pris:	360
	Kan lastes ned gratis fra telemarksforskning.no

Prosjekt:	Evaluering av Etter- og videreutdanningsprogrammet EVUK
Prosjektnr.:	
Prosjektleder:	Halvard Vike
Oppdragsgiver(e):	Sosial- og Helsedirektoratet

Resymé:

I denne rapporten analyserer vi gjennomføringen og konsekvensene av et etter- og videreutdanningsprogram (EVUK) i helsetjenestene i fire kommuner i Hordaland (Lindås, Kvam, Austevoll og Tysnes). Den første og viktigste konklusjonen er at EVUK har bidratt til å heve det faglige nivået blant helse- og omsorgspersonell i de fire kommunene vesentlig, og således også kvaliteten på en rekke av tjenestene de yter. Rapportens andre hovedkonklusjon er at de fire kommunene i svært liten grad har evnet å ta den økte kompetansen i bruk. Vi analyserer hvorfor dette er tilfellet, og legger stor vekt på å undersøke hvilke forhold som bidrar til at individuell kompetanse kan transformeres til kollektiv kompetanse. Et nøkkeltema i denne forbindelsen er det vi kaller faglighetens infrastruktur. Manglende faglig infrastruktur er en stor utfordring for de fire kommunene vi har undersøkt, men er samtidig – og fortrinnsvis – en hovedutfordring for den norske velferdsstatmodellen.

Telemarksforskning, Boks 4, 3833 Bø i Telemark. Org. nr. 948 639 238 MVA

Forord

Dette arbeidet er et produkt av en lang og uhyre interessant prosess. Vi ble for første gang gjort kjent med EVUK-prosjektet i 2003, da prosjektlederne ved Høgskolen i Bergen – Sissel Tollefsen og Tone Elin Mekki – kontaktet Halvard Vike med forespørsel om å bidra som foreleser for EVUK-studentene. Kontakten som på denne måten ble etablert, ble dyrket gjennom flere spennende samtaler om erfaringer prosjektlederne gjorde i den første fasen. Dette bidro til at Halvard Vike engasjerte seg da Sosial- og helsedirektoratet signaliserte et ønske om følgeevaluering. Heidi Haukelien ble invitert til å delta i utformingen av en prosjektbeskrivelse, som ble sendt til direktoratet høsten 2005, og som etter flere runder med diskusjoner om faglige og praktiske utfordringer endte med at vi fikk tilslag. Feltarbeidet og den første intervjurunden ble innledet kort etter, og Runar Bakken ble engasjert. Vike, Haukelien og Bakken fikk med dette en god anledning til å fortsette en faglig samarbeid som har blitt utviklet gjennom mange år, og som – slik vi selv ser det, har gjort oss til et godt samordnet ”etnografisk team”. Vi har utviklet et felles metodisk blikk, og gjennom flere felles publikasjoner har vi etablert en gjensidig analytisk forståelse. Vi vil bruke denne anledningen til å takke Sosial- og helsedirektoratet – nå Helsedirektoratet, for at vi fikk mulighet til å gjennomføre dette prosjektet, som for oss har hatt særs stor faglig interesse. Grethe Løken i direktoratet gjorde en betydelig innsats for å legge forholdene til rette, og hun bidro med viktige innspill og mye inspirasjon. Vi vil også takke de fire kommunene for at de åpnet dørene for oss og lot oss få tilgang til de arenaer og det materialet vi har hatt behov for. De involverte lederne har alle vært veldig åpne og engasjerte i prosjektet og i vårt arbeid, og dette har betydd svært mye for vår evne til å gjennomføre et så krevende opplegg. Styringsgruppa for prosjektet har også vært en viktig medspiller underveis, og den har gitt oss stor inspirasjon. Vi retter også en varm takk til alle EVUK-studentene for deres engasjement i vårt arbeid, for at de brukte mye tid og innsats for at vi skulle få tilgang til deres erfaringer – og for deres sjenerøse holdning til vårt ønske om å jobbe sammen med

dem i deres daglige arbeid. Endelig takker vi prosjektlederne Sissel Tollefsen og Tone Elin Mekki, som har vært ansvarlig for prosjektet vi har evaluert. Deres engasjement, iherdige arbeid og faglige interesser har gitt oss veldig mye. De har vært svært tilgjengelige og bidratt avgjørende til at vi har fått god tilgang, godt evalueringsmateriale og en god mulighet til å utvikle relevante problemstillinger.

Heidi Haukelien og Halvard Vike har skrevet rapportens første del, og Runar Bakken den siste. Vi har alle vært involvert i intervjuarbeidet og i møter i de fire kommunene, og til dels gjennomført arbeidet med alle tre (eller to) til stede. Feltarbeidet er gjort av Heidi Haukelien alene. Forsker Geir Møller ved Telemarksforskning har sjenerøst bistått med innhenting, bearbeiding og presentasjon av det kvantitative materialet, og vi takker ham for det.

Oslo 29. april 2009

Halvard Vike

Prosjektleder

Innhold

DEL I.....	9
1. Innledning.....	11
1.1 Kort om våre funn	14
1.2 Sentrale kjennetegn ved helse- og omsorgstjenestene	20
1.2.1 Relasjonelle ytelser.....	20
1.2.2 Personliggjøring av erfaring.....	20
1.2.3 Siste instans	21
1.2.4 Variasjon og uforutsigbarhet.....	22
1.2.5 Egalitarianisme	22
1.2.6 Kompleks og dynamisk skjønnsutøvelse	24
1.2.7 Vekstens paradoks	24
1.2.8 Fleksibel kvalitet	25
1.2.9 Faglig infrastruktur	26
1.2.10 En sentral produksjonsarena	27
1.3 Rapportens oppbygging	28
2. Helse- og omsorgstjenestene i den norske velferdsstaten.....	31
2.1 Å avverge og forebygge	35
2.1.1 Behov for forutsigbarhet og rolige, trygge rammer:.....	37
2.1.2 Styrking av selvfølelse og verdighet.....	38
2.2 Prioritering	43
2.3 Kreativitet.....	48
3. Kompetansens politiske økonomi	53
3.1 Det økologiske perspektivet	56
3.1.1 Kapasitetsproblemet, uforutsigbarhet og fleksibilitet.....	62

3.1.2	Oppsummering	66
3.2	Det politiske perspektivet	67
3.2.1	Avvik	70
3.2.2	Ufaglært arbeidskraft	76
3.2.3	Oppsummering	79
3.3	Det kulturelle perspektivet	80
3.3.1	Velferdsstaten er lokal	83
3.3.2	Velferdsstaten hviler på kvinners arbeid	85
3.3.3	Velferdsstaten avhenger av tillit	87
3.3.4	Ledere ”på betryggende avstand”	93
3.3.5	Oppsummering	96
3.4	Det faglige perspektivet	99
3.4.1	Gjensidig avhengighet, egalitarianisme og arbeidsmoral	103
3.4.2	Oppsummering	107
3.5	Faglighetens infrastruktur	108
3.5.1	Erfaringer med økt kompetanse	110
4.	Kompetanse og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene	117
4.1	Arenaer	118
4.1.1	Arena A: Faglige dialoger i førstelinjen	119
4.1.2	Arena B: Møter mellom EVUK-studentene og etatsledelsen	123
4.1.3	Arena C: Kommunestyret	126
5.	Post EVUK	133
5.1	Nye forventninger	134
5.2	Individuelle initiativ	135
6.	Kvalitet i siste rekke?	139
7.	Oppsummering	141

7.1	En kjønnnet arena.....	143
7.2	De-spesialisering	144
7.3	Privatisering.....	145
7.4	Uforutsigbarhet.....	146
8.	Litteratur	149
	DEL II.....	157
	Evaluering av EVUK som etterutdanningsprogram	157
1.	Innledning.....	159
1.1	Pedagogiske overveielser	159
1.2	Kompetanseheving av helse- og sosialprofesjoner	160
1.3	Begrunnelse for evalueringens struktur	163
2.	Undervisningsmodell for EVUK	165
2.1	Individuell veiledning.....	166
2.2	Fellesmodul på 30 studiepoeng i ”Kommunehelsetjenesten som arbeidsplass”	167
2.3	Internettbasert kommunikasjon.....	167
2.4	Tverrfaglig gruppeveiledning.....	168
2.5	Valgfri fordypning	169
3.	Fagplankonstruksjoner i EVUK.....	171
3.1	Analytiske perspektiver på kompetanseutvikling innenfor kommunal omsorgstjeneste.....	176
3.2	Ulike dimensjoner ved kompetansebegrepet.....	179
3.3	Kompetanseutvikling på ulike nivå: K-1, K-2 og K-3	182
4.	Vurdering av kompetansestrategien i EVUK.....	185
4.1	Undervisningsmodellen – som modell for ivaretagelse av oversettelsen.....	185
4.1.1	”Den grønne pilen”.....	186
4.1.2	De tverrfaglige veiledningsgruppene	189

4.1.3	Vurderingskompetanse på K-2-nivået	189
4.1.4	Utvikling av 1.personkompetanse	190
5.	Vurdering av lederutdanningen	195
5.1	Organisering og gjennomføring av lederutdanningen	196
5.2	Forholdet mellom K-1, K-2 og K-3	199
5.3	Ulike forhold av betydning med hensyn til læring	203
5.3.1	Det tverrfaglige	204
5.3.2	Brudd på forventninger	205
5.4	Oppsummering av vurderingen av EVUK	206
6.	Litteratur	209
	Vedlegg	211
1.	Nøkkeltall for Austevoll, Kvam, Lindås og Tysnes	213
1.1	Kommunenes prioriteringer	213
1.2	”Bemanning” av sektoren	218
1.3	Dekningsgrad	222
1.4	Produktivitet	223
2.	Metodiske strategier	227

DEL I

Kvalitet og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Heidi Haukelien
Telemarksforsking

Halvard Vike
Universitetet i Oslo

1. Innledning

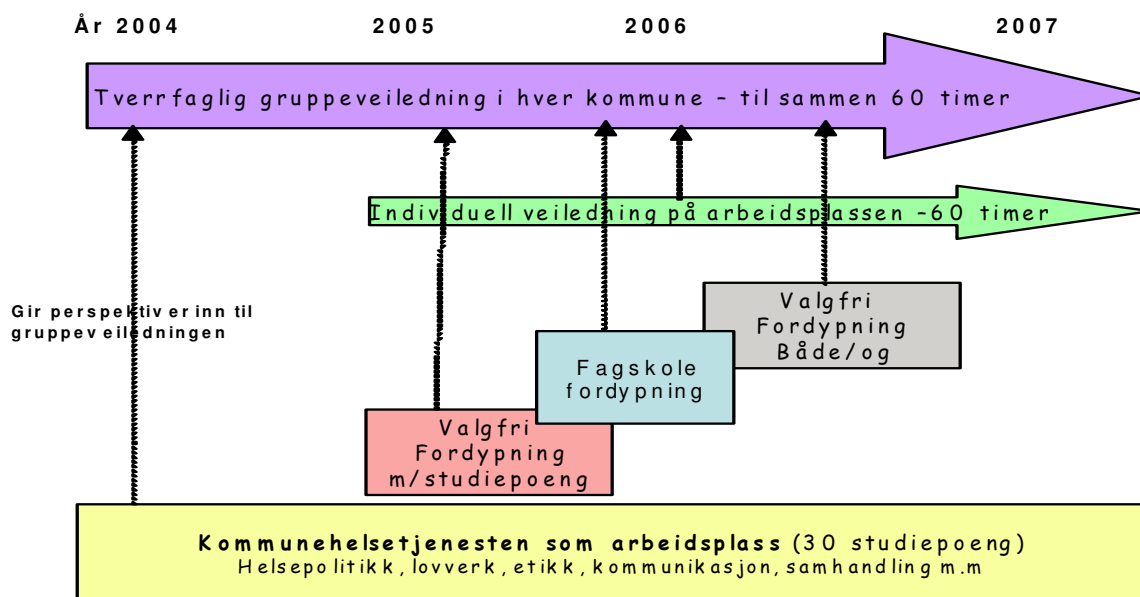
I denne rapporten analyserer vi gjennomføringen og konsekvensene av et etter- og videreutdanningsprogram i helsetjenestene i fire kommuner i Hordaland (Lindås, Kvam, Austevoll og Tysnes). To hovedspørsmål blir besvart. Det første angår selve etter- og videreutdanningsprogrammet, og dreier seg om hvorvidt det har virket etter hensikten. Har den omfattende satsingen på kompetanseheving faktisk ført til kompetanseheving? Det andre spørsmålet handler om konsekvensene av prosjektets effekt ute i kommunene. Har det fremmet kvalitet og hensiktsmessig ressursutnyttelse? I forlengelsen av disse hovedspørsmålene følger et tredje: hvilken betydning har slike effekter for arbeidsmotivasjon og for kommunenes evne til å rekruttering og beholde personell?

Vi går løs på det andre spørsmålet først, og henviser for øvrig til repportens del II, hvor vi diskuterer EVUK som utdanningsprogram. Kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i den norske velferdsstaten er blitt et sentralt spørsmål av to hovedgrunner. Den første er allmenn. Moderne organisasjoner er avhengig av kompetanse fordi produksjonsprosessen som oftest er kunnskapsintensiv. De må som oftest også stadig øke sin kompetanse fordi konkurranse og økende krav til kvalitet på produktene som tilbys gjør kompetanse relativt viktigere enn andre produksjonsfaktorer. For det andre rommer de kommunale helse- og omsorgstjenestene en rekke særegne betingelser for bruk av kompetanse. Disse betingelsene vil vi vie mye oppmerksomhet i denne studien. Alle dreier seg om helse- og omsorgsyrkenes arbeidskontekst. Vi er spesielt opptatt av at denne arbeidskonteksten skaper en rekke potensielle barrierer for evnen og muligheten til å ta ny kompetanse i bruk. Dette skaper mange store og til dels uoverstigelige utfordringer i kommunene vi har studert. Å forstå disse barrierene er vesentlig, for å vinne innsikt i hva som skal til for å realisere den norske velferdsstatens aller viktigste og vanskeligste mål: å sikre gode og lett tilgjengelige helse- og omsorgstjenester til alle som har behov for dem, helst i brukernes eget lokalmiljø. Denne oppgaven er ikke ny eller nødvendigvis spesielt annerledes enn tidligere. Det nye er for det første at tjenestene skal tilpasses langt flere og langt mer komplekse behov enn tidligere, og for det andre at kvalitetsnivået er i ferd med å bli definert og standardisert. Det siste er blant annet knyttet til at velferdspolitikken blir stadig mer rettighetsorientert.

Kompetanse kommer til anvendelse når den bidrar til å fremme organisasjonens mål. Slike mål handler som oftest om kvalitet (på arbeidsprosessen og produktet) og hensiktsmessig bruk av ressurser. En enkel - og sannsynligvis vanlig oppskrift på suksess, er at investering i kompetanse gir økt inntjening, som gjeninvesteres i ny kompetanse, som gir enda bedre og flere konkurransedyktige tjenester osv. Denne typen gode sirkler forutsetter selvsagt et spesifikk relasjon mellom organisasjon og omgivelser. Blant annet må det finnes et identifiserbart produkt med en pris, og villige, kjøpekraftige kunder. Dessuten må organisasjonen ha kontroll over merverdien, slik at kompetansen kan reproduseres og eventuelt forsterkes. Spesielt viktig for våre formål i denne studien, er den forutsetning at produktet eller tjenesten må ha en viss kvalitet. Det vil være destruktivt for en virksomhet å produsere tjenester som bare av og til holder mål, og det vil være meningsløst for rasjonelle kunder å ta risikoen det innebærer å kjøpe slike varer. I korthet innebærer dette at kompetanse og kvalitet må lønne seg.

Helse- og omsorgstjenester i den norske velferdsstaten er på flere måter svært forskjellig fra forretningsvirksomhet. Dette innebærer for eksempel at satsing på kompetanse ikke nødvendigvis skaper gode sirkler av den typen vi beskrev ovenfor. Kompetanse er kostbart, og bedre kvalitet på produktet gir ikke nødvendigvis noen annen gevinst enn anerkjennelse blant brukerne og deres pårørende. Det er ingen åpenbar grunn til at satsing på kompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenestene ikke fører til den oppfatning at det sløses med ressurser. Hovedgrunnen til dette er at helse- og omsorgstjenestene kjennetegnes av en særegen form for fleksibilitet. Kvaliteten kan forholdsvis enkelt reduseres når budsjettensyn tilsier det, uten at dette får konsekvenser som det er tvingende nødvendig å ta hensyn til. Det er på samme måte ikke selvsagt at høykompetent personale trives i organisasjonen dersom de gis dårlige muligheter til å anvende sin kompetanse.

Før vi går nærmere inn på kompetansens vilkår i helse- og velferdstjenestene, og den spesifikt kommunale konteksten de hører til i, vil vi gi en kort beskrivelse av EVUK-prosjektet. Undervisningsmodellen er todelt. Del I omfatter *lederutdanning* med fokus på strategisk kompetansestyring, kommunaløkonomi, jus og forvaltning (30 studiepoeng). Lederutdanningen ble gjennomført før del II. Del II ble utformet og gjennomført for sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.



(Tone E. Mekki, Sissel Tollefsen 2007)

Programmet for helsepersonellet omfattet 3- års utdanning, og ble utformet for å kombinere utdanning og full stilling. Utdanningen ga uttelling i studiepoeng for helsepersonell med høgskoleutdanning, og NOKUT - godkjent fagskoleutdanning for helsepersonell med videregående opplæring.

Programmet ble utformet i samarbeid mellom Høgskolen i Bergen, representanter fra administrativ ledelse i Austevoll, Kvam, Lindås og Tysnes kommuner samt representanter fra Norsk Sykepleierforbund og Fagforbundet. Det ble påbegynt i 2003 og avsluttet i 2007.

Innholdet i utdanningen tok utgangspunkt både i kommunenes behov for kompetanse og den enkelte helsearbeiders ønske om å styrke sin kompetanse i forhold til erfarte utfordringer i egen arbeidssituasjon.

Som det fremgår av skissen, kombinerte undervisningsmodellen for del II fellesundervisning for alle gruppene (sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere), tverrfaglige veiledningsgrupper og fagspesifikke (individuelle) valgfrie fordypningsområder.

Studietilbudet ble organisert ut fra hva som skulle være felles for de fire faggruppene og hva som skulle være atskilt. Alle fag-/studieplaner var formelt godkjente.

EVUK-programmet ble tilrettelagt over tre år. Fellesmodulen *Kommunehelsetjenesten som arbeidsplass* og tverrfaglige veiledning var gjennomgående i alle tre årene. Sykepleierne og vernepleierne kunne velge enten spesialisering tilrettelagt som videreutdanning med studiepoeng, eller faglig fordypning uten å avlegge eksamen. Tre sykepleiere valgte siste variant, slik at de totalt oppnådde 30 studiepoeng i EVUK-studiet. De øvrige avla eksamener tilsvarende totalt 60 studiepoeng i løpet av de tre årene. Valg av område for fordypning ble gjort i samråd med lederne slik at kommunen sikret at de totalt sett fikk økt kompetanse på de områdene hvor kompetansekartleggingen hadde avdekket de største behovene.

Så vidt vi kjenner til er EVUK det mest omfattende etter- og videreutdanningsprosjektet som noen gang er gjennomført i kommunesektoren. Det mobiliserte ikke bare deltakerne i selve utdanningen, men også en rekke andre. ”EVUK” ble et tema i de fleste arbeidsmiljøene i de fire kommunene, ledere på flere nivå ble involvert – direkte og indirekte, og rådmenn, ordførere og endog kommunestyrene deltok på opptil flere møter/konferanser i prosjektets regi. På denne måten ble det skapt en sterk bevissthet om forpliktelsen som lå i prosjektet. Det var ingen tvil om at de fire kommunene skulle ”eie” prosjektet, forme det etter egne behov og gjøre seg gjeldende underveis. Styringsgruppen fikk i tråd med dette en viktig rolle, og besto av sentrale representanter fra de fire ”hovedaksjonærene” i tillegg til representanter fra fagorganisasjonene, HiT, Fylkesmannen i Hordaland og KS.

1.1 Kort om våre funn

Vi gir i det følgende et bilde av våre funn. Den første og viktigste konklusjonen er at *EVUK har bidratt til å heve det faglige nivået blant helse- og omsorgspersonell i de fire kommunene vesentlig*. En viktig side ved dette er at deltakerne i programmet generelt har blitt inspirerte og motiverte, og opplever at arbeidet er mer meningsfullt enn tidligere. Opplevelsen av å ha blitt tryggere i arbeidet deles av svært mange, og det gjør også den erfaring at økt kompetanse styrker arbeidsmiljøet og samarbeidsrelasjoner – ikke minst evnen og viljen til å se etter og gripe utfordringer. Det siste finner vi spesielt interessant. For at kvaliteten skal forbedres, er det en absolutt forutsetning at personalet har evne og motivasjon til å se hinsides det umiddelbare og pragmatiske. De må være i stand til å begrepsfeste en annen verden, så å si; være ”strategisk misfornøyde” med tingenes tilstand og utvikle måter å

gjøre ting annerledes og bedre på. Sagt på en annen måte: kvalitetsbevissthet krever et dobbelt blikk og en evne til å ta risiko. Slik sett likner kompetent helse- og omsorgsarbeid på vitenskapelig og kreativ virksomhet: det består i å identifisere muligheter som kan realiseres ved hjelp av eksperimentelle prosedyrer. Målet med slik virksomhet er ikke å sikre at man lykkes, men at man tilegner seg vesentlig kunnskap på veien, slik at man kanskje kommer nærmere målet i neste omgang. Dette innebærer at kvaliteten bare kan forbedres dersom det virkelig lønner seg å ta risiko. Vi skal komme tilbake til dette, og i denne sammenhengen bare slå fast at det ikke hersker noen tvil om at EVUK har bidratt til å heve kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene i de fire kommunene. Samtidig er det vesentlig å understreke at *effekten av EVUK sannsynligvis kunne vært betydelig større*. Programmet har skapt en vesentlig økning av individuell kompetanse, men har i svært liten grad påvirket kommunenes organisatoriske evne til å dra nytte av denne. Vår konklusjon er at dette skyldes *en sterk undervurdering av utfordringen med å oversette individuell kompetanse til kollektiv kompetanse*. Teoretisk sett er dette ikke komplisert, men det forholder seg annerledes straks vi innser hvilke barrierer som eksisterer i de kommunale organisasjonene. Kommunene mangler i liten grad vilje, men *evnen til å etablere en organisatorisk infrastruktur som muliggjør at kvalitet blir en absolutt snarere enn en ad hoc referanse, er ytterst svakt utviklet*. Årsaken til dette ligger til dels i kommunene selv, og i alle fall utenfor helse- og omsorgssektoren. Men selv om kommunestyret bærer en viktig del av ansvaret – gjennom økonomisk resignasjon, organisatorisk-strategisk unnfalleshhet og dobbelt politisk bokføring – er hovedansvaret utvilsomt statlig. Det er derfor et slags paradoks at vi på bakgrunn av vårt materiale entydig kan slå fast at økt kompetanse fører til dramatisk effektivisering. Men: vilkårene for at en slik effektiviseringsgevinst er at kommunene unnlater å realisere kortsiktig gevinst ved å tære på kvalitetens forutsetninger, for eksempel ved å endre rammevilkår på måter som gjør det vanskeligere og mindre attraktivt å realisere den. Effektivitetsgevinster kan ført høstes når de nødvendige investeringene er gjort. EVUK er en slik investering, men den kunne altså gitt atskillig større effekt dersom viljen og evnen til å følge den opp hadde eksistert i tilstrekkelig monn.

Noen sammenliknende nøkkeltall for de fire kommunene

Tabell 1: Netto driftsutgifter til helse- og omsorgssektoren

	2002	2004	2007	2008
Tysnes	36,9	36,5	34,5	33,9
Kvam	37	35,6	39,2	
Austevoll	36	37,3	37,7	38,4
Lindås	37,9	36,5	36	37
Gj.snitt Hordaland	35,8	36	36	36,5
Gj.snitt Norge	34	34,2	35,2	35,7

Tabellen viser at tre av de fire kommunene gjennomgående har høyre andel netto driftsutgifter til helse- og omsorgssektoren enn landet som helhet. Andelen ressurser til sektoren har holdt seg forholdsvis konstant, bortsett fra i Kvam der den øker en del fra 2004 til 2007. Ellers ser vi at andelen utgifter til helse og omsorg har en svak nedgang i Tysnes. Denne utviklingen ender med at Tysnes i 2008 hadde en lavere andel enn landsgjennomsnittet.

Tabell 2: Netto driftsutgifter, institusjon per innbygger 80 år og over

	2002	2004	2007	2008
Tysnes	88 925	91 107	86 402	92 257
Kvam	88 168	92 582	99 910	..
Austevoll	133 966	147 111	122 931	129 978
Lindås	120 596	118 874	137 503	160 184
Gj.snitt Hordaland	109 274	111 626	121 873	139 970
Gj.snitt Norge	98 884	99 390	114 075	126 196

I tabell 2 har vi også tatt med netto driftsutgifter per institusjonsplass per innbygger som er 80 år og over. Dette gir en indikasjon på prioriteringen av institusjons-

plasser i kommunene. Tallene for 2007 og 2008 viser her at Hordaland har relativt høye utgifter sammenlignet med landet som helhet. Samtidig ser vi at Tysnes og Kvam skiller seg fra Austevoll og Lindås ved at de to førstnevnte har mindre driftsutgifter til institusjonsplasser enn de to sistnevnte. Spesielt ser vi at Lindås i 2008 har store utgifter til institusjonsplasser.

Vi ser ellers at både i Hordaland og i landet ellers øker netto driftsutgifter øker fra 2004 til 2007/2008 (tallene er ikke prisjustert). En tilsvarende økning ser vi også i Lindås, men ikke i de øvrige kommunene. Både Kvam og Tysnes har en jevnere utvikling, men ligger samtidig under kostnadsnivået for fylket og landet. Austevoll har derimot hatt forholdsvis høye driftsutgifter til institusjoner, men disse er redusert i løpet av de to siste årgangene.

Vi finner vi følgende karakteristika for de fire kommunene (se vedlegg):

Tysnes: Høy ressursinnsats til sektor, men lav prioritering av institusjonsplasser.

Kvam: Høy ressursinnsats til sektor, men lav prioritering av institusjonsplasser.

Austevoll: Høy ressursinnsats til sektor og høy/økende prioritering av institusjonsplasser.

Lindås: Lav ressursinnsats til sektor, men høy prioritering av institusjonsplasser.

Tabell 3: Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning

	2003	2004	2007	2008
Tysnes	60	62	66	65
Kvam	56	68	63	68
Austevoll	65	72	77	83
Lindås	80	82	82	83
Gj.snitt Hordaland	63	66	68	69
Gj.snitt Norge	66	68	72	72

Tabell 3 viser andelen årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning. For landet som helhet har andelen økt fra 66% i 2003 til 72% i 2007 og 2008. Vi finner en tilsvarende økning i Hordaland. Av de fire kommunene skiller Austevoll og Lindås seg fra de øvrige ved at en relativt stor andel av årsverkene har fagutdanning (83%). Mens Lindås har hatt en høy andel i hele perioden, ser vi at andelen i Austevoll har økt betydelig fra 2003. I Tysnes ligger andelen med fagutdanning noe lavere enn i fylket for øvrig, mens i Kvam er andelen omtrent som på fylkesnivå. I begge disse kommunene – spesielt i Kvam – har imidlertid andelen med fagutdanning økt en god del fra 2003 og frem til 2007/2008.

Det er mulig at institusjonsplasser skaper et større behov for fagutdanning, mens hjemmetjenestene – som det har vært satset på i Tysnes og Kvam – åpenbart kan fungere med en større andel ufaglært arbeidskraft.

Tabell 4: Andelen årsverk uten helsefaglig utdanning, med videregående utdanning og utdanning på høyskole-/universitetsnivå. 2007.

	Årsverk for personell uten helsefaglig ut- danning	Andel årsverk med helsefaglig utd, videregå- ende	Andel årsverk med helsefaglig utd, høysk/univ
2007			
Tysnes	35,5	31,5	33,1
Kvam	35,3	34,3	30,7
Austevoll	30,7	36,6	32,7
Lindås	21,7	38,3	39,9
Hordaland	34,7	29,9	35,4
Norge (utenom Oslo)	31,5	34,1	34,4

Tabell 5 viser fordelingen av personell uten helsefaglig utdanning, med helsefaglig utdanning fra videregående og med helsefaglig utdanning fra høyskole eller universitet. For landet som helhet er det i overkant av 1/3 som har utdanning fra videregående og 1/3 fra høyskole/univ. Det betyr at i underkant av 1/3 ikke har utdanning. I Hordaland er bildet omtrent det samme, bortsett fra at det er noe mindre med utdanning fra videregående og en tilsvarende større andel uten helsefaglig utdanning. Av de fire kommunene er det Lindås som skiller seg ut i den forstand at

de har relativt sett mange med helsefaglig utdanning. Her har 40% høyskole/universitetsutdannelse og tilsvarende andel videregående. Lavest utdanningsnivå finner vi i Kvam. Her er det om lag 30% med utdanning fra høyskole/universitet og 34% med utdanning fra videregående. De resterende 35% har ingen helsefaglig utdanning.

Oppsummering av nøkkeltallene

For våre formål er to forhold spesielt interessante i relasjon til disse nøkkeltallene.

(1) Når det gjelder kommunenes representativitet for kommunenorge, kan vi slå fast at de fire kommunene ikke skiller seg vesentlig fra resten av fylket eller fra lander for øvrig. Det taler for at de forhold vi påpeker i denne rapporten neppe kan forstås som avvikende i kraft av særegne strukturelle kjennetegn ved kommunene.

(2) Variasjonen mellom kommunene er ikke ubetydelig (med hensyn til prioritering av helse- og omsorgssektoren og satsing på kompetanse), men sett i forhold til variasjonen i landet ellers er den ikke stor. Dette betyr at de egner seg godt for sammenlikning, selv om vi selvsagt ville fått langt større og utvilsomt interessante variasjoner dersom de hadde vært mer ulike. En mulig svakhet ved vår undersøkelse er at vi ikke har foretatt spesielle undersøkelser med sikte på å fange inn konsekvensene av denne variasjonen – ut over å forsøke å kartlegge dem best mulig gjennom intervjuundersøkelser og feltarbeid. Hva betyr det for eksempel at Lindås har satset mer på kompetanse og har lagt større vekt på institusjonsplasser enn de andre kommunene, mens det for Tysnes er motsatt? Kan det tenkes at dette gir seg utslag i kvalitetsforskjeller vi ikke har oppdaget?

Det er selvsagt mulig, men det er etter vår oppfatning viktig å understreke at våre funn peker i en relativt entydig retning. De noe ulike rammevilkårene til tross: Vi har funnet langt større variasjon internt i kommunene enn mellom dem. Dette kan dreie seg om ulike sykehjem innen en kommune, ulike avdelinger osv., men det mest slående er variasjonen blant ulike deler av personalet og dermed innen samme enhet på ulike tider av døgnet. Vår hypotese er altså at dette mønsteret er nært knyttet til at det vi kaller den faglige infrastrukturen generelt er svært svak i helse- og omsorgstjenestene. Denne rapporten vil forfølge denne hypotesen systematisk.

1.2 Sentrale kjennetegn ved helse- og omsorgstjenestene

Vi har understreket at helse- og omsorgstjenestene spesielt fungerer i henhold til særegne betingelser, og at tjenestene – og arbeidskonteksten som muliggjør dem – kontinuerlig påvirkes av disse. Følgende forhold er spesielt viktige å understreke i denne sammenhengen:

1.2.1 Relasjonelle ytelser

Helse- og omsorgstjenestene ytes nesten alltid i direkte relasjoner. Som oftest er ”tjenesteyteren” pleier og ”brukeren” pasient. Dette gjør at ”tjenesten” alltid er flerdimensjonal, og at den kan være vanskelig å avgrense fra relasjonens personlige side. Det er karakteristisk at kvaliteten på tjenesten henger nært sammen med tjenesteyterens evne til å være imøtekommende og sensitiv. Implisitt i dette ligger den forventning at helse- og omsorgsyntelser nødvendigvis må være mer ”sjenerøse” enn strengt tatt nødvendig. Det er etisk uakseptabelt av tjenesteyteren å gjøre tjenesten vanskelig tilgjengelig for dem - som kanskje etter nærmere vurdering, ikke er kvalifisert til å motta dem. Hun må alltid anta at behovet for hennes ytelser er større enn det som faktisk er tilfellet, slik at ingen potensielt uoppdagede behov blir ignorert og brukere faktisk blir, og føler seg avvist. Relasjonelle ytelser er altså svært vanskelig å avgrense, og strenge avgrensninger truer ikke bare tjenestenes kvalitet, men også selve deres rasjonale.

1.2.2 Personliggjøring av erfaring

Det personlige aspektet ved tjenestene bidrar ikke bare til at selve tjenesten blir en del av tjenesteyterens person og kropp, men også at sentrale egenskaper ved den organisatoriske konteksten blir det. Dette betyr for eksempel at spørsmål om faglig kvalitet lett knyttes til egenskaper ved den enkelte pleier/ansatte. Å påpekte at kvaliteten er lav i sykehjemmet i sommerferien, er det samme som å si at noen kanskje ikke gjør en god nok jobb. Tjenestenes politiske, økonomiske og faglige aspekter blir på denne måten forent på en måte som gjør at dilemmaer som relasjonene mellom dem skaper, lett blir privatisert. Når tjenesteyteren må prioritere bruken av sin egen tid, og opplever at hun dermed ikke kan yte relevant bistand til de som ikke

har like akutte behov som den hun må vie seg til i øyeblikket, foretar hun i prinsippet en politisk handling. Dersom denne handlingen gjenspeiler regjeringens, Stortingets og kommunestyrets intensjoner og økonomiske prioriteringer, oppleves handlingen kanskje som vanskelig, men likevel som faglig god og dermed neppe som en personlig påkjenning. Hvis den derimot er et produkt av økonomiske prioriteringer som gjør at det forutsatte kvalitetsnivået ikke kan opprettholdes, og tjenesteyteren holdes ansvarlig for kvalitetskonsekvensene av knapp bemanning, er det personlige konsekvensen en direkte manifestasjon av et desentralisert, politisk dilemma. Helse- og omsorgsarbeid er spesielt sterkt preget av komplekse etiske dilemmaer. Det består av det vi kan kalle totale velferdsytelser. Den personliggjorte tjenesten forener alle aspekter ved velferdsstatens to organisatoriske nøkkelfunksjoner: vertikal integrasjon mellom forvaltningsnivåer og horisontal koordinering av forholdet mellom politikk, økonomi og faglig kvalitet.

1.2.3 Siste instans

I de fleste yrkessammenhenger er ansvaret som knyttes til profesjonelle handlinger relativt klart avgrenset. Kort beskrevet betyr avgrenset ansvar at det alltid er noen andre som kan overta eller dele det. Sykehus kan sende pasienter bort når de er ferdigbehandlet, og de fleste yrkesgrupper har spesialiserte oppgaver å utføre overfor brukere og kunder. I de kommunale helse- og omsorgstjenestene er ansvaret derimot ofte uavgrenset. Det er som oftest ingen å sende brukerne videre til, og muligheten til å sette brukerne på ventlister er ikke tilgjengelig. Dette betyr at misforhold mellom kapasitet og ytelsesforpliktelser, som må antas å kunne oppstå i alle former for yrkesutøvelse, må løses på andre måter enn ved å begrense tilgang og dermed overføre mer ansvar til omgivelsene. Helse- og omsorgstjenestenes funksjon i relasjon til omgivelsene og offentlig sektor for øvrig er i høy grad å absorbere overskuddsansvar. De overtar og forvalter ansvar på premisser de i liten grad bestemmer selv. En av de største utfordringene dette skaper er å opprettholde stabil tjenestekvalitet. Man må forsøke å hindre at kvaliteten på tjenestene blir anghengig variabel; et produkt av et sterkt varierende forhold mellom ansvarsmengde og tilgjengelige ressurser.

1.2.4 Variasjon og uforutsigbarhet

Helse- og omsorgstjenestene er nettopp av denne grunn preget av radikal uforutsigbarhet. Å gjøre tjenestene reelt tilgjengelig for brukere som selv ofte ikke er i stand til å artikulere (svært komplekse) behov selv, og å tilpasse dem til raskt skiftende helsetilstander, krever en uhyre sensitiv organisasjon og aktivt responderende faglighet. I en slik behovsorientert organisasjon oppstår en delikat utfordring knyttet til resten av organisasjonens sterke behov for økonomisk avgrensning. Når økonomiske begrensninger gjøres gjeldende i form av nedskjæringer på kommunebudsjettet, forrykkes forholdet mellom ytelseskrav, ressurser og kvalitet. Dette betyr blant annet at helse- og omsorgstjenestene nødvendigvis må drive kontinuerlig tilpasning til stadig skiftende rammebetingelser. Dette skaper særegne utfordringer fordi organisasjonen er så personalintensiv. Et stort antall arbeidstakere skal til enhver tid koordineres effektivt – i en organisasjon med høy turnover og hvor bare et fåtall av de ansatte møtes direkte, hvor det ikke forventes at koordinering skal skje på felles arenaer, og hvor kompetansen er usedvanlig ujevnt og ofte tilfeldig fordelt.

1.2.5 Egalitarianisme

Helse- og omsorgsyrkene er kjennetegnet av en høy grad av faglig differensiering som *ikke* i særlig høy grad realiseres praktisk i form av hierarkisk organiserte arbeids- og autoritetsformer. Arbeidsprosessene følger som oftest en relativt egalitær logikk. Dette henger klart sammen med at organiseringen av arbeidet ikke gir rom for spesialisering i særlig grad. Det er ingen overdrivelse når vi slår fast at spesialisering faktisk blir aktivt motarbeidet i sektoren, og gjør den til en slående kontrast til andre, nærliggende virksomhetsfelt som for eksempel spesialist(!)helsetjenesten. Arbeidskraften må i praksis tilpasses et omskiftelig og kollektivt ansvar for å løse arbeidsoppgaver som i visse perioder intensiveres voldsomt (Jacobsen 2005, Vike 2004). Svært mye av arbeidet er kollektivt i en helt bestemt og særegen betydning: hele arbeidsfellesskapet må være beredt til å dele ansvar og til enhver tid å justere sin innsats deretter. Arbeidsfellesskapet får på den måten et sterkt krav til den enkeltes arbeidskraft, og oppnår en ekstrem fleksibilitet når det gjelder å mestre sterkt og rask oppgavevekst. Dette betyr blant annet at den faglige differensieringen i arbeidsmiljøet ofte nedtones til fordel for den forventning at alle medlemmene i ar-

beidsfellesskapet kan utføre de fleste oppgaver. Slik oppnås en sterk organisatorisk kapasitet til å leve med sterke skiftninger i den tilgjengelige kompetansen. Samtidig defineres den faglige ambisjonen ikke i henhold til de utdannede med høyest kompetanse men på et lavere og ofte uspesifisert nivå som gjør det realistisk for ufaglært arbeidskraft å kunne realisere den, og slik at organisasjonen ikke blir sterkt skadelidende av at slike ambisjoner relativt ofte ikke blir realisert.

En annen viktig dimensjon ved egalitarianismens etos er den diskursive betydningen av å ha det travelt. Det er, som vi legger stor vekt på å vise i denne studien, ingen tvil om at travelheten til tider kan være både større om mer problematisk i helse- og omsorgstjenestene enn i mange andre arbeidskontekster. Men forholdet mellom dette faktum og måten det snakkes om travelheten på, er ofte ytterst motsigelsesfullt. Snakk om travelhet ser ut til å ha blitt en forskningsstrategi. Det er tre vesentlige sider ved dette, slik vårt materiale vitner om.

For det første ser det ut til at utsagn om travelhet ofte utgjør en slags *lingua franca* i arbeidsmiljøene. Et kjennetegn ved arbeidsmiljøene er at de er sterkt differensiert og til dels fragmentert med hensyn til kompetanse, motivasjon, identifikasjon og evne til å bidra til fellesskapet. Det synes å være mange faglige utfordringer det snakkes lite eller ingen ting om, blant annet fordi fraværet av ledig tid og felles arealer gjør dette urealistisk eller umulig. Ironisk nok er faglighet ofte noe som splitter framfor å forene arbeidstakerne, spesielt fordi høy faglig kompetanse og faglig makt virker hierarkiserende og derfor truende overfor den helt nødvendige dugnadsånden. Travelhet er noe alle deler, og som budskap utad er den derfor både sann og nyttig.

For det andre er travelheten både ujevnt fordelt og sterkt skiftende. Det betyr for eksempel at det ikke sjelden dukker opp lommer av tid som kunne være brukt til å forbedre tjenestene. Grunnen til at slike muligheter i liten grad brukes, synes både enkel og undervurdert. Å forsøke å skape forbedring i en uforutsigbar arbeidssituasjon framstår ofte som fåfengt. Det er vanskelig å realisere forbedringer sammen, og det er enda vanskeligere å gjøre eventuelle forbedringer varige (for eksempel ved å sikre at de blir videreført av neste skift, eventuelt av ufaglærte som overtar stafettspinnen uten å få tilstrekkelig opplæring). Dessuten framstår det ofte som naivt å forvente at faglig forbedring på kort sikt fører til langsiktig forbedring. Dersom tiden utnyttes bedre, blir ofte bemanningssituasjonen forverret i neste runde. Den konservative strategien med å unnlate å ta risiko, å forsøke å beholde de goder man

har og å beskytte seg mot inngrep fra ledelsen (for eksempel ved å snakke om travelhet), er derfor rasjonelt om enn ikke alltid faglig utviklende (Jacobsen 2005).

For det tredje er travelhetsdiskursen et interessant og typisk symptom på den grunnleggende mangelen på faglig autonomi og presise og forpliktende kvalitetsdefinisjoner i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Arbeidsfellesskapet er henvisning til å skape moralske appeller til sine ledere når kvaliteten trues. I dette ligger en slående kontrast til mannlige arbeidsarenaer der kvalitet har høy status. Der er moralske appeller med henvisning til travelhet, utslitthet og liknende som oftest irrelevant og helt og holden erstattet med klare kvalitetsstandarder, institusjonalisert samarbeid for å overvåke disse, forhandlingsmakt og faglig autonomi (Ryggvik 2008, Kringen 2009).

1.2.6 Kompleks og dynamisk skjønnsutøvelse

Velferdsprofesjonene anvender en spesielt kompleks og dynamisk skjønnsutøvelse. Skjønn utføres som oftest mens selve arbeidet pågår, og kunnskapen anvendes relasjonelt og prosessuelt. Denne prosessen rommer et høyt kompleksitetsnivå fordi, som vi var inne på ovenfor, den må forene og integrere premisser som et etablert på en rekke eksterne arenaer. Faglige vurderinger har usedvanlig liten autonomi i disse tjenestene fordi det finnes så svake mekanismer som kan hindre dem i å bli infisert av politiske og økonomiske. Når kapasitetsproblemer oppstår, som det svært ofte gjør, blir faglige vurderinger et kompromiss mellom alle tre, og tjenesteutøveren overtar noe av rollen som andre deler av organisasjonen formelt skal ivareta. Det er i slike situasjoner den personliggjorte tjenesteutøveren som blir mest problematisk – for brukeren, for den ansatte, for organisasjonen og for velferdsstaten.

1.2.7 Vekstens paradoks

Et annet kjennetegn som bidrar til å gjøre disse tjenestene særegne, gjelder muligheten til å skape gode sirker av den typen vi beskrev ovenfor, gjennom vekst. Det klassiske utviklingsscenariet i privat forretningsvirksomhet er at gode produkter og godt salg kan gi opphav til selvforsterkende vekst. Organisasjonen tjener relativt mer jo mer den yter, i det minste inntil markedet er mettet. I offentlig virksomhet kan en liknende vekstdynamikk oppstå, men muligheten for at den kan ta helt and-

re veier, er stor. Problemet er i praksis ofte at det foreligger sterke ambisjoner om vekst og sterke sanksjoner mot den *samtidig*. Fordi disse to motsatte prosessene blir ivaretatt av ulike deler av den samme organisasjonen - som i liten grad forventes å kommunisere med hverandre, skaper de det vi her kaller vekstens paradoks. Helse- og omsorgstjenestene forventes å yte flere og bedre tjenester, men de samme faktorene som gjør dette mulig, genererer samtidig økende utgifter som krever at ressursinnsatsen (i relasjon til mengden av behov) reduseres i neste omgang (Vike m.fl. 2002, Vike 2004).

1.2.8 **Fleksibel kvalitet**

De kommunale pleie- og omsorgstjenestene har altså ansvar for oppgaver som kjennetegnes av stor kompleksitet. Samtidig er spesifikasjonen av tjenestenes innhold lite spesifisert, og bemanningsnormer er i hovedsak fraværende. I tillegg står de overfor radikal uforutsigbarhet både når det gjelder mengden av tjenester de enhver til gis ansvar for, og de økonomiske ressursene de har tilgang til. Endelig varierer tilgangen på, og bruken av kompetanse sterkt. Alt dette betyr at kvaliteten på tjenestene varierer sterkt, ikke bare mellom kommuner og enheter innen den enkelte kommune, men også i den enkelte enhet og overfor den enkelte bruker over tid. Kvaliteten er en fleksibel størrelse. Selv om dette er særegent for denne sektoren, er det ikke overraskende. Det reflekterer måten sektoren er organisert på, og hensikten med denne. Vilklårene for å oppnå en bestemt kvalitet – tid, personale og kompetanse – er ikke spesifisert, og de økonomiske rammebetingelsene har ingen direkte sammenheng med disse vilklårene.

Fleksibel kvalitet viser seg derfor ofte å bli til tilfeldig kvalitet. Dette bidrar til at helse- og omsorgstjenestene i kommunene svært ofte framstår som det vi kan kalle en ”som om - verden”. Tilstrekkelige tjenester og høy kvalitet forventes av de aller fleste, og svært få ledere eller folkevalgte organer forteller befolkningen at det er vanskelig for dem å ta ansvaret som følger med (diskusjoner i forbindelse med budsjett og nedskjæringsplaner er dog et viktig unntak i så måte). Når mediene viser at tjenestene er utilstrekkelige og kvaliteten for lav, har dette en tendens til å framstå som overraskende unntak. Det er etter vår oppfatning påfallende at den kvalitetsreduksjonen som nødvendigvis oppleves sterkest og som mest problematisk for tjenestemottakerne og de ansatte, mangler et politisk språk.

1.2.9 Faglig infrastruktur

I alle moderne organisasjoner der målet er å produsere i henhold til en bestemt definisjon av kvalitet, er kompetanse avgjørende. For at kompetansen skal komme til anvendelse, må det eksistere rammebetingelser som stimulerer til dette. Leger må ha et visst monopol, et støtteapparat, utstyr, et system som sikrer en viss pasientflyt og så videre. Det er påfallende at denne infrastrukturen har en rekke avgjørende mangler i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Hva kvalitet betyr, er høyst uklart. Hvilke bemanningskrav som skal gjøres gjeldende, er ikke definert. Hvilken kompetanse som kreves, spesifiseres ikke. Spørsmålet om hvem som kan sette fingeren på negativ kvalitetsutvikling, forblir kontroversielt. Ingen troverdige systemer for å kontrollere kvalitet er etablert.

Dette får en rekke konsekvenser. Våre observasjoner av de ansattes arbeid i disse tjenestene viser at kvalitet ikke først og fremst er et felles utgangspunkt og absolutt referanse, men et kompromiss og et forhandlingstema der selv ledere og arbeidsgivere kan velge å se bort fra kvalitetsproblemer eller involvere seg aktivt med synspunkter om hva som er faglig forsvarlig. Derfor er det på ingen måte klart hva det betyr å søke en høy grad av faglighet, hva som skal regnes som gode eksempler på kvalitet, hvem som har autoritet til å sikre den, hvilke gevinster som er knyttet til kompetansevekst, eller hvilke karriereveier som er tilgjengelige for dem som øker sin kompetanse. Kvalitet er et symbol, men er i svært liten grad transformert til et objekt som er knyttet til et større system av gjensidige forpliktelser. Vi vil understreke at dersom høy og stabil, og relativt entydig definert tjenestekvalitet virkelig er målet, er det vi kaller *den faglige infrastrukturen* i de kommunale helse- og omsorgstjenestene svært utilstrekkelige. Vilårene for kontinuerlig faglig utvikling, systematisk premiering av kompetanseheving, for å skape den nødvendige faglig autoritet (i arbeidskonteksten og overfor ledelsesnivåer) over definisjonen av kvalitet, og for å gjøre bruk av økende kompetanse (gjennom større spesialisering) er blant de forhold som er svært lavt prioritert. Fraværet av en robust faglig infrastruktur i tjenestene står i sterk motsetning til den tjenestemengde og tjenestekvalitet sentrale og kommunale myndigheter forutsetter.

1.2.10 En sentral produksjonsarena

Helse- og omsorgstjenestenes rolle i den norske velferdsstaten – eldreomsorgen i særdeleshet – har endret seg dramatisk i løpet av de siste par tiår. Begrepet som ”verdiskaping” og ”produksjon” gir assosiasjoner til industriarbeid, offentlige og spesifikt mannlig arbeidsarenaer, fagkompetanse, konflikter mellom arbeid og kapital – og økonomisk vekst. ”Omsorg” derimot, knyttes fortsatt i høy grad til kvinners moralske forpliktelser, familieverdier, ekstraarbeid og til offentlige utgifter. Bakgrunnen for dette er enkel. Omsorgsarbeidets betydning har økt som en konsekvens av de endringer den konvensjonelle verdiskapningen ga opphav til, og har aldri blitt betraktet som en verdiskapingsmotor i seg selv. Derfor har kvinners omsorgsarbeid i den offentlige sfære beholdt en sterk symbolsk forbindelse med den uformelle rollen omsorgsarbeidet hadde i familien, og derfor har offentlig omsorgsarbeid gjennomgått en svært langsom profesjonalisering (Mathisen 2006, Hvalvik 2002). Vekten på omsorgsfull ivaretagelse har vært det sentrale, ikke helseutfordringer og kvalitet fundert på profesjonelle prinsipper (Thorsen 2003, Vabø 2003), *til tross* for at helse- og omsorgstjenestene rent faktisk hele tiden har krevd høy kompetanse og vært knyttet til komplekst helsearbeid. Omsorg har ikke vært betraktet som et sett av tjenester med spesifiserte priser og kvalitetskrav, men som en relasjon preget av moralsk forpliktelse og en form for fleksibel ytelse som gjør det mulig å imøtekomme de behov som til enhver tid finnes (Solheim 1998, Vike m.fl. 2002). Som husmorens forpliktelse til å yte generell omsorg og kjærlighet uten stykkpris, har omsorgspersonalet i den norske velferdsstatens ekspansjonsfase aldri vært særlig opptatt av å kalkulere prisen på egen arbeidskraft i relasjon til mengden av arbeidsoppgaver og arbeidets samfunnsmessige verdi. Blant annet derfor har det vært mulig, ad politisk vei, å øke velferdspolitiske forpliktelser dramatisk samtidig som norske kommuner faktisk foretar budsjettnedskjæringer. Slik har det utviklet seg en sterk bekymring knyttet til de ”utgifter” velferdsforpliktelsene fører med seg. Dette gir en indikasjon på det problemfylte forholdet som har oppstått mellom språket (kvinnelig arbeid som ”utgifter” vs. mannlig som ”verdiskaping”) og den faktiske funksjonen helse- og omsorgstjenestene har fått i den norske velferdsstaten. Fordi disse tjenestene utgjør en avgjørende forutsetning for at økonomien for øvrig skal fungere dynamisk, for eksempel ved å frigjøre arbeidskraften fra overveldende omsorgsforpliktelser, er de en grunnleggende arena for produksjon av verdi. De spiller i dag en helt avgjørende rolle som reproduksjonsfaktor i den nors-

ke velferdsstaten (Vike 2004). I motsetning til i tidligere faser av velferdsstatens ekspansjon, er det i dag ikke lenger mulig å håndtere disse tjenestene som en ekstra luksus og halvveis uformell økonomisk arena. Konsekvensen av dette er omfattende. Den viktigste er denne: konfliktene knyttet til ”utgiftene” til helse- og omsorgstjenestene har langt på vei overtatt den rollen de klassiske konfliktene mellom arbeid (i regi av den mannlige arbeiderklassen) og kapital hadde tidligere. På samme måte som lønnsøkning ble ansett som en inflasjonsdrivende faktor og dermed som en trussel mot langsiktig lønnsomhet og nasjonaløkonomisk balanse, er det i dag av stor nasjonaløkonomisk interesse å holde offentlige utgifter under kontroll.

Konsekvensene av at den samfunnsmessige verdiskapingen er feminisert, kommer i et slikt perspektiv i et klart lys: i motsetning til det tradisjonelle, mannlige industriarbeidet, forstås det kvinnelige arbeidet knapt som verdiskaping. Derfor har arbeidskraften heller ikke organisert seg deretter, og har i realiteten ytterst liten forhandlingsmakt når det gjelder spørsmål om arbeidskraftens pris og tjenestenes kvalitet. Men like viktig er det faktum at den kvinnelige arbeidskraften ikke har innflytelse verken over selve vilkårene som påvirker forholdet mellom ansvar og kapasitet, eller over muligheten til å avgrense seg fra overveldende ansvar. For så vidt som den politiske strategien er å skaffe til veie arbeidskraft, snarere enn høy kompetanse primært, står vi muligens overfor det vi kan kalle en re-tradisjonalisering av moderne statskapitalisme (Haukelien 2000).

Disse ti dimensjonene ved de kommunale helse- og omsorgstjenestene i den norske velferdsstaten utgjør ingen uttømmende liste, men berører likevel sentrale trekk ved deres kontekst. For å kunne undersøke kompetansens betydning i disse tjenestene, er det avgjørende at vi forstår og er i stand til å ta hensyn til denne konteksten.

1.3 Rapportens oppbygging

Denne rapporten er bygget opp etter et ukonvensjonelt mønster. Vi lar vårt empiriske materiale bli brakt ”i tale” innenfor ramme av en rekke ulike analytiske kontekster. Materialet er systematisert i henhold til temaer og synspunkter som våre samtalepartnere (deltakerne i EVUK-prosjektet) har lagt størst vekt på i intervjuene, og de blir presentert i tre ulike formater. Felles for alle er at de består av erfaringer som formuleres i intervjuene og av observasjoner vi har gjort i våre feltarbeid. Ett format består av sitater og observasjoner som illustrerer våre resonnemen-

ter (og som har gitt inspirasjon til disse resonnementene) underveis i teksten. Et annet format er eksempler fra feltet som er felt inn i teksten som nummererte fortellinger, i alt 28. Det tredje formatet består av 6 hovedtemaer som gjenspeiler våre samtalepartneres viktigste erfaringer, men som er systematisert og kategorisert av oss: (1) *Kapasitetsproblemet, uforutsigbarhet og fleksibilitet*, (2) *Avvik og aviksrapportering*, (3) *Betydningen av ufaglært arbeidskraft*, (4) *”Ledere på betryggende avstand”*, (5) *Gjensidighet, avhengighet, egalitarianisme og arbeidsmoral*, og (6) *Erfaringer med økt kompetanse*. Disse hovedtemaene er plassert i en større analytisk ramme som er etablert med den hensikt å gi innsikt i helse- og omsorgstjenestenes plassering og funksjon i den norske velferdsstaten. Vi har utviklet denne i fire hovedretninger, eller perspektiver.

Den første kaller vi *Det økologiske perspektivet*. Dette bruker vi til å beskrive og analysere tjenestenes funksjon som ”grenseforvaltere” i velferdsstatens mest tjenesteintensive sone. Den kontinuerlige balanseringen av forholdet mellom tilgjengelige ressurser og behov som skal imøtekommes er særegen for denne sonen i velferdsstaten, ikke bare fordi tjenestene er komplekse og vanskelige å avgrense, men fordi de i høy grad er tildelt rollen som avgrensningsinstans for andre deler av velferdsstaten. Kommunene bruker helse- og omsorgstjenestene aktivt for å tilpasse sitt totale budsjett i henhold til deres rolle som utøvere av statlig velferdspolitik.

Det andre perspektivet er *Det politiske perspektivet*. Her ønsker vi å utforske hvordan politiske, styringsmessige og faglige perspektiver brytes mot hverandre, fortrinnsvis i kommunene. Vi behandler disse ikke bare som biter i et puslespill som forventes å passe sammen, men som uttrykk for interesser som ikke nødvendigvis går sammen uten at det skapes uheldige bi-effekter. Velferdsstatens store ambisjoner, rettighetsforståelsen som i økende grad knyttes til tjenestene og den faktiske bruken av ressurser skaper en dynamikk som i særlig grad gir seg utslag i helse- og omsorgstjenestene, og som må forstås som mer eller mindre uintenderte konsekvenser. Vi er opptatt av å identifisere disse, men først og fremst hva som skjer når de erkjennes og påkaller forståelse og/eller handling.

Det tredje temaet omtaler vi som *Det kulturelle perspektivet*. Dette består av et relativt ambisiøst forsøk på å beskrive helse- og omsorgstjenestene særegne virkemåte og funksjon innenfor det ideologiske, normative og kunnskapsmessige univers som det moderne norske politiske eksperimentet har etablert. Tillit, kjønn og velferdsstatens sterke lokale forankring sår sentralt her.

Det fjerde perspektivet handler om *Faglighet*. Her diskuterer vi hvordan premisser fra de tre andre temaene ”slår seg ned” og påvirker hvordan faglighet og kompetanse forstås og håndteres i helse- og omsorgstjenestene. Spesielt sentralt i denne diskusjonen står det vi omtaler som *det påfallende fraværet av en robust faglig infrastruktur*.

2. Helse- og omsorgstjenestene i den norske velferdsstaten

Kompetanse kan forstås som en spesifikk konstellasjon av kunnskaper og ferdigheter (som besittes av enkeltindivider eller grupper, og) som utgjør en nødvendig forutsetning for å realisere et bestemt kvalitetsnivå på et produkt eller en tjeneste. Blant annet fordi kompetanse må læres, utøves sammen med eller ovenfor andre mennesker, kommuniseres og bearbeides – og ofte også kontinuerlig økes – er den et sosialt og organisatorisk fenomen. Den utgjør en egenskap ved sosiale relasjoner, og kommer til anvendelse som et aspekt ved den profesjonelle rolleutøvelsen i sosial samhandling. Kompetanse får en spesiell betydning i moderne samfunn fordi reproduksjon i høy grad hviler på kunnskapsøkonomisk dynamikk. Til forskjell fra samfunn med enkel arbeidsdeling eller industriell masseproduksjon, forutsetter samfunn som har gjort sin konkurranseevne og politiske form avhengig av kunnskapsøkonomisk dynamikk at store deler av befolkningen kontinuerlig søker, og får anledning til, å heve sin kompetanse. Bare slik kan kravet om at produkter og tjenester stadig skal utvikles til det bedre, bli realisert.

Men det er selvsagt store forskjeller mellom ulike sektorer og mellom ulike deler av befolkningen. Kvalitet og kompetanse har ikke den samme betydningen i rengjøringsbransjen og helse- og omsorgssektoren som i oljeindustrien, og arbeidsvilkårene er – som vi har vært inne på – veldig ulike. Betydningen av kvalitet og kompetanse blir først en viktig referanse dersom kvalitetsnivået faktisk utgjør en avgjørende forskjell for de som mottar/kjøper et produkt/tjeneste, og dersom denne ikke ganske enkelt kan realiseres av ”ren” arbeidskraft uten særskilte krav til kompetanse. Når arbeidskraftens kompetanse blir avgjørende for å sikre kvalitet, er spørsmålet i neste omgang hva det koster å framskaffe den, vedlikeholde og øke den, og hvordan den kan anvendes. Men forutsetningen for alt dette er at kvalitet faktisk defineres organisatorisk og at standarder for kvalitet objektiviseres og gjøres gjeldende i arbeidsprosesser. Kvalitet skal ikke være tilfeldig, variabel og betinget.

Kvalitetsforskriften definerer kvalitet som ivaretagelse av ”grunnleggende behov”.

Med det menes blant annet å:

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

Kvalitetsforskriften gjenspeiler utvilsomt allmenne forventninger i befolkningen om hvilken standard helse- og omsorgstjenestene skal imøtekomme. Men ofte er disse forventningene langt større enn det tjenestene av og til gir inntrykk av å kunne imøtekomme, og dette kommer ikke sjelden til uttrykk politisk. I løpet av de siste par årene har dette blitt tydeligst illustrert gjennom ambisjonen om å skape en verdighetsgaranti, som regjeringen og deler av opposisjonen på Stortinget kom til enighet om i 2008. Her er et utdrag av Krf's begrunnelse for initiativet, i form av et spørsmål til statsministeren:

I de siste dagene har vi fått alarmerende reportasjer i Dagsrevyen om forholdene for eldre mennesker ved norske omsorgsinstitusjoner. Gamle mennesker får ikke sove om natten fordi de må dele rom med urolige medpasienter på sykehjem, og terskelen for å få sykehjemsplass er svært høy mange steder. Vi så i går Jenny, som er plassert på et trimrom fordi det til tross for at det er ledige rom på sykehjemmet, ikke er nok folk. Forstå det den som vil!

Hvis dette hadde vært enkelthistorier, kunne de vært løst lokalt, og det hadde ikke vært noe å ta opp i landets nasjonalforsamling. Men Statens helsetilsyn har ved flere anledninger pekt på at det er svikt på viktige punkter når det gjelder kvalitet og kapasitet i eldreomsorgen. Fylkeslegen i Oslo og

Akershus har sågar kalt eldreomsorgen for et risikoområde. Dette viser at det er behov for en tverrpolitisk forpliktende eldreplan der framdrift og økonomi inngår.

Vi må i Stortinget etter Kristelig Folkepartis mening bli enige om en eldreplan for årene framover som får et fokus på både innhold og kvalitet, nok plasser, enerom til alle. Konkret er det behov for 20.000 flere tilrettelagte plasser for demente. Det er behov for nybygging og modernisering av 20.000 plasser i sykehjem og omsorgsboliger fram til 2015. Dagtilbudene til eldre må trappes opp, særlig når vi vet at kun 4 % av demente som bor hjemme, har et dagtilbud. Lindrende behandling og omsorg for døende må styrkes, og det trengs mer kunnskap og kompetanse blant ansatte i omsorgstjenesten. Kulturtilbud for eldre må prioriteres, og eldres rettigheter må styrkes gjennom en verdighetsgaranti.

Mitt spørsmål til statsministeren er: Når og hvordan vil han følge opp sitt valglofte om å ta initiativ til en tverrpolitisk dialog om en slik forpliktende satsing på landets eldre i årene framover?

Krf's initiativ førte altså til et eldreforlik på Stortinget. Det rommer følgende elementer:

- * *Det skal utformes en verdighetsgaranti som blant annet tar hensyn til dagtilbud og måltider.*
- * *Det skal være en kompetanseplan for helsepersonell.*
- * *Behovet for nye omsorgsplasser og bemanning skal vurderes årlig.*
- * *Ny og forbedret finansiering av fagskolene for helse- og sosialfag innen 2009.*
- * *Minst ti spesialister i geriatri skal utdannes hvert år i perioden 2009-2015.*
- * *Kompetansetiltak for ansatte uten fagutdanning.*
- * *Investeringstilskudd skal også kunne brukes til utbygging av enheter i kommunene til lindrende behandling ved livets slutt.*
- * *Tilrettelagte plasser i institusjon for demente innen 2015.*
- * *Alle kommuner skal tilby tilrettelagte dagaktivitetstilbud for demente innen 2015*
- * *Opptrapping av kulturtiltak fra 2009 (ANB-NTB 30.november 2007)*

Dette vitner om en sterk politisk vilje til å realisere høy kvalitet. Utfordringen er selvsagt å føye slike ambisjoner sammen med et økonomisk og organisatorisk program for å realisere dem i praksis. For å forstå hva som kreves for å få til dette, er det viktig å erkjenne hva som gjør de kommunale helse- og omsorgsoppgavene i den norske velferdsstaten til en særegen form for kompetanseintensiv virksomhet,

slik vi gjorde innledningsvis. Virksomheten har utvilsomt mye til felles med høyt spesialiserte og kompetansekrevende oppgaver som utføres av for eksempel leger og ingeniører. Adekvat handling krever ofte grundig forutgående analyse, og arbeidsprosessen innebærer ofte intens monitorering av kompliserte samspill mellom ulike variable, i dette tilfellet så vel medisinske som psykologiske, sosiale og organisatoriske. Samtidig er pleie- og omsorgsoppgaver mer varierte, og inneholder også mange, mye mindre spesialiserte funksjoner – funksjoner som også andre enn spesialutdannede kan utføre. Et annet, avgjørende kjennetegn er at disse oppgavene – i motsetning til alle andre kompetanseintensive former for yrkesutøvelse, og slik vi var inne på ovenfor – *ikke* er organisert med utgangspunkt i spesialisering og avgrensning av ansvar. For leger og ingeniører er det i de aller fleste tilfeller avgjørende at deres kompetanse anvendes målrettet og eksklusivt til å løse spesielle typer oppgaver (som ikke hvem som helst andre også kan bli satt til å løse), og at kompetansens effekt ikke utvannes av at den må spres ukontrollert når etterspørselen vokser. Kvaliteten må i noen grad fungere som en verdi av høyere orden, slik at den ikke blir relativisert. Derfor framstår det så vel uetisk som ulogisk å tenke seg at kirurger firer på kvalitetskrav for å kunne operere langt flere på kortere tid. I helse- og omsorgstjenestene er dette utbredt.

Den kommunale helse- og omsorgssektoren rommer en uhyre kompetanseintensiv virksomhet, og organiserer samtidig noen av de aller mest komplekse tjenestene som produseres i det moderne samfunnet. Det er vanskelig å tenke seg *noen* tjeneste som er vanskeligere å standardisere og koordinere enn helse- og omsorgstjenester. Samtidig er de organisert på en måte som faktisk likner mye mer på den enkle masseproduksjonen enn på kompetanseintensive virksomheter de har mer til felles med. Dette bidrar til å kaste lys over det faktum at arbeid for å styrke kompetansen, gi den større anerkjennelse og liknende ikke alltid vinner gjenklang blant beslutningstakere. Det er ingen unison enighet om at økt kompetanse er tvingende nødvendig og gir høyere kvalitet (Halvorsen m.fl. 2004).

EVUK-prosjektet, som så vidt vi vet utgjør den største satsingen på systematisk arbeid med etter- og videreutdanning i kommunal regi noensinne, rommer en rekke eksempler på hvordan kompetanse utgjør en forskjell når det gjelder tjenestenes kvalitet. Derfor er prosjektet svært godt egnet til å gi innsikt i hva som skal til for at ambisjonene om en bedre eldreomsorg, slik vi så den formulert ovenfor, skal lykkes. En av de viktigste forutsetningene handler om motivasjon. Ønsket om å

søke å gjøre ting stadig bedre en grunnleggende forutsetning for kvalitet. Derfor er det selvsagt også interessant å registrere at økt kompetanse, slik dette har blitt realisert i EVUK, virker sterkt motiverende. I enkleste forstand kan vi definere vår oppgave med å evaluere EVUK på denne måten: Hva har skjedd med den motivasjonen – sammen med *evnen* til å realisere den – over tid? I hvilken grad er organisasjonen i stand til å ta vare på den, og hva påvirker denne evnen?

I det følgende vil vi se nærmere på en del konkrete eksempler på hvordan motivasjon og kompetanse utgjør en kvalitetsforskjell i de fire kommunene vi har undersøkt.

2.1 Å avverge og forebygge

Eksempel 1

Jeg er sammen med Karin på den skjermede enheten. Der er det seks beboere som alle er senil demente. Fem av dem sitter i stuen og ser på TV. Det følger med på feiringen av kongens bursdag, og de ansatte vet at nettopp det kan vekke både følelser og minner hos de gamle. En dame har besøk av en ung jente, så de sitter i leiligheten hennes. De ansatte bruker konsekvent ordet "leiligheten din", "stuen din", og liknende for å understreke respekt for de eldres integritet. Ordet "rom" blir ellers ofte brukt om det stedet eldre mennesker bor når de kommer i institusjon. Karin forteller meg med dempet stemme at de må tenke nøye over hvordan de eldre sitter rundt bordet når de skal spise. En dame har det med å velte ting og søle når hun spiser. De andre kommenterer det og blir irriterte. Derfor er det viktig at hun ikke sitter for tett opp til de som irriterer seg mest. Det er også viktig at bare en av pleierne reiser seg opp og ordner ting under måltidet – og bidrar til at de ikke bråker. Det reagerer de demente også på.

Nå er det tid for middag. Beboerne blir invitert til middagsbordet, og de blir fulgt eller går selv bort til bordet som står i et lyst og romslig kjøkken. En mann blir fulgt bort. Han ser ut til å være i godt humør, og bøyer knærne flere ganger før han setter seg. Jeg setter meg på den plassen som foreslås, og en av pleierne serverer maten. Men først synger vi bordvers. En av de ansatte hvisker til meg: "Vi pleier å spise litt"! Så jeg henter meg en kjøttkake, en potet og stuing og spiser jeg også. Under måltidet fører de gamle en samtale – noe hjulpet av de ansatte – som minner mest om en dannet konversasjon. Flere av dem kjenner hverandre fra tidligere. Et par av dem har vært naboer, et forhold som ikke var helt uten spenninger. De ansatte stimulerer til samtale og passer samtidig på at temaene ikke berører ting som de vet enkelte av de demente blir urolige av å snakke om. En av damene liker å erte en annen, og de ansatte er hele tiden oppmerksomme på å avlede eventuelle konfrontasjoner og lede samtalen forsiktig over på andre, mer ufarlige temaer. De ansatte forteller meg etterpå at måltidene er svært viktige hendelser, nærmest høydepunktene på dagen, hvor de forsøker å stimulere beboerne til å opprettholde sine motoriske, mentale og sosiale ferdigheter. Etter maten reiser noen av beboerne seg på egen hånd, mens andre blir sittende. En av damene begynner å rydde av bordet og klage på at det er rotete og fullt på benken. En mann som akkurat er ferdig med å spise samler bestikket sammen og skyver det til side mot damen som rydder opp. Selv blir han sittende.

Eksempel 2

På denne avdelingen er pasientene ikke kommet så langt i sin demens. De er i stand til å kommunisere både verbalt og ved hjelp av øyekontakt og kroppsspråk. De tar lite initiativ selv, men gir respons når de blir kommunisert med. De er også i stand til å gå, selv om bare en av de åtte pasientene går på eget initiativ og ved egen hjelp. De pleier å sitte rundt små bord i det kombinerte kjøkken og spiserommet. De ansatte dekker på bordene og tenner stearinlys. Det er tre små bord i det kombinerte kjøkken- og spiserommet, og beboerne har faste sitteplasser som de blir fulgt bort til. De to ansatte som hjelper de åtte beboerne på denne avdelingen ordner i stand smørbrødene. De koker kaffe, smører brødkiver, skjærer av skorpen til de som ikke har tenner til å få dem i seg, smører på smør, pålegg og pynt. Så anrettes maten på fat som settes frem på bordet. De ansatte vet hva de forskjellige beboerne liker å drikke, enten det er surmelk eller søtmelk, og kaffe med og uten fløte. Jeg blir spurt om jeg kan hjelpe ved bordet med tre damer og en mann som sitter rundt det ene frokostbordet. En dame sitter for seg selv ved et bord i kjøkkenet, en sitter på gangen, en sitter på rommet. En av plassene blir stående tom i dag. En beboer er nettopp død, og ligger fremdeles på rommet. Før frokosten blir servert, synger vi en bordbønn. Alle folder hendene og synger med. Sangen er tydeligvis kjent for dem. Et uttrykkene i sangen er ”njota”. En hjelpepleier sier: ”Skal vi spørre om Heidi vet hva njota betyr?” Det blir litt prat om dette ordet. En av damene blir spurt om hva hun er vant til å si. Hun klarer ikke å svare på det, men hun forsøker å gi respons. Hjelpepleieren skifter taktikk og spør: ”er du vant til å si ”njota”?” – Hun svarer at det er hun ikke. ”Er du vant til å si ”nyte”?” ”Ja, ”nyte”, det sier vi her”, svare hun da. De ansatte fortsetter å småprate og henvende seg til beboerne underveis i måltidet. Så heller jeg i melk og kaffe til dem, og setter maten på bordet. Det er halve brødkiver uten skorpe, med smør. Pålegget er fint dandert på en skål med agurk og tomatskiver. To typer syltetøy er også på bordet. Jeg spør hva de ønsker på maten, og legger det på for dem. Når de har spist opp skiva si, blir de sittende uten å ta initiativ til å få mer. Når jeg henvender meg til den enkelte og spør om de vil ha mer, svarer de ja. De svarer på lukkede spørsmål, men har vanskeligheter med åpne spørsmål og spørsmål som inneholder valgalternativer. En mann med parkinsons sykdom spiser svært lite. Han klarer visst å spise selv, men gjør ikke det i dag, så jeg må hjelpe han. Han blir sittende med tablettene i munnen, og jeg strever med å få han til å svelge dem. Til slutt må hjelpepleieren som kjenner han ordne opp. Det er en rolig men samtidig munter stemning rundt bordene. Frokosten startet ved nittiden, og er ikke ferdig før klokka ti over ti. Da synger vi takk for maten vers. Så blir beboerne fulgt ut i stua som ligger rett ved siden av. To av oss rydder av bordet, skyller og setter i oppvaskmaskinen.

Eksempel 3

Jeg blir med hjelpepleier Vera inn til Kari, en dame på mange og nitti år. Hun er senil dement, og varierer visst svært i humøret. Hun ser veldig blid og fornøyd ut i dag, men er litt skeptisk til at jeg skal være med. Etter at Vera har forklart at jeg skal være med dem, blir jeg ute av syne for henne en liten stund (et par minutter).

Når jeg kommer tilbake sier hun: ”Der er visst enda en dame!” Kari har fått dekket til speilet, for hun kjenner ikke igjen sitt eget speilbilde. Når hun ser seg selv og pleieren i speilet, kommenterer hun at det er mange folk der. Hun får et skeptisk ansiktstuttrykk, og blir dermed engstelig for sitt eget speilbilde som hun ikke kjenner igjen. Vera som skal hjelpe henne i morgenstellet, hjelper henne opp, tar på henne skoene slik at hun kan gå ut på badet med rullatoren. Hun skal hjelpe damen til å sette seg på toalettet. Vera småsnakker og forteller henne hele tiden hvordan hun skal gjøre. ”Så retter du opp bena, så holder du der”. Samtidig som hun hjelper henne fysisk med å vise. Så tar hun hånden hennes slik at den berører håndtaket ved vasken – ”så holder du der”, hele tiden mens damen kommenterer: ”Å jasså? Å du verden”, mens hun hever på øyebrynene. Vera snakker med damen og forteller til meg, samtidig som hun ser på Kari: ”Kari har sydd mange fine bunader – ikke sant du har sydd mange fine bunader til konfirmanter?” Kari hever øyebrynene og sier: ”Å jasså? Ja du er heldig du!” Vera svarer: ”Ja jeg er heldig som får lov til å hjelpe deg som er så flink til å sy bunader”. Slik holder Vera samtalen i gang, og snakker om Kari og hennes liv, alt mens hun først vasker henne oventil, og tar på henne BH, trøye og bluse med pyntenål på. Hun finner frem et blått og grønt skjørt i friske farger som hun holder frem for Kari – som hever øyebrynene og gisper over det fine skjørtet. ”Det er ditt skjørt – det skal du ha på deg”. ”Å jasså?” Så sier Vera at hun må få lov til å ta av henne trusen for å vaske henne nedentil. Hun tar av den gamle trusen og tar den nye på sammen med strømpebukse og sko. Så forklarer hun og fysisk veileder Kari til å reise seg opp igjen og holde seg fast, mens Vera vasker henne nedentil, smører og kommenterer at nå er hun ikke sår lenger, og trekker opp trusen og strømpebukse og ordner på skjørtet. Deretter grer hun håret hennes, og sier at hun skal få rullet opp håret senere i dag. Deretter er det ny veiledning, fysisk hjelping og småpratning for å få Kari til å reise seg opp og holde i rullatoren. Vera ber meg om jeg kan følge henne ut til stolen i gangen der hun pleier å spise frokost. Jeg følger Kari ut i gangen hvor hun pleier å sitte i en stol rett ved siden av åpningen til kjøkkenet. Jeg er usikker på hvilken stol hun skal sitte på, og Kari blir litt skeptisk. Hun blir litt urolig og ikke spesielt blid mot meg, men roer seg når hun kommer i den stolen hvor hun tydeligvis kjenner seg igjen.

Disse tre tilsynelatende enkle situasjonene illustrerer flere sider ved kompetanseutøvelse i praksis. De ulike handlingene er resultater av mange valg basert på kunnskap om hva senil demente mennesker har behov for, slik at de kan leve et best mulig liv. La oss forsøke å analysere og finne ut noe av den kompetansen som blir tatt i bruk i disse situasjonene.

2.1.1 Behov for forutsigbarhet og rolige, trygge rammer:

I begge måltidseksemplene blir beboerne veiledet bort til sine faste plasser. Å bli senil dement innebærer er en tilstand som angriper selve personligheten og opplevelsen av å være et sammenhengende integrert individ. Plutselige forandringer og fravær av fysiske grenser (store åpne avdelinger) kan skape angst, som ofte kan gi

uttrykk som minner om aggresjon. En informant fortalte en historie som illustrerer dette:

Kompetanse er viktig for å utøve en best mulig tjeneste. For eksempel det å takle de – det har noe med fagkunnskap å gjøre. Du vet at dette kan være et vanlig utbrudd. Tror de kan få flere utbrudd når folk ikke har kompetanse.

For eksempel måltidene rundt langbord. Da er det viktig å prøve å skape ro. At alt er tilrettelagt og planlagt slik at du slipper å reise deg under måltidet. For da kan du være sikker på at de reiser seg også. Men ferievikarer tenker: å – vi må jobbe. Vi kan ikke bare sitte der med hendene i fanget. Men det er viktig å sette seg ned. Noe av det viktigste at vi kan gjøre er å sette oss ned.

En ferievikar begynte å rydde av bordet før alle var ferdig med å spise, og da var det en eldre mann som eksploderte og sa at: dette aksepterer ikke jeg – at jeg ikke skal få spist maten min ferdig. Så han skulle til å ta denne hjelperen. Mens en av de andre beboerne oppfattet da at det var en ung jente som kom i klemme – så han skulle ta den første beboeren.

Hjelperen ble helt sjokkert over det som skjedde. *Det er ikke økonomi til å gi dem en trygg og god opplæring, sier hun.*

I dette tilfellet ser vi et eksempel hvor raskt det kan gå galt under en relativt enkel situasjon som et måltid dersom når man ikke bygger på kunnskapen om de dementes behov for trygghet, ro og forutsigbarhet.

2.1.2 Styrking av selvfølelse og verdighet

I måltidene som er beskrevet først, er det flere eksempler på at de ansatte tar i bruk kunnskap om demente for å gi dem mulighet til å opprettholde verdigheten og meningen som hele tiden trues av sviktende hukommelse og andre kognitive funksjoner. Sangene de synger er valgt fordi de er gamle kjente sanger som de demente kanskje er i stand til å kjenne igjen, selv om ikke alle er i stand til å klare å synge med. Hjelpepleieren som snakket med dem om ordet ”njota”, brukte kunnskapen sin til å få i gang en samtale der beboerne kunne oppleve mestring og gjenkjennelse. Da hun skiftet taktikk fra å stille et åpent spørsmål til et lukket spørsmål, gjorde hun det på grunnlag av kunnskap om at dette ville øke muligheten for at den de-

mente damen kunne svare. Bordplasseringen er også valgt ut fra en målsetting om å hindre eller dempe stress-situasjoner.

Denne type forebygging av uheldige hendelser foregår hele tiden i et miljø der de faglige vurderingene styrer handlingene, og det er like systematisk fraværende i miljøer hvor det faglige blikket og kompetansen ikke er til stede. Derfor kan det være vanskelig å påvise konsekvenser av bruk av kompetanse dersom man ikke vet hva det motsatte ville føre til. En sykehjemsavdeling, en PU-bolig eller en demensavdeling som styres ut fra kompetanse og med tilstrekkelige ressurser, vil ideelt sett fortone seg som et sted uten store utfordringer – med rolige og trygge beboere i stedet for roping og vandring i gangene. På samme måte som med andre typer arbeid som ikke er tydelig spesifisert i kostnadsspesifiserte deloppgaver, vil betydningen av kompetanse først bli synlig når den er fraværende.

Situasjonen der den ansatte hadde hengt et håndkle over speilet fordi den demente ikke gjenkjente seg selv, var hele tiden truet av mulig kaosfølelse og utløsning av angst. En person som ikke lenger vet hvem en selv er, vil raskt reagere på usikkerhet, slik som da jeg fulgte henne ut på gangen. Hun vil også bli forvirret og motsette seg å bli tatt av klærne, vasket og stelt dersom hun ikke får hjelp til å plassere hendelsene i en sammenheng hun kan fatte eller oppfatte som trygg. Derfor småsnakket hjelpepleieren med henne hele tiden, og fortalte hva hun skulle gjøre og hvorfor. Hun veiledet henne også fysisk ved for eksempel å plassere en og en hånd rundt håndtaket ved vasken når hun skulle reise seg opp. Hele stellet foregikk uten motstand fra den demente damen, selv om hun ikke viste noen tegn til å forstå hva som foregikk eller kjenne igjen verken sitt eget utseende, sin fortid eller noen av sine eiendeler. Dersom hjelpepleieren ikke hadde hatt denne kompetansen og heller ikke tatt seg den tiden som trengs for å ivareta tryggheten og verdigheten, ville forløpet ganske sikkert vært betydelig mer preget av motstand. I slike tilfeller der man ikke klarer å skape en atmosfære av ro og trygghet, vil tvang være et mulig utfall. En EVUK-student sier forteller:

Jeg synes ikke det er OK at en bruker tvang når en vasker en dement. Andre kan synes det. Jeg ville ikke brukt tvang, men kommunikasjonskunnskaper - mer tid, og løst det på den måten. Poenget er at begge kan si at de ivaretar kvalitet. Slik er det. De kan begrunne det med at de sparer tid - når det først er knapphet på tid og ressurser - til å få gjort andre oppgaver. Det trenger ikke være en sammenheng mellom kompetanse og bruk av tvang. Men av og til er det det. Poenget er at vi kan prioritere forskjellig.

Eksempelet denne informanten forteller om viser kanskje best hvordan kompetanse gjør en i stand til å velge mellom flere alternativer. I mange tilfeller kan bruk av tvang være den eneste løsningen man ser – simpelthen fordi man ikke har lært hvordan man skal forebygge eskalering av en stress-situasjon, eller føler så sterkt på tidspresset at den eneste løsningen man ser på utfordringen man har foran seg, er å prøve å få gjort det unna så raskt som mulig. Dermed får man en umedgjørlig pasient hvor man står ovenfor valget mellom å bruke tvang eller å la være å få stelt pasienten – en pasient som kanskje har avføring sølt over hele seg – og som vil få sår hud og ikke kunne få i seg mat eller komme opp av sengen og være sammen med andre mennesker før stellet er gjennomført. Det er lett å gjøre en dement person motvillig og ”vrang” dersom man ikke er klar hvor stor innflytelse ens egen væremåte og kroppsspråk har på den dementes sinnstilstand.

Eksemplene vi har sett på her, har alle handlet om hvordan hjelpepleierne og sykepleierne bruker sin kunnskap om dementes reduserte selvfølelse og kognitive kapasitet til å kommunisere med dem for å skape trygghet, verdighet og få ivaretatt sosiale og fysiologiske behov. I vårt materiale er det er veldig mange eksempler som likner på disse. Noen ganger kan det være beboere som er helt i begynnelsen av en demenstilstand, og som derfor har begynt å glemme å ivareta sin egen hygiene. Da er det viktig å ta i bruk smidige metoder for å ivareta både den gamles verdighet og behov for å opprettholde en viss standard i det daglige. Her er enda et par eksempler:

Eksempel 4:

I dag klarer Hege å overtale Elsa, som bor i trygdebolig, til å kaste masse gammel mat og gamle bokser som har hopet seg opp i skapene hennes. Det er visst bare Hege som får lov til å gjøre dette. Derfor benytter hun anledningen i dag som Elsa er velvillig stemt. Hun sitter ved spisebordet sitt i morgenkåpe og spiser frokost. Hege har stekt egg til henne. Hun vil vanligvis ikke motta hjelp til å lage mat. Hun sier hun akkurat har gjort det, eller at det skal hun gjøre nå etterpå. – hun trenger absolutt ikke hjelp. Derfor har hun heller ikke alltid utstyr til matlaging, og Hege må låne av en av Elsas naboer i trygdeboligen ved siden av. Men det eneste hun vanligvis får i seg til frokost er lefser, kaker og brus. I dag skal det skrives liste over hva som skal handles inn. Hege snakker med damen om hva hun trenger, og får henne med på å skrive opp andre ting enn søtsakene som damen helst vil klare seg med

Vi går så inn til en mann som sitter ved frokostbordet sitt og spiser og leser avisen. Han er pratsom og virker veldig blid og fornøyd. På den lille tiden vi er inne hos han, rekker han å fortelle en god historie. Han forteller at han er snart 90 år, at han begynner å huske veldig godt det som skjedde da han var guttunge, men at nyere ting forsvinner. Han forteller også at de triste tingene er lettest å huske. Etter at

vi har gått ut, forteller Anne at da han kom var han veldig forvirret og aggressiv. Nå har han vendt seg til stedet og er blitt mye mer fornøyd. Hun forteller også at han er noe dement. Det er ikke lett å merke ved et kort besøk.

Ved 11-tiden møtes Hege og Astrid som jobber i trygdeboligene, i stua for å snakke om hva som har skjedd og planlegge resten av dagen. De snakker om medisiner, måling av blodsukker, handling, dusjing: ”Det er virkelig viktig at vi vasker ham godt om morgenen, og smører”. De snakker om den mannen vi nettopp har vært inne hos. Han er som regel påkledd når de kommer inn til han om morgenen, men han har som regel ikke vasket seg, og det trengs ofte. Han har absolutt ikke lyst til å bli hjulpet heller. Hege forteller at hun flere ganger benytter seg av små knep for å få ham til å vaske seg. Hvis det er søndag, kan hun spørre om han ikke vil ha på seg søndagsklær i dag som det er søndag. Hun forteller at det sitter veldig dypt hos de gamle, at de vil ha på seg søndagstøy. Samtidig får hun lirket seg til å vaske og eventuelt ordne med bleier.

Ofte vil slike situasjoner også være preget av at de ansatte får viktig informasjon om beboernes helsetilstand. Det gjelder selvsagt både de som er demente og de som er mentalt friske. Forskjellen er at mens demente ofte har problemer med å fortelle om plagene sine, kan dette lettere kommuniseres med de som er mentalt friske. Her er et eksempel:

Eksempel 5:

Vi besøker en dame i slutten av 80-årene, som mannen i eksemplet ovenfor har behov for hjelp til personlig hygiene, matstell og husarbeid. Men hun er klar i hodet, og liker å prate. Hun ligger i senga med ryggen til når vi kommer inn. Hun skal ha dusj på tirsdager, så Anne forteller henne at det er hennes dusjedag i dag. Jeg smører to brødkiver og setter over kaffe. Anne tar frem utstyr til blodprøvetaking, måler blodsukkeret på damen mens hun ligger i sengen. Hun fører resultatet inn i hjemmejournalen. Vi hjelper henne opp i sittende stilling på sengekanten. Så spiser hun frokost av brettet som er på gåstolen. Etterpå strever hun seg opp i stående, og går ved hjelp av rullator ut på badet. Anne står og går ved siden av henne, men hjelper henne ikke. Jeg sitter i stua og hører de småprater mens Anne hjelper henne å dusje. Det er Anne som prater mest. Damen svarer, og det høres ut som hun har dårlig pust og presser stemmen når hun prater. Her er et utdrag:

Anne: Kjenner du noe ubehag nå når du tisser? Senere: Nå tar jeg i sjampo..... Nå skyller jeg..... Kan du reise deg litt?..... Var du med på minnestunden? Damen: Ja det var hun var livløs – alt liv var utblåst.

Anne: Var det åpen kiste?

Damen: Ja.

Senere:

Anne: I dag er det tirsdag 6. mars. Det er den første vårmåned....du har vel hatt mye fint i hagen din du?

Å ja, jeg har mange løker. Mange snøkløkker – de er så tidlige ute – de har kommet for lenge siden.

Anne hjelper henne med å få på klærne, blåse håret hennes tørt og bruke krølltanga. Det er blitt langt, håret ditt nå. Skal jeg bestille time til klipping for deg?

De blir enige om at Anne skal bestille time hos frisøren som kommer på senteret.

Her ser vi at hjelpepleieren stiller spørsmål som angår både damens fysiske problemer – hun har nylig gjennomgått en urinveisinfeksjon – og snakker med henne om hvordan hun har det etter at nabodamen nettopp er død. Når de har snakket om dette en stund, og hun har fått satt noen ord på den opplevelsen, går Anne over til å snakke om hyggeligere ting når det blir naturlig. Hun hjelper henne med de praktiske/fysiske utfordringene som er nødvendig, og lar henne gjøre det hun kan selv. Når damen strever litt med å reise seg, lar Anne henne streve, for hun vet hvor viktig det er å opprettholde slike daglige funksjoner. I tillegg foretar hun observasjoner av damens gangfunksjon, respirasjon, hud og hår.

Eksempel 6:

Vi låser oss inn i huset ved hjelp av en nøkkel som er låst inn i en beholder på veggen. Stine forteller at vi skal inn til en mann i sekstiårene, som er svært syk av parkinson og flere andre lidelser. Han ligger på soverommet sitt. Det er et tidligere barnerom som han har fått innredet fordi det ligger nærmere stue og bad enn det opprinnelige soverommet. I det lille rommet er det nesten ingen møbler, og den store elektrisk betjente sykehussengen dominerer fullstendig. Han ligger i sengen og virker helt stiv i kroppen. Stine sier ”God morgen”, og presenterer meg. Mannen hilser, og sier det er helt greit at jeg er der. Han skal ha hjelp til å kle på seg og komme seg opp av sengen. Først skal han ha en støttestrømpe på, deretter en støt-tebandasje. Denne oppgaven er det bare ansatte med fagutdannelse som gjør, og lederen for hjemmetjenestene må derfor sørge for at det ikke er ufaglærte som kommer hit om morgenen. Pasienten har veldige smerter i foten, og Stine kan nesten ikke komme nær ham uten at det gjør vondt for ham. Hun er derfor veldig forsiktig. Etter at strømpen er satt på, får pasienten hjelp til å kle på seg de andre klærne. Han hjelper til det han kan selv, men er så stiv at han ikke greier stort. Stine hjelper ham svært forsiktig opp i sittende stilling på sengekanten, og deretter opp i stående ved hjelp av en rullator. Han skal gå fra soverommet og ut på baderommet, som ligger rett over gangen. Han bruker omtrent ti minutter på å komme seg de par meterne. Han får nesten ikke med seg den ene foten. Det er som om den nekter å lystre. Han står svært lenge og strever hver gang han skal forflytte den. Stine er helt rolig, uten antydning til å ville skynde på ham. På badet ordner han seg selv, mens Stine og jeg lager frokost og setter over kaffe. Vi setter frokosten på kjøkkenbordet. Etter en stund kommer mannen ut fra badet med gåstolen sin. Han går litt raskere nå, for den verste morgenstivheten har gitt seg. Når han har fått satt seg, snakker vi sammen et par minutter, så er det på tide å haste videre.

Vi har vært hos denne pasienten fra klokka 08.20 til 08.50, og innen klokka er blitt 10.00 har vi vært hos fire til. Noen steder varer besøket under ti minutter, men Stine er alltid like rolig, og gir inntrykk av å ha god tid. På meg føles det derfor som om besøkene varer mye lenger enn de faktisk gjør.

Disse situasjonene viser hvordan det å ta i bruk kompetanse kan være en komplisert oppgave, selv om situasjonene kan synes enkle. Når det gjelder mannen som ikke ønsket at noen skulle hjelpe han med hygienen, får vi vite at det hadde foregått en prosess over lengre tid som gjorde at han nå følte seg trygg på dette stedet. Aggresjonen han hadde vist i begynnelsen da han flyttet inn, ble ikke tolket som uttrykk for at han var en vrang og vanskelig person, men som uttrykk for usikkerhet i forbindelse med flytting, en reaksjon som ble forsterket av hans begynnende demens. Balansen mellom å respektere hans integritet og motstand mot å få hjelp til vask og bleieskift, samtidig som han hadde behov for hjelp både av hygieniske og ”sosiale grunner” (lukt), krever både kommunikasjonsferdigheter, smartheit og empati.

2.2 Prioritering

Vi skal i dette avsnittet se på ulike tilfeller der bruk av kompetanse fører til ulik prioritering og handling. De to første eksemplene illustrerer hvordan den samme pasienten i den samme situasjonen får ulik omsorg fordi omsorgsutøverne har ulikt fokus.

I det første eksempelet skal vi se hvordan kunnskap om hva som er viktig informasjon og observasjon blir flettet inn i utøvelsen av tilsynelatende enkle omsorgsoppgaver.

Eksempel 7:

Denne damen har vedtak på at hun skal få to besøk i løpet av ettermiddagen. Først få hun bare et lite besøk på 10-15 minutter. Slike korte besøk kalles gjerne ”tilsynsbesøk”. De har til hensikt å skape trygghet for den gamle selv, samtidig som hjemmetjenesten får forsikret seg om at alt er ok. Ofte kan tilsynsbesøk være på fem minutter. Andre besøket er sent på kvelden. Da får hun hjelp til å slå av lyset, og litt hjelp støtte når hun skal stelle seg og kle av seg for kvelden. Hun er den andre pasienten på lista denne ettermiddagen. Hun er en gammel krombøyd dame som sitter i stua når vi kommer inn. Sykepleieren hilser på henne og spør hvordan hun har det, og om hun har lyst på noe mat. Den gamle damen er ikke så sulten, men hun kan jo alltid ta et par skiver. Hun reiser seg langsomt opp av stolen hun sitter i, og begynner å gå med rullatoren inn mot kjøkkenet. Sykepleieren hjelper henne å smøre mat mens hun selv står med rullatoren og ser på. Sykepleieren spør henne om hva hun vil ha, hvor mye, og om hvordan det går med andre praktiske ting. Hun spør også flere spørsmål om hvordan det går med pusten hennes – for damen er veldig kortpustet. Hun spør hvordan det går med benet som hun har vondt i. Så sjekker hun om damen har tatt medisiner sine. Sønnen er på besøk for å reparere noe for henne, men han involverer seg ikke i det som foregår mellom sykepleieren og moren. Det var en påfallende forskjell på dette besøket og besøket jeg var med hos den samme damen dagen i forveien. Da var jeg med en

hjelpe/omsorgsarbeider som småpratet hyggelig med damen. Besøket var minst like hyggelig, men hjelpepleieren fikk mindre informasjon om hvordan det sto til med damen både med tanke på fysiske, psykiske og medisinske problemer enn sykepleieren.

I denne sammenhengen er ikke poenget med historien å trekke skillelinjer mellom sykepleiere og hjelpepleieres kompetanse. Både sykepleiere og hjelpe/omsorgsarbeidere er i stand til å observere og vurdere fysiologiske funksjoner slik som sykepleieren var opptatt av her, men i dette tilfellet var det stor forskjell på hvor ulikt disse to vektla observasjonene. Slike variasjoner i hva pleierne fokuserer på kan skyldes at den ene er mer oppmerksom på å bruke kompetansen til å skaffe seg den informasjonen hun trenger for å vurdere pasientens tilstand. Det viktigste poenget denne og den neste historien illustrerer er at i en organisasjon der utøvelsen av kompetanse i liten grad er systematisert gjennom en faglig infrastruktur, vil det være store variasjoner fra den ene ansatte til den andre i hvordan kunnskapen tas i bruk. Vi finner også variasjoner mellom utøvelsen av fag blant personer med samme formelle utdanning, men som har ulik innstilling til hva som er viktig å observere og prioritere, og kanskje engasjere seg i.

Her er et eksempel til på hvordan praksis varierer:

Eksempel 8:

Den neste pasienten vi skal til, bor 15 – 20 minutters kjøring innover i bygda. Det er en 90 år gammel dame som har hatt slag. Hun bor sammen med sønnen sin, som driver gården de begge bor på. I vindfanget ligger det blå plast som vi tar på utenpå skoene. Så kommer vi inn på kjøkkenet, som er vennlig lyst og varmt. Huset er gammelt og lite, og gulv og vegger består av alt fra gamle opprinnelige malte flater, mørkebrun panel, tregulv og linoleum. Det henger bilder på veggen fra turer oppe på fjellet. Jeg blir med Catrine, som er hjelpepleier, inn til den gamle damen som ligger i sengen sin. Det er en liten dame som nettopp har fått ny permanent. Hun smiler blidt uten tenner. Catrine har fortalt meg at hun mistet taleevnen etter et slag. Hun forstår alt, men klarer ikke å finne de rette ordene. Derfor synes Catrine det er viktig å trene med henne, slik at hun kan bli bedre til å snakke etter hvert. Før stellet går derfor Catrine gjennom et treningsprogram som innebærer at damen får bøyet og strukket ben og armer, alt mens de teller til ti. Den gamle damen trener og teller ivrig, selv om hun sier feil ord flere ganger. Catrine lar henne holde kluten og vaske seg det hun kan selv. Det ser ut som hun liker det – hun traller litt innimellom. Hun får hjelp til å få på seg klær oventil, så skal hun opp på toalettstol som står ved siden av sengen. Hun får være litt alene, og gjøre det hun skal på toalettet, så kommer vi inn igjen. Catrine vasker henne nedentil, mens jeg hjelper til å holde henne i stående stilling. Så får hun på seg truse, strømper og tøfler og over i rullestol. Catrine henter frem noen bilder som befinner seg i en perm. Det er bilder av sauer, geiter, gården hun bor på og andre kjente ting. Catrine peker på hvert enkelt bilde, og spør ”hva er det?” Damen er veldig blid hele tiden, forsøker å sva-

re, og de har en slags samtale rundt bildene selv om den gamle damen ikke alltid finner de rette ordene. Etter at sengen er redd, går hun ut på kjøkkenet ved hjelp av en prekestol. Der har sønnen stelt i stand frokost til dem begge.

Neste gang jeg er med til denne pasienten, er jeg også sammen med en hjelpepleier. Hun går i gang med stellet, og gjennomfører det uten å gå gjennom treningsprogrammet i sengen, og uten å åpne bildeboken.

Vi ser her at denne damens mulighet for å få opptrent sine funksjoner etter slaget er helt avhengig av hvilken pleier hun får besøk av, hvor bevisst pleieren er på dette selv, og av at pleieren vurderer at hun har tid til å prioritere det. Det er ikke en forutsigbarhet knyttet til en standard som alle følger. Hjelpepleieren i det første tilfellet er en ivrig engasjert EVUK-student som i de tilfellene der det er mulig, prioriterer å benytte kompetansen til å se nye muligheter og iverksette tiltak for pasientene. Den andre hjelpepleieren kan velge å la være å forholde seg til dette, og bare gjøre det mest nødvendige, uten at det får noen konsekvenser for andre enn damen som ikke får treningen sin.

Vi har nå sett illustrasjoner på at kompetanse skaper muligheter for å tolke og handle på måter som hever den daglige omsorgen utover det å få jobben gjort, og er dermed grunnleggende forutsetning for kvalitet. Likevel er det store variasjoner i hvorvidt kompetansen tas i bruk, og om den tas i bruk av enkeltmedarbeidere, er det heller ingen systematikk i at alle tar i bruk de samme handlingsalternativene for å skape optimale forhold.

Flere EVUK-studenter har likevel opplevd å bli tatt med i planleggingen og gjennomføring av bedre rutiner i den daglige pasientomsorgen. I disse tilfellene ser det ut til at studentenes kunnskaper har ført til konkrete resultater som har nedfelt seg i rutiner som skaper systematiske endringer:

Vi i EVUK blir trukket inn i en omorganisering av avdelingen. Det er spennende og skummelt å undervise og forelese for de andre. Har hatt en halvtimes undervisning om hygiene for avdelingen. Det har resultert i reduksjon av infeksjoner.

Vi har også laget et opplegg for en dame med svingende blodsukker. Vi lager et opplegg som også kan brukes til andre pasienter med tilsvarende problematikk. Det betyr mye at vi er flere fra samme arbeidsplass. Det er ikke lett å være alene om å endre på ting. Det er også viktig at det er flere faggrupper. Vi lager et opplegg som alle må følge, og vi vil sørge for at det blir fulgt opp. Vil slå ned på det hvis ikke det blir fulgt opp.

Vigdis har fordypet seg i inkontinens, og gjennomført et kvalitetssikret opplegg på avdelingen sin. Det innebærer at det skrives lister over hvilke bleier og nettingtruser

beboerne skal ha. Disse skal legges inn på badet til den enkelt slik at det alltid ligger to av hver i rett størrelse (nettingtruser kommer i flere størrelser, og de er fargetkodet med grønn, blå, gul og brun). Dessuten har hun fått gjennomført at beboerne følges oftere på toalettet. Det fører til at de kan bruke mindre bleier, og færre bleier. Det gir også gevinst i form av mindre sår hud blant pasientene. Disse rutinene er nedfelt og undertegnet av avdelingsleder og styrer som rutine på avdelingen.

I noen tilfeller vil det være slik at faglige hensyn vurdert ut fra en pasient eller en pasientgruppes behov kan stå i motsetning til andre godt begrunnede rutiner. Da vil utfordringen være å veie disse opp mot hverandre. Vi beskrev i begynnelsen av dette avsnittet eksempler på gode måter å organisere måltider for senil demente personer. Vi så at de ansatte la vekt på gjøre måltidene til et høydepunkt for samvær, sosial trening og opprettholdelse av funksjoner. Dette kan stå i kontrast til andre eldres behov, for eksempel de som ønsker å opprettholde sin individuelle rett til å stå opp og spise frokost når det passer for dem. Følgende eksempel viser hvordan faglige begrunnede handlinger kan resultere i ulik strategi:

Vi har våre kontinuerlige faglige diskusjoner som nedfeller seg i individuelle planer til brukerne som blir oppdaterte og justerte, men vi går kanskje imot den rådende ideologi. For eksempel, så ønsker vi ikke å gjennomføre fleksifrokost – fordi vi jobber miljørettet og ser og kan begrunne faglig at det at alle sitter rundt bordet samtidig har stor effekt for brukerne.

I en annen avdeling hvor det er flere mentalt klare eldre, har den samme begrunnelsen om å legge til rette for individualitet ført til innføring av fleksifrokost som innebærer at de eldre i stor grad har mulighet til å velge når de selv vil innta frokostbordet.

Informantene understreker alle den sammenhengen som finnes mellom deres egen kompetanse og deres mulighet til å gjøre en kvalitetsmessig god jobb, enten det handler om kartlegging av demente eldres funksjoner, bevissthet om sykdommer og medisiner, kliniske observasjoner eller tilrettelegging av måltider. De trekker også frem flere andre felles faktorer som vi skal se litt nærmere på. Felles for disse uttalelsene er at de formidler en vilje til å ta ansvar for kvaliteten. De ansatte ønsker å iverksette nye tiltak i tråd med den nye kunnskapen, og er med andre ord svært endringsvillige. Har man kunnskap og vet at det er mulig å gjøre ting på en bedre måte, vil det være færre grunner til å holde på den gamle måten å gjøre ting på enn dersom de gamle rutinene er det man kan.

Flere ansatte trekker også frem hvor viktig det er med kollegaer som har kompetanse. Mange synes å ha inntrykk av at forholdet mellom sykepleiere og hjelpepleiere er preget av konflikt og motsetninger på grunn av den ulike utdannelsen. Erfaringene fra feltarbeidene og uttalelser i intervjuene viser klart til en negativ korrelasjon mellom kunnskap og konflikt. Også flere av sitatene ovenfor er eksempler på hvordan trygghet og respekt for egen kompetanse øker respekten for andres komplementære kunnskap. I tillegg er det en tydelig tendens i alt vårt materialet at ansatte setter pris på å jobbe sammen med kollegaer som har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta ansvaret for egen kvalitet og for å møte akutte og andre situasjoner som krever spesiell handlingsberedskap. Det er ikke alltid sykepleiere til stede i alle avdelinger, og vår erfaring er at hjelpepleiere/omsorgsarbeidere er svært opptatt av og ønsker at det skal være sykepleiere på alle vakter. Det gir trygghet, fordi sykepleierne har kompetanse til å ta ansvar for, og handle i situasjoner der hjelpepleiernes rolle er å observere, formidle og assistere. Korrelasjonen mellom økt kompetanse og respekt for andres kompetanse kan ses i sammenheng med det som flere informanter understreker, nemlig at jo mer man kan, desto mer vet man hva som kan gå galt, og hvilke følger det kan få for pasientene dersom man ikke har tilstrekkelig kunnskap til å observere og handle på en kompetent måte, slik som disse uttalelsene eksemplifiserer:

Jeg har sett forskjell i forhold til tidligere og til nå hva økt kompetanse har å si. Ikke minst hvor mye mer trygt det er når en vet det er ledige kompetente hender når det er nok sykepleiere. De ufaglærte bekymrer seg ikke for eventualiteter i forhold til hva som kan oppstå, fordi ikke har ansvar hvis kritiske situasjoner oppstår. Min kompetanse betyr for meg at det er mye jeg ikke kan – eller er trygg på å håndtere, men føler trygghet dersom det for eksempel er nok sykepleiere på vakt.

Ikke minst er det stor forskjell på de hygieniske standarder for faglærte og ikke-faglærte – og de vet ikke hva de skal se etter når folk er syke. Jeg synes jeg får brukt min kompetanse – ikke minst etter at vi legitimt deler ut medisiner. Føler ikke lenger at sykepleierne vet best – vi samarbeider.

..ufaglærte skjønner ikke alltid de faglige begrunnelser for å gjøre det annerledes, og de vet ofte ikke at de bryter standarden, fordi de gjør det som de har gjort det tidligere. Selv om de trekker på private kunnskaper i å ta vare på barn o.l., er det mange situasjoner hvor deres private kompetansene ikke strekker til. De kan bli såret hvis det påpekes, eller sure. Det er en hårfin balanse. Det er avdelingssykepleieren som har det endelige ansvaret for at standarden holdes, og hun har ingen lett jobb i forhold til de ufaglærte.

Det henger sammen med kompetanse – mestrer man oppgavene, trives man. Alle vet hva de skal gjøre og planverket – de individuelle planene og kvalitetssystemet er noe vi kan henvise til i diskusjoner om standarder og hvor-

dan ting bør gjøres dersom det oppstår konflikter. Men det er en hårfin balanse for ikke å såre folk..

Det siste poenget vi skal trekke ut av disse sitatene, er at flere understreker betydningen av faglige samtaler, rapporter og faglige møter for å skape og opprettholde kvalitet. Økt kompetanse gir redskaper til å observere og handle ut fra en faglig referanse. Det gir også et repertoar av begreper, handlingsalternativer og ideer som trengs for å koordinere og diskutere med kollegaer. Derfor er det bekymringsfullt at nettopp den faglige samtalen er truet av flere ulike omorganiseringer og nedskjæringer i alle de fire kommunene. Vi har registrert en allmenn tendens til å redusere overlapping mellom skiftene på grunn av korte vakter. Det er også en tendens til å vektlegge den skiftelige rapporteringen i CosDoc, Gerika eller andre elektroniske rapporteringssystemer fremfor å bruke tiden på faglige diskusjoner. Det får konsekvenser for den faglige samtalen, noe vi skal se nærmere på senere. I denne omgangen skal vi nøye oss med å registrere at flere informanter understreker en sammenheng mellom økt kompetanse, økt behov for faglige samtaler og muligheten for å ivareta og forbedre kvalitet.

2.3 Kreativitet

Økt kompetanse øker kunnskapen om alternative muligheter og strategier som kan iverksettes for å skape bedre kvalitet på omsorgstjenestene og dermed et bedre live for beboerne. Slike alternativer vil nødvendigvis påvirke og forskyve de arbeidsoppgavene og rutinene som eksisterer i avdelingene, og vil i mange tilfeller komme i konflikt med tradisjonelle måter å prioritere den tilgjengelige tiden på.

En hjelpepleier som jobber i PU-omsorgen sier dette: Jo mer kunnskap du har, jo flere ideer får du. Den ene stillingen som tas vekk er en vernepleierstilling – og det er synd.

En annen hjelpepleier setter manglende faglighet i avdelingen i direkte sammenheng med at en engasjert vernepleier sluttet å jobbe på stedet: Vi hadde en vernepleier som var opptatt av det at vi skulle ha en aktivitetsdag sammen med hver vår bruker. Det var veldig bra. Det er ikke helt slutt, men det har falt veldig ut. Før sto det fast på planen. Nå er det mer sporadisk. Det blir personavhengig.

Kreativitet og oppfølging av kreative faglige tiltak knyttes av flere informanter til tilstedeværelsen av enkelte personer som tar ansvar for å iverksette tiltak. Gjennomføring av slike tiltak fører nødvendigvis til en annen prioritering av oppgaver

innenfor den avgrensede tiden som er til rådighet. En vernepleier forteller at denne prioriteringen ikke foregår uten motstand i arbeidsmiljøet.

Vi har en pasient som det er mye med (tvangsparagraf, trenger mye hjelp, må stelles med tvang). Vi tenkte han skulle få middag først fordi han ikke hadde spist den dagen. Han skal stelles på formiddagsskiftet. Når ettermiddagsvaktene kommer blir de dritsure fordi han ikke var stelt. Jeg har opplevd mange ganger at han ikke har vært stelt når jeg kommer på jobb, men da tenker ikke jeg "Uff – nå får jeg ikke sitte og drikke kaffe en halv time for nå må jeg stelle han". (...) folk passer på hverandre mye – de er mest opptatt av at det der reint i leiligheten når de er ferdige enn at de har gjort noe fint for beboerne. Det er et stort husmorfokus.

Men vi er der for å jobbe. Tiden går ikke i fra oss, spesielt ikke i helgene. Det er ikke noe som ikke blir gjort selv om han ikke er stelt enda.

Det denne vernepleieren gir uttrykk for, ser ut til å være et fenomen som kjenner seg utgjort i miljøer med lav kompetansefaktor, spesielt i PU-boliger, omsorgsboliger og sykehjem – altså der hvor man har "et hus" å ta kollektivt ansvar for. Det er tendensen til å prioritere husmorrelaterte oppgaver som vasking, stelling, rydding og andre oppgaver som for det første er synlig for det blotte øye dersom det ikke er gjort og for det andre kan gjøre arbeidsdagen lettere for skiftet som kommer etterpå. I slike miljøer møter man gjerne motstand når man ut fra faglige begrunnelser prioriterer oppgaver som gir beboerne bedre livskvalitet, bedre opptrening eller bedre helse, fremfor å holde unna de praktiske oppgavene. Slike mekanismer undergraver realisering av kompetansebaserte handlinger? fordi å ta i bruk kompetanse innebærer å foreta valg som får konsekvenser ikke bare for en selv og beboeren, men nødvendigvis også for de andre medarbeidernes arbeidsdag. Ofte bryter det med innarbeidede vaner og rutiner som nærmest "sitter i veggene" i boligen. Og det kan være tøft å utfordre disse, noe dette eksempelet illustrerer:

I helgene ligger beboerne og hviler middag i 2,5 – 3 timer. Men det er ingen som tør å gjøre en forandring for da blir det den her sutringen. De går ikke inn i diskusjoner hvis du sier noe, men noen kan bli veldig sure og vanskelige. De vil ikke snakke med deg omtrent – du bare føler det på deg. De som er dyktige de bryr seg ikke, de vet det.

Eksemplet viser hvor personlig belastende det kan være å opponere mot den etablerte praksisen. Her er flere eksempler på at andre hensyn enn faglige vurderinger legger føringer for praksis.

Da jeg begynte å jobbe i bofellesskapet hadde jeg sterke meninger om hvordan ting burde være, men jeg la det vekk etter hvert. Det var ingen vits – så gikk jeg inn i samme tralten. En får dårlig samvittighet hvis en reiser ut med dem (beboerne), for da får en ikke være med og vaske. – ”Å du skal kose deg og gå på kafé nå, da?” Det går på følelser – det går ikke an å snakke åpent om det – du får gjerne høre det av andre.

En pasient på dagavdelingen får ikke lov å smøre maten sin selv i boligen, for det blir så ”ekkelig”. Men på dagavdelingen gjør hun det, og det er kjempegiltdt. Og hun elsker å vaske opp, men det får hun ikke lov til for da blir det rot når seinvakten kommer. Her er det mye ansvarsfraskrivning.

Når det er vikarer blir de dømt etter hvor flinke de er til å vaske og lage mat, og ikke etter hvor flinke de er med brukerne.

Eksempelene tyder på at prioriteringer ut fra faglige begrunnelser har trange kår i enkelte av arbeidsmiljøene vi har undersøkt. Så langt i dette kapittelet har vi, gjennom eksempler og uttalelser fra ansatte, forsøkt å vise at bruk av kompetanse kan være vanskelig å oppdage dersom man ikke er i stand til å analysere hva slags kunnskap som blir tatt i bruk, eller dersom man har tilgang på komparative eksempler. De praksisarenaene hvor det faglige blikket styrer all prioritering og handling, kjennetegnes ved en rolig ”tilforlatelighet”, der man er i stand til å gjenkjenne og forebygge hendelser som kan skape problemer i fremtiden, enten det er aggressive utfall hos demente pasienter, forebygging av sår hos sengeliggende, bivirkninger av medisiner eller innestengte sorgreaksjoner. Den kompetansen som tas i bruk, og den konteksten den utøves i, kan bidra til å gjøre betydningen av den mindre synlig enn den er for eksempel i et sykehus. Det er lettere for de fleste å tenke seg hvordan fravær av kompetanse kan skape mange risikofylte situasjoner under en operasjon eller en annen akutt sykehusbehandling. Fravær av kompetanse i pleie- og omsorgssektoren skaper daglig risikofylte situasjoner som de fagansatte tar ansvar for å kompensere for. Dermed bidrar de paradoksalt nok til å kamuflere betydningen av sin egen kompetanse. Dessuten er det vanskelig å dokumentere sammenhengen mellom den forebyggingsvirksomhet som drives på bakgrunn av kompetanse, og hvilke effekter det har på beboeres trivsel og helse.

Vi har likevel samlet mange eksempler på at EVUK-studenter, enten på bakgrunn av det de har tilegnet seg gjennom EVUK-utdannelsen eller annen utdanning, har iverksatt tiltak for å bedre kvaliteten av tjenestene. Resultatene av disse tiltakene og stabiliteten i gjennomføringen, har – som vi også har sett – variert. Noen har erfaring med at deres kompetanse blir en del av den daglige virksomhe-

ten, og følges opp av alle ansatte. Andre erfarer at deres forbedringstiltak faller bort dersom de selv ikke er til stede og følger opp over tid. Vi har også sett at iverksettelsen og oppfølging av tiltak blir tilfeldig fulgt opp, alt ettersom den ansatte er oppmerksom på, har tid til eller prioriterer å gjøre det. Gjennomføring av kvalitet kan dermed i stor grad sies å være *privatisert* fordi det i praksis er opp til den enkelte hvorvidt hun ønsker å følge opp kvalitetsforbedrende tiltak. En annen side av denne ”privatiserte” kompetansen, er variasjonene i hvordan den blir etterspurt og integrert i de daglige rutinene, og hvordan de institusjonelle rammene gir rom for å prioritere iverksettelse av tiltak på bakgrunn av kompetanse.

3. Kompetansens politiske økonomi

Kompetanse forstås og håndteres i de fleste yrkessammenhenger og organisatoriske sammenhenger som en form for energi; en ressurs som inngår i en dynamisk utveksling med omgivelsene og som kan anvendes planmessig systematisk for å oppnå bestemte mål. I studiet av organisasjoner kan det være analytisk hensiktsmessig å forstå denne prosessen som en form for verdidannelse og verdikonvertering (Vike m.fl. 2002, Graeber 2001). Kapital utgjør en form for generell verdi, eller ressurs, som gjennom konvertering kan transformeres til andre former for mer spesifikk verdi. Denne prosessen utgjør et kretsløp der kapital transformeres til penger, penger transformeres til produktivkrefter, og produktivkrefter bidrar til verdiskaping og avkastning som kan transformeres tilbake i kretsløpet – eller tas ut og settes inn i andre, eller eventuelt konsumeres. Kompetanse kan forstås som en form for generell verdi av denne typen. Den kan settes i arbeid og konverteres til mange ulike former for verdi, for eksempel kvalitet, effektivitet, motivasjon og anerkjennelse. Analytisk gir et slikt kompetansebegrep oss mulighet til å se nærmere på hvordan slike konverteringsprosesser skjer. Det er ikke alltid uproblematisk å sette kompetanse ”i arbeid” på den måten vi har beskrevet ovenfor. For at kapital skal kunne konverteres og spille en rolle i verdiskaping, må mange forutsetninger være på plass. For eksempel: Kapitalen må selvsagt være reelt til stede, det må lønne seg å ta den i bruk, den må aktivt verdsettes, og den må kontinuerlig forsterkes.

Eksempel 9

Johannes er delvis lam og trenger barbering. Han rakk ikke å barbere seg før han spiste frokost inne i spisesalen. Olaug, som hjalp ham i morgenstellet, spurte om han ville barberes, og det ville han. Hun trillet ham inn på rommet og ga han barbermaskinen. Han satt lenge og barberte seg, mest på de samme stedene, men ble ”ferdig” litt før han faktisk hadde fått gjort jobbene. Olaug visste at kona var veldig nøye med at mannen hennes var fint barbert. Hun lot ham få se seg i speilet, og spurte om han var fornøyd. Eller skulle hun hjelpe til litt? Han ville at hun skulle hjelpe. Så hun tok barbermaskinen og finpusset der han ikke hadde kommet godt til selv. Barberingen tok ti minutter lenger enn det ville tatt for Olaug å gjøre hele jobben alene.

Disse ti minuttene er ofte ikke tilgjengelige, eller de blir ikke prioritert.

Kompetansens grensekryssninger og konverteringslogikk i helse- og omsorgstjenestene kan ideelt også forstås slik: kunnskap og ferdigheter skaper (gode, kunnskapsbaserte) praksiser som fritt overføres fra en kontekst til en annen, og undergraves ikke avgjørende av ressursmangel, kommunikasjonsbarrierer, status- og kompetanseforskjeller eller andre forhold. Et sentralt aspekt ved dette er muligheten til å gjøre kompetansen kollektiv. Kompetanse er nødvendigvis primært individuell egenskap, men må bli kollektiv for å komme til vesentlig nytte. Det hjelper lite at to av de åtte som hjelper en pasient med morgen- og kveldsstell i løpet av en uke er i stand til å opprettholde en høy faglig standard. Problemet løses ikke nødvendigvis ved at alle de seks andre lærer å utføre jobben i henhold til denne standarden dersom noen av disse mener at den krever så mye tid at andre pasienter blir skadelidende. Det er en rekke grunner til at kompetansen ikke blir konvertert til en aktiv ressurs som gir opphav til selvforsterkende (kvalitets)vekst eller andre typer gode sirkler.

I helse- og omsorgstjenestene har i langt større grad enn i andre deler av det moderne arbeidslivet en tendens til å forbli en individuell egenskap som ikke nødvendigvis kan ”flyte fritt”, spre seg og konverteres til for eksempel kvalitet. Det skyldes at arbeidsprosessen rommer en rekke barrierer mot slik konvertering. Vi skal vise nærmere på en spesiell side ved dette. I de fleste moderne organisasjoner utgjør kvalitetsprodukter og kapitalakkumulasjon arbeidsprosessen viktigste mål. Kapital er en lett målbar ressurs på suksess og merverdidannelse, og den kan føres tilbake i produksjonen og forsterke den. I offentlige tjenester forsøker man å simulere en slik logikk ved å etablere markedslignende mekanismer som etablerer direkte sammenhenger mellom produksjonsinnsats og merverdiskaping. Det skal bli mulig å skape et overskudd av kapital og dermed motivasjon og handlefrihet. I de delene av offentlig sektor der grensene mot omgivelsene knapt kan kontrolleres, er dette spesielt vanskelig. En viktig konsekvens er at verdiene som skapes verken er lett synlige, entydige, beskyttet eller stabile. I helse- og omsorgstjenestene blir kvalitet i liten grad målt og kontrollert, og utgjør derfor en form for verdi som knapt blir entydig prissatt. Derfor kan den heller ikke ganske enkelt fungere som en form for merverdi som føres tilbake i arbeidsprosessen, slik den kan dersom økt kvalitet forstås og håndteres som effektivitetsøkning. Det er ikke tilfeldig at kvalitet har fått en slik uklar status i disse tjenestene. I motsetning til i helseforetakene, for eksempel, utgjør ikke kvalitet en inntektsgivende størrelse. Selv om kvalitet selvsagt alltid er et

politisk og faglig ideal, framstår den i realiteten ofte som en kostnad, og blir derfor ofte en kontroversiell størrelse som (enkelte av) de ansatte risikerer å bli alene om å forsøke å forsvare.

Arbeidsfellesskap i helse- og omsorgstjenestene står overfor en form for implisitt forventning om arbeidsinnsats som er dramatisk forskjellig fra andre deler av det moderne arbeidslivet, en forventning som på avgjørende måter påvirker deres relasjoner til hverandre, arbeidskultur og anvendelse av kompetanse: de står til enhver tid kollektivt overfor den potensielle utfordring at arbeidsmengden overstiger deres kapasitet.

Eksempel 10

Ved et sykehjem har ledelsen forpliktet seg til å ta i mot ”krisepasienter” dersom det oppstår akutt behov for institusjonsplass. Sykehjemmet kan ha flere krisepasienter samtidig. Det medfører ingen ekstraressurser, så for de ansatte betyr det ekstraarbeid. Det kan være personer som trenger omsorgstjenester i lite eller stort omfang. Krisepasienter blir plassert på badet eller på gangen, og kan bli boende i opp til flere måneder.

Helse- og omsorgstjenestene i norske kommuner utgjør uten tvil det mest særpregede elementet i den universelt orienterte norske velferdsstatsmodellen. Dette får store konsekvenser for forståelsen av den rollen kompetanse spiller i disse tjenestene, hvordan den kan implementeres og hvordan den kan bidra til å heve kvaliteten på tjenestene. Disse premissene angår fire temaer og perspektiver. Det første er det vi kaller *det økologiske*, og handler om velferdsstatens og kommunens spesielle relasjon til sine egne omgivelser. Kommunen er en absorberende og responsiv organisasjon, og dette får store konsekvenser for måten dens førstelinje fungerer på. Det andre er det vi kaller *det politiske perspektivet*, som dreier seg om hvordan velferdsstatens ulike formål i praksis organiseres som kunnskaps- og maktinteresser som står i et visst spenningsforhold til hverandre. Det tredje velger vi å kalle *det kulturelle perspektivet*. Det dreier seg om de normative forutsetningene for velferdsstatlig universalisme, spesielt tillit, og om betydningen av kvinners arbeid og lokal autonomi. Endelig ser vi nærmere på *det faglige perspektivet*. Her diskuteres spørsmålet om hvordan eksterne premisser for kvalitativt orientert helse- og omsorgsarbeid operasjonaliseres i praksis – det vil si i situasjoner der ansatte foretar valg.

3.1 Det økologiske perspektivet

I Norge er helse- og omsorgstjenestenes politiske, økonomiske og organisatoriske kontekst både statlig og kommunal. Den sentrale stat og kommunene realiserer velferdspolitikken gjennom en systematisk arbeidsdeling. Det er kommunen som iverksetter statlige mål under statlige rammebetingelser. Det er imidlertid vesentlig å innse at helse- og omsorgstjenestene blir til og ytes i et kontinuerlig samspill mellom de to nivåene. Den sentrale stat gjør seg direkte og indirekte gjeldende i enhver tjeneste som ytes på lokalt nivå, og det foregår en kontinuerlig forhandling om hvordan samspillet mellom politikk, økonomi og faglighet skal utformes konkret. Vi skal komme tilbake til dette i detalj senere, men i denne omgang nærme oss problemfeltet i et lokalt perspektiv.

Enhver organisasjon innebærer en formalisert, målrettet organisering av sosiale relasjoner. Dens rasjonale og mål er imidlertid som oftest å utnytte dette som et middel for å realisere noe utenfor seg selv. Som verdiperspektivet vi introduserte ovenfor antyder, er organisasjoner avhengige av å ha en kontroll over grensene mellom det som er innenfor og utenfor. Det er avgjørende at den har evnen til å kontrollere det som krysser grensen. Den må spesifisere vilkårene for hva som kan byttes mot hva, og under hvilke betingelser slikt bytte skal være underlagt. I organisasjoner som opererer i et marked, der fortjeneste er viktig, er målet at det som flyter inn – over tid og totalt sett – har større verdi enn det som flyter ut. I praksis betyr dette tilgangen til de sentrale, utgående verdiene – tjenestene eller produktene – kun må distribueres til de som har noe relevant å bytte med, det vil si kjøpekraft, og at alle andre kan ekskluderes. Organisasjoners grensemekanismer sørger for at de tiltrekker seg de delene av sine egne omgivelser som det er interessant å bytte egne verdier med. Dersom organisasjonens bytterelasjoner med omgivelsene kommer i ubalanse, må denne justeres ved at den relative verdien av det som flyter inn, økes. Dette kravet er absolutt, og illustrerer både at mål-middel-fornuften er overordnet, og at alle andre gode formål og mål på suksess er sekundære. Det er derfor essensielt at organisasjonen er i stand til å oppdage når og hvordan dette forholdet eventuelt er truet, at den har en teori om hvordan ubalansen kan gjenopprettes, og at beslutninger som anses som nødvendige faktisk kan tas.

Offentlige tjenester følger i de fleste tilfeller en *annen* logikk. Ideen bak og begrunnelsen for slike tjenester er ikke at organisasjonen som yter dem skal ekskludere

alle uten nødvendig betalingsevne. Tvert i mot; de skal inkludere alle som har behov for det. Den nordiske, og mer spesifikt norske velferdsstatsmodellen har gått eksepsjonelt langt i denne retningen (Trägårdh 1998, Kuhnle & Kildal 2005, Vike 2004). Den har, ideologisk og praktisk, et universelt siktemål. Alle som har behov for en tjeneste, skal få den – i hovedsak uavhengig av bosted, kjønn, alder, lommebok og slektstilhørighet. Konsekvensen er at norske kommuner er grunnleggende responsive organisasjoner. De er fundamentalt åpne, og kriteriene for hvem som skal ha tilgang til tjenestene ligger i hovedsak utenfor dens (spesielt kommunens) egen kontroll. Dette stiller uvanlig høye krav til styring.

Eksempel 11

Etter kontrollmålingene reiser vi videre til de to siste pasientene på runden. To damer som bor i nærheten av hverandre skal hjelpes i seng. Den ene har opplevd noen fryktelige mareritt, og har behov for å fortelle om dem. Når Gerd setter seg ned for å skrive rapport denne kvelden er klokka blitt kvart på elleve. Hun skulle gått av vakt klokka kvart over ti. Hun reflekterer over sin tidsbruk, og mener hun burde planlagt tiden bedre. Hun burde ikke tatt seg så god tid å begynnelsen, for det hopper seg ofte opp på slutten av vakta. Men da hadde selvfølgelig pasientene hun besøkte på begynnelsen av vakta fått kortere besøk....

Etterspørselen skal ikke kunne reguleres ved hjelp av pris eller andre former for tilgangsbegrensning. Dette betyr at organisasjonen har svært begrenset kontroll over sine egne grenseflater mot omgivelsene, og dermed over seg selv. Verdien som organisasjonen styres i henhold til, er systematisk annerledes enn i de fleste andre organisasjoner. Siden kriteriet for velferdspolitisk suksess i et tjenesteperspektiv er i hvilken grad den enkelte pasient/bruker/klient/ får det han/hun trenger, utgjør den reelle kvaliteten på tjenesten det viktigste og i realiteten eneste kriteriet. Dette hviler i høy grad på organisasjonens evne til å oppdage behov som i henhold til visjoner og lov skal imøtekommes. I denne forstand er kommunene ikke bare responsivt orienterte organisasjoner; de er også absorberende. Kvaliteten på tjenestene er i realiteten helt avhengig av at de som besitter kompetansen til å utøve tjenesten har tilstrekkelig kapasitet og autonomi til at tjenesten rent faktisk kan tilpasses den enkeltes behov, det vil si at de er i stand til å absorbere ansvar. Logikken i dette er at behov ikke er relative til ressurser; de utgjør en høyere verdi som i prinsippet utløser nødvendige ressurser i kraft av faglige vurderinger. Et avgjørende spørsmål som oppstår er: hvem har reell myndighet til å definere og håndheve kvalitetskriterier? I hvilken grad har de en standard å måle kvaliteten mot, slik at de blir i stand til å

håndheve den – og beskytte den i kraft av å framstå som ”troverdige vitner” overfor ledere og andre beslutningstakere?

Eksempel 12

Dersom en sykepleier-nattvakt blir syk, er det nesten umulig å få vikarer inn. I stedet må lederen drive et kontinuerlig arbeid med å dekke opp vakter ved å forskyve sykepleiere fra dag til natt. Man forskyver og kalkulerer med en minimumsbemanning. Så lenge det er en sykepleier igjen på hver vakt, så går det hele rundt, selv om denne sykepleieren må ha eneansvar for over 100 pasienter. Det skaper uforutsigbarhet for alle. Og mulighetene for å bruke tid til noe annet enn det livsnødvendige blir borte.

Dette spørsmålet vies mye oppmerksomhet i denne rapporten. Her vil vi imidlertid understreke at kvalitetsorienteringen står i et intenst spenningsforhold til organisasjonens problematiske grensekontroll. Selv om velferdsstaten er universalistisk orientert, og dermed fundamentalt åpen, er det likevel grenser for dens absorberings- og vilje. Helse- og omsorgstjenestene har begrenset kapasitet og kompetanse, og i et budsjett- og regnskapsperspektiv er tjenestene å betrakte som rene utgifter. Tiltak for å regulere bruken av ressursene kalkulerer ytterst sjelden kostnaden og gevinster ved kvalitetsreduksjon. Slike tiltak annullerer ikke den tjeneste-, rettighets- og kvalitetsorienterte reguleringslogikken vi beskrev ovenfor, men trer inn som en parallell og en konkurrerende logikk. Den virker på en slik måte at organisasjonen lar ressurstilgangen fungere som et absolutt prinsipp, for så å relativisere alt som eventuelt kommer i opposisjon til dette prinsippet. Organisasjonen må avgrense etterspørselen, redusere kvaliteten eller finne måter å tilfredsstille begge på som krever mindre ressurser. I praktisk politikk innebærer dette at kvalitet tjener som et fleksibelt prinsipp; som en måte å forene absolutte tjenestekrav med økonomiske begrensninger på.

Eksempel 13

Utstrakt bruk av ufaglærte bidrar ofte til å redde situasjonen her og nå. Ufaglærte har ikke mulighet til å få fast stilling, men tar ofte det de kan få. Siden de ikke har fast stilling, er de redde for å stille krav eller uttale seg kritisk. De er dessuten det billigste alternativet for arbeidsgiveren. Ansatte med kompetanse men uten fast stilling vet dette, og de føler at det ikke er spesielt lurt å stille krav fordi ufaglærte gjerne foretrekkes fordi de i tillegg til å være billige oppfattes som mer ubetinget lojale.

Det interessante ved dette er ikke at ressurser faktisk er begrenset, men at tjenestekvalitet defineres og omtales som om den er og skal være upåvirket av dette. Siden dette ikke er definert som et politisk problem, blir det et organisatorisk og faglig problem – som i høy grad påvirker evnen til å ta i bruk økt kompetanse i helse- og omsorgstjenestene. Økt kompetanse skaper økt oppmerksomhet mot kvalitet og en sterkere vilje til å gjøre kvalitet til en absolutt verdi.

I dette perspektivet ser vi at bruken av kompetanse ikke nødvendigvis dreier seg om å yte de beste mulige tjenestene, eller å søke å øke kvaliteten, men kanskje også om å justere kvalitet i henhold til skiftende ressurstilgang. I helse- og omsorgstjenestene er det ingen tvil om at en del av kompetansens viktigste funksjoner nettopp er å styrke fleksibilitet, og å bidra til at ressurser og kvalitet spres best mulig. Dette er et uvanlig krav å stille i det moderne arbeidslivet. Det er for eksempel utenkelig at flymekanikere eller leger skal gjøre kvaliteten på service og operasjoner relativ til den tid de har til rådighet, og at mengden av fly og hjertepasienter som til enhver tid må tas hånd om bestemmer kvaliteten. Relativiseringen av kvalitet blir i de fleste kompetanse- og kvalitetsintensive virksomheter aktivt forsøkt unngått, og sterke virkemidler tas i bruk. Det viktigste og trolig mest effektfulle er en sterk og robust infrastruktur knyttet til å ta kompetansen mest mulig i bruk og å unngå kvalitetsbrudd. Dette utgjør en vesentlig forutsetning for den kontrakten mellom politikk og profesjonell yrkesutøvelse som ligger til grunn for kvalitet i kompetanseintensive yrker. Fagekspertisen får delegert myndighet til å definere og forvalte kvalitet, og gir på denne måten politiske myndigheter i stand til å garantere den overfor befolkningen. Men dersom vi ser nærmere på hvordan slike mekanismer ivaretas i velferdsstatens førstelinje som helhet, ser vi at innflytelsen over faglig kvalitet er svært ujevnt fordelt. I medisinsk behandling på sykehus er den betydelig, men i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er innflytelsen over definisjonen og forvaltningen av faglig kvalitet langt mindre. De to ytterpunktene utgjør deler av et felles system. Leger og sykehus har muligheten til å avgrense seg fra overveldende ansvar (ved å sende pasienter raskere tilbake til kommunene, etablere køer osv.), mens kommunene og helse- og omsorgspersonellet der må ha beredskap for å absorbere ansvar.

Eksempel 14

I hjemmesykepleien er det sjelden mulig å forutse hvordan dagen blir. Den kan begynne rolig, men likevel ende med overtid på grunn av oppgaver som hopper seg opp på slutten. Gerd er en ung sykepleier som har jobbet i hjemmesykepleien ca. et år. Tidligere jobbet hun tre år i en intensivavdeling på sykehuset i nærheten. I dag er hun den eneste sykepleieren på ettermiddagsvakt i hjemmetjenesten i denne sonen. Hun noterer navnene på de pasientene som har behov for sykepleierkompetanse. I dag er det bare tre pasienter det gjelder. Hun skal foreta to sårstell og et samtalebesøk hos en kvinne med en psykiatrisk diagnose. Resten av pasientene på lista blir fordelt mellom henne og hjelpepleieren som er på vakt.

Lista ser fin ut, og hun tar seg litt god tid hos de første pasientene. På vei til en mann som skal ha et komplisert sårstell, ringer telefonen – det er fra omsorgssenteret. Gerd får vite at en av beboerne der har høy feber, surkler og virker svært dårlig. Omsorgssenteret ligger i en helt annen retning enn den Gerd er på vei i, og Gerd sier hun skal komme bort etter sårstellet – ved åttetiden. Sårstellet tar lengre tid enn planlagt; det samme gjør samtalen med den psykiatriske pasienten. Denne pasienten ber om hjelp til å avslutte det hele – om ikke Gerd har en sånn pille? Vi kommer til omsorgsboligen ved halv ni-tiden. Først var vi innom basen og hentet utstyr til crp-måling. Gerd blir bekymret over beboerens tilstand, spesielt etter at hun har målt BT og puls (som i dette tilfellet nesten ikke er målbare). Hun setter seg i stua og ringer til beboerens fastlege. Han sier han skal ringe henne opp igjen siden, for nå er han opptatt. Da ringer alarmen. Det er en mann som sitter på toalettet og er ferdig. Han trenger hjelp til å komme seg av, få kveldsmat og legge seg. Gerd sier de skal komme om ca. 10 minutter. Så ringer hun til sykehjemmet for å spørre om de kan hjelpe denne mannen. Men i det samme ringer legen opp igjen. Hun må avbryte denne samtalen og få legen inn på telefonen. Det viser seg at hun har mistet kontakten med ham. Hun ringer han opp igjen og blir sittende ganske lenge og svare på spørsmål angående den dårlige pasienten. Når hun legger på har det gått 20 minutter siden mannen på toalettet ringte. Hun ringer igjen opp til sykehjemmet og ber dem om å hjelpe ham. Hun ringer også til hjelpepleieren og spør denne om å overta en annen pasient for henne.

Den norske velferdsmodellen er langt mer tjenesteintensiv enn de fleste andre velferdsstater. Den legger stor vekt på å imøtekomme behov som er ekstremt komplekse, skiftende og arbeidsintensive. Den universalistiske orienteringen innebærer at svært omfattende tjenester skal ytes til svært mange. Dette skaper altså et omfattende grenseproblem. Spørsmålet om grensen skal gå, involverer svært ofte krevende vurderinger av den individuelle tilpasningen av lovpålagte tjenester, og krever utøvelse av skjønn. Foruten at skjønnsette hviler på en delegert faglig myndighet til å fortolke lovgivning, forskrifter og mer eller mindre allmenne normer og forventninger, består den i å håndtere den til enhver tid rådende ressursituasjonen. Når det oppstår et spenningsforhold mellom disse, oppstår myndighetsproblemer og uklarhet om forholdet mellom politikk, juss, økonomi og faglig skjønn. Noen må trekke opp grenser, men hvem som formelt kan det, hvem som i praksis gjør

det og hvem som bærer ansvaret for konsekvensene er svært uklart. I de delene av velferdsstaten der det faglige skjønnnet er sterkt og mer eller mindre ubestridt, som i legenes tilfelle, blir forholdet mellom ressurser og innsats som oftest tydeliggjort i form av manglende medisinsk behandling. På den måten blir kapasitetsproblemer ”eksternalisert” og blir derfor raskt en politisk utfordring. Politiske myndigheter kan ikke overprøve legers definisjon av kvalitet, endre betingelsene for å realisere den, eller gjøre pasienter som står i kø til legenes personlige ansvar. I de typiske kvinneyrkene – som særlig omfatter helse- og omsorgssektoren – forholder alt dette seg annerledes. Der er køen faktisk de ansattes ansvar. Køen som prinsipp er grunnleggende uakseptabel.

Eksempel 15

Hjemmesykepleieren har ofte pasienter som har behov for tilsyn og hjelp til å ta medisiner flere ganger om dagen. Hun regner vanligvis med minimum 10-15 minutter på slike tilsyn, noen ganger lenger. En av pasientene hennes er en kreftsyk kvinne. På runden i går ”åpnet hun seg” og snakket om sykdommen på en måte som hun aldri hadde gjort før. Da måtte sykepleieren bli hos henne mye lenger enn planlagt – hun kunne ikke avbryte når damen snakket om så personlige og alvorlige ting. Dette måtte nødvendigvis gå ut over de andre pasientene, som fikk forsinkede og kortere besøk.

Det er en nær sammenheng mellom det relative fraværet av faglig autonomi, manglende myndighet til å trekke opp grenser, samt det faktum at de kommunale helse- og velferdstjenestene utgjør velferdsstatens ”siste instans”. Mens helseforetakene er i stand til å intensivere den medisinske innsatsen, for så å sende pasientene videre til kommunene, er de kommunale helse- og omsorgstjenestenes oppgave å kompensere for andres grensedracting. Dette krever en langt større fleksibilitet enn det som er vanlig i mer spesialiserte tjenester, og det fordrer en annen type ansvar. Normaltilstanden er at mengden av oppgaver som skal løses og tilgjengelige ressurser og kompetanse både er variabel, uforutsigbar og utenfor tjenesteutøvernes egen kontroll. Disse tjenestene må fungere fleksibelt i relasjon til to former for grunnleggende uforutsigbarhet: økende og skiftende behov ”utenfra”, og hyppige endringer i rammevilkår ”ovenfra”. Anvendelsen av den til enhver tid tilgjengelige kompetansen må derfor tilfredsstillende langt flere og skiftende behov enn å sikre kvalitet.

Kompetanseanvendelsen står av den grunn overfor en unik sårbarhet her i velferdsstatens randsone. Derfor er det ekstra utfordrende å gjøre effektiv bruk av økende kompetanse, men også å måle effekten av den. Økt kompetanse har en tendens til å

bli investert i det primære, og kollektivt opplevde behovet for å strekke til i relasjon til de aller viktigste oppgavene, og blir i bare begrenset omfang organisert med det formål å realisere spesifikke former for kvalitetsøkning. Av denne grunn kan det *synes* som om kompetanse ikke har like stor betydning som i andre virksomheter.

Eksempel 16

Veldig mange ufaglærte, men også hjelpepleiere går i små stillingsbrøker. Stadig blir hele stillinger splittet opp i mange små. Sykepleierne er de som oftest har hel stilling eller høy brøk, og da er det ofte fordi de selv har valgt å ha noe redusert stilling. Svært mange hjelpepleiere er henvist til korte vakter – for eksempel fra halv åtte til halv to. Selv en minimal og kvalitetsmessig tvingende nødvendig koordinering av arbeidet er i realiteten helt urealistisk.

I enhver organisasjon som skal yte mye uten at ytelsene gis direkte kompensasjon, er faren alltid stor for at problemene dette utløser ”løses” ved hjelp av målforskyvning, altså ved at man bevisst eller ubevisst fokuserer på andre mål enn de viktigste, for eksempel de som er enkle å måle og som gjør det mulig å levere ”god statistikk” til overordnede nivå. Å overse behov, eller å senke kravene til kvalitet ad omveier, er de klassiske eksemplene på konsekvenser av målforskyvning i helse- og omsorgstjenestene. I de fire kommunene vi har undersøkt i denne studien, er det slående og interessant at de betydelige målforskyvingsproblemerkene vies liten oppmerksomhet. Når ansatte melder fra om dem, er resultatet påfallende ofte at meldingen overses eller oppfattes som lite tillitvekkende eller representativ. Det er også vanlig at faglige kvalitet gjøres til en kontroversiell størrelse (i diskusjonen mellom fagekspertise, administrative ledere og folkevalgte), og at dens funksjon som målestav og korrigeringsmekanisme således blir oppløst.

Eksempel 17

Etter den nye organiseringen av hjemmetjenestene har både hjelpepleiere og sykepleiere blitt pålagt flere oppgaver. Avdelingslederen pleide tidligere å være delaktig i avdelingen. Hun gikk legevistitt, kjente pasientene, satt sprøyter og deltok i den daglige rapporten. Nå som hun er trukket vekk fra avdelingen, har sykepleierne overtatt hennes oppgaver. Det er tre sykepleiere totalt. Den ene er sykemeldt, og det er ingen vikar for henne. Ingen er formelt daglig ledere lenger

3.1.1 Kapasitetsproblemet, uforutsigbarhet og fleksibilitet

Helse- og omsorgssektoren preges altså av et sterkt kapasitetspress. Dette dreier seg ikke bare om mengden av oppgaver som til enhver tid skal løses, men også varia-

sjonen i oppgavene. Behovene som skal imøtekommes endres stadig, og sektorens evne til å tilpasse seg disse fleksibelt er eksepsjonelt store. Derfor erfares kapasitetspresset ofte i realiteten som et fleksibilitetspress. Dette skyldes imidlertid ikke bare variasjonen i oppgavene som skal løses, men kanskje i like stor grad uforutsigbarhet knyttet til midlene og ressursene som ledere og ansatte disponerer over. Det er slående at tilgjengelige midler og ressurser svinger voldsomt. Det krever intens oppmerksomhet mot hvordan de best kan brukes, og fører til at mange hensyn må vike for det overordnede og presserende behovet for at organisasjonen og arbeidsfelleskapene skal fungere fleksibelt. Spesielt prekært er dette når kommunens ledelse gjennomfører nedskjæringer samtidig som arbeidsmengden vokser. Ansatte i helse- og omsorgstjenestene har lært seg at det forventes av dem at de er tilgjengelige for nedskjæring.

Kommunen ber oss om å spare inn. Vi kommer med forslag som gir mer tjenester for hver krone. Men de går for en dyrere løsning, og overhører oss. Når de da skal få det hele til å gå opp økonomisk, skjærer de ned på spesielt hjemmesykepleien. I stedet for å spare kunne vi kartlegge de faktiske behovene.

Vi har fått flere pasienter med den samme bemanningen. Sånt er demoraliserende. Men du kan ikke gå og tenke på det heller. Du må skyve det vekk og tenke på det positive.

Vi må springe fortere; pasientene er jo der.

Så for å spare penger så tar ikke de inn folk heller.

En leder ved et sykehjem har blitt presset til å utforme en ny turnus for å få det til å svive rundt. Turnusens forsvarlighet er IKKE det viktigste kriteriet, og etter at turnusen er iverksatt stiller hun seg spørsmålet om den holder vann: *Den turnusen er problematisk, og jeg er usikker på forvarligheten.*

Vi intervjuer en ansatt som er i ferd med å miste stillingen hun har hatt i et års tid. Kommunen har dårlig råd, og etter lang tids usikkerhet er det nå klart at stillingen fjernes. *”Jeg stortrives med å jobbe med eldre. Det er så trist at dette blir avvikla!”*,

sier hun. Hun har deltatt i EVUK, men nå er det usikkert hvordan hun kan få brukt det.

Det er mye usikkerhet og nedskjæringer i denne kommunen. Jeg føler at det er dramatisk. Jeg har vært veldig motivert i denne jobben, og er full av ideer om hva vi kan gjøre. Men gnisten forsvinner jo litt med så mye usikkerhet. Det blir vanskelig å tenke positivt. Men jeg prøver å være på jobb og ikke tenke for mye på det som skjer. Det er ikke rett overfor de gamle å tenke på det hele tida.

Konsekvensen av at arbeidsfellesskapet må være beredt til nedskjæring er at fokus rettes mot de viktigste oppgavene; de som skaper akutt krise og uholdbare forhold dersom de ikke blir ivaretatt. Man må være beredt til å redusere kvaliteten og å justere ned ambisjoner. Videre blir det vesentlig å behandle hverandre som likeverdige. Man er avhengig av ufaglærte, og må derfor være varsom med å framstå som en bedreviter overfor dem. Når de tross alt er villig til å stille opp for å redde skuta, er det selvsagt problematisk og uetisk å gjøre dem til et problem.

Jeg får ikke tid til å gjøre det jeg kan - bare det synlige.

Pasientene lider under at vi bare får gjort det aller nødvendige.

Arbeidsbyrden er for stor, det er det ingen tvil om. Vi får som sagt ikke tid til annen enn å få endende til å møtes - ikke tid til noen faglige diskusjoner.

Jeg kan finne meg i mye – roe det ned i omstillingsperioder – i påvente av at alt skal bli bedre, roligere, men det tar jo ikke slutt. Når skal vi få anledning til virkelig å sette standarder - diskutere andre måter å organisere og bedre rutiner? Aldri?

En ansatt forteller hvordan man blir mer klar over at mye går ut over fagligheten, ikke minst alle de andre praktiske tingene de ansatte har blitt pålagt å gjøre.

Bruker masse tid på vask.

Vi skal liksom gjøre alle dagligdagse ting. Da blir det faglige satt bakerst i rekka.

Hvis det en dag – for eksempel mandag – brukes mange ufaglærte, så får de ofte arbeidsoppgaver som kanskje ikke står i samsvar med kompetansen de har. Hvis det er mange faglærte på tirsdag, så får de kanskje ikke gjøre de samme oppgavene som på mandag.

Vi er gode nok på mandag, men ikke på tirsdag - er ikke et uvanlig utsagn fra de ufaglærte.

De andre på sykeheimen ser på oss som de som har det lette arbeidet, gode dager, og som noen som ”tror vi er noe. Det kan være mange grunner til det, men noe skyldes at det eksisterer en konkurranse mellom lederne. De går ikke så godt sammen; det er mye prestisje og faglig konkurranse, som jeg ikke tror er sunn – verken for det faglige miljøet, for den faglige diskusjonen eller den faglige kompetansehevingen.

Uforutsigbarheten har en tendens til å stimulere en beskyttelsesorientert holdning. Denne kan ta mange former, men uttrykker seg ofte i form av moderate ambisjoner, lite engasjement, markering av avstand til ledere og politiske beslutningsnivå. ”Å ta en dag av gangen” er uttrykk for en svært utbredt holdning, i det minste i vanskelige perioder.

For de fleste og på de fleste dager er hverdagen overkommelig. Men omorganisering og nedskjæringer er en konstant trussel. Dette ødelegger for den faglige utvikling. Vi blir mer fiksert på å beskytte oss.

Her er det nedskjæringer hele tida. Du tar en dag av gangen.

Kommer på jobb og har plutselig ansvar for tolv pasienter til. Blir frustrert og springer fortere. Du vet at du blir ikke hørt på hvis du setter beina ned, for da er du vanskelig.

At pårørende er fornøyde henger sammen med at vi hele tiden glatter over. Vi vil jo at alle – spesielt pårørende skal bli og være fornøyde – at de skal få det beste inntrykket. Vi bor jo i ei lita bygd.

Jeg skjønner ikke hva det er med denne sektoren. Oljearbeidere må hvert andre år avlegge eksamen, slik at en sikrer at de er faglige oppdaterte. Leger må også, men vi ”trenger” ingen slike kvalitetssikringer av personalet.

Det går i bølgedaler, men akkurat nå er det ikke for hektisk. Vi får tid til å ta oss av pasientene. Det er litt greit.

3.1.2 Oppsummering

Det økologiske perspektivet på helse- og omsorgstjenestene gir oss forhåpentligvis et analytisk interessant innblikk i velferdsstatens særegne virkemåte. Den universelle velferdsambisjonen skaper helt spesielle forpliktelser, og disse er svært vanskelige å avgrense. Organisasjonen, spesielt kommunen, må nødvendigvis være svært sensitiv overfor sine egne omgivelser fordi dens oppgave er å absorbere og imøtekomme behov, ikke å respondere målrettet og utelukkende på kjøpekraftig etterspørsel. Det er helse- og omsorgssektoren som i desidert høyest grad har denne oppgaven *på vegne av* velferdsstaten. Dette gjør personalet som er direkte ansvarlig for disse tjenestene organisatorisk ambivalente. De skal på en og samme tid krysse og vokte organisasjonens grenser, og av den grunn blir de ofte utsatt for mistanke om at de er illojale og/eller bruker argumenter om sviktende kvalitet for egne formål. Redskapet som brukes i denne aktiviteten er faglighet. Faglighetens ambivalente status blir akutt gjennom dens evne til å true grenser, spesielt ved at den gjør organisasjonen mer responsiv – og dermed fører flere ressurser ut av den – enn det som anses som akseptabelt. Kompetanse får dermed et dobbelt formål: å respondere på behov, og å avstemme innsatsen i henhold til tilgjengelige avgrensede ressurser. Denne balansegangen skal altså gjennomføres uten at rettmessige behov ekskluderes. Denne utfordringen er analytisk interessant, for det er ikke åpenbart hvordan man kan forklare hvordan slike prosesser blir ivaretatt i arbeidsmiljøer som verken har formelle retningslinjer for dette formålet, eller interne faglige hierarkier som organiserer dem. Som vi skal vise, skjer dette i all hovedsak ”spontant” og uformelt. Denne tilpasningen til omgivelsene får omfattende konsekvenser for organisasjonens indre liv. Framfor alt gir den organisasjonen et motsetningsfullt forhold til grenser. For at universalismeprinsippet ikke skal brytes, må grense bli forsøkt truk-

ket via ressurskontroll. Dette skaper mer eller mindre sterke brytninger og forhandlinger mellom ulike nivå - administrative nivå, politiske nivå, og mellom administrative og politiske nivå – og mellom reguleringsmedier (politikk, juss, økonomi, fag). Kommunene erfarer slike utfordringer i størst grad, og internt i kommunene er reguleringsutfordringene sterkest i helse- og omsorgssektoren. Velferdsstatens ”økologi” gir opphav til et fundamentalt dilemma, som er relativt unikt for denne regime- og organisasjonsformen. Dette dilemmaet skaper en *politisk* utfordring for organisasjonene som får i oppgave å håndtere det. Som vi har beskrevet i andre sammenhenger, kan denne utfordringer ta form som en desentralisering av dilemma (Vike m.fl. 2002).

3.2 Det politiske perspektivet

Logisk sett er velferdsstatens og kommunens økologi svært enkel å håndtere. En behovsdrivet fornuft må følges opp av myndighet til dem som besitter kompetanse i å fortolke og respondere på behovene. Men slik er det som vi vet ikke i praksis. Universalisme, stabil kvalitet og kostnadskontroll kan ikke alle gjelde like sterkt samtidig. Motsetningen mellom universalismens behovsorientering på den ene siden, og behovet for ressurskontroll på den andre, er verken ”naturlig” eller stabil, men et produkt av at velferdsstatens økende kapasitetsproblem gjennom de siste par tiår. Den håndteres i praksis gjennom ulike typer kompromisser. Dette betyr ikke nødvendigvis at beslutninger som tas oppfattes og omtales som sådan, men at de i mange situasjoner involverer ulike former for rivninger og konflikter mellom interesser som i praksis viser seg vanskelig å forene. Ser man velferdsstaten og kommunen på stor avstand, ser man enkelt at verden ser svært ulik ut for forskjellige aktører, og at språkbruken ofte er veldig forskjellig. En av velferdsstatens største utfordringer er utvilsomt at disse ulike erfaringene og forståelsene av en og samme virkelighet er så sterkt knyttet til interesser at de vanskelig kan korrigeres. Når kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene forholdsvis enkelt kan reduseres uten at det fanges opp eller skaper sterke motreaksjoner – i motsetning til i medisinen, i flytrafikken, i forsvaret, i politiet, i oljeindustrien og så videre – er argumenter knyttet til økonomiske begrensninger suverene og ikke begrenset av noe annet som er absolutt. Med andre ord: den økologiske logikken vi har omtalt ovenfor fører til at spenningen mellom behovsorientering og ressurskontroll arter seg som en kon-

flikt mellom ulike interesser som besitter ulik grad av makt til å definere virkeligheten. I denne sammenhengen er det relevant å peke på en dominerende erfaring blant førstelinjensansatte i helse- og omsorgssektoren: de opplever svært ofte at de ikke blir trodd når de beskriver sin virkelighet.

Eksempel 18

Mistilliten til avvikssystemet og til ledelsen er betydelig. Flere informanter uttrykker tvil om hvorvidt avviksmeldingene faktisk blir presentert for politikerne. De tror pleie- og omsorgssjefen er så opptatt av ”å sole seg i glansen” at han ikke ønsker å formidle avvikene videre.

En av sykepleierne forteller om en vakt da to av de ansatte var syke uten at det ble satt inn vikar. Sykepleieren ville melde det som avvik, men fikk beskjed av lederen at dette ikke kunne regnes med. Det var bare ”et normalt unntak”. Sykepleieren forteller at hun ved flere anledninger har forsøkt å ta opp problematiske ting med lederen sin – til liten nytte. Hun blir møtt med at det er viktig å ikke henge seg opp i det negative som har vært, og i stedet tenke positivt og se fremover.

Dette er ikke tilfeldig. Det er i realiteten knapt mulig for noen å demonstrere at tjenestene i norsk eldreomsorg holder lavere kvalitet enn forutsatt, og så legitimt kunne kreve nødvendige tiltak. Dette er et slående funn i de fleste av våre studier av velferdsstatens tjenesteytingsnivå. Kriterier for kvalitet er upresist definert, myndigheten til å bruke den er uklar, og virkemidlene som stilles til rådighet for å rette opp lav kvalitet finnes knapt. Myndigheten til å ta avgjørelser om kvalitet tilfaller helt og holdent administrative ledere som – naturlig nok – har budsjettbalanse som sin viktigste forpliktelse til egne overordnede. En av våre informanter pekte – tilsynelatende ubevisst – på dette da hun fortalte oss om avviksmeldinger som hennes leder ikke sendte videre: hun trodde at lederen oppfattet seg som ”inhabil” når hun påpekte sviktende kvalitet i tjenester hun selv var øverste ansvarlig for.

Velferdsstatens doble og motsetningsfylte formål skaper altså motsetningsfylte interesser internt i offentlig sektor. Disse er som sagt knyttet til avgrensning og behovsorientering. Måten velferdsstaten, kommunene og tjenestene fungerer på i praksis, kan avleses fra måten denne motsetningen spilles ut på. Kommunen som organisasjon er i prinsippet uavgrenset, og de fleste som yter tjenestene i praksis forholder seg til dette. De følger behovene og tilpasser seg dem. Men de fleste opplever før eller siden at denne strategien ikke er mulig å realisere. Da har man i prinsippet to mulige veier å gå: enten å innse at kvaliteten på det man så langt har gjort er unødvendig høy, eller å akseptere at den må reduseres under det akseptable nivået. Men problemet er mer komplisert, og det er i denne situasjonen at de interes-

sepolitiske konsekvensene av velferdsstatens økologi blir åpenbar. De samme interesser som krever avgrensning, krever samtidig at kvaliteten skal opprettholdes – uten selv å være forpliktet til å antyde hvordan. Velferdsstaten praktiserer en dobbel standard, og det er den samme interessen som forvalter og fremmer begge. Den politiske ambisjonen som forener alle politiske partier som har eller har hatt regjeringsmakt i Norge de siste ti årene er å forene avgrensning med dramatiske økninger i tjenstemengde og tjenestekvalitet. For å sikre realiseringen av denne strategien har statlige tilsyn med kommunenes evne til å følge opp blitt vesentlig styrket. Dette har hatt to viktige konsekvenser. Kommunenes kostnadsavgrensning har blitt reell. Fylkemannen godkjenner de aller fleste kommunebudsjetter uten alvorlige innvendinger, og antall kommuner ”under administrasjon” er vesentlig lavere i dag enn for et tiår tilbake. Samtidig har tilsynsmyndighetenes intensivert sin kontroll med tjenestenivå og tjenestekvalitet kraftig. Forskjellen i måten resultatene fortolkes og håndteres på er iøynefallende. Kommunene er i like høy grad formelt forpliktet til å følge opp mangler i tjenestekvalitet som budsjettkontroll, men det finnes ikke noe apparat på lokalt eller statlig nivå som kan eller skal sikre dette i praksis. Dette tyder på at lovhjemlede spesifikasjoner av tjenestenivå og tjenestekvalitet er retningsgivende, ikke absolutt forpliktende, slik kostnadskontrollfunksjonen utvilsomt er. I en situasjon der velferdsgoder tar form som rettigheter – altså noe som skal sikres her og nå, og ikke eventuelt i framtiden, hvis forholdene ligger til rette – er imidlertid denne muligheten ikke lenger til stede *for tjenesteyterne*. Det er kun de politiske, økonomisk og administrativt ansvarlige som har makt til å håndtere rettigheter som retningsgivende og betingede.

Eksempel 19

Sykepleiere opplever at de i kommunehelsetjenesten har fått større ansvar, men mindre innflytelse og mulighet for kontinuitet og faglige prioriteringer. De har større ansvar fordi de ofte er alene om det sykepleiefaglige ansvaret for svært mange pasienter. I møte med pårørende og andre forventes de å kunne svare på henvendelser om pasientenes medisiner, behandling, med mer. De blir ofte svar skyldig fordi de ikke kjenner pasientene.

Statlige tilsynsmyndigheter tilsyn med tjenestekvalitet i kommunene har en svært ulik effekt på folkevalgte og tjenesteutøvere. For førstnevnte er tilsynskommentarer i realiteten som oftest retningsgivende påminnelser, mens de for tjenesteutøverne er konkrete pålegg, moralske imperativer eller begge deler. Dette illustrerer at det vi har omtalt som velferdsstatens problematiske tilpasning til sine omgivelser får kon-

sekvenser for arbeidsdelingen mellom politikk, forvaltning og tjenesteutøvelse og mellom velferdsstatens sentrale og lokale nivå. Vi ser denne arbeidsdelingen tydeligst i forbindelse med forvaltningen av ansvar. Som vi har antydnet ovenfor, og påpekt i flere andre arbeider, befinner tjenesteutøverne i velferdsstatens helse- og omsorgssektor seg i et dilemma. Samtidig tilkjennes de svært liten myndighet til å definere situasjonen de befinner seg i. Ansvaret er prinsipielt uhandterlig fordi man både er skyldig dersom tjenestene er utilstrekkelige og dersom man påpeker det.

3.2.1 Avvik

Et av de mest problematiske temaene for ansatte i helse- og omsorgssektoren er knyttet til avvik. Alle ser ut til å kjenne til sin forpliktelse til å rapportere avvik fra faglig forsvarlighet, men det store flertallet er ytterst ambivalente til denne praksisen. Et slående trekk er at mange omtaler fenomenet med en påfallende fremmedgjort avstand. De opplever *ikke* at forpliktelsen til å melde avvik er en mekanisme som skal sikre det høyeste, felles mål: god kvalitet. Tvert i mot snakker mange om avvik som om fenomenet reduserer dem til funksjonærer og truer deres faglige verdighet. Grunnen er enkel, men desto mer bekymringsfull. De erfarer svært ofte avvik fra faglig forsvarlighet, men opplever samtidig at deres ledere ikke ønsker å høre om det. Enkelte føler at de nærmest framstår som svikefulle. Endelig går det på verdigheten løs. Ansatte som rapporterer om avvik opplever at deres ledere ikke skiller sak og person, og avviket dermed blir en selvangivelse over klandreverdige arbeid.

Vi blir lett straffa.

En går ikke å påpeker feil uten å være feilende sjøl. Et eksempel: Jeg og vi førte avvik på alt det som faktisk var avvik. Gikk til pleie- og omsorgsjef - der stoppet det. Det kommer ikke videre til det politiske miljøet.

Vi er ikke spesielt gode på å skrive avviksmeldinger. Det er noe med at når vi ikke ser at det har noen betydning, da avtar interessen og motivasjonen til å føre avvik.

Vi har skrevet en del avviksmeldinger. Vi er oppfordret til å skrive. Internkontrollen påpekte at måtte bli flinkere. Må innrømme at det arbeide blir lavt prioritert, også av meg. Det har en enkel grunn: Vi har erfaring med at ingenting skjer som følge av avviksrapportering.

Vi burde skrive avvik, men gjør det aldri. Kanskje det er samvittigheten?

Avdelingssjefen får avviksmeldingene – hun gir dem til kommunalsjefen – men vi hører ikke noe mer til det.

Jeg blir innkalt på teppet med beskjed om at jeg ikke måtte fremstille kommunen i et dårlig lys. Sånn fungerer det. Du får på pukkelen hvis du ikke er lydig - kritiserer - nei, ikke kritiserer, men faktisk sier i fra om tingenes tilstand i forhold til de som står med ansvaret overfor pasientene.

Sist sommer ble en sykepleier satt opp på hjelpepleiervakt på grunn av sjukemeldinger. Hun protesterte og nektet, og i tillegg vil hun skrive avvik på saken. Men ledelsen ga henne beskjed om at det ikke skulle skrives avvik på ”sånne tulleting”, forteller hun. ”Ledelsen har utrolig mye å si!”. Hun forteller videre at det er et stort problem at avviksmeldinger blir sendt i retur fordi lederen blir ”inhabil” og ikke ønsker å skape trøbbel for sin egen sjef (og for seg selv).

Vi prioriterer heller å gjøre for pasienten (og ikke rekke å dokumentere) enn å bruke tid på å dokumentere at vi ikke får gjort det.

Double bind betegner en situasjon der man er låst fast i motstridende forventninger det er umulig å innfri på en og samme tid (Bateson 1972). Å være låst fast i en double bind - situasjon, dreier seg ikke om et praktisk problem, men er psykologisk og sosialt. Psykologisk innebærer det at man gjøres skyldig og oppfatter seg som skyldig. Double bind - situasjoners sosiale konsekvenser er framfor alt at den andre part frigjøres for ansvar, og for å være konsistent. De gjør det mulig å utøve kontroll ved å være uforutsigbar og å forbeholde seg friheten til endre kriterier for hvordan de andre bedømmes.

La oss med dette utgangspunktet se nærmere på fordeling av ansvar i velferdsstaten, og på de rollene de involverte aktørene spiller. Vi har allerede antydnet noe av dette bildet ved å påpeke at statlige tilsynsmyndigheter i praksis anvendes for å disiplinere tjenesteutøverne, snarere enn de som har myndigheten over deres arbeidsbetingelser. Til tross for at Helsetilsynet, Arbeidstilsynet og nå også Riksrevisjonen i relativt klare og skarpe ordelag har påpekt at problemene er allmenne og strukturelle, og at de har med det politiske ansvaret for å oppruste tjenestene å gjøre, tyder svært lite på at dette har bidratt vesentlig til økt politisk forpliktelse eller til å redusere veksten i den relativt virkningsløse tilsynsvirksomheten. Vi har også antydnet hvordan det vi kan kalle *velferdsstatens doble politiske tidsdimensjon* opprettholder flere motsatte standarder samtidig *for tjenesteutøverne*. Når høy tjenestestandard omtales som et mål for framtiden, forplikter ikke dette i dag. Men når tjenestene er å oppfatte som rettigheter, er det ikke lenger mulig å henvise til at de skal innfris en gang i framtiden, ikke her og nå. Dette illustrerer en allmenn tendens i norsk velferdspolitik. Politiske myndigheter spiller en stadig mer sentral rolle i å definere standarden og rammene for velferdstjenester. Kommunenes autonomi på dette området er vesentlig svekket, hovedsakelig som et resultat av at kravene til tjenestene har økt, og at det hersker en så sterk enighet i Norge om at tjenestene skal være like over hele landet. Kommunenes rolle som iverksetter av statlig politikk har derfor blitt vesentlig tydelige.

Dette har fått store konsekvenser for måten alle aktørene spiller sine roller på. Den velferdspolitiske ekspansjonen har økt politiske partiers evne til å imøtekomme velgernes viktigste mål, men har økt presset til å innfri dramatisk. Helse- og omsorgstjenester skiller seg avgjørende fra alle andre politikkområder på tre måter.

De innebærer for det første en transformasjon av forholdet mellom privat og offentlig ansvar for medmennesker. Dette skaper absolutt bindende forpliktelser som det i prinsippet er moralsk forkastelig (og politisk umulig) å gjøre relative.

For det andre er de rettet mot å imøtekomme behov som er skiftende og uhyre vanskelig å definere og kontrollere.

For det tredje hviler kvaliteten på slike tjenester på en usedvanlig tett og sårbar relasjon mellom tjenesteyter og bruker. Helse- og omsorgstjenestene er i en moralsk forstand særegne, for de knytter velferdspolitiske ambisjoner og forpliktelser til et slags moralsk lån av personlig integritet. Ingen tjeneste er så rent relasjonell og

knyttet til personlig integritet blant tjenesteutøverne som eldreomsorgen. Dette siste poenget er svært relevant i denne sammenheng, for det er ingen tvil om at dette forholdet gjenspeiles i de sterkt moralske termene eldreomsorgen omtales i på politisk nivå, for eksempel i konkurransen mellom partiene. La oss se litt nærmere på det tidligere omtalte eldreforliket på Stortinget i 2007.

Vi ønsker å forplikte oss i årene fremover til å jobbe over partigrensene for å sikre en bedre eldreomsorg, sier Laila Dåvøy (KrF).

Det viktigste for oss er at regjeringen nå startet jobben med å lage en verdighetsgaranti som skal sikre de eldre tydelige rettigheter, og at de kan klage hvis ikke rettighetene blir overholdt, sier Dåvøy.

De fem partiene er enige om å fortsette satsing på enerom på sykehjemmene. Det skal også satses på økt kompetanse og etterutdanning for de ansatte i eldresektoren. Partiene skal også bli enige om en verdighetsgaranti som skal sikre de eldre det partiene vil presentere som en verdig alderdom.

Jeg tror de eldre har sett seg lei på den kranglingen om eldreomsorgen som har foregått i mange år. Nå har vi kommet ut av kranglestadiet, så får heller to partier sitte igjen i skammekroken, sier Bøhler til NTB. Han understreker at avtalen forplikter både avtalepartene og regjeringen.

Vi har inngått et forlik om dimensjoneringen av hele eldreomsorgen og forpliktet oss til en innsats som skal gjelde i mange år fremover, sier Bøhler. Høyre og Frp mener at avtalen ikke er verdt papiret den er skrevet på. - Avtalen vil ikke bety noen forskjell for de eldre. Den er for uforpliktende og for lite konkret. Den rommer ingen budsjettmessige anslag og sier heller ikke noe om finansieringen. Avtalen er derfor ikke noe annet en ren symbolpolitikk, sier Inge Lønning (H).

Harald Tom Nesvik (Frp) sier at det ikke er vanskelig å være enig i avtalens innhold, men at det hele er så uforpliktende at det ikke kan kalles noen avtale.

Enigheten løser ingenting fordi den ikke inneholder noen opptrappingsplan og fordi den ikke sier noe om økonomi. De fem partiene prøver å selge enigheten for mer enn det den er verdt. Den vil skape store forventninger som det ikke er grunnlag for, sier Nesvik til NTB (ANB-NTB, i siste.no 30. november 2007). Dagfinn Høybråten (KrF) sier:

Helt siden januar 2006 og gjennom hele valgkampen har KrF arbeidet for et tverrpolitisk, forpliktende eldreforlik. Under valgkampen ble forslaget kåret

til den beste valgkampsaken av TV2s seere. Det fikk også etter hvert tilslutning fra både statsminister og helseminister. Dessverre kom regjering etter valget i skade for å "glemme" saken, ved at den ble henvist til normal budsjettbehandling. Men etter at NRK sendte en serie avslørende reportasjer om eldreomsorgen - blant annet fra institusjoner i Kongsberg - kom regjeringen på banen igjen. - Presset medieomtalen skapte bidro til at forhandlingene kom i gang og at KrF fikk gjennomslag for viktige tiltak i eldreomsorgen, som for eksempel verdighetsgarantien. Gjennomslaget for KrFs krav på disse punktene gir regjeringen en forpliktelse og oss et godt grunnlag for å kontrollere at avtalen overholdes,

Høybråten utfordrer samtidig NRK til å være med å passe på at verdighetsgarantien gjennomføres til punkt og prikke (KrF.no 7. desember 2007).

Konsekvensene av den rettighetsorienterte politiske virksomheten er uhyre omfattende og sannsynligvis sterkt undervurdert. Den konsekvens som har fått mest oppmerksomhet fra samfunnsforskere, er undergravingen av lokaldemokratiet. Rettigheter etablerer standarder og binder ressurser på en slik måte at det lokalpolitiske handlingsrommet blir sterkt redusert. Kommunene blir rene forvaltningsorganer, og politikken flytter seg fra kommunalt nivå til Storting og regjering. Samtidig blir politikken "jussifisert". Politiske samtaler om og vurderinger av hva som er rett og rimelig erstattes av juridiske regler og overføres til domstolene. Denne diagnosen er sterkt aksentuert i Makt- og Demokratiutredningen (Østerud, Engelstad og Selle 2003), og har fått støtte fra mange norske samfunnsforskere. Men en kritisk kommentar til denne diagnosen er spesielt interessant i denne sammenheng. Andenæs understreker i en artikkel i *Tidsskrift for Samfunnsforskning* i 2006 at på mange sentrale politikkområder er rettigheter så omtrentlig utformet at de faktisk ikke kan få rettslige konsekvenser. Ser vi nærmere etter, er dette spesielt tydelig i helse- og omsorgstjenestene. Rettighetene er utformet som et moralsk, humanistisk imperativ om det offentliges ubetingede ansvar for å dekke pleietrengendes behov, og i denne forstand brukes de effektivt for to grunnleggende formål. De kommuniserer folkevalgtes forpliktelse direkte og entydig overfor tjenestemottakerne, og eliminerer all tvil om den moralske styrken i forpliktelsen. Videre etablerer de konkrete og utvetydige forpliktelser for de som i praksis skal realisere ansvaret nasjonale politiske myndigheter har påtatt seg. Samtidig er det altså uråd å bruke disse rettighetene til å rettsliggjøre det politiske ansvaret. Konsekvensene er dramatiske. Forpliktelsen øker i styrke på vei nedover fra det statlige til det kommunale, og fra det politiske – via det økonomiske – til det faglige. Samtidig blir muligheten til å korrigere denne prosessen nedenfra og opp redusert.

I velferdspolitikken har altså Stortinget og regjeringen etablert en ny type politisk dynamikk som innebærer at de har styrket sin egen kontroll over definisjonen av mål, målenes form og genese (rettigheter), ressursene som skal stilles til disposisjon – og aller viktigst – hvem som til enhver tid skal bære ansvaret for at rettigheter eventuelt ikke innfris. Tydeligst blir dette illustrert gjennom double bind-relasjonen vi beskrev ovenfor. Skyldige tjenesteutøvere har sitt motsvar i oppdragsgiver/foresatte som selv kan velge mellom hvilken av flere selvmotsigende roller de kan innta. Som ansvarlige for definisjonen av rettigheter etablerer sentrale myndigheter standarden for det som skal innfris. Disse var tidligere relativt fleksible, siden de først og fremst artet seg som mål for framtiden snarere enn som rettigheter her og nå. Videre definerer de samme myndighetene ressursrammene. Disse rammene kan være mer eller mindre knappe, men to forhold spiller en avgjørende rolle.

For det første er ressursrammene ikke direkte generert av behovene, men av finanspolitiske hensyn som for eksempel handlingsregelen.

For det andre er altså de praktiske konsekvensene av spenning mellom mengden av rettigheter som skal innfris og de tilgjengelige ressursene et ansvar som desentraliseres til tjenesteyterne. Det er ikke mulig å vedta å avvikle tilbudet til senil demente pasienter selv om kommunen mangler ressurser og kompetanse. Rettighetene skal innfris uansett. Her kan folkevalgte på statlig nivå tre inn i en tredje rolle, nemlig som advokater for pasienter og brukere som ikke får sine rettigheter innfridd. Dette etablerer stadig klarere premisser for hvordan offentlig sektor i den universelt orienterte velferdsstaten skal virke. Den er blant annet blitt et apparat for desentralisering av omfattende ansvar.

Vi understreker at dette ikke nødvendigvis betyr at tjenesteutøverne alltid eller først og fremst absorberer mer ansvar enn de i realiteten kan håndtere. Mange studier har riktignok demonstrert at dette sannsynligvis er tilfellet (se for eksempel Bjerke og Kvamme 2002, Vike mfl. 2002, Thorsen 2003, Vabø 2003, Halvorsen m.fl. 2003, Helsetilsynet 2003, Næss 2003, Bakken, Haukelien og Vike 2004, Dale og Thorsen 2004, Jacobsen 2005, Haukelien og Vike 2007, Breivik 2007, Riksrevisjonen 2009), men poenget i denne sammenhengen er altså å vise at mekanismene for å kontrollere denne prosessen er svært svake. Dette er etter all sannsynligvis et strukturelt vilkår for at velferdsstatens enestående fleksibilitet og politiske integritet kan opprettholdes. Det politiske ansvaret blir stadig mer omfattende, men i realiteten samtidig mindre forpliktende. I kommunene vi har fulgt i EVUK-prosessen er

det karakteristisk at kommunestyrene ikke har vært spesielt bekymret for de mange alvorlige signalene som har kommet fra helse- og omsorgssektoren. I flere tilfeller har de simpelthen valgt å overse dem helt.

3.2.2 Ufaglært arbeidskraft

Helse- og omsorgssektoren har et stort innslag av ufaglærte. Når vi tar hensyn til sykmeldinger og annet fravær blant utdannet personale, er tilstedeværelsen av ufaglært arbeidskraft til enhver tid langt større enn i de fleste andre deler av offentlig sektor. Dette gjør selvsagt at helse- og omsorgstjenestene i realiteten ikke er i stand til å leve opp til kvalitetsgarantier. Nær sagt alle vi har intervjuet understreker at deres ufaglærte kolleger gjør en meget god innsats, men at fraværet av fagkompetanse er veldig merkbar i de fleste arbeidssammenhenger. Som vi skal vise i andre deler av denne rapporten, bekreftes dette av observasjonene vi har gjort i våre feltarbeid. Det systematiske fraværet av tilstrekkelig faglært arbeidskraft gjør at kvaliteten på tjenestene ofte er gjennomgående lav og varierende, samtidig som den medfører at forsøk på å forbedre kvaliteten ofte framstår som urealistisk og endog uønsket.

Eksempel 20

Medisinene blir som regel gitt av den pleieren som har ansvar for pasientene. Hvis en av dem ikke har medisinkurs eller av en annen grunn ikke kan gi dem, tar en annen over og deler kanskje ut medisiner til åtte pasienter. Medisintralla står på stua, og alle går frem og tilbake og henter ut medisiner til sine pasienter fra multidoseposene (det er poser som kommer ferdig fra apoteket med navn, klokkeslett og hvilke medisiner som er i posen). Det er altså mange som har ”ansvaret” for medisindelingen, men hvis det blir gjort en feil er det sykepleieren som har ansvaret. En illustrasjon: En av avdelingens pasienter fikk penicillin på grunn av lungebetennelse. Den siste dagen i kuren fulgte vi hjelpepleieren som skulle gi henne medisinene. Hun delte ut penicillintabletten – den siste tabletten i kuren – til frokosten. Hun så på medisinkortet at dette var siste dagen i kuren. Etterpå kryss-signerte hun med en annen hjelpepleier. På denne måten sjekket de om medisinen er glemt, men ikke om pasienten faktisk har fått den. I avdelingen er det to sykepleiere. Den ene av dem skulle skrive rapport og var usikker på om pasienten hadde fått penicillintablettene sine. Hun ringte til hjelpepleieren som hadde gått fra jobb, og lurte på om hun hadde gitt penicillintabletter til middag. Det hadde hun ikke, for det var ikke middagsmedisiner i multidosen. Sykepleieren forklarte at denne pasienten skulle fortsette med disse medisinene ut dagen, for så å begynne med en annen type antibiotika fra neste dag. Derfor måtte hun gi medisinene (fra medisinskapet) noe forsinket til denne pasienten. Dette var noe sykepleieren visste, fordi hun hadde kommunisert med legen – trolig hadde hun vært til stede da han bestemte hva som skulle gis. Hjelpepleieren gjorde slik hun hadde fått beskjed om, men likevel ble det feil. Eksempel 20 viser hvordan feil oppstår når personer med begrenset ansvar og kunnskap om medisiner har ansvar for medisindelingen. De handler riktig ut fra pro-

sedyrene, men feilen kan likevel oppstå. Deres oppgaver er å telle medisinerne og se om det stemmer med medisinkortet, og de har ikke noe helhetlig ansvar. Kvalitetssikringen kan vanskelig bli bedre enn dette, gitt de rammevilkårene som anses som gode nok for pleie- og omsorgstjenestene.

Vi skal her se nærmere på hvordan ansatte selv vurderer konsekvensene av at tjenestene er så avhengig av ufaglært arbeidskraft. I noen tilfeller dreier det seg om ansatte som har tilegnet seg realkompetanse som er direkte relevant, nødvendig og egnet, og som følgelig lever opp til kravene om tjenestekvalitet. Men i langt de fleste dreier det seg om en arbeidskraft som verken har kompetanse eller motivasjon nok til å leve opp til det nødvendige faglige nivå.

Nå er det slik at ufaglærte må opplæres/kurses, for at de skal bli handlingsdyktige, men vi makter knapt å følge opp. Vi er avhengig av kompetanse for å kunne utføre arbeidet, men vi greier ikke å sørge for den.

Konsekvensen av dette er i beste fall at tjenestene får enkelte ”hull”; at det skapes enkelte mindre brudd på kvaliteten. Langt vanligere er det at avhengigheten av ufaglært arbeidskraft er så stor at tjenestene faktisk må tilpasses denne, snarere enn omvendt. Vi understreker for sikkerhets skyld at vi ikke ønsker å moralisere, og ikke på noen måte kritisere den betydelige innsatsen som gjøres av ufaglært personell. Vi diskuterer her kompetansens betydning helt uavhengig av det faktum at ufaglærtes innsats rent faktisk er uvurderlig.

Sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere vi har intervjuet påpeker at de – i tillegg til å gjennomføre sine egne oppgaver – som regel må gå ufaglærte kolleger oppgaver etter i sømmene, slik at mulige problemer kan forebygges og den usikkerheten de selv føler kan holdes i sjakk.

Det er mange ufaglærte involvert, og det blir ikke så stabilt som det burde være på en skjermet enhet. Det er mye mer stressende å jobbe med ufaglærte, for det blir mer ansvar og mye mer usikkerhet.

Noen ganger blir det brukt veldig mye energi på å fortelle andre hvordan ting skal gjøres. Nå håper vi å beholde de ressursene vi har, ellers rakner det helt.

En hjelpepleier understreker at det ikke er lett å korrigere andre, for eksempel ansatte som åpenbart ikke er motivert eller som bare snakker om ting som angår ansatte, mens beboerne blir tilhørere. Da gir hun helst et hint. ”Synes du vi snakker bare om oss selv nå, Trine?”

Mange opplever at arbeidet de utøver preges av faglig forvitring og en slags faglig ”ensomhet”. Ofte er det ingen å diskutere faglige problemstillinger med, selv når behovet for dette er akutt.

Du har ingen andre å diskutere med. Og bakvaktene hender at vi ikke får tak i. Det har gått, men en blir veldig trøtt av det. Jeg sier at vi må være to faglærte på jobb!

Det er FANTASTISK å jobbe sammen med faglærte, men det er unntak.

En annen svært vanlig erfaring er at ufaglærte ikke nødvendigvis er sosialisert inn i det profesjonelle normsystemet som bidrar til at kvalitetsorienteringen gjøres systematisk og kollektiv. Interessant nok viser det seg at der denne sosialiseringen ikke skjer, blir kvaliteten ikke bare et produkt av enkeltindividers valg; den blir i høy grad preget av de som har lavest ambisjoner. Dette er ikke nødvendigvis overraskende, siden kapasitetspresset i tjenestene alltid gjør pragmatiske valg attraktive og nødvendige. Det viktigste er imidlertid at ethvert ønske om høyere og felles faglige standarder både krever faglig autoritet og et minimum av direkte kunnskapsoverføring og koordinering. Det er interessant å merke seg at ledere i sykehjem og hjemmetjenester i de kommunene vi har undersøkt i liten grad stiller krav til ufaglært arbeidskraft når det gjelder hvilke kvalitetsstandarder de skal leve opp til og hvordan. En slik oppgave er uhyre krevende, men konsekvensen av å ikke ”løse” den er dramatisk: lederes primære oppgave blir ofte å ”få tak i folk” og få løst de viktigste oppgavene, mens faglige forventninger underkommuniseres fordi de risikerer å bli altfor forpliktende. Her er noen uttalelser fra EVUK-studenter om det å arbeide sammen med ufaglærte:

Det er mange små stillinger, og de får ikke alt med seg – og er ikke lojale til det som er bestemt. Holdningen kan bli: ”jeg er her så sjelden, så jeg gjør som jeg vil”.

Noen er snille og flinke og har aldri problemer med å gjøre noe. Et problem at noen er vanskelige og noen er flinke.

Det er ikke til å unngå at standarden brytes. Det kan være hendelige uhell, eller at ufaglærte som er gamle i tralten gjør ting på sin måte. Det er de som ”bevisst” bryter standarden – som oftest. Det burde være en langt mer omfattende opplæring av de nytilsatte ufaglærte.

Det er vanskelig å si fra fordi de ikke alltid skjønner de faglige begrunnelser for å gjøre det annerledes, og de vet ofte ikke at de bryter standarden fordi de gjør det som de har gjort det tidligere. Selv om de trekker på private kunnskaper i å ta vare på barn o.l., er det mange situasjoner hvor de private

kompetansene ikke strekker til. Hvis det påpekes, kan de bli såret eller sure. Det er en hårfin balanse.

De ufaglærte kan jo klare stell, men det handler jo om sjuke folk og noe mye mer. De ser jo ikke på symptomene. De er flinke, men det handler om å kunne se og å prioritere. Vi har av og til fått et inntrykk av at det ikke spiller noen rolle. Vi føler oss som et B-sjukehus, og i sjukehus er det jo fagfolk. Vaktene er korta ned for at det skal være mer effektivt. Ufaglærte tar til takke med det; de tar jo hva som helst. Vi får ikke tid til å samles.

En pasient med slag satt i en stol med en pute under armen. Puta ble tatt vekk av en uvitende ansatt. Sånt er jo farlig! Det er viktig at alle gjør ting på samme måten overfor samme pasient. Ufaglærte kan være flinke, men de legger ofte størst vekt på å være "effektive" og "flinke". Det dreier seg om å være i stand til å SE etter ting. Man vet ofte ikke nøyaktig hvor mye ufaglærte vet og ikke vet om dette, men det er problematisk å fortelle dem alt og undervise dem hele tiden!

3.2.3 Oppsummering

Det politiske perspektivet på velferdsstatens "indre liv" gir oss en viss analytisk mulighet til å forstå hvorfor helse- og omsorgstjenestene – spesielt spørsmål om kvalitet, kompetanse, tjenestestandard og kostnader – framstår som kontroversielle. Med "kontroversielle" mener vi altså at det mangler en standard for kvalitet som det er mulig å henvise til, slik at alle involverte parter i prinsippet kan ha en mening om den og så tvil om de ansattes faglige vurderinger av kvalitet. Velferdsstatens dilemma aksentueres nettopp her, og de to motsetningsfylte formålene – avgrensning og grensebrytning (dvs. å oppsøke og imøtekomme flere og mer omfattende behov) – blir knyttet til makt og interesse. Måten makten anvendes for å definere grenser på, og måten ulike interesser blir toneangivende og retningsgivende på varierer mye, men uansett vil vår mulighet til å forstå helse- og omsorgstjenestenes vilkår være avhengig av en viss innsikt i hvordan dette foregår. I de aller fleste tilfeller vil helse- og omsorgssektorens ledere være en viktig referanse for både kommunestyret og de ansatte tjenesteyterne. For førstnevnte vil evnen til å forholde seg lojalt til budsjettet være avgjørende. For sistnevnte vil det snarere være evnen til å skape muligheter til å forvalte kvalitetsstandarder. Uansett vil vedkommende ha som en av sine viktigste oppgaver å administrere relativ uforutsigbarhet.

Parallelt med denne interne, kommunale spenningen eksisterer ulike krav fra eksterne myndigheter. Også disse er motsetningsfylte, og også i relasjon til disse er det helse- og omsorgstjenestenes oppgave å integrere og harmonisere dem. Stortinget

og regjeringen – den sentrale stat – krever universell orientering og budsjettkontroll samtidig, men opprettholder en svært åpen definisjon av kvalitet og unngår å spesifisere hva som skal til for å sikre den. Denne definisjonen er det tilsynsmyndighetenes ansvar å forvalte. Gjennom det siste tiåret har vi sett en klar økning av Statens Helsetilsyns påpekning av brudd på kvalitetsstandarder i kommunale helse- og omsorgstjenester (Helsetilsynet 2003, Andersen og Eidset 2003, Riksrevisjonen 2009). Adressaten er ikke først og fremst den sentrale stat, men lokale myndigheter og i noen grad de enkelte tjenesteutøverne i kommunene. En tydelig tendens er at representanter for den sentrale stat allierer seg med denne formen for institusjonalisert kritikk, slik Stortingets ”verdighetsgaranti” fra 2007 antyder. Dette gir etter vår oppfatning en interessant indikasjon på det vi kan kalle kompetansens og faglighetens politiske økonomi. Myndigheten til å definere hva kvalitet i realiteten skal bety, blir stadig mer kontroversiell, men et stadig viktigere spørsmål. Alle involverte aktører ser ut til å ønske å definere kvalitetsstandarder så høyt som mulig. Når virkeligheten ikke alltid stemmer med det kartet som tegnes på denne måten, oppstår faktisk til dels sterke konflikter om retten til å *unngå* å ta ansvaret for den standarden som faktisk eksisterer.

Eksempel 21

Enhetslederen forteller at hun har fem ansatte over 60 år. De har krav på en ekstra ferieuke. Når hun forteller lederen sin at hun trenger ekstra penger for å kompensere for dette, får hun følgende beskjed: ”Du må holde deg innenfor budsjettet!”. Når hun sier at dette ikke er mulig dersom hun skal gjennomføre fem ekstra ferieuker, får hun beskjed om at ”Det må du!”. Den eneste løsningen er derfor å la de fem over 60 få ferie uten at det leies inn vikar. Hun har ikke funnet noen annen løsning enn å la avdelingen gå med mindre bemanning i de aktuelle ukene. De som skal ha sin ekstra ferieuke tar den med en emmen smak i munnen.

3.3 Det kulturelle perspektivet

Velferdsstaten er ikke et produkt av en avstemt konsensus, men et foreløpig sluttresultat av omfattende interessekonflikter, kompromisser og eksperimenter i et felt med en usedvanlig kompleksitet. Utfordringene den opprinnelig sto ovenfor, og betingelsene den var underlagt, har endret seg gradvis. For eksempel var velferdsstatens tidlige fase mer enn noe annet en kamp mot problemer som rammet befolkningen ”utenfra”, framfor alt fattigdom, sykdom og avhengighet. Forholdet mel-

lom midler og mål var relativt enkle, og opplevelsen av mer eller mindre kontinuerlig forbedrede livsvilkår skapte en politisk kultur der den tillitsfulle forventningen om at morgendagen sannsynligvis ville bli bedre for de fleste, dominerte. Etter hvert har bildet blitt mer komplisert. Velferdsstaten har utviklet et ambisjonsnivå, et kostnadsnivå og en kompleksitet som gjør at forholdet mellom midler og mål er langt mer kontroversielt og usikkert, og hvor det komplekse systemet som det politiske og administrative apparatet utgjør, skaper sine egne problemer. På ett nivå er det imidlertid klart at enigheten er svært sterk og bildet ukomplisert: Ønsket om at det offentlige skal yte flere og bedre velferdstjenester på universell basis er i all hovedsak ubestridt. Like ubestridt synes forventningen om at tjenestene skal garanteres den enkelte bruker å være. Dette etablerer meget viktige forutsetninger for måten norske kommuner håndterer det kompliserte grenseproblemet på. Velferdsstatens politiske visjon betraktes ikke først og fremst som en ideologisk konstruksjon og en drøm. Kommunenes mandat oppfattes av de aller fleste som svært konkret, og forventningen om at visjonen snarere er å betrakte helt bokstavelig blir faktisk forsøkt fulgt opp. Dette er et svært viktig premiss i forståelsen av velferdsstatens virkemåte. Et vesentlig kjennetegn ved statlig politikk i mange deler av verden er at staten nyter liten tillit både blant de som arbeider i den og de som forholder seg til den utenfra. Dersom tilstrekkelig mange begynner å anta at statens formål ikke må tas bokstavelig, siden de nødvendige ressursene ikke bevilges, blir den automatisk avgjørende svekket.

Eksempel 22

Krav om lojalitet er ofte eksplisitt uttalt fra ledelsen. Det er ikke lov å gå ut offentlig og fortelle om dårlige forhold på institusjonen. Ved en avdeling fikk de ansatte også beskjed om å ikke fortelle pårørende når bemanningen reduseres ved sykdom. Når de opplever at pårørende lurer på hvorfor det tar så lang tid før moren deres får hjelp, skal de ikke si at det skyldes for dårlig bemanning. De pålegges å kompensere dobbelt for at kommunens ledelse ikke prioriterer tjenestene. Ikke bare må de må jobbe for to – de må også påta seg ansvaret for konsekvensen for pasientene og for at pårørende ikke skal merke noe. Sier de noe, slås det ned på og betraktes som et lojalitetsproblem og et etisk problem.

Den norske velferdsstatens viktigste forutsetning er uten tvil befolkningens tillit til at det velferdspolitiske prosjektet er ønskelig og mulig, og at den delegerte myndigheten faktisk forvaltes ansvarlig. Hvordan har det vært mulig å etablere en så sterk tillit, og hvordan arter denne tiliten seg i praksis? Historisk hviler den norske staten på flere interessant, særegne forutsetninger. Den var i utgangspunktet både svak og

samtidig tilgjengelig for organiserte politiske interesser (Sejersted 2007, Sørensen & Stråth 1997). Statens relative svakhet skyldes at den ikke først og fremst var et redskap i sterke, tradisjonelle elites hender, men snarere en institusjon som demokratiske krefter fikk mulighetene til å forme i sitt eget bilde. Disse demokratiske kreftene var heller ikke først og fremst en elite, men godt organiserte folkelige bevegelser som fikk uvanlig sterk innflytelse og offentlig liv i sin alminnelighet. Disse bevegelsene valgte ledere som kunne garantere flertallsinteressene, og da disse lederne trådte inn i statsbærende verv fikk de en enestående bindeleddsfunksjon mellom staten og befolkningen (Sejersted 2007, Selle 2008). Den sterke, og tilsynelatende naive tiltroen til at folkevalgte, byråkrater og profesjoner faktisk ivaretar fellesinteresser snarere enn å være opptatt av å tilegne seg dem og mele sin egen kake, henger nært sammen med dette. Tidlig gjorde tilstrekkelig store deler av befolkningen seg den erfaring at en ekspanderende stat faktisk kunne spille en viktig rolle i å skape en bedre framtid for de fleste. Derfor har det vært en viktigere frihetsambisjon for befolkningen i Norge å få tilgang til gode statlige tjenester enn å beskytte seg mot statlig makt og dominans (Trägårdh 1997, 2008).

Velferdspolitikken utgjør en av de desidert viktigste mulighetsbetingelsene for denne utviklingen, av mange grunner. Den mest åpenbare var at ambisjonen om økt velferd har vært den mest sentrale motivasjonen for politisk deltakelse, og samtidig en naturlig måte å forene brede folkebevegelser med statlig politikk på. Staten kunne bygge på og videreføre gjensidighetsrelasjoner, forpliktelser og forsikringsordninger som solidariske nettverk og organisasjoner allerede hadde etablert. Dernest var velferdspolitikken en særlig godt egnet måte å realisere likhetsidealer på, samtidig som dens universalistiske innretning paradoksalt nok gjorde statens oppgave ekstremt enkel og dermed ukomplisert legitim. Når alle gis tilgang til attraktive tjenester, og klassestrukturen i et samfunn ikke gir grobunn for intenst hat og mistenksomhet knyttet til statusen ”verdige trengende”, er velferdspolitikken sterkt solidaritetsfremmende. Den er også et godt utgangspunkt for byråkratisk effektivitet og målrealisering fordi den krever så liten kontrollerende innsats. Endelig er universalistisk velferdspolitikken en ypperlig måte å imøtekomme frihetslengsel på overfor en befolkning som individuell autonomi verdsettes svært høyt. Statlige velferdstjenester er godt egnet til å gjøre enkeltindividene uavhengige, og bidrar således avgjørende til likestilling i vid forstand. Den skaper ikke nødvendigvis likhet, men et minimum av de ressurser som skal til for å være uavhengig og å skape et anstendig

og verdig liv. Kombinasjonen av individuell autonomi som politisk ideal og aksept for en sterk stat er på ingen måte et universelt fenomen (Trägårdh 2008, Selle 2008).

Det er flere kulturelle forhold som gjør at universalistisk orienterte velferdsstater knapt finnes utenfor Norden. En av de viktigste er kanskje at idealet ble avgjørende svekket av økonomiske krisetendenser som begynte å ramme de rike landene på 1970-tallet. Selv om den nordiske velferdsstaten hviler på mange andre forutsetninger enn statlige velferdstjenester, er det ingen tvil om at disse krever en sterk politisk vilje til å finansiere svært kostnadskrevenne tjenester. Denne viljen er avgjørende svekket i vestlige land; også i Danmark og Sverige. Norge er den eneste utbygde velferdsstat som knapt har hatt en debatt om hvordan ambisjonene av økonomiske grunner skal nedjusteres. Den velferdspolitiske optimismen har tvert i mot stadig vokst og fått ny ideologisk tyngde. Eldreomsorgen er utvilsomt det beste og klareste eksemplet på dette. På dette området er den moralske dimensjonen ved velferdspolitisk universalismen desidert sterkest. Alle politiske partier går til valg på ambisjonen om å skape en langt mer verdig eldreomsorg for alle, i statlig regi. I et historisk og sammenliknende perspektiv er det interessante ved dette at det aldri har vært forsøkt før. Samtidig vet vi svært mye om hvilke særegne betingelser som har gjort velferdsstaten til en enestående suksess.

Disse betingelsene er i ferd med å endre seg, og det er derfor grunn til å stille spørsmålet om hvordan dette vil påvirke den omfattende veksten i velferdsstatens forpliktelser. Problemene i dagens kommunale helse- og omsorgstjenester er så store at det er absolutt nødvendig å betrakte dem som et uttrykk for den norske velferdsstatsmodellens virkemåte, snarere enn som symptomer på lite hensiktsmessige organisasjonsmodeller, dårlig kommunal styring eller liknende. Vi skal ikke her pretendere å identifisere alle betingelsene for velferdsstatens utvilsomme suksess, men nærme oss dem via følgende spørsmål: hvordan kan helse- og omsorgstjenestene bli så gode som de skal være?

3.3.1 Velferdsstaten er lokal

Storting og regjering har som sagt langt på vei overtatt rollen som velferdsstatlig veiviser og tjenestemottakernes partner og beskytter (Fimreite 2003, Østerud, Engelstad og Selle 2003, Vike 2004). Dette er ikke overraskende, men det reiser spørsmålet om hva det betyr at dens viktigste fundament i hele oppbyggingsfasen

var kommunene, det vil si lokalpolitikken og lokale allianser mellom politisk ansvar og tjenesteutøvere. Norske kommuner har i hele sin levetid vært velferdspolitiske stifinnere og bygget politiske kompromisser og allianser på lokalt tilgjengelige ressurser (og i stadig større grad statlige overføringer). Kommunenes velferdspolitiske lovnader overfor kommunens befolkning har dermed selvsagt vært tett forbundet med det praktisk mulige. Norske kommuner er små nok til at politikkenes resultater kan avleses forholdsvis enkelt av de fleste. Samtidig har kommunene vært sterke nok til at de politiske alliansene som har vært skapt der har hatt stor innflytelse på statlig politikk. Dermed har de inntil nylig unngått å bli henvist til en iverksetterfunksjon for sentralt definerte mål. Det er atskillig grunn til at alt dette har bidratt til å sikre at kommunenes interesse i å realisere velferdspolitiske mål har vært sterk. De har jo i høy grad vært deres egne. Dette har hatt stor betydning for forvaltning av politisk ansvar. Når det har oppstått ubalanse i forvaltningen av politisk ansvar, har det vært mulig for kommunene å korrigere både sin egen og statens velferdspolitiske kurs. Ansvaret har vært organisert slik at det har vært mulig og interessant å lære av egne feil.

Særlig viktig i denne sammenhengen er den kommunale autonomiens troverdighet. Lokalpolitiske myndigheter har vært forpliktet på en helt annen måte enn nasjonale politiske eliter, og de har blitt holdt mye mer direkte ansvarlige av lokalbefolkningen. Deres troverdighet og tillit har dermed vært svært direkte knyttet til deres evne til å øve innflytelse over forpliktelser og ressurser. Lokale folkevalgte uten relativ autonomi mister evnen til å begrunne sin virksomhet, og deres begrunnelser vil etter hvert miste betydning. I det øyeblikk kommunene iverksetter en politikk som ikke lenger er deres egen, kuttet båndene mellom befolkningen og deres lokale representanter. I en slik situasjon er ikke hovedproblemet at den politiske tilliten blir redusert, men at den ikke lenger nødvendigvis spiller noen rolle. Velferdspolitikk blir da en relasjon mellom bestiller og utfører, og mellom selgere og kunder.

Eksempel 23

En politiker – uten spesiell kompetanse eller erfaring fra pleie- og omsorgssektoren – har foretatt en studie av turnusplanene. Han har funnet ut at bemanningen innebærer at det er en person mindre på arbeid i avdelingen i helgene. Han trekker den slutning at avdelingen derfor også bør kunne klare seg med en mindre i resten av uka. Han hadde ikke fått med seg at det skjer mye ekstraarbeid i ukedagene, for eksempel dusjing av pasienter, men mente han var grundig nok informert til å gå til

kommunestyret med saken. Der fremmet han forslag om å gjennomføre reduksjoner tilsvarende ett årsverk. Kommunestyret vedtok forslaget.

Kunder har ikke behov for å forholde seg til fordelingen av godene; bare til at de selv får godene til rett pris. Med andre ord: undergravingen av lokaldemokratiet kan gi kortsiktig gevinst ved at kommunikasjonen mellom nasjonale politiske eliter og enkeltindividet gjøres direkte. Politisk tillit knyttes direkte til velferdspolitiske garantier. Den langsiktige effekten ser imidlertid ut til å være alvorlig. Kommunenes evne til å anvende ressurser fleksibelt reduseres, og deres tillit i lokalbefolkningen gjøres irrelevant. I vårt studium av EVUK-prosessen har vi blitt slått av at de fire kommunestyrene har virket påfallende fraværende i relasjon til all den bekymring som har blitt skapt i de respektive lokalsamfunnene. Hvorvidt dette skyldes at de ikke fester lit til alle bekymringsmeldingene, at de har resignert eller har for lite kunnskap, er vanskelig å fastslå. Vi har observert flere eksempler på at alle de tre forklaringene er rimelige.

3.3.2 Velferdsstaten hviler på kvinners arbeid

De nordiske landene anerkjennes for sin likestillingsorienterte politiske kultur. Velferdstjenester er en sentral bestanddel i dette, på to avgjørende måter.

For det første innebærer det store utbudet av gode tjenester en mulighet for kvinner til å realisere selvstendige karrierer i yrkeslivet, uten at dette nødvendigvis vil måtte eliminere muligheten for familieliv (med barn), slik situasjonen er i så mange andre vestlige land (Esping-Andersen 2002).

For det andre utgjør offentlig sektor i den norske velferdsstaten et uhyre viktig arbeidsmarked for kvinner. Konsekvensene av dette har ofte blitt grovt undervurdert. Det understrekes overraskende sjelden at velferdsstatens mest omfattende og krevende tjenester nærmest utelukkende ytes av kvinner, og konsekvensene blir ofte ignorert til tross for at velferdsstatens framtid helt og holdent hviler på denne arbeidskraftens spesielle tilpasning til arbeidsmarkedet. Det er ingen andre kompetanseintensive virksomheter i det moderne arbeidsmarkedet der det stilles spesifiserte krav til kvalitet men ikke til kompetanse; til mengden av tjenester som skal leveres men ikke til antall ansatte som skal yte dem – og til at de ansatte gis hovedansvaret for å dokumentere at kvalitetsstandarder eventuelt brytes.

Disse spesielle forholdene er ikke spesielt overraskende eller vanskelig å forstå. Helse- og omsorgsoppgavene har inntil relativt nylig vært velferdsstatens randsoneoppgave og langt svakere regulert enn andre sektorer. Kontrasten til grunnskolen og barnehager er slående, og viser at helse- og omsorgssektoren i Norge har blitt unndratt gjennomgående modernisering. Dersom myndighetene skulle stå til ansvar for at man faktisk ikke har oversikt over antall barn som kan forventes å fylle barnehager og skoler i årene som kommer, ville det fått alvorlige konsekvenser for politisk tillit, og befolkningen ville åpenbart ha oppfattet det som en politisk skandale. Men dette skjer faktisk i norsk eldreomsorg, og selv om det åpenbart er et stort problem, gjøres lite for å bøte på det. Det samme gjelder mangelen på kompetanse og personell.

Dette problemet har vært svært stort i svært mange år, og det er ingen tvil om at det har bidratt avgjørende til at nivået på tjenestene har vært langt lavere enn det som er forutsatt. Det er heller ingen tvil om at problemet kunne vært løst dersom det hadde vært sterk politisk vilje til det. Men styrken i denne viljen er nært forbundet med bevisstheten om at det kvinnelige omsorgsreservoaret i helse- og pleieyrkene – i et sammenliknende perspektiv – ikke er særlig opptatt av å definere betingelsene for ytelsene de bidrar med. Sykepleiere og hjelpepleiere ”klager” riktignok dersom de må arbeide sammen med et stort flertall av ufaglærte og samtidig være personlig ansvarlig for at pasientenes rettigheter innfris, men de gjør lite for at administrative ledere og politiske myndigheter skal dele ansvaret de dermed påtar seg. Politikere og ledere vet selvsagt dette, og at det bidrar avgjørende til å sikre den fleksibiliteten velferdsstaten har blitt så avhengig av.

Eksempel 24

Stine har 75 % stilling og har søkt om å gå opp til full stilling. Hun tar mange ekstravakter. Da hun søkte om å gå opp til full stilling, sa lederen hennes: ”Vil du virkelig jobbe full jobb som omsorgsarbeider?” Hun svarte ja på det spørsmålet. Lederen mente at en kvinne i hennes alder ikke ville orke å jobbe lenge i full stilling i et så hardt yrke. ”Jeg nekter å godta at det å jobbe full jobb som omsorgsarbeider for tungt”, understreker Stine. Av økonomiske grunner har hun behov for tryggheten en full stilling representerer.

Det særegne med helse- og omsorgstjenestene tydeliggjøres framfor alt av at politiske myndigheter og administrative ledelsesnivå på avstand og i prinsippet når som helst kan endre rammebetingelsene for tjenesteutøverne, og på den måten øke verdiskapingen, samtidig som de rettighetsfastsetter høyere kvalitet. Helse- og om-

sorgstjenestene tilfredsstillende alle kriterier på en produksjonsform der prisen på arbeidskraften og kontrollen over merverdien i all hovedsak er i eiernes hender. At dette nærmest perfekt korresponderer med kjønn, er en av velferdsstatens klareste, statistiske sannheter – men har så langt bekymret overraskende få.

3.3.3 Velferdsstaten avhenger av tillit

Den ofte uttalte forestilling at velferdsstaten er ineffektiv og byråkratisk, er etter all sannsynlighet feilaktig (Vike 2004). Dens ansvarsområde er så omfattende, så vanskelig målbar, så kompleks og så avhengig av personlige og tette relasjoner at den ville vært utenkelig uten en veldig høy grad av autonomi og tillit blant dem som yter tjenester, administrerer sektorer og tar politiske avgjørelser. Denne tilliten bidrar til at transaksjonskostnadene i velferdsstatens lokale nivå – i kommunene – har vært uhyre små. Det har for eksempel ikke vært nødvendig å føre omfattende tilsyn med hvordan aktørene opptrer, for de fleste har vært overbevist om den tillit de nyter har vært fortjent. Vi var tidligere inne på den sterke politiske optimismen som har preget norsk politisk kultur. Den henger nært sammen med at politikk og organisering av offentlige goder utviklet seg i en atmosfære av en mindre utbredt mistenksomhet enn det man med rimelighet kunne forvente i et anonymt masse-samfunn. Men vi vet at den norske velferdsstaten ble utviklet i en politisk-kulturell kontekst der økonomisk vekst og en bedre framtid for de fleste dominerte folks erfaring, hvor politikk brakte enestående suksesser, hvor det nasjonale samholdet var uvanlig sterkt, og hvor likhetsambisjonen – av grunner vi beskrev ovenfor – var relativt ukomplisert og på en enestående måte pragmatisk og samtidig en emosjonelt kraftfull fellesideologi. Forholdet mellom befolkning og lokale politiske representanter var tett, og politisk elitisme – som er den vanligste måten å undergrave politisk ansvar på – var i denne konteksten nærmest umulig. Sterk tillit er en effektiv erstatning for omfattende formelle kontrollsystemer fordi det blir attraktivt å leve opp til andres forventninger, samtidig som sterk tillit ofte skaper betydelig aksept for at problemer løses best og mest kreativt av dem som står dem nærmest (Anderson 1996).

I hele den velferdsstatlige ekspansjonsfasen i etterkrigstiden har autonomi stått svært sterkt så vel politisk som faglig. Kommunene beholdt lenge en stor grad av selvstendig rolle i relasjon til staten, og kommunenes tjenesteytere nøt det samme forholdet til kommunens politiske og administrative ledelse. Dette hang logisk

sammen med at den sterke ekspansjonen skapte en sterk framtidsorientering som fikk stor innflytelse på oppfatning av situasjonen her og nå. Velferdspolitikken har alltid ligget etter sine egne mål. Avstanden mellom høye mål og hva man er i stand til å få til her og nå var akseptabel fordi de fleste visste at de var på rett vei. Det innebar samtidig at lokalpolitikere og tjenesteutøvere i liten grad ble holdt ansvarlig at den sentrale stat (Storting, regjering, departementer og tilsyn) for det de ikke hadde ressurser og kompetanse til å realisere. Tvert i mot var det mulig for kommunene å justere statlige ambisjonene når fristelsen til å omgå lokaldemokratiet og gå med urealistiske lovnader direkte til velgerne ble stor. Det samme gjaldt tjenesteutøverne, for eksempel i eldreomsorgen. De nøt godt av atskillig autonomi og kunne bruke faglige argumenter til å justere kommunal politikk, for eksempel når det oppsto ubalanse i forholdet mellom ansvarsmengde og kompetanse. Slike korrigeringer ble i praksis ofte gjennomført ved hjelp av kommunens særpregede administrative kultur. Kommunen var organisert i sektorer, og sektorene hadde ofte sine forsvarere som så det som sitt ansvar å gjøre sine ledere oppmerksom på problemer, mangler og utfordringer. Også disse nøt stor autonomi – på samme måte som lokalpolitikere i hovedutvalgene (Vike 1996). Som vi vet er denne kommunale, kulturelle tradisjonen i all hovedsak avvirket, og av mange betraktet som primitiv og uhensiktsmessig. Vi tar ikke stilling til denne vurderingen, men for våre formål er det ett forhold som er av avgjørende betydning i denne sammenhengen. Avviklingen av kommunal, faglig og administrativ autonomi har etablert forutsetningene for en omfattende sentralisering. Dette gjør det sannsynligvis langt vanskeligere enn før å korrigere ubalanse mellom nivåene og mellom politikk, økonomi og tjenestekvalitet. Ett eksempel fra eldreomsorgen illustrerer hva vi sikter til her. Tjenesteutøverne – det vil si de som faktisk har kompetanse – er personlig ansvarlig for å utøve et tjenestenivå som er definert av andre. Muligheten for å justere manglende samsvar mellom ressurser (kompetanse inkluderer) og tjenestenivå er avhengig av at overordnede nivå velger å ikke se slike forsøk som lojalitetsproblem. Korrigeringsmuligheten er altså gjort helt avhengig av dem som i mange situasjoner har minst interesse av korrigerings, og som selv kan avgjøre hvem som skal bære ansvaret for problemer som oppstår.

Introduksjonen av formelle kontrolleringsystemer – gjennom et omfattende apparat av registreringer og aggregerte indikatorer – må ses i dette lyset. Disse erstatter ikke nødvendigvis tillit, og de er ikke nødvendigvis upresise; problemet er snarere

at de gjennomgående er helt ubrukelige for å justere negativ kvalitetsutvikling dersom beslutningstakere som befinner seg på stor avstand ikke er spesielt opptatt av det. Vi mener selvsagt ikke her å så tvil om administrative lederes, lokalpolitikeres og den sentrale stats interesse og motivasjon. Men når den situasjonen og dynamikken vi har beskrevet her forstås innenfor rammen av velferdsstatens økende kapasitetsproblem, ser vi at introduksjonen av mekanismer som bidrar til å relativisere kvalitet ikke er tilfeldig. Kvalitet vil måtte koste, og i offisiell norsk politikk beskrives den som en trussel mot økonomien og det kommunale selvstyret. Vi har lenge visst at norsk eldreomsorg har et desperat behov for økt kompetanse, og at det ikke nødvendigvis er vanskelig å forbedre situasjonen. I skrivende stund ser det ut til å herske en sterk, tverrpolitisk enighet om at dette er nødvendig, og at det haster. Samtidig gjøres ingen avgjørende grep for å endre det faktum at ufaglærte dominerer sektoren, eller for å gjøre den gjennomgående kvalitetssvikten til et politisk problem. Det er en sterk og tydelig tendens til at der avgjørelsene tas, er fagfolks definisjon av virkeligheten påfallende fraværende. Dette kan blant annet henge sammen med måten erfaring om norsk eldreomsorg genereres på:

Pasientregistreringsprogrammet IPLOS er innført i alle kommuner. Ikke alle har fått gjennomført registreringene og skrevet tiltaksplan ennå. IPLOS er tenkt som et verktøy for å måle pleietyngde og arbeidsmengde, men i skrivende stund er det flere daglige oppgaver som ikke kan føres inn i IPLOS:

1. Tid til administrering, planlegging og samordning av oppgaver (for eksempel føring av IPLOS, Gerika, med mer).
2. Tid til faglige møter
3. Konkrete arbeidsoppgaver i avdelingen – skyllerom, lintøy, med mer.
4. Mange synes det er vanskelig å føre opp ”problemer” under kategoriene ”sosialt” og ”åndelig” fordi det oppleves som mye vanskeligere enn de konkrete fysiske problemene. De ansatte synes det er vanskelig å formulere problemer knyttet til pasienter som er vanskelige å håndtere, eller pårørende som krever mer enn de ansatte har mulighet til å imøtekomme. Dersom disse kategoriene skal dokumenteres og være med som grunnlag i tidsbruksberegningen, må det føres inn på dataen og bli lagret der i ubestemt tid – og med signaturen til den som har logget seg inn. De ansatte synes det er vanskelig og skremmende å formulere seg om slike temaer når det skal kunne leses av pårørende i ettertid.

Eksempel 24

IPLOS-registreringer skal gjøres i samarbeid med pasientene. Pasientens ressurser vurderes i forhold til ADL-funksjoner og gis en score fra 1 til 5 på alle disse funksjonene, der 5 betyr at man ikke klarer noe selv. Nylig var det et program der en

hjelpetrengende funksjonshemmet dame hadde fått tilgang til egne IPLOS-registreringer i ettertid. Hun var sjokkert over at hun hadde fått så høy score fordi hun selv mente hun ikke var så hjelpeløs. I hjemmetjenesten vi fulgte da programmet ble vist, var de ansatte opptatt av å gjøre registreringene i samarbeid med pasientene. Men problemene knyttet til den praktiske gjennomføringen var store. En av de psykiatriske pasientene som bor i en omsorgsbolig, nektet å lukke opp døra hele den uka vi var der. De ansatte fortalte at hun ikke stelte verken seg selv eller boligen. De var bekymret for helsen hennes, som de ikke fikk anledning til å hjelpe henne med. En sykepleier forsøkte å komme inn til henne for å fylle ut skjemaene sammen med henne, men det var ikke mulig å få innpass. Inntil hun var villig til å slippe dem inn og fylle ut skjemaet i fellesskap, fikk de ikke skrevet henne inn i IPLOS. I IPLOS er det mange kategorier som skal fylles ut, blant annet om psykisk tilstand. Sykepleierne som kjenner disse pasientene sier det er svært vanskelig å få pasienter med psykiatriske lidelser til å vurdere sin egen psykiske tilstand. Samtidig har de ikke lov til å fylle ut noe som ikke pasienten selv er enig i. Når man fyller inn de ulike kategoriene i IPLOS, kommer det frem en timeberegning pr uke. Hvis man fyller ut at pasienten trenger full hjelp til å få i seg mat, blir det automatisk beregnet til å innebære for eksempel 3,5 timer i uka. Det er da beregnet ut fra en gjennomsnittlig tid på 10 minutter. Men i praksis tar mating ofte mye lenger tid. Et eksempel er en mann med langt framskreden demens som trenger en time på hvert måltid dersom han skal få i seg et par halve brødskeer. Han sitter med lukkede øyne og lar maten samles opp i munnen. Han tygger og svelger en gang i blant. Familien er naturlig nok opptatt av at han skal få i seg nok mat, og forventer at personalet tar i bruk den tid som er nødvendig. På den samme avdelingen er det flere pasienter som også har behov for at man setter seg ned og hjalp dem med mat – opptil en halv time på hvert måltid. Bare på denne ene mannens hjelpebehov i forbindelse med mat blir det altså flere timers avvik mellom den beregningen som kommer frem av IPLOS - tallene og det faktiske hjelpebehovet. Dersom han skal få hjelp til å få i seg mat og drikke slik familien forventet, og slik han optimalt kunne klare å få i seg, ville de ansatte bruke 21 timer i uken bare på å gi denne ene mannen mat og drikke. I tillegg kommer de 4 andre pasientene som har behov for 20 -30 minutters tid pr. måltid, og det betyr over 10 timer i uken pr pasient. Til sammen vil tiden de ansatte bruker på disse 5 pasientenes måltider være over 60 timer pr uke, mens i IPLOS beregnes det en gjennomsnittstid som ikke fanger opp dette – i høyden en tredjedel. På samme måte er det vanskelig å fange inn i IPLOS de variasjonene som er i tidsbruk i forbindelse med toalettbesøk. Det kan ta fra 10 minutter til 40 minutter.

Velferdsstatens ekspansjon skjedde altså innenfor en politisk-administrativ ramme der sektorsjefer og sektorpolitikere i mange situasjoner forsto seg selv som, og ble forstått av andre som ”advokater for brukerne”. I lokalpolitikken har det vært svært vanlig at folkevalgte har sett seg som i opposisjon til rådmannen og ordføreren i kampen for ”de svake” (Vike 1996). Denne identifikasjon har selvsagt skapt problemer, men dens betydning som kvalitetssikringsmekanisme har blitt oversett. Velferdsstatens mest oppsiktsvekkende suksess er at den faktisk har vært i stand til å yte gode tjenester til de som har det største behovet for dem. Velferdsstaten har ikke først og fremst skapt likhet gjennom omfattende økonomisk omfordeling, men

dens omfattende og lett tilgjengelige tjenesteapparat har maktet å gi svært mange mennesker i marginale livssituasjoner gode vilkår for å leve verdige liv. Denne evnen hviler ikke bare på vilje til å bevilge ressurser, men noe som krever atskillig mer: viljen til å yte gode tjenester i praksis – i relasjonen til tjenstemottakerne. Denne viljen kan ikke tas for gitt, og må anses som en velferdsstatens viktigste kulturelle pilarer.

For å illustrere dette så tydelig som mulig, kan vi sette oss inn i tjenesteutøverens situasjon. Tjenester til svært hjelpetrengende mennesker kan lett gjøres langt dårligere enn ønskelig uten at noen nødvendigvis merker det eller vil eller kan gjøre noe med det. En slik strategi virker svært kynisk, og det er ingen grunn til å tro at slik kynisme har eksistert i velferdsstatens førstelinje. Men hvis vi stopper opp et øyeblikk og tar innover oss at mange slike tjenester har svært svake institusjonelle og økonomiske incentiver knyttet til seg, ser vi at å vie mye tid, engasjement og humanisme i en relasjon som kanskje ikke fører til målbare effekter faktisk ikke åpenbart er et rasjonelt valg – spesielt ikke når man står ovenfor en generell misnøye fra arbeidsgivers side om at arbeidet man utfører påfører organisasjonen for høye utgifter. Men slik særlig kommunene har fungert inntil nylig, har de på en bemerkelsesverdig effektiv måte lagt til rette for at nettopp denne innstillingen framstår som rasjonell og attraktiv. I motsetning til de fleste andre moderne organisasjoner vi kjenner, har kommunene gitt livsrom for det vi kan kalle *doble lojaliteter*.

Dette kan forstås som en konsekvens av den erkjennelse at velferdsstatens og kommunens økologi er særegen. De er integrerte deler av sine egne omgivelser. For at de ikke skal "falle for fristelsen" til å etablere grenser til omgivelsene de skal betjene (for eksempel fordi det koster for mye), er de avhengige av at de som arbeider med å oppsøke problemer som kan imøtekommes har høy legitimitet i organisasjonen. Særlig har sosialarbeidere, barnevernkonsulenter og sykepleiere representert denne utskutte funksjonen i kommunene (Lipsky 1980, Vike m.fl. 2002). De har gjort det mulig for lokale folkevalgte å drive aktiv problemsøkende og problemløsende velferdspolitik med høy grad av troverdighet. Og nettopp denne orienteringen har vært et identitetsmerke for de nevnte profesjonene. De har i en viss forstand representert "de svake gruppene" overfor sin egen arbeidsgiver og vært preget av en dobbel lojalitet. Deres erfaringer fra velferdsstatens grenseland har blitt tilskrevet stor betydning fordi lokale folkevalgte visste at deres egne politiske visjoner var avhengig av den. Prisen de folkevalgte betalte var at de enkelte ganger fikk

mindre innsyn enn ønskelig, at de måtte støtte seg på tillit selv når de fant grunn til å tro at den ikke ble ivaretatt skikkelig, og at virksomheten måtte gis rammer som var romslige nok til å kompensere for uforutsigbarhet og tidvis overveldende ansvar.

Det er lett å se at kommunenes evne til å gi gode tjenester er avhengig av at ansatte i førstelinjen ikke er redde for å bruke for mye tid og ressurser på dem. Vi vet at både folkevalgte og profesjonsutøvere kan velge å bli relativt insensitive overfor behov de angivelig skal imøtekomme dersom det ikke lenger følger anerkjennelse med, og/eller krever ressurser ingen er villige til å gi dem. I slike situasjoner etableres uformelle grenser som gjør tjenestene mer utilgjengelige enn før, og som over tid kan legitimeres med ”høy” måloppnåelse, *formelt* sett: alle som makter å overvinne tilgjengelighetsstengslene får dem.

I historisk perspektiv er det symmetriske forholdet mellom velferdsstatens evne til å imøtekomme behov – eller for å si det annerledes: å sikre radikal inklusjon – på den ene siden, og kommunenes og førstelinjefjesjonenes relative autonomi på den andre, svært slående. Det er svært sannsynlig at de to forutsetter hverandre. Men dette forholdet har endret seg sterkt i løpet av de siste tiårene. Grunnen til dette er at kravene til nasjonal standardisering av tjenestene og kravene til ressurskontroll har økt dramatisk. Velferdsstatens kapasitetsproblem har ført til en omfattende sentralisering, og kommunene og profesjonene er i langt større grad enn før utøvere av en politikk som de selv har mindre innflytelse over. Dersom vi antar at den politisk-profesjonelle kulturen som preget velferdsekperimentet første del av etterkrigstiden henger nært sammen med de spesielle betingelsene som skapte den, må vi også anta at denne kulturen nå er i ferd med å endres. I hvilken retning? Studier av profesjonsatferd i andre offentlig sektor-yrker tyder på at fraværet av aktiv grensedragning mot overveldende forventninger bare oppstår i svært spesielle situasjoner, fortrinnsvis i tillitsbaserte systemer der slik atferd støttes av sterk politisk velferdsorientering som ikke undergaves av rammefinansiering. Rammefinansiering kombinert med sterk ekspansjon i kommunenes velferdspolitiske ansvar viser seg å skape doble forventninger overfor tjenesteyterne. Knappe budsjetter undergraver lovpålagte tjenester, men motsetningen desentraliseres og konsekvensene forties svært ofte. Dermed oppstår et sterkt incentiv til uformell grensedragning, siden tjenesteyterne vet at høy kvalitet i realiteten er et sekundært mål.

Men den motsatte tendensen kan også observeres, spesielt i profesjonsutøvelse der det i realiteten er vanskelig å etablere grenser. Dette er situasjonen i mange av helse- og omsorgstjenestene, hvor velferdsstatens ansvar personliggjøres, hvor det er mer eller mindre totalt og hvor det i enkelte situasjonen er direkte umoralsk å unnlate å bryte med de politisk-administrative premissene. Det er ikke moralsk akseptabelt å unnlate å yte god omsorg til hjemmeboende eldre selv om det faktisk ikke er tid nok til å yte dem. I slike situasjoner ser vi relativt tydelig at den tilliten og autonomien som tidligere lå til grunn for velferdsstaten var ytterst effektiv og verdifull. Konsekvensene av at den svekkes er vanskelig å overskue. Det første og mest dramatiske uttrykket er at den allmenne bekymringen over at kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene ikke skaper sterkere forpliktelser, og at desentraliseringen av dilemma ikke oppfattes som et større moralsk problem enn det som faktisk er tilfellet. Fra et distansert, analytisk ståsted er dette et spesielt interessant uttrykk for at velferdsstaten er i ferd med å endre seg. Sett fra et deltakerperspektiv i et sykehjem eller i hjemmetjenestene, framstår det svært ofte som sjokkerende.

3.3.4 Ledere ”på betryggende avstand”

De kommunale helse- og omsorgstjenestene har mindre ledertetthet enn noen andre deler av offentlig sektor (RO 2004). Konsekvensene av dette er store. Det skyldes ikke minst at denne delen av velferdsstatens tjenester ikke stiller mindre krav til ledelse, men større. Arbeidet er sterkt individualisert, og det omfatter svært mange ansatte som ofte jobber i små stillinger. I tillegg er kvalitetsstandardene uhyre krevende å definere og allmenngjøre blant de ansatte, spesielt når tilstedeværelsen av ufaglærte er stor og mekanismene for å vedlikeholde standarder er veldig svake. Det viktigste spørsmålet å stille om ledelse i helse- og omsorgssektoren er i hvilken grad, og hvordan ledere søker å sikre kvalitet. Selv om vi har intervjuet og observert ledere som er veldig sterkt opptatt av nettopp dette, er ansattes opplevelse gjennomgående at de svært sjelden opptrer som aktive faglige ledere. Dette illustrerer et sentralt og særegent dilemma blant ledere i denne sektoren; et dilemma som i større grad enn de fleste deler av det moderne arbeidslivet bringer økonomisk-administrative og faglige hensyn i sterk konflikt med hverandre. Deres oppgave er å forvente av sine ansatte at de løser kapasitetsproblemet – med andre ord langt flere oppgaver enn arbeidsstokken og dens kompetanse er dimensjonert for – samtidig som de skal forsøke å sikre at kvaliteten ikke i noe tilfelle blir *for* lav. De forvalter

høye produksjonskrav, men unngår å stille konkrete kvalitetskrav. Vårt materiale gir sterke indikasjoner på at ledere er svært varsomme med å skape sterke forventninger blant sine ansatte fordi deres egen evne til å gi adekvat respons på økte forventninger er ytterst begrenset. Dette gjør at vekten på faglighet har en tendens til å bli avdempet, og at faglige ambisjoner blir relativt moderate – også blant de som har hatt et ønske om å ta initiativ til endringer.

En skal bare være her, liksom.

Det er ingen som etterspør det vi lærer.

Med hensyn til å si fra og få gehør, er konklusjonen negativ. Ting jeg er uenig i, kan jeg av og til si ifra om - men ingenting er skjedd.

Men lederne har ikke tid til å følge oss opp – de har ikke oversikt over hva vi lærer (i EVUK). Heller ikke er det godt nok kunnskaper over hva andre har av kunnskaper - slik at det eventuelt kan settes inn i en kunnskapssammenheng. Kunnskap er et fremmedelement.

Vi har sykepleiemøte. Ledelsen bruker ofte hele møtet - det brukes ikke til faglige diskusjoner. Vi får rett og slett ikke tid, eller sagt på en annen måte: det prioriteres ikke.

Ledelsen har nok med sitt.

Kursing og faglig utvikling er ikke noe som arbeidsgiveren pusher på. Av ledelsen oppfattes det ikke som sentral del av arbeidet. Jeg gjør det mest i egen interesse.

Lederen er litt på siden av det hele. Kommer ikke faglig initiativ fra henne. Hun sier: "ikke mer – jeg vil ikke høre mer".

Avdelingslederen styrer møtene, og de blir brukt til beskjeder. Får ikke respons på ønsket om å ta opp faglige ting og organisering. Det drukner i det daglige. Avdelingssykepleieren har sikkert mer enn nok med sin jobb også.

Vi sitter i over en time hver uke og hører på hva som skjer av administrative ting i kommunen.

Ansatte opplever sine ledere primært som administrative sjefer, selv ledere som de har atskillig faglig respekt for og som de mener er de beste lederkandidatene. Møteplassene preges av at det er mye informasjon som skal sendes nedover i organisasjonen, og mange påpeker at lite annet blir prioritert. Når ansatte tilegner seg kompetanse, erfarer de påfallende ofte at den ikke tillegges vekt. Dette viser at lederes muligheter til å ta i bruk kompetanse, systematisere den og belønne den fak-

tisk ofte er svært begrenset, men også at ansatte i en del tilfeller får inntrykk av at økt kompetanse ikke er ønsket fordi den forplikter ubehagelig sterkt.

Vi blir sjelden eller aldri samlet for å ta avgjørelser. Personalmøtene er som oftest enveiskommunikasjon.

Da vi ytret ønske om mer rapporttid, fikk vi ”tilbud” om å kutte ned en stilling. Når det er på den måten, blir det en trussel.

Det jeg er veldig spent på, er hvor mye vi får brukt det vi har lært i EVUK. Til nå har vi ikke det. Men ingen ledere har brydd seg med dette. Ingen interesse, og det er veldig synd. Blant annet trenger vi å få prosedyrer fram i dagen; de er ikke oppdatert. Vi har prøvd å gjøre noe, men det blir ikke fulgt opp.

Spørsmålet om kvalitetsstandarder er et spesielt vanskelig tema i relasjonen mellom ansatte og deres ledere. Når ansatte er fortvilet over at nivået er under pari, opplever de ofte at ledere enten ikke kan gjøre noe med det, ikke ønsker å høre om det, eller henviser til den vanskelige ressursituasjonen. Det hender også at ledere oppfordrer til å redusere kvalitetsstandarder uten at de nødvendigvis er så interessert i å fronte dette selv. En annen, beslektet strategi har sannsynligvis enda større negative effekter, nemlig å så tvil om de ansattes beskrivelser av egen virkelighet. For enkelte ansatte er konsekvensen av opplevelsen av å bli mistrodd så sterk at de nærmest føler at det er galt å være faglig engasjert, ambisiøs og å sette sin ære inn på å heve kvaliteten.

Poenget er: De hører ikke på oss, tror oss ikke. Eks: På personalmøter er det kanskje 50 % enveis informasjon - og 10 % at vi kommer til orde.

Jeg har påpekt at obstipasjon - som var noe mange hadde i en periode, hadde sammenheng med at vi hadde dårlig tid og ikke fikk gjort det vi skulle på den måten vi burde. Da fikk jeg høre at det måtte vi bære ansvar for selv. Min overordnede sier det er jeg som må redusere på kravene til meg selv og andre. Vi kommer ingen vei med kritikk.

Opplevelsen av at lederne ”har nok med sitt”, og at de ikke involverer seg i de ansattes utfordringer og dilemmaer, henger sammen med en mer generell skepsis mot kommunens ledelse som sådan. Svært mange ansatte i helse- og omsorgssektoren preges av en lite tillitsfull holdning til kommuneledelsen, som oppleves som lite interessert og respektfull.

Ingen er opptatt av konsekvensene av innsparingene.

Politikerne spurte: hvorfor øker budsjettet? De skyter på lederne og synes de synser så mye. Men det er jo bare å spørre.

Politikerne sier de ikke har visst hvor alvorlig det var. Selv om det ble sendt konsekvensrapporter da vi begynte nedbemanning. Det ble sendt utfyllende rapport. Men det viser seg at politikerne ikke leser papirene. Jeg tror folk blir lei: hvorfor skal vi jobbe med det når vi ikke blir hørt?

3.3.5 Oppsummering

Den norske velferdsstaten har gått lenger enn noen annen moderne stat når det gjelder å påta seg uforbeholdne forpliktelser overfor befolkningen. Det høye ambisjonsnivået har blitt etablert i et spesielt politisk-kulturelt klima preget av optimisme. I denne diskusjonen har vi lagt vekt på den store betydningen velferdsstatens lokale preg har hatt, sammen med kommunal autonomi. Videre har vi påpekt at velferdsstatens ansvar henger intimt sammen med tilgjengelighet på kvinnelig arbeidskraft av en spesiell type. Fortsatt er denne arbeidskraften kjennetegnet av en langt mindre innflytelse over egne arbeidsbetingelser – faglighet og kvalitetsstandarder inkludert – enn i andre deler av arbeidslivet. Endelig har vi understreket betydningen av tillit innenfor rammen av velferdsstatens lokale kontekst – kommunene. Med dagens øyne er det interessant å kunne slå fast at velferdsstatens ekspansjon i så liten grad ble preget av interessekamp, formaliserte kontrollregimer og misbruk av makten til å forplikte andre. Tillit gjorde det mulig å realisere høye og vanskelige mål uten særlig store transaksjonskostnader. Dette kan observeres daglig i helse- og omsorgstjenestene, og illustreres blant annet av det faktum at ansatte forventes å være permanent tilgjengelige og løse problemer for andre, på deres premisser. I følgende eksempel dreier det seg om å være responsiv overfor legen, som her kan stå som et symbol på den kvinnelige arbeidskraftens relasjoner til sine omgivelser, som den altså i svært høy grad forventes å være permanent *tilgjengelig* for.

Eksempel 25

Gro, som er sykepleier på denne avdelingen denne dagen, får spørsmål fra avdelingssykepleieren om hun kan gi tilsynslegen rapport om hvilke pasienter som har infeksjoner. Han skal melde fra til helsemyndighetene. Det skal bare ta kort tid, får hun beskjed om. Gro hadde planlagt at hun skulle dosere ukedosettene med medisiner for sin gruppe på dette tidspunktet. Idet hun skal til å begynne, må hun i stedet hjelpe legen med denne rapporteringen. Hun får beskjed om at han venter på kontoret, men det gjør han ikke. Hun ringer ham – lenge – og sier ”nå svarer han ikke”. Hun begynner å bli stresset fordi hun vet at dette forskyver tiden hun har planlagt. Til slutt svarer han og sier han skal komme ned. Når vi kommer inn på

kontoret viser det seg at den som vanligvis har tilgang til registreringsystemet har logget seg ut. Det blir en del prøving og feiling for å komme inn i systemet igjen, og til slutt lykkes de. Hun får beskjed av legen om hva hun skal gjøre. ”Skriv inn din e-postadresse!” Hun spør: ”Kan du ikke bruke din?” Han svarer- ”Nei, jeg har ingen”. Så sier han til henne: ”Nå blir du kontaktperson!” Hun svarer: ”Kan vi ikke sette XX” (sier navnet på avdelingslederen)? Han svarer: ”Nei, sett opp deg!” Det viser seg å være flere problemer knyttet til å komme inn og få registrert dataene. Gro blir ganske stresset, men sier ingenting til legen om det. Hun spør om han trenger henne mer, eller om hun kan gå? – ”Nei, bli her du”. Det kommer opp et spørsmål om hvor mange pasienter det er på sykehjemmet, og legen spør Gro. Hun vet bare antallet sikkert for sin egen avdeling. Men hun tror hun vet for de andre avdelingene også. Det er imidlertid mulig at de har et par ekstra pasienter nå. Gro sier: ”Kan du ikke ringe avdelingene og spørre?” Legen: ”Nei, jeg går ned og spør”. Han går, og blir borte i omtrent ti minutter. Deretter kommer han tilbake og fører inn antallet. En av kategoriene som skal fylles ut inneholder et fremmedord som legen sier han ikke kan. Gro forsvinner ut av rommet og kommer tilbake med en ordbok som hun slår opp i. Hun finner ut av hva ordet betyr, og legen kan fylle inn rubrikken.

Tonen er vennlig og hyggelig, men er helt tydelig en situasjon preget av asymmetri. Gro har mer presserende oppgaver og vil helst gå der i fra, men hun sier ikke noe om det. Hun er med og hjelper legen med den oppgaven som han har ansvar for å utføre. Hennes ansvar er i det meste å melde fra om hvilke pasienter som har infeksjon. Dette tar 40 minutter.

Det medfører at Gro får forskjøvet alle de oppgavene hun hadde planlagt å gjøre. Hun ordner med dosetter, setter B12-sprøyter, sjekker hvordan enkelte pasienter har det og samtaler med pårørende. Gro sier hun er helt ”tørr i munnen”. Nå er klokken blitt ca. halv ett, og hun har ikke spist siden klokka seks og heller ikke hatt pause. Hun får ikke pause den dagen. Når vi kommer inn i stua, holder hjelpepleierne Merete og Astrid på med hjelpe to av beboerne som må mates med middagsmaten. Gro ordner med medisiner til de som skal ha det (hun har glemt å gi i fra seg nøkkelen til den av pleierne som har medisinkurs), og hun spør om hvem som ikke har fått mat. Så finner hun fram moset mat til en av damene som sitter i stua. Denne damen sitter helt stille i rullestolen hele dagen, med øynene lukket. Hun sier ingenting. Hun har en stol som kan bøyes bakover slik at den skal være god både å sitte og ligge i. Gro setter seg til å mate, og spør Merete om hun kan være snill og hente en flaske vann som hun har stående på vaktrommet. Merete sier at hun kan overta matingen, men Gro avviser tilbudet.

Ca. klokka halv to er de ferdige med å gi alle beboerne mat. Da har Gro fremdeles ikke fått anledning til å spise.

Det er, som vi var inne på ovenfor, interessant å stille spørsmålet om i hvilken grad de faktorene vi her har beskrevet har vært nødvendige forutsetninger for velferdsstaten slik vi kjenner dem. Hvis svaret på dette er ja, er konsekvensen i det minste at vi bør følge nøye med på hvordan de nevnte forutsetningene forandres. Den kommunale autonomien er vesentlig redusert på grunn av velferdsstatens høye likhetsambisjon og i tillegg generelt større krav til tjenesteproduksjon. Kommunenes evne til å justere sin innsats i henhold til egne forutsetninger følgerlig svekket. Kon-

sekvensen av dette er blant annet at konflikten mellom ressurskontroll, tjenestekvalitet- og mengde er kraftig aksentuert på kommunalt nivå. Den interne tilliten mellom de ulike interessene som gjør seg gjeldende internt i kommunen blir dermed satt på prøve. Det er neppe tilfeldig at dette i særlig grad angår de tjenestene som på en og samme tid er de ”dyreste”, mest upresist definert og tradisjonelt utført av kvinner. Igjen er myndigheten til å definere hva kvaliteten i realiteten betyr, et springende punkt. Dersom kvalitet i realiteten betyr relativt lite, er dette selvsagt uproblematisk. Men når kvalitet er den primære referansen, må formell kompetanse få økt betydning, og det er organisatorisk utenkelig at ikke dette følges opp av økt myndighet på utøvernivået.

Fra arbeidslivet for øvrig vet vi at (1) fagkompetansen er avgjørende for å sikre kvalitet, og at (2) at fagkompetansen ikke vil forplikte seg til å forvalte omfattende ansvar for kvalitet dersom den ikke deltar i utformingen av betingelsene og tildeles betydelig myndighet. Den betydelige uklarheten som hersker omkring kvalitetsstandarder i helse- og omsorgstjenestene er et alvorlig sykdomstegn. Det er på ingen måte tilfeldig at tjenesteyternes kritikk mot standardene de i realiteten forvalter, ikke får avgjørende betydning. Konsekvensen er samtidig at deres vilje til å garantere kvalitetsdefinisjoner de gis i oppgave å følge, synes å være relativt begrenset. Redusert tillit ser ut til å skape redusert forpliktelse. Dette anskueliggjør en annen, vesentlig og ikke lett identifiserbar egenskap ved tillit i store systemer. Hvis en eller flere viktige grupper av aktører reduserer sin forpliktelse, innebærer det at andre får i oppgave å kompensere for dette. Siden velferdsstaten hviler så tungt på tjenester som ytes i direkte relasjoner mellom tjenesteutøvere og avhengige mennesker, er det i prinsippet bare på dette nivået forpliktelsene er absolutte og i realiteten umulig å redusere. Til grunn for dette, ligger det vi kan kalle et *kategorimistak*: forestillinger om kvalitet knyttes til avvik fra en standard som er høyst diffus (og som oftest dobbel), mens kjerneproblemet – fraværet av en robust faglig infrastruktur, får liten oppmerksomhet og blir knapt seriøst diskutert. I diskusjonen om verdighetsgarantien på Stortinget høsten 2007, var det ingen tegn til vilje til å gjøre noe med dette. Garantien ble et sterkt moralsk ladet vedtak om å forplikte kommunene og tjenesteutøverne her og nå, mens Stortingets egen forpliktelse består av et betinget mål om å utdanne nok personell i framtiden.

3.4 Det faglige perspektivet

Utøvelse av faglighet er selvsagt ingen endimensjonal iverksettingsprosess. For at kompetanse og faglighet skal komme til sin rett, må forholdene ligge til rette for det. Sett fra den enkelte fagutøvers ståsted, er dette både et spørsmål om etikk og om praktisk og sosial kontekst. Det mest karakteristiske og kanskje viktigste trekket ved helse- og omsorgstjenestenes kontekst er at konkurrerende forhold ikke sjelden truer med å gjøre faglighet irrelevant og uønsket. Dette betyr blant annet at den praktiske realiseringen av kompetanse i helse- og omsorgstjenestene i den norske velferdsstaten trolig er atskillig mindre enn den formelle kompetansen skulle tilsi. Dette henger sammen med at spørsmålet om kompetanse ikke har vært sentral på den helse- og omsorgspolitiske dagsorden. Tilstedeværelsen av ufaglærte har ikke bare vært fullt ut akseptert; den har også vært fullstendig nødvendig av økonomiske grunner. Konsekvensen av dette er svært lett å identifisere. Kompetansen er samlet sett for liten og så svakt organisert at dens anvendelse som oftest blir langt mer tilfeldig enn det som ofte antas å være tilfellet.

I våre feltarbeid i sykehjem og hjemmetjenester er det to forhold som synes å påvirke anvendelsen av kompetanse mer enn noe annet: *faglig autoritet og tid*. Disse blir i sin tur influert og formet av andre, kontekstuelle forhold som graden av forutsigbarhet, autonomi (muligheten til å ta selvstendige avgjørelser og å påvirke lederbeslutninger) og tilstedeværelsen av kvalitetsstandarder. Alle disse forholdene gjør seg gjeldende på en måte som lar seg kartlegge gjennom måten tjenesteutøvere forholder seg til tid og faglig autoritet på i arbeidsprosessen.

La oss begynne med tid. Et overveldende problem i helse- og omsorgstjenestene er at de ansatte har alt for liten tid til å gjøre jobben skikkelig. Arbeidspresset fordeler seg ujevnt over tid, og i høyintensitetsperiodene – i sykehjem spesielt om morgenen – er tempoet ofte så høyt at arbeidet får preg av en slags ”industriell” prosess – som samtidig arter seg som en slags dugnad. Dette er ikke ment som en negativ omtale, men en måte å begrepsfeste den sterke vekten som legges på å få et visst antall oppgaver unnagjort i en situasjon der marginene er små, og som følgelig premierer rutinisert innsats og dermed også en fiendtlighet overfor unntak og ”unasluntrere”. Prosesser av denne typen er avhengig av at arbeidsfellesskap er godt samstemt og kjenner sine individuelle forpliktelser innenfor rammen av kollektivets overordnede prosjekt. Moralen blir naturligvis sterkt kontrollerende. Det er uhyre

viktig at de viktigste oppgavene løses, og at alle bruker sin tid til disse. Dersom flere sykepleiere skulle ”bryte akkorden” og i stedet bruke sin tid på å samtale med pasienter som kanskje har opplevd noe traumatisk eller har andre spesielle behov, ville systemet lett bryte sammen. Dette sier på ingen måte alt om hvilken betydning knapp tid har for bruken av kompetanse i helse- og omsorgstjenestene, men det fanger inn en grunnleggende logikk som for våre analytiske formål er svært viktig å formulere. Tidsknapphet har en tendens til å smitte over på arbeidsmiljøets fellesmoral og spille sammen med fordelingen av formell kompetanse.

Med dette mener vi følgende: Fordi så mange oppgaver er avhengig av en uformelt organisert fellesmoral og ”dugnadsinnsats”, får arbeidsmiljøet preg av å være orientert mot egalitarianisme. ”Det viktigste er at jobben blir gjort, ikke hvem som gjør den”. Egalitære normer er veldig hensiktsmessige for mange for mål, særlig fordi de bidrar til at ufaglærte og andre med marginal formell kompetanse blir forpliktet og sosialisert inn i det profesjonelle fellesskapet. En annen svært viktig effekt er selvsagt at de motiverer alle deltakerne i arbeidsfellesskapet til å bidra til at de fleste av de aller viktigste oppgavene blir gjennomført. Nøyaktig hva ”de aller viktigste oppgavene” betyr, varierer en del, og det er på ingen måte selvsagt at denne definisjonen – som ikke er formelt vedtatt av arbeidsfellesskapet, men oppstår gjennom felles praksis over tid – faktisk er i stand til å sikre den rette balansen mellom humanisme, verdighet og individuelle behandling på den ene siden, og rettferdighet, orden og ryddighet på den andre. Vår erfaring og vår forståelse av disse egenskapene ved arbeidsfellesskapene er at de sikrer forpliktelse og effektivitet. Dette er uhyre viktig, siden det på ingen måte er selvsagt at arbeidsfellesskapet – som ofte fullstendig mangler forutsigbarhet knyttet til hvem som er på jobb, hvor mange som har kompetanse, og hvilke muligheter for direkte koordinering som til enhver tid eksisterer – faktisk er i stand til å yte felles innsats mot felles mål. Problemet er først og fremst at de målene arbeidsfellesskapene oppnår på denne måten, bare er noen av de viktigste, og at moralen som skapes for å realisere dem, virker undergravende på andre mål. Dette er en åpenbar konsekvens av at staten og kommunene har prioritert kompetanse på en måte som ville være uhørt i enhver annen del av det moderne arbeidslivet.

Eksempel 26

Det føles svært vanskelig å ta i bruk kunnskapen man har til å gjøre det man vet er faglig og etisk riktig. Det skyldes tidsmangel og det faktum at det ikke er faglighet

som bestemmer rutinene, men vaner som er innarbeidet i arbeidsfellesskapet gjennom mange år. Videre har det sammenheng med ledere som blir trukket vekk fra den daglige styringen, for få ansatte med kompetanse, og ingen reelle forventinger til faglig kvalitet. En leder sier det slik: ”De sterke i praksis blir de som har minst kunnskap”(..). De som ”tør å være sykepleiere” – i betydningen å prioritere sykepleiefaglige oppgaver og argumentere faglig – blir ofte ”de onde”. De som ikke makter å stå i dette ”flykter inn i pleien”, og unngår sanksjoner fra det sterke pleiefellesskapet

Dette er grunnen til at vi finner grunn til å vie *faglig autoritet* så stor vekt. Vi har svært ofte observert at faglig ambisiøse aktører i helse- og omsorgstjenestene, oppdager ting som må rettes på. Det er karakteristisk at denne kritikken retter seg mot alle de behovene som har en tendens til å bli forskjøvet til annen rekke av den logikken vi har beskrevet ovenfor: individuelle behov, samtaler, ivaretagelse av verdighet, nærmere kartlegging av mulige sykdomsscenarioer, diskusjoner om alternative forståelser og framgangsmåter kolleger imellom, rutiner for koordinering og kvalitetsforvaltning og mye annet. Det er selvsagt helt allment at fagfolk introduserer denne typen kritikk i arbeidsmiljøer som har vært lite preget av faglig kritikk, karriereorientering og faglige prestisjehierarkier. Men det er ytterst uvanlig at den motarbeides og undergraves av ledere. Dette skjer svært ofte i helse- og omsorgstjenestene. Vi mener ikke med dette å påstå at dette ganske enkelt skyldes dårlige ledere, men snarere at det er en slags ”naturlig” konsekvens av dugnadslogikken. Et sterkt faglig fokus vil ofte kunne true gjennomføringen av dugnaden. Det hjelper ikke så mye at enkelte beboere i sykehjemmet får en langt mer adekvat pleie enn før EVUK, og at fagmiljøet for første gang får mulighet til å bryne sin praksis mot faglig kritikk og diskusjon, hvis flere av basisoppgavene ikke lenger blir gjennomført. Derfor er ledere ikke nødvendigvis spesielt opptatt av å gi faglige autoriteter sterk og kompromissløs ryggdekning, slik det ville være selvsagt for ledere å gjøre i andre kompetanseintensive arbeidskontekster.

Det er også en annen viktig grunn til at de ofte velger å la være. Igjen: det skyldes ikke at de er fiendtlig innstilt til faglig basert autoritet, men at de vet at konsekvensene kan bli umulig å håndtere og at de neppe kan forvente hjelp fra sine overordnede for å takle dem. Arbeidsmiljøer som er dominert av ufaglærte får nærmest nødvendigvis en annen anerkjennelseslogikk enn der formell kompetanse er veien til bedre kvalitet, prestisje, anerkjennelse og karriere. I helse- og omsorgstjenestene er derfor den mest underkjente konsekvensen av manglende politisk prioritering av kompetanse denne: kvalitet lønner seg ikke nødvendigvis. Vi understreker igjen at

motsatsen til kvalitet slik fagfolk med høy kompetanse definerer den, *ikke* er fravær av kvalitet, men en alternativ kvalitet som har en tendens til å vektlegge standarder som det solidariske arbeidsfellesskapet kan imøtekomme sammen. Slike standarder får uvegerlig en minste felles multiplum-logikk, og arbeidsfellesskapet har en tendens til å utvikle en viss fiendtlighet mot de som viser tegn på illojalitet. Derfor er det på ingen måte vanskelig å forklare at fagfolk med høy kompetanse opplever slike miljøer som problematiske, og det er heller ingen grunn til å moralisere over fenomenet. Gitt det vi vet om betingelsene for kvalitet i det moderne arbeidslivet, er det uproblematisk å slå fast at problemet ligger et helt annet sted.

Helse- og omsorgstjeneste er kompetanseintensive, men de mangler nærmest fullstendig en infrastruktur som gjør det mulig å sette kompetanse i sentrum. De ansatte henvises til en arbeidssituasjon der man nødvendigvis må utnytte ressursene ved hjelp av en dugnadslogikk for å få de mest presserende oppgavene unna. Dersom premissene ble etablert på kompetanse- og kvalitetskriterier, ville de politiske, økonomiske og administrative rammene for norsk helse- og omsorgspolitikke bli sprenget. Dette er selvsagt dypt ironisk i en situasjon hvor offisiell politikk legger så stor vekt på kompetanse. Villkårene for å etablere faglig autoritet i disse tjenestene hviler på den betingelse at de pragmatiske og dugnadslogiske begrunnelsene for arbeidsinnsats og anerkjennelse erstattes med rent kvalitetsorienterte. Siden det er ytterst risikabelt for enkeltpersoner å kreve retten til å definere og få gjennomslag for slike kriterier, er det avgjørende at ledere støtter dem. Men selv dette er bare en av en hel rekke forutsetninger for at tendensen kan snus. Framfor alt må det gjøres naturlig og selvsagt at kompetanse belønnes systematisk, og arbeidsfellesskapet kontinuerlig kan øke sin kompetanse, at det blir anledning til å dyrke den, og at kompetanseheving anvendes systematisk som karrierekriterium.

Eksempel 27

En døende pasient er i ferd med å bli stelt. Pasienten har i løpet av de siste dagene gradvis endret utseende, og har hatt alle tegn på å være i en terminal fase. Hun har vært inkontinent, ligget helt stille i den stillingen hun ble lagt, har hatt lukkede øyne og gulaktig hud. Hun har ikke spist på en ukes tid. Det intravenøse dryppet hun fikk etter at hun sluttet å spise og drikke selv, er også seponert. Hun ligger med smertepumpe, men ynker seg litt av og til. En sykepleier og en assistent skal stelle. Assistentens vakt begynte etter at rapporten var gitt, og hun har ikke selv oppsøkt rapportbøkene for å få informasjon om pasientene. Sykepleieren har vært hos pasienten flere ganger de siste dagene, snakket med pårørende og kjenner godt til pasientens tilstand. Vi går inn på pasientrommet alle tre, og der hilser vi på sønnen som går ut på gangen. Sykepleieren gjennomfører stellet rolig, snakker lavt,

henvender seg til pasienten (som ikke responderer) og tar styringen i stellet. Assistenten snakker litt høyere, og er mindre preget av å være med i et stell av en svært dårlig, døende pasient. Hun er litt ”kjekk” i tonen, og kommenterer blant annet bildet pasienten og hennes mann som står på nattbordet. På bildet, som er tatt for ikke så lenge siden, ser den gamle kvinnen smilende og frisk ut. Assistenten henvender seg kun til sykepleieren under stellet. Hun peker på bildet og sier: ”Se hvordan hun så ut da! Er det mannen hennes, eller?” Hun kommenterer flere liknende ting nokså høyt. Mens vi er inne på dette rommet begynner det å ringe i klokkene; først fra høyttaleren på veggen, så fra lomma til sykepleieren. Hun holder på med nedentilstell og har hansker på hendene. Hun velger derfor å vente med å ta denne klokken og i stedet håpe at noen andre reagerer. Lyden fra to elektroniske ringeklokker er ganske intens, og den stresser situasjonen for de som steller, og kanskje også for den syke kvinnen. Først når de skal tømme vaskefatet på badet (på pasientrommet) etter stellet, går det opp for assistenten at hun har vært med og stelt et døende menneske.

3.4.1 Gjensidig avhengighet, egalitarianisme og arbeidsmoral

Helse- og omsorgstjenestene har to vesentlige kjennetegn som gir avgjørende føringer for arbeidsfellesskapet som kollektiv. For det første er oppgavene relativt lite spesialiserte, og for det andre er alle nødvendigvis opptatt av at alle bidrar med å løse kapasitetsproblemet (Jacobsen 2005). Derfor har de fleste oppgaver en tendens til å framstå som fellesoppgaver. Dette står i skarp motsetning til mer spesialiserte arbeidskontekster, der ulike kategorier av spesialister konsentrerer seg om hver sine ting. I helse- og omsorgsarbeidet utvikles derfor en særegen arbeidsmoral, en moral som framfor alt er tilpasset det overordnede kravet om å kompensere for uforutsigbarhet med evnen til fleksibel tilpasning. De fleste vi har intervjuet og observert er inneforstått med at ”straffen” for å ikke å gjennomføre de viktigste og mest presserende oppgavene – det vil si kapasitetsproblemet – er langt større enn konsekvensene av å nedjustere kvalitetskrav. Konsekvensen av dette er ikke bare at den faglige differensieringen er relativt lav; den blir også aktivt undergravet av de eksterne kravene arbeidsfellesskapet står overfor.

Eksempel 28

Som en konsekvens av mangel på sykepleiere må tjenestene organiseres slik at alle kan gjøre de fleste oppgaver. Sykepleiere går inn i det daglige arbeidet og gjør de samme oppgavene som hjelpepleiere og ufaglærte. Det stilles de samme forventningene til dem om å stelle pasienter, servere mat, følge på toalettet, dele ut medisiner dersom det passer sånn. Samtidig har de ansvaret dersom det oppstår noe akutt, eller dersom noen pårørende har noe å ta opp eller i det hele tatt dersom det må ordnes opp i noe som går ut over de daglige pleieoppgavene. Når de utfører disse oppgavene som ikke er direkte knyttet til stell, mat eller andre av de daglige kjerneaktivitetene som de deler med hjelpepleiere, føles det belastende fordi de vet

at den hjelpepleieren som jobber sammen med dem, må kompensere for sykepleierens fravær.

Det viser seg å være uhyre vanskelig å etablere autoritet basert på faglige kvalifikasjoner, ikke fordi ansatte ikke vet bedre, men fordi "alle" vet at økt faglighet krever endringer som framstår som urealistiske. Derfor er det påfallende mange som bemerker at å gjøre seg gjeldende blant kolleger på en måte som innebærer å gjøre krav på spesiell status i kraft av ens kompetanse, er ytterst problematisk. Den gjensidige avhengigheten i arbeidsfellesskapet er svært sterk, og dette skaper en dominerende egalitarianisme som ikke nødvendigvis er tuftet på de mest kunnskapsrike ansattes premisser.

Eksempel 29

Organiseringsformen som innebærer at alle gjør alt, bidrar samtidig til å frata sykepleieren faglig autoritet. Den ufaglærte kan ha et "moralsk krav" overfor sykepleieren om å "ta i et tak" når det gjelder å smøre brødkiver eller putte middagen i varmeovnen. Det gjør det vanskelig for sykepleieren i neste omgang å hente frem en faglig autoritet som hun kan bruke for å gjennomføre faglig begrunnede endringer – noe som kunne føre til at sykepleieren gjør mer av det hun er utdannet til, mens den ufaglærte gjør mindre av det sykepleiere er utdannet til. Prosesser av denne typen, som reflekterer en organisering som "proletariserer" pleie- og omsorgstjenestene ved å gjøre arbeidsdeling basert på kompetanse til noe moralsk tvilsomt, er samtidig en skjult begrunnelse for å ikke skape en infrastruktur som er faglig begrunnet (og dermed innebærer ekstra kostnader på kort sikt) og gir reelt rom for en systematisk anvendelsen av den sykepleiefaglige kompetansen.

Vår analytiske holdning til dette er selvsagt ikke moralsk. Egalitarianismen vi har diskutert har lite med "jantelov" og "misunnelse" å gjøre, men desto mer med den grunnleggende uforutsigbarheten som tjenestene står ovenfor.

Få deltok (i diskusjonen) og de som deltok listet seg frem.

Men det er nesten umulig å ta opp faglige spørsmål selv om det er knyttet til brukere vi går til.

Det er nesten umulig å gjøre ting på en annen måte enn det de alltid har gjort.

Det er det kollegiale som stopper meg i å stå frem med min faglighet, fordi jeg tror de tror at jeg gjør det for å fremheve meg selv.

Det blir av og til konflikt når vi nå kommer tilbake og skal formidle det vi har lært.

Alle har en mening på skyllerommet, men det er ingen som tør å si det og stå for det. Ingenting kommer frem på avdelingsmøtene.

Diskusjon om faglig standard blir ofte oppfattet som om det går på person: du blir uglesett hvis du er for flink.

Vår erfaring i arbeidet med EVUK - prosjektet har gjort det helt klart at helse- og omsorgssektoren IKKE primært er organisert i henhold til faglige kriterier. Vi har begrunnet hvorfor dette ikke er overraskende. Det er ingen tilfeldighet, men en direkte konsekvens av at andre hensyn teller mer. Dette har ført til at sektoren besitter mange former for kompetanse og motivasjon som ikke tas i bruk.

Der vet vi at kvaliteten i forhold til demente ikke holder mål. Vi kan sende med detaljerte planer på pasienter. Men de brukes ikke.

Poenget er: Vi kan snu på det å si: utrolig hvor gode vi er som får til så høy kvalitet med så mange ufaglærte. Vi må være gode.

Etterutdanning er fint mens det står på. Hyggelig og alt det der, men hvis ingen etterspør det når du kommer tilbake og du får ikke anledning til å øve på det – praktisere det – blir det etter kort tid borte.

En del går på kurs, men vi hører aldri noe om det, dermed tror jeg heller ikke at den eventuelt nye kunnskapen får særlige konsekvenser for den som har den.

Vi har ingen betingelser for å ta i bruk ny kunnskap.

Gruppelederne skal ha noen spesielle funksjoner, men dette har det ikke blitt rom for. Det eneste de står igjen med er en bedre turnus enn de andre, og det har skapt litt "misunnelse".

En blir undergravd som fagperson.

Vi har en tendens til å falle litt tilbake i det gamle: de får gjøre som de vil, så gjør jeg som jeg vil.

Hvis du skal på kurs ellers, må de helst være gratis, så må du gå på fritiden. Derfor stopper det med en gang hvis noen vil gå på kurs og det koster litt penger.

Det er få karrieremuligheter for hjelpepleiere i kommunen. I dag legger jeg ikke vekt på det. Men det har gjort meg noe tidligere. Uansett hvor mye vi kom med av kurs så ble du ikke vurdert annerledes. Du var hjelpepleier uansett.

Jeg har reist mye på kurs – men ofte på fritiden. Det er utrolig viktig med kurs. Karriere er ikke så viktig, men det å bli mer sikker er veldig fint.

Det gjør noe med innstilling og holdninger når det hele tiden skal være godt nok at det ikke er godt nok. Da går hele arbeidsmiljøet inn i en ond sirkel.

En parallell tendens er, som vi har sett, at diskusjoner om kvalitet er et relativt sjeldent fenomen i helse- og omsorgssektoren. Det er påfallende, i og med at koordineringsutfordringen er så ualminnelig stor. Koordinering ser i all hovedsak ut til å skje uformelt, ”i det stille” og ved at ansatte er forsiktige med å ”blande seg” i hverandres arbeid. Igjen ser vi at å ha store faglige ambisjoner, insistere på å diskutere fag, utfordre andre til å gjøre ting annerledes og bedre, kan framstå som problematisk fordi det på en eller annen måte virker forstyrrende. Hvordan? På et generelt nivå ser svaret ut til å være enkelt. Problemet med å strekke til er så store at det kan virke urimelig å begynne å diskutere noe man knapt har tid til å gjøre uansett. Dessuten er veien fra individuell til kollektiv kompetanse svært stor. Få kolleger har mulighet til å møtes, og det kreves mye for at en god ide skal blir til felles praksis. Det er derfor ikke tilfeldig at ansatte ofte preges av en tilsynelatende ”kjølig” realisme med hensyn til faglighet, kvalitet og kvalitetsstandarder.

Jeg kan ikke svare helt på hvordan kvalitet og standard blir definert.

Hver enkelt definerer behovet for pleie ut fra egen erfaring og kompetanse. I praksis gjør vi som vi alltid har gjort. Avvik skriver vi bare i alvorlige tilfeller.

Vi diskuterer ikke kvalitetsstandarder. Jeg synes det hadde vært viktig å få diskutert det, ikke for å sette de ned på papiret, men for å få anledning til å drøfte faglige spørsmål sammen med andre.

En og annen gang dukker det opp diskusjon. Men oftest går det jo i samme sporet.

Stort sett har vi de samme meningene her, tror jeg. Vi diskuterer ikke mye”. Jeg savner veldig sterkt en skikkelig rapport om morgenen. Det er viktig å kunne møtes for å planlegge dagen. På sjukehemmet må jeg av og til leite i alle romma etter 7-vakta.

Tid til å kommunisere og koordinere er grovt nedprioritert.

Mange er usikre på hva avvik er, og håper andre vil ta seg av det.

Det blir gjort ulike ting med den samme pasienten, og pasienten er snill og spør: Hva skal DU gjøre med meg, da?

Alt for lite standarder og nedskrevne rutiner – det ville spare tid og sikre kvalitet. Har ikke maler for hvordan ting skal gjøres – fører til stort sprik

mellom hva de enkelte pleierne gjør. Noen sier: Jeg har alltid gjort sånn! Standarder ville gjøre det lettere å si ifra når noen gjør noe på en annen måte. Det blir diskutert altfor lite. Det blir sagt at det har vi ikke tid til. Men jeg tror vi sparer tid på sånt.”

Det har vært kaos og enormt arbeidspress over lang tid. Har handlet om å overleve. Det er ikke noen faste møter hvor brukernes behov blir diskutert.”

Hvis du ser på faktiske prosedyrer: tannstall, sårstell osv., så er ikke kvaliteten god.

Har litt planer, men kjenner ikke til noen standarder. Men datasystemet er så tregt at det nytter ikke å bruke det.

Det er ingen møter hvor brukere og fag er i sentrum.

Får bare tredd det nedover: ”sånn skal det være”. Natta blir ikke sett på som viktig.

Vi har prøvd mange ganger å sette i system at vi tar opp en og en bruker, men det blir ikke noe av.

3.4.2 Oppsummering

En sentral utfordring i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er å oversette formell, *individuell* kompetanse til *kollektiv* kompetanse. Dette er i en viss forstand paradoksalt, i og med at arbeidsmiljøer i denne sektoren i så høy grad besitter en form for kollektiv fornuft. Men kollektiv fornuft mener vi en enestående evne til å tilpasse seg endrede betingelser uten katastrofale konsekvenser – for eksempel uten store rivninger internt i fagmiljøet, eller mellom ledere og tjenesteutøvere – samtidig som evnen til å strekke til overfor til dels overveldende ”produksjonspress” holdes mer eller mindre intakt. Vi har påpekt at egalitarianismen som moralsk system kan betraktes som en kulturell respons på den særegne utfordringen som helse- og omsorgsytterne kollektivt står ovenfor. Gevinsten er det vi kan kalle en ”kapasitetspressforsikring”. Kostnadene er imidlertid mange, og de skyldes ikke en ”primitiv” mentalitet blant ansatte men snarere måten velferdsstaten i praksis gjennomfører illegitime prioriteringer på. Disse kostnadene er særlig (1) en manglende organisatorisk evne til å dra nytte av kompetanse og faglige ambisjoner som faktisk finnes, og (2) en relativ varsomhet knyttet til å påta seg ansvaret for å korrigere systematiske kvalitetsbrudd. Begge deler synes godt tilpasset helse- og omsorgssektorens satsning på ledelse. Denne sektoren har både eksepsjonelt lav ledertetthet og eksepsjonelt store ledelsesutfordringer. Det synes å være allment erkjent at en fo-

rutsetning for at nødvendige forpliktelser knyttet til faglighet og kvalitetsforvaltning er ledere som har tid og myndighet til å dyrke kompetanse og innovasjonsprosesser i arbeidsmiljøet. I helse- og omsorgssektoren er ikke dette tilfellet, og konsekvensene synes å bekymre overraskende få.

I arbeidet med EVUK har vår interesse som sagt særlig festet seg ved faglig autoritet. I våre intervjuer går det klart fram at ansatte gjennomgående betrakter sine ledere først og fremst som administrative ledere. Det finnes en del viktige unntak, og dette må ikke oppfattes som en entydig moralsk dom over ”dårlige” ledere. Vi er opptatt av sammenhenger på andre nivå enn individuell moral – som utvilsomt er gjennomgående høy både blant tjenesteutøvere og ledere. I en så kompleks sektor som denne, hvor så mange ansatte er involvert – i ulike stillingsbrøker, med ulik kompetanse, på ulike tidspunkt på døgnet, og ofte uten felles møtetid overhodet – vil satsing på faglighet som en kollektiv, organisatorisk ressurs kreve betydelige investeringer og måtte skape hierarkiserende effekter. Begge deler framstår ofte som en trussel mot evnen til å håndtere kapasitetspresset i sektoren. Faglig ledelse vil måtte gis institusjonell støtte til å lede, faglige kriterier vil måtte vedlikeholdes på arenaer hvor fagligheten diskuteres og utfordres, og organisasjonen må i prinsippet være parat til å endre seg i andre retninger enn den kapasitetspresset til enhver tid definerer. Fagfolk vi har intervjuet og observert er som oftest robuste og gode individuelt, og de forvalter kvalitetskriterier som de diskuterer med sine nærmeste arbeidskolleger. Men for øvrig ligger de stor sett lavt. Å avkreve faglig autoritet i et arbeidsmiljø der faglighet bare er en av flere viktige kriterier for suksess, framstår som en selvmotsigelse.

3.5 Faglighetens infrastruktur

De viktigste årsakene til at kvaliteten i helse- og omsorgsyrkene undergraves temmelig systematisk er helt åpenbare og godt kjent. De dreier seg om det store antallet ufaglærte, mange små stillinger, mange midlertidige stillinger, svært lite felles tid til faglig diskusjon og samordning, svært lite etter- og videreutdanning, stor organisatorisk og ressursmessig uforutsigbarhet, svært lav ledertetthet og ingen systematisk stimulering av faglig kompetanse og faglige ambisjoner. Disse forholdene skaper dårlige betingelsene for det vi kaller *kollektiv faglighet*. Vårt materiale tyder på at kompetanse- og kvalitetsproblemene i helse- og omsorgssektoren ikke bare

handler om at den individuelle kompetansen ikke kommer arbeidsfellesskapet som kollektiv til gode, noe som ville gjort at den kollektive kompetanse ble større enn summen av enkeltindividers kompetanse. Den handler også om at det foregår en systematisk underutnyttelse av kompetansen som faktisk finnes. Dette skyldes ikke at de som besitter dem ikke skjønner bedre, men fordi det er en helt vanlig erfaring at det å anvende et systematisk faglig begrunnet fokus faktisk kan *straffe* seg.

Det er et vel dokumentert fenomen i norsk eldreomsorg at det i noen situasjoner utvikler seg ”pleiekulturer” som ikke er spesielt dynamiske og faglig orienterte (Malmedal 1998, Ersdal 1999, Hillstad 2000, Sætersdal og Heggen 2004, Jacobsen 2005, Haukelien og Vike 2007). Dette tas som regel til inntekt for den tro at jobb nummer én er å rydde dårlige holdninger av veien, noe som kommer til syne i ulike utgaver av etikksatsinger og ”myndiggjorte medarbeider” – strategier. Slik skyver man ufaglært arbeidskraft velferdsstaten har gjort seg helt avhengig av, foran seg. Samtidig ser man da bort fra at det som omtales som ”dårlige holdninger” og ”manglende etisk bevissthet” faktisk er hensiktsmessige for arbeidsfellesskapets kollektive fornuft, og dermed for organisasjonen som fellesskapet utøver arbeid på vegne av. De er hensiktsmessige på to avgjørende måter.

(1) De ivaretar ofte hensynet til ”å få jobben gjort” uten at noen ”bryter akkorden”. Sterk sosial kontroll hindrer at noen for eksempel bruker uforsvarlig mye tid på enkeltpasienter eller bruker mye sårt tiltrengt tid til faglige diskusjoner som ikke gir umiddelbar gevinst.

(2) På denne måten blir arbeidsfellesskapet rigid i en forstand, men fleksibelt i en annen. Den kollektive fornuften sikrer et kvalitetsmessig minimumsnivå på alle områder samtidig. For eksempel: Alle pasienter i sykehjemmet får et minimum av pleie, alle behandles i hovedsak likt, og ingen får noen sosiale behov ut over dette dekket. Når de faglige ambisjonene er moderate, er det også forholdsvis ”enkelt” – i den betydning at det skaper minst mulig smerte og brudd på integritet og faglig selvrespekt – å redusere kvaliteten når det skjæres ned på antall stillinger og mer ufaglært arbeidskraft i bruk. Med andre ord: man risikerer ikke det problemet som alle andre deler av det kompetanseintensive arbeidslivet er kjennetegnet av, nemlig at høy faglighet er uløselig knyttet til med spesialisering av ansvar. Vi vil ikke rette vår kritikk mot etikksatsinger og ”myndiggjorte medarbeider” – strategier som sånne, men påpekte at de representerer et *kategorimistak* av den typen i omtalte ovenfor. Det er ikke nok å satse på etikkurs i en virksomhet som lider under despe-

rat mangel på en faglig infrastruktur, og holdningen slike satsinger er uttrykk for springer ut av at man omgjør et strukturelt problem til et spørsmål om personlig ansvar og personlige mangler (Kingfisher 2002).

Faglige ambisjoner er altså ikke en automatisk konsekvens av å ha formell utdanning. Den hviler på den betingelsen at organisasjonen systematisk stimulerer og honorerer den; at faglighet blir den sentrale mekanismen for karriere og opplevelse av vekst (med hensyn til lønn, anseelse, arbeidsoppgaver og myndighet/autoritet). Den faglige infrastrukturen er altså den kombinasjonen av kompetanse og organisatoriske betingelser som utløser motivasjonsmessige og sosiale prosesser i arbeidsmiljøet som kjennetegnes av en særegen vekstdynamikk. Med faglig infrastruktur mener vi *alle* de forhold som til sammen etablerer betingelser for at den faglige kompetansen, dens blikk og dens metoder, styrer alt arbeid. Faglige infrastrukturer er ikke en sum av elementer, men et system av betingelser.

3.5.1 Erfaringer med økt kompetanse

Betydningen av kompetanse er noe de fleste av våre informanter er opptatt av og har erfaring med. Som antydnet i diskusjonen ovenfor, er de oppmerksom på at det ofte kreves mye for å aktivisere kompetansen som faktisk finnes. Det er lite felles møtetid, lite stabilitet i arbeidshverdagen, mange ansatte uten sterkt faglig engasjement og få koordineringsmuligheter. Dessuten virker mange ledere motvillige mot å ta sjansen på å investere i arbeid med å ta kompetansen mer i bruk. Det kan forrykke den hårfine balansen som gjør at man faktisk er i stand til strekke til sånn noenlunde her og nå. Men EVUK - erfaringene har vært uhyre positive for mange, og de opplever flere interessante konsekvenser av mer kompetanse.

Vi er hele tiden opptatt av å gjøre ting bedre. Vi leter og vi søker etter det.

Nå er det nesten som om vi slåss om de faglige oppgavene.

Å legge fram ting fra EVUK er mye lettere når det er flere som går der.

EVUK bidrar til felles holdningsendringer. Det gjør at kunnskapen blir mer satt på dagsorden. Det betyr at vi kan dra mer i lag.

Mange påpeker at kompetanseheving, fokus på faglighet og lydhørhet for ideer om nye og bedre måter å gjøre ting på er positivt for arbeidsmiljøet.

Fagmiljøet har hatt god effekt på ”de andre”, for de kommer og spør mer og er mer interessert. Arbeidsmiljøet er veldig godt.”

Det har skjedd en faglig tilnærming mellom yrkesgruppene. Det har vært utrolig positivt for arbeidsmiljøet.

Å føle seg utrygg på om man mestrer arbeidsoppgavene, eller om ens kolleger gjør det, er en vanlig erfaring blant våre informanter. Kompetansen øker muligheten for å føle seg trygg på at jobben blir gjort godt nok.

En ansatt forteller at det har vært et ”enormt løft” når det gjelder kompetanse siden hun begynte i 2000: *Alt er lettere. For eksempel slipper man å engste seg alene.*

Men med mange ufaglærte på jobb en dag, øker arbeidsmengden. Da må du se etter, svare på spørsmål, veilede etc. Derfor er det økt kompetanse som også letter arbeidsbyrden.

Det er kjempeflott (med EVUK). Det gir en mye større trygghet.

Kompetanse har betydning for arbeidsmiljøet. Istedenfor at kolleger klager på kollegaer så kan vi stille spørsmålstegn ved hva vi kan gjøre annerledes.

Erfaringen er videre at økt kompetanse gir større effektivitet. Det overflødiggjør mye dobbeltarbeid, reduserer veiledningstid og øker fleksibiliteten.

Arbeidet glir lettere med fagfolk - de vet hva de skal gjøre og fagdiskusjonene er to the point. Og det blir mindre tid til å lære opp, tilsyn og ettersyn av ufaglærte.

Økt kompetanse gir klar gevinst på effektivitet. For eksempel hvis flere kan håndtere medisiner, vil du ikke ha behov for at to personer reiser til en pasient – det gir større fleksibilitet.

Mer kompetent personell gir også større dynamikk i arbeidsmiljøet. Et sentralt tema i våre samtaler med ansatte i de fire kommunene om EVUK har vært at kompetanse øker ambisjonene. Man stiller flere spørsmål, krever begrunnelser og utfordrer den rådende orden. Dette kan selvsagt oppleves som truende, men flere ledere vi har snakket med er veldig inspirert av at det gnistrer mer av deres ansatte og at de selv blir utfordret mer.

Kompetent arbeidskraft stiller krav til seg selv og andre. De er ikke trofaste uansett.

Det blir litt lettere når du går på EVUK, får da får du vite at du har rett likevel. Du bør ikke godta dette. Det kommer en annen generasjon som stiller

andre krav. Jeg ser det på de andre også. De har begynt å tenke. Men det er jo avhengig av at lederen vil noe, og at det ikke bare er negativt.

Rapportene er ofte overfladiske. Opp til hver enkelt å sette seg ned og fordype seg mer. Noen tar det bare som det kommer. Jo mer kompetanse du har, jo mer ønsker du å vite. De som ikke har så mye kompetanse er ikke redde for hva som kan gjøres feil eller hva som forventes av dem.

Du vil ha gjennomslag for noe av det du kan, ellers kan du like gjerne jobbe på Rema 1000. Ellers finner du deg et annet sted å jobbe.

Et særlig sentralt trekk ved faglighet angår det vi kan kalle dens *kultiverings- og vekstlogikk*. Samtidig som faglig kompetanse alltid rommer en holdning og en praksis som er kultiverende, der faglighet og oppgavenes innhold utgjør en dynamisk relasjon og blir råstoffet for økt innsikt og vekst, må kompetansens organisatoriske kontekst nødvendigvis også være kultiveringsorientert. Av kompetansens organisatoriske kontekst kreves framfor alt tre ting:

(1) For det første må den etablere rammer som gjør faglig kompetanse til en vekstprosess. Kompetansen må få anledning til å møte nye utfordringer, bli i stand til å vokse og få anledning til å knytte seg til et større univers av kunnskap og kollegialitet. For å hindre at den mister sin motiverende kraft og potensial, må den fornyes, bekreftes og få anledning til å være en del av noe større. Muligheten for faglig videreutvikling, å kunne delta på konferanser og kurs, ta etterutdanning og å ha tid til – og tilgang til en relevant kontekst for – å diskutere faglige spørsmål, er i alle sammenhenger en betingelse for dette.

(2) For det andre må fagligheten være ”mobil”. Fordi faglig kompetanse er knyttet så sterkt til karriereforventninger, må det finnes veier som gjør det mulig og naturlig for den å reise videre og eventuelt ”høyere”. Stillstand, rutine og mangel på bekreftelse på at anvendelse av faget virkelig gjør en forskjell, er faglighetens fiender. Kort sagt: siden faglig kompetanse ikke ganske enkelt er noe man har (enten det er snakk om en person eller en organisasjon), men noe som må kultiveres i arbeidsprosesser, er det ikke selvsagt at den blir forløst og kommer til anvendelse. Den kan gjøres irrelevant dersom den faglige infrastrukturen ikke finnes eller ikke vies spesiell institusjonell oppmerksomhet.

(3) For det tredje må faglighet danne grunnlag for *autoritet*. I helse- og omsorgstjenestene er det relativt vanlig at dette ikke er tilfellet, blant annet fordi aktiv faglig ledelse skaper ”sand i maskineriet”. Det betyr både at faglighet og fag-

lige ambisjoner forblir privat, at fag diskuteres lite, at det etableres få og lite kvalitetsmessig robuste standarder, og koordineringen blir svak og at faglige begrunnelser *ikke* legges til grunn for mye av arbeidet. Ledere sitter ofte på stor avstand og har liten kapasitet til å endre slike autoritetsproblemer.

Dette er i tråd med en av hovedkonklusjonene i en mye sitert Sintef - rapport fra 2004:

Vi har sett at det er en sterk sammenheng mellom de ansattes opplevelse av utilstrekkelig bemanning og kvaliteten i tilbudet til beboerne. Blant de sykehjemsansatte er det mange – i vår undersøkelse nesten 30% - som sier at de ofte går hjem med dårlig samvittighet, fordi de ikke rakk å gjøre det de hadde planlagt å gjøre i avdelingen. Vår analyse tyder altså på at opplevelsen av ikke å få realisert den kvaliteten i tilbudet man ønsker ikke først og fremst skyldes for lite personell, men først og fremst de betingelsene personellet arbeider under: dårlig tilpassede bygninger, problematisk arbeidsmiljø, manglende vektlegging av kompetanseutvikling og kollegial veiledning, og for dårlig utviklet samarbeid med pårørende, sykehus og andre. I tillegg kommer ledelsesmessige problemer (..) (Halvorsen, Harsvik, Nygård og Paulsen 2004: 124).

Som eksemplene våre har vist, kan faglighet i de verste tilfellene bli synonymt med en tungvint og ressurskrevende måte å arbeide på, og den kan endog bli betraktet som ”snobbete”. Innenfor organisatoriske rammer der det opereres med til dels bitte små stillinger, hvor ressursene til faglig oppdatering er små eller ikke-eksisterende, hvor det vi kan kalle utforskende og søkende faglighet ikke belønnes spesielt (men må vike plassen for ”å få jobben gjort”), hvor opplevelsen av å ikke bli satset på av overordnede dominerer, hvor nedskjæringer rammer ofte, hvor arbeidsmengden øker og hvor muligheten til å kvalifisere seg for andre jobber er liten, er det ikke noen spesiell grunn til at ansatte – til tross for at de har utdannelse – søker å realisere idealet om faglig kvalitet.

I en del av revisjonsrapporten går det fram at mange kommuner har store problemer med å rekruttere fagpersonell at tjenestene ofte preges av liten stabilitet og at det er problemer som skyldes mangel på fagpersonell. Ansatte opplever at det er vanskelig å ta imot tilbud om opplæring og videreutdanning, når kollegaene påføres ekstraarbeid fordi de er borte fra avdelingen (Helsetilsynet, oktober 2003: 17).

Å realisere faglighet under slike betingelser innebærer å ofre kortsiktig gevinst for å skape bedre resultater på lang sikt. Men å gjøre et slikt offer kan for den enkelte framstå som kostbart og irrasjonelt. Vi tror at dette problemet er undervurdert.

Illustrerende sitat fra Helsetilsynets ”Verdt å vite”- melding i 2002:

Kommunene har økende vansker med å gjennomføre sitt ansvar for behandling og pleie, både fordi antall klienter øker og fordi kommunene får stadig større oppgaver med pasienter som stiller store krav til kvaliteten i omsorgstilbudet. Problemet har to sider, den ene økonomien, den andre er den ”faglige fortynningen” som synes å skje. Med den faglige fortynningen mener jeg at en begrenset stab av pleiere må betjene faglig krevende pasienter i økende antall uten at antall stillinger og kvalifikasjoner øker tilsvarende (ibid.: 18).

I diskusjonen ovenfor har vi vært inne på fire sentrale kompetanse- og kvalitetsmessige hovedproblemer:

- Den individuelle kompetansen er altfor knapp.
- Den gjøres i liten grad kollektiv.
- Kompetansen brukes i liten grad som en ressurs for organisasjonen.
- Individuell kompetanse er systematisk underutnyttet.

Når man observerer arbeidsprosesser i helse- og omsorgstjenestene kan man ofte legge merke til at ansatte ikke nødvendigvis lider av en notorisk knapphet på tid. I den daglige diskusjonen i kommunene om hvor dårlig tid de ansatte ”egentlig” har, har vi i løpet av våre feltarbeid ofte støtt på det argument at kvaliteten kunne vært langt høyere dersom de ansatte hadde utnyttet tiden bedre. Dette argumentet er etter vårt syn uholdbart og uttrykker en manglende forståelse av vesentlige og særegne kjennetegn ved arbeidet og måten det organiseres på. Problemet oppstår fordi den faglige infrastrukturen er lite robust og fordi arbeidssituasjonen er grunnleggende uforutsigbar. I stedet for å sikre at vilkårene blir gode nok til at de kan hindre at avvik fra den aksepterte standarden skjer, skaper statlig og kommunal politikk en situasjon der akseptabel standard kan oppnås dersom situasjonen skulle bli helt ideell. Hovedproblemet med dette er ikke at slike idealsituasjoner sjelden inntreffer, men at ansatte, ledere og kanskje også lokalpolitikere lærer seg å tilpasse seg nettopp denne erkjennelsen. Når akseptable standarder ikke er del av den virkeligheten som normalt kan planlegges, blir det rasjonelt å slutte å forvente at den oppstår. Den neste rasjonelle tilpasningen til en slik realitet, er at når tilfeldige, positive endringer inntreffer – som for eksempel lommer av ledig tid, finner man det ikke nødvendigvis rimelig å handle annerledes enn det man normalt gjør.

Helsetilsynet og andre (ikke minst Riksrevisjonen i 2009) har i flere sammenhenger påpekt at kommunene mangler kompetanseplaner og/eller forpliktende oppfølgingsprogrammer av kompetanse. Det er påfallende at investeringen i fagkompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ikke bare er marginal, men at den svært ofte ikke betraktes som en investering og som en kapitalform. I de fleste andre yrkessammenhenger er betydningen av slike investeringer selvbegrunnende, siden de styrker yteevnen; de gjør organisasjonen i stand til å levere flere/bedre tjenester eller produkter. Vi har observert påfallende mange eksempler på at etter- og videreutdanning i helse- og omsorgstjenestene betraktes som noe som er helt opp til den enkelte og – dersom kommunen betaler den – som en personlig belønning som ikke på noen konkret måte skal forplikte noen av partene. Dette ligger språklig tett opp til den vanlige måten å omtale kvinnelig helse- og omsorgsutøveres kompetanse på: den uttrykkes i termer som å være ”flink” og å gjøre ”en kjempeinnsats” snarere enn som faglig kompetanse. I flere tilfeller har vi observert at nøkterne forsøk på å beskrive situasjonen i tjenestene blir underminert av enda en versjon av det vi tidligere har omtalt som *kategorimistaket*: slike beskrivelser blir, for eksempel av folkevalgte, avvist med referanse til en omsorgsfull omtale av de ansatte som så ”flinke” at det er ”dårlig gjort” å være kritisk mot tjenestenivået. Vi anser dette som en svært viktig illustrasjon fordi den viser til det allmenne problem at tjenestene og deres kvalitet knyttes så direkte til de ansattes moral, kjønn og kropp. Vi er ikke i tvil om at dette gjenspeiles i de ansattes egen motvilje mot å kritisere kvaliteten, eller beskrive det nøkternt. Ved å beskrive det faktiske kvaliteten, angir de seg selv som utilstrekkelige. Konsekvensene av at det er gjort så usedvanlig lite for å sakliggjøre kvalitetsdiskusjonen i helse- og omsorgstjenestene er omfattende og dypt problematiske, og uløselig knyttet til kjønn. Person og tjeneste/kvalitet blir ett. Selv om denne symbiosen er et hensiktsmessig grunnlag for styring i en situasjon der det viktigste er å løse et akutt problem gjennom desentralisering av ansvar, har den knapt noen plass i et moderne arbeidsliv.

Når man diskuterer kvalitetsproblemet på denne måten, gir det samtidig grunn til å reise et mer grunnleggende spørsmål: er det slik at målet virkelig er å søke høyest mulig kvalitet? Som vi har forsøkt å vise, er dette på ingen måte åpenbart. Det er selvsagt ingen tvil om at alle er opptatt av at ressursene skal brukes til å skape best mulige tjenester, men spørsmålet om hva som skal til for at garanterte tjenester av høy kvalitet skal kunne gis i praksis, har blitt lite diskutert. En faglig infrastruktur

som skal være solid nok til å ivareta kravene som norske politiske myndigheter stiller, må i henhold til vår analyse tilfredsstille følgende krav:

1. Alle ansatte må ha fagkompetanse.
2. Det må lønne seg å velge gode faglige løsninger framfor billige og tidsbesparende.
3. Fagmiljøet må ha nok tid til felles faglig drøfting og koordinering.
4. Ledelsen må ha nok kunnskap om den daglige virksomheten til at den er i stand til å honorere faglige initiativ og utviklingen av felles faglige standarder.
5. Ledelsen må sørge for at faglig kompetanse blir den eneste reelle kilde til autoritet.
6. Faglig utvikling må utvikles systematisk, og alle ansatte må få tilbud til regelmessig etter- og videreutdanning. Det må utvikles systemer som gir økt formell kompetanse uttelling i form av økt lønn og formelt ansvar.
7. Fristelsen til å velge kortsiktige (og billige) løsninger må systematisk motarbeides av ledelsen, og tilløp i denne retningen må systematisk sanksjoneres.
8. Faglige standarder må gjøres immune mot knapp økonomi, og økonomiske vurderinger må systematisk underlegges av kvalitets- og kompetansekrav.
9. Dersom kvaliteten er lavere enn det myndighetene forskriver, selv unntaksvis, må dette betraktes som en politisk nedprioritering av kvalitet og forstås som et entydig politisk ansvar.

4. Kompetanse og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene

Vi har argumentert for at den kommunale helse- og omsorgssektoren kan betraktes som den sentrale aktør i velferdsstatens systematiske grenseoverskridelse – velferdsstatlig universalisme – og *samtidig* den ultimate garantist *mot* grenseoverskridelse. Helse og omsorgstjenestene bærer det største ansvaret for å imøtekomme uforutsigbare og voksende behov, og gis samtidig hovedrollen i arbeidet med kompensere for økte kostnader. Dilemmaet som skapes på denne måten, består i at kvaliteten på alle tjenester skal forbli upåvirket av denne motsetningen. Bedre tjenester til flere skal gis for relativt mindre ressurser. Til hjelp i denne forvaltningen av dilemma står en rekke beslutningstakere (folkevalgte og administrative ledere) som hver for seg ivaretar en begrenset ansvar, og som hver for seg har myndighet til å forbli upåvirket av tjenesteutøvernes erfaringer.

Det er på denne bakgrunnen vi kan vinne innsikt i tilsynelatende uforklarlige egenskaper ved velferdsstatens formelle måte å regulere ansvaret for tjenesteytingen overfor befolkningen på. La oss se nærmere på følgende elementer:

- Tjenestestandarder er svært upresist definert.
- Det er ytterst liten bevissthet om kvalitetsstandarder blant beslutningstakere, administrativ ledelse så vel som blant tjenesteutøvere.
- Det foregår svært liten aktivitet i de ansvarlige organisasjonene knyttet til forvaltningen av kvalitetsstandarder.
- Koplingen mellom kvalitetsstandarder og ansvar er ytterst svak.
- Store variasjoner i kvalitet – ikke primært mellom kommuner, men innenfor en og samme virksomhet over tid – skaper svært liten bekymring og påkaller få forsøk på tiltak.
- Tjenesteyterne har svært liten innflytelse, både over kvalitetsstandarder og over muligheten til å definere og korrigere avvik.

Vi har antydnet at dette ikke nødvendigvis er overraskende dersom vi tar i betraktning at helse- og omsorgssektoren har utviklet seg til å bli en virksomhet som styres mer i henhold til volumproduksjon enn til høy og nøye spesifisert kvalitet på den enkelte tjeneste. Dette fører blant annet til framveksten av arbeidsmiljøer der bruken av kompetanse til enhver tid er noe mindre enn den kunne vært. Ansatte står overfor ledere som retter til dem den ofte implisitte forventning om at det er bedre

å komme over lista i 100% av tilfellene enn å lykkes spesielt godt i 80 og svikte avgjørende i de resterende 20. Tilstedeværelsen av en stor andel ufaglært arbeidskraft – og en mengde deltidsstillinger som gir svak integrasjon i arbeidsmiljøet – er godt tilpasset en slik logikk, for det er mer katastrofalt å støte fra seg billig og stabil arbeidskraft enn enkeltansatte med høy kompetanse. Sistnevnte kan bidra til å heve nivået på enkelte tjenester i noen perioder, men har gjerne liten generell påvirkning, krever mye oppmerksomhet og kan uansett tenkes å være på vei bort.

Kommunene som har deltatt i EVUK – prosjektet har tatt mål av seg å endre prosesser av denne typen. EVUK er en tilnærming til kompetanse i helse- og omsorgssektoren som både tar sikte på å heve kompetansen og institusjonalisere bruken av dem, slik at bedre tjenestekvalitet skal kunne etableres og forvaltes som en felles, organisatorisk praksis. I vår diskusjon så langt har vi diskutert en rekke vilkår som må være på plass for at dette ambisiøse målet skal bli realistisk.

4.1 Arenaer

EVUK-prosjektet har lagt særlig stor vekt på å bringe diskusjonen om kvalitet i helse- og omsorgstjenestene ut av isolasjonen og inn på kommunale arenaer der beslutninger tas. Dersom kvalitet i realiteten er et kompromiss mellom ideelle fordringer, knapp økonomi og en generell motvilje til å ta ansvar for at kvaliteten i en del sammenhenger svekkes, er det avgjørende at kommunens beslutningstakere både får tilgang til relevant erfaring/informasjon og en forpliktelse til å gi et klart mandat til tjenesteutøverne. Dette mandatet må være basert på kunnskap om tjenesteutøvernes reelle vilkår for å realisere kvalitet og ta form som et begrunnet, informert og legitimt oppdrag. I løpet av prosjektperioden har vi fått anledning til å delta på en rekke arenaer som har sitt utspring i et slikt resonnement om den gjensidige forpliktelsen. Hensikten har vært å tydeliggjøre ansvaret for kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene. Overordnede nivå har ansvar for å sikre at den kvalitet tjenestemottakerne forespeiles, er reell. Dette inkluderer forpliktelsen til å faktisk undersøke om nivået er realistisk gitt tjenesteutøvernes forutsetninger, og at eventuelle avvik korrigeres. Korrigering av avvik kan i henhold til denne forståelsen bare forstås som en systemegenskap, som et sett av mekanismer som skal sørge for at nivået gjennomgående er høyt nok til at avvik ikke forekommer, og at hele organisasjonen er forpliktet til å sørge for at mulige farer for avvik kan fanges opp og

forebygges på forhånd. Tjenesteutøverne på sin side har ansvar for at de faktisk er i stand til å operasjonalisere sitt mandat, gi det et faglig innhold, prioritere innenfor rimelige rammer og for øvrig arbeide for avviksförebygging. En forutsetning er da selvsagt at de faktisk gjør seg gjeldende på de arenaer der informasjonen med overordnede nivå blir utvekslet, og at de gjør det på en måte som faktisk formidler deres erfaringer og gir muligheter for å finne bedre løsninger.

Som vi har antydnet, er det ikke alltid slike areaer finnes eller at aktørene som er forpliktet til det, faktisk utveksler informasjon og erfaringer og skaper oversettelsesmekanismer mellom politikk, økonomiske ressurser og faglighet. Dette er i tråd med vår erfaring fra en rekke andre kommuner vi har undersøkt. Når kommunestyret vedtar budsjettet, når bemanningsplan og turnus utformes, og når en gitt bruker mottar hjemmesykepleie, er det ikke selvsagt at vurderingene som ligger til grunn for hver enkelt av disse handlingene er brakt i kontakt med hverandre. Det er ikke nødvendigvis vanlig at budsjettforhandlinger faktisk innebærer beslutninger om konkret kvalitet; at folkevalgte vet hva deres valg faktisk innebærer. Dette skyldes ikke bare at folkevalgte ikke er vant til å tenke i slike baner, men også at den delen av den administrative/faglige ledelsen faktisk ikke gir klare signaler om hva tjenesteyternivået kan yte, i bytte mot en viss type og mengde ressurser. EVUK - prosjektet tok sikte på å styrke det felles og gjensidig forpliktende ansvaret for kvalitet gjennom å forsøke å styrke dialogen mellom de ulike nivåene. Prosjektledelsen hadde, som oss, gjort den observasjon at de ulike nivåene var til dels svært kritiske til hverandre og registrert at viljen til å gå hverandre på klingen for å diskutere den felles forpliktelsen ofte var svært begrenset. Prosjektledelsen forberedte, inspirerte til og bidro til å legge til rette for slike dialoger på en meget god måte. Den var i utgangspunktet bevisst på at kompetanseheving i helse- og omsorgsyrkene må angå hele organisasjonen, og at det kreves en omfattende institusjonalisering av kvalitetsforvaltning for at kvalitetsdefinisjoner forankret i faglig kompetanse skal kunne bli retningsgivende for tjenesteyting.

4.1.1 Arena A: Faglige dialoger i førstelinjen

Som vi har forsøkt å vise, kjennetegnes helse- og omsorgstjenestene i de fire kommunene av en viss motvilje mot å initiere faglige presentasjoner, diskusjoner og endringsprosesser. Faglige ledere er sjelden drivkrefter i slike prosesser, og ansatte

ønsker sjelden å framstå som om de tar seg til rette eller gjør krav på en høyere status enn andre. Vi har påpekt to sannsynlige grunner til dette.

For det første er arbeidsmiljøet ofte preget av sterke egalitære verdier. Alle innser selvsagt at det er forskjell på folk med hensyn til motivasjon og kompetanse, men de fleste er samtidig enige om at det er fornuftig å understreke den gjensidige avhengigheten ved å behandle hverandre som like verdige. Baksiden av denne medaljen er at det skal noe ekstra til å framstå som noen som er mer kompetent og gjør krav på større autoritet enn andre.

For det andre vet de fleste i arbeidsmiljøet at de fleste faglig definerte kontekster i realiteten er å betrakte som engangsforeteelser uten varige konsekvenser. Det krever så mye å spre, dele og implementere ny kunnskap i et så fragmentert arbeidsstokk med så ujevn formell kompetanse at det framstår som litt naivt å tro at en liten ekstra innsats her og der skal gjøre en forskjell. Vi har registrert at mange har gjort denne erkjennelsen på en smertefull måte. De har forsøkt, men blitt skuffet. Virkelige endringer krever en plan og et apparat som er robust nok til at den kan overvinne barrierer av denne typen.

EVUK har imidlertid gjort presentasjoner av faglige bidrag til en obligatorisk del av opplegget. Hvorvidt dette har virket, er vanskelig å slå entydig fast, men vi har i det minste svært mange av deltakernes ord på at det har betydd mye. De har erfart at å legge fram kunnskap de har ervervet gjennom EVUK har betydning på flere måter. Det øker respekten for faglighet og kompetanse i fagmiljøet, og det bidrar til at ledere blir mer oppmerksom på den. Videre øker det interessen for alternative måter å gjøre ting på. Denne interessen har utvilsomt fått et avgjørende momentum i selve EVUK - prosjektets omfang. Mange av deltakerne legger stor vekt på at prosjektet involverte er så stort antall fra de fire kommunene at de faglige interessene de videreutvikler blir til noe som forplikter på en spesiell måte. Det blir naturlig å bruke møteplassene i EVUK til å dele erfaringer og kunnskap, og behovet for å gjøre denne relevant i egen kommune og arbeidsplass blir akutt. Det framstår som unaturlig og urimelig å unnlate å gjøre noe med erkjennelsene som springer ut av EVUK-deltakelsen. Av stor betydning her er altså det faktum at deltakerne har flere kolleger fra egne kommune å dele deres nye ambisjoner med. Som for eksempel EVUK's kompetansekatalog viser, har EVUK stimulert mye faglig knoppskyting og innovasjon. Alle er unnfanget og satt i gang av kollegafellesskap som sammen har opplevd

økt kompetanse som en forpliktelse, en mulighet for faglig selvrealisering og en vei mot bedre tjenester.

Men deltakerne var til dels svært skeptiske til å legge fram faglige bidrag til sine kolleger. Påfallende mange understreket at de opplevde dette som noe de hadde grunn til å frykte. Grunnen var neppe at de faktisk ville få sterke negative reaksjoner fra sine kolleger og ledere; frykten hadde trolig mer å gjøre med at det ville innebære å ”spise” av andres verdifulle tid og videre peke mot endringsmuligheter som ville kunne framstå som konfliktskapende. I våre besøk i de fire kommunene observerte vi også en annen side ved dette: den tilsynelatende sterke motviljen til å ta ordet i forsamlinger der egne kolleger og ens ledelse av til stede samtidig. Hvis disse observasjonene ikke representerer rene unntak – og vi har god grunn til å anta at de ikke gjør det – tyder det på at det i svært liten grad finnes lokale offentligheter i disse tjenestene. Selv når EVUK - prosjektledelsen hadde forberedt arenaer med dagsorden som tok utgangspunkt i temaer og synspunkter som opptok studentene sterkt, var stillheten ofte påfallende.

Vårt materiale gir sterk støtte for den antakelse at dette mer enn noe annet uttrykker et relativt fravær av faglig ledelse. Av grunner vi har drøftet i detalj ovenfor, er det ikke nødvendigvis overraskende at innslaget av faglige diskusjoner og presentasjoner er svært liten i arbeidsfellesskapene. Det er ofte knapp tid til å møtes, personalets forutsetninger er ekstremt ulike, egalitarianismen er sterk, og personalmøtene sies i all hovedsak å bli brukt til administrativ informasjon. Men gitt at alle ledere vet at faglige interesser hos personalet kan styrke motivasjon og kvalitet vesentlig hvis slike interesser dyrkes og spres, er det likevel underlig at faglige interesser faktisk prioriteres så lavt. EVUK har bidratt til å endre dette i høy grad, og nettopp dette må anses som en vesentlig kvalitetshevningseffekt i de fire kommunene. Før EVUK ser det ut til å ha vært en tendens til at ledere, snarere enn å være uengasjert, har ønsket å desentralisere ansvaret for faglig utveksling til avdelingsledere og gruppeledere fordi de selv er opptatt med andre, mer presserende ting. Det er EVUK's fortjeneste at presentasjoner av faglige bidrag i arbeidsfellesskapet har fått høyere status. Dette er en absolutt forutsetning for at faglighet skal få betydning som en drivkraft for kvalitetsorientering og endring, snarere enn som individuell eiendom som kun indirekte angår kolleger og ledere. Fagmiljøer som ikke sterkt oppmuntrer til dyrking av faglighet, gjennom presentasjoner, diskusjoner, utviklingsprosjekter, kompetanseheving og felles forsøk på å skape felles standarder, kan

knapt forventes å fungere som kompetanseintensive. Som vi har drøftet ovenfor, ser nettopp dette ut til å være et betydelig problem i norsk helse- og omsorgsvirksomhet. Fordi de elementære byggesteinene i det har kalt *den faglige infrastrukturen* ikke er lagt på plass, er det påfallende vanlig at fravær av faglig orientert virksomhet i arbeidsfellesskapet, ikke er noe som savnes spesielt sterk blant ledere. Kanskje dette skjer fordi de vet at det framstår som urealistisk å tro at særlig mange i miljøet faktisk kan gis anledning til etter- og videreutdanning. Dette bidrar samtidig til å normalisere fraværet av store forventninger og ambisjoner. EVUK synes å ha bidratt sterkt til å bryte med denne tendensen fordi prosjektledelsen har lagt så stor vekt å betrakte økt faglighet som et element i en mer omfattende faglig infrastruktur.

Når etter- og videreutdanning blir en mulighet for flere, øker ambisjonene. Økt kunnskap og sammenlikning med andre kommuner gjør at evnen til å utvikle konkrete forslag til utviklingsprosjekter blir større. Muligheten for å synliggjøre at man kan bidra faglig til arbeidsmiljøet blir mer realistisk, og det er lettere å få ledere med på laget. Presentasjoner av faglige bidrag på arbeidsplassen blir en del av et større system av kollektiv forpliktelse, og fraværet av slike presentasjoner – som en vesentlig bestanddel av miljøets virksomhet, framstår dermed som unaturlig passivt. I tiden etter at EVUK-prosjektet ble avsluttet, har vi registrert at hyppigheten og systematikken i slike faglige utvekslinger har økt noe, og blitt langt bedre i noen få arbeidsmiljøer. Hovedinntrykket er imidlertid ganske negativt. Enkelte steder har forsøkene på å etablere faglige arenaer vært halvhjertet og svake, mens de andre steder var robuste i begynnelsen men langt svakere etter nokså kort tid.

Vi tar også med her at EVUK har bidratt til å skape et fagfellesskap på tvers av de fire kommunene som har hatt svært stor nytte av hverandre, og som har utviklet en høy grad av identifikasjon. I mange ulike sammenhenger har deltakerne også blitt gjort til gjenstand for engasjert oppmerksomhet fra sine ledere – endog rådmenn og ordførere. De fleste deltakerne har ikke før opplevd en slik symbolsk markering av kompetansens betydning i arbeidet deres. Den offisielle feiringen av kompetansens betydning bryter temmelig sterkt med den erfaring de har i sitt daglige arbeid. Dette har skapt en veldig sterk motivasjonseffekt i EVUK, og har gjort det klart for de fleste at EVUK har skapt et nytt system av forpliktelser og samhandlingsformer ikke bare på avdelingsnivå, men potensielt i hele kommunen. Flere ordførere har artikulert dette i svært klare ordelag fra talerstolen i flere EVUK - sammenhenger.

4.1.2 Arena B: Møter mellom EVUK-studentene og etatsledelsen

EVUK har forutsatt at en sterkere aksentuering av kompetanse og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene vokser fram gjennom mer myndige fagutøvere som faktisk er i stand til å påvirke de organisatoriske og økonomiske betingelsene de arbeider innenfor. Dette innebærer at dialoger mellom fagfolk og deres ledere må anses som en forutsetning for gode tjenester. Som vi har antydnet ovenfor, er det et betydelig problem at slike dialoger er svært svake i alle de fire kommunene, og adekvate arenaer finnes knapt. Forventningene ansatte og ledere har til slike dialoger står ofte i skarp motsetning til hverandre. De vil ofte veldig ulike ting når de skal møtes, men i praksis viser det seg at dette i liten grad uttrykkes på møtene. ”Frontstage” (formelle arenaer for ”offentlig” samtale) og backstage (uformelle arenaer innenfor lukkede rom) blir dermed temmelig systematisk skilt fra hverandre, med svært uheldige konsekvenser for muligheten til å løse problemer gjennom dialoger på egnede arenaer. I de mest problematiske tilfellene blir konfrontasjonen svært direkte: ledelsen mener de ansatte er ute etter å uttrykke misnøye, sutre og klage, mens de ansatte mener ledelsen ikke forstår deres situasjon og i stedet peprer dem med beskrivelser hvordan situasjonen ”egentlig” er. Vi har observert situasjoner der dette formatet blir en måte å snakke systematisk forbi hverandre på. Ansatte er opptatt av å få respons på beskrivelser av vanskelige arbeidsvilkår og trusler mot kvalitet, mens ledere mener de ikke har verken forståelse eller respekt for den vanskelige budsjettsituasjonen. Evnen til å samtale om hva et knapt budsjett innebærer for kvalitet og tjenestestandard, og for fordeling av politisk, økonomisk og faglig ansvar, blir derfor svak.

Helse- og omsorgssektoren bærer et større ansvar for velferdsstatens avgrensingsproblem enn noen annen sektor, og det er karakteristisk at dette påvirker problemløsningsevnen på grunnplanet i kommunene. Sektoren utgjør en stor ”utgift”, og justeringer av kommunebudsjettet rammer som oftest hardest her. Det skaper betydelig ustabilitet. Det er en av EVUK-prosjektets viktigste bidrag at det søker å bringe faglighets- og kvalitetsdiskusjonen ”tilbake” til sentrale beslutningsfora i kommunen, der dilemmaet mellom kapasitetsproblemet og kvaliteten på helse- og omsorgstjenester som oftest er et ikke-tema. I de fire kommunene vi har fulgt i denne sammenhengen er mønsteret vi har observert karakteristisk, slik det også er i

andre kommuner vi har undersøkt: svært få aktører forventer at deres utfordringer kan løses gjennom dialoger på tvers av hierarkiske nivåer på robuste arenaer. Det er atskillig grunn til å anta at dette reflekterer en dypt forankret styringstradisjon i helse- og omsorgssektoren, der tjenesteutøvernes autonomi har hatt en sentral plass.

Arven fra sykepleiens konstituerende fase gjør seg faktisk gjeldende her: ”prototype-sykepleieren” var myndig og forventet lite innblanding. Til gjengjeld krevde hun ofte lite tilbake og tok fullstendig ansvar. Denne arven er supplert med det vi kan kalle en ”husmortradisjon” som vokste fram med den sterke utvidelsen av helse- og omsorgsoppgavene (hjemmehjelp osv.), der faglighet og kvalitet som profesjonelle og juridisk spesifiserte standarder spilte liten rolle. Konsekvensene av dette er omfattende og veldig problematiske. Tjenesteutøverne har ikke lenger forutsetninger for å ivareta den myndighet den tradisjonelle sykepleieren i søsterhjemmet hadde, men behandles fortsatt i noen grad som en helt autonom forvalter av faglighet. Det ligger en vanskelig dobbelthet i dette, som faktisk er en helt klar parallell til det vi kan kalle den ufaglærtes dilemma: på mandagsvakt får hun mye ansvar fordi det er få faglærte på jobb, men på torsdag blir hun fratatt det samme ansvaret og behandlet som ufaglært – ren arbeidskraft. Fagfolk får mye ansvar delegert og er i den forstand svært autonome, og forventes å betale tilbake med taushet og få krav. Ledelsen blander seg lite – ut over å endre rammebetingelser – og styrer i all hovedsak kvalitet på en passiv måte: gjennom avviksrapportering, som har liten eller ingen troverdighet blant de ansatte. Konsekvensen av denne måten å håndtere dilemma på, er at partene blir i stand til å gjøre situasjonen levelig for hverandre i de fleste situasjoner. Men samtidig er i realiteten myndigheten til å ta ansvar for kvalitet undergravet. Et av de mest påfallende trekk ved de kommunale helse- og sosialtjenestene i den norske velferdsstaten er at ”alle” legger stor vekt på kvalitet, mens svært få påviser – eller påpeker behovet for å gjøre noe med det faktum at mekanismer for å garantere den, mangler. Det er ikke en gang en sterk interesse for å dokumentere den.

I en de fire kommunene observerte vi et særlig klart eksempel på dette problemet. Møteplassen var etablert for å skape en dialog om veien videre etter EVUK. Problemstillingen var hvordan man kunne ta kompetansen systematisk i bruk. Prosjektledere tok utgangspunkt i den antakelse at dersom man identifiserer forhold som hindrer at kompetansen tas i bruk og kvalitet etterstrebes, og forsøker å rydde dem

av veien, vil man kunne komme langt. Tanken her var altså at motivasjonen finnes, men at den ikke blir realisert. Dette utgangspunktet møtte sterk motbør hos ledelsen. Dette skapte et spesielt interessant utgangspunkt for prosessen, for det gjorde det potensielt mulig å gå løs på grunnleggende, felles utfordringer – inkludert måten aktørenes ulike posisjoner påvirker deres oppfatning av den felles virkeligheten. Problemet var imidlertid at uenigheten om utgangspunktet faktisk ikke dreide seg om å dyrke evnen til analyse og kritisk dialog, men om hva man tror på. Det ble påpekt at det ikke er særlig konstruktivt å ”tenke negativt” og fokusere på ”det som er galt”, men i stedet er det nødvendig å ”se framover”.

Det kan være gode grunner til at ledelsen insisterte på å tenke positivt, men det er karakteristisk at dette erstatter viljen til, og behovet for, å skape kritisk forståelse av situasjonen, vurdere muligheten for enighet og eventuelt muligheter for å oversette kompromiss til handling. Det oppsto i tillegg et annet - og i vår erfaring, et karakteristisk problem. Ledelsen deltok i diskusjonen på det klare premiss at møtet var en egalitær sammenheng, men grep likevel sin lederautoritet når det ble oppfattet som nødvendig og korrigerer ”feil” i sine underordnedes framstillinger på en måte som minnet dem om at meningsytringer og situasjonsbeskrivelser samtidig har med lojalitet å gjøre. Formålet med diskusjonen ble av slike grunner i liten grad realisert. Dette kan EVUK – prosjektledelsen lære mye av, på samme måte som andre som eventuelt setter i verk liknende prosjekter. I dette tilfellet trådte prosjektlederne inn på en intern arena og forsøkte å forandre den på en måte som påvirket ledelsens opplevelse av egen myndighet og autoritet. Rollene ble aldri ordentlig avklart.

Den kommunale helse- og omsorgssektoren kjennetegnes av en svak tradisjon for intern offentlighet. Dette uttrykkes blant annet gjennom diskusjoner der det som har genuin felles interesse, har en tendens til å falle mellom to stoler. Aktørene snakker hverandre etter munnen, forholder seg helt tause eller diskuterer i skarpe ordelag om det er budsjetttrammene eller tjenestekvaliteten som representerer den ”egentlige” virkeligheten. Vi har sett mange eksempler på dette underveis i EVUK-prosjektet, men vi har også sett andre tendenser. En av de mest positive var at EVUK’s prosjektledere insisterte så sterkt på at kompetansehevingen fikk konsekvenser som faktisk involverte ledere. Vi mener ikke her å antyde at lederne i utgangspunktet ikke erkjente eller var interessert i følge opp dette, bare at de knapt hadde den samme forståelsen av hvordan. Derfor ble det opprettet flere møteplas-

ser enn de som eksisterte fra før, og det ble satt dagsordener som ikke ganske enkelt angikk interne styringsproblemer. Kommunen fikk utviklet ny kompetanse, og både deltakere og ledere ble utfordret på hvilke gjensidige forpliktelser dette skapte, og på hvordan den nye kompetansekapitalen skulle forvaltes framover. Vår erfaring er at dette har styrket den interne offentligheten vesentlig. Vi har ikke observasjonsmateriale som kan gi overbevisende dokumentasjon på dette, men har registrert mange lovende tiltak. Det viktigste av disse er EVUK's siktemål om å bidra til at helse- og omsorgssektoren i de fire kommunene sammen skulle ta en vesentlig del av ansvaret for å ta vare på og videreutvikle kompetansehevingen. Dette har bidratt til å skape en fellesinteresse som samtidig hviler på forpliktelser kommuneledelsen allerede har påtatt seg. En annen effekt er at mange deltakere mot slutten av prosjektet rapporterer at de selv har blitt langt mer pågående når det gjelder å ta faglige initiativ – initiativ som gis støtte av lederne og samtidig skaper nye fellesgoder i organisasjonen. EVUK's kompetansekatalog er et solid uttrykk for dette. En tredje effekt er at lederne i sektoren har brukt EVUK som en inspirasjon til å fremme sektorens sak i egen kommune. Vi har observert flere oppmuntrende eksempler på det siste.

4.1.3 Arena C: Kommunestyret

Prosjektlederne i EVUK merket seg tidlig i prosjektet at aktørene i helse- og omsorgssektoren ofte befinner seg på stor avstand til relevante beslutningsarenaer. De ser ut til å ha mindre intim kunnskap om og interesse for lokalpolitikk enn for eksempel lærere. De er svakt representert i lokalpolitiske fora, og de synes også i påfallende høy grad å føle seg fremmede der. Flere ledere i sektoren ble derfor sterkt oppmuntret til å presentere sine prosjektarbeider i EVUK for kommunestyret. Oppmuntringen sprang også ut av den erkjennelse at kommunestyrene kanskje ikke alltid har tilstrekkelig nært kjennskap til det som foregår i sektoren. Som vi understreket ovenfor, er dette ikke overraskende. Saksopplysninger og analyser som legges fram til politisk behandling er langt mindre treffsikre og presise enn det som er tilfellet med andre sektorer. Grunnene til dette er mange, men den viktigste er utvilsomt at kvalitetsstandarder verken blir klart definert eller aktivt fulgt opp. Konsekvensene av politiske vedtak som innebærer nedskjæring eller omdisponering av ressurser har derfor en tendens til å bli kontroversielle i en mer fundamental forstand, enn i andre sektorer. Alle aktører er omtrent like meningsberettiget, og

tjenesteutøverne har ikke det avgjørende ord når det gjelder å beskrive kvalitetsnivå. Dette gjør det for eksempel mulig for kommunestyre å utstede serviceerklæringer som knapt kan motsies av faktiske erfaringer, dersom ingen i beslutningshierarkiet er spesielt interessert i slike erfaringer. Dette er i prinsippet den samme prosessen kommunene erfarer i relasjon til den sentrale stat. Oppgavene vokser og kapasiteten er truet, men det er staten selv som kan bestemme hvorvidt påstanden skal vurderes som sann og hvorvidt det skal ta hensyn til problemet. Vi har observert eksempler på at ansatte og ledere i sektoren har lagt ned svært mange arbeidstimer i å forberede saker der alvorlige kvalitetsbrudd og illevarslende sårbarhet dokumenteres, men hvor kommunestyret velger å overse den av hensyn til budsjettsituasjonen – eller av hensyn til ”manglende tid”.

Vi har deltatt i kommunestyremøter i alle de fire EVUK – kommunene. Som i de aller fleste andre lokalpolitiske sammenhenger vi har deltatt, preges lokalpolitiske debatter i disse fire kommunene av et sterkt engasjement blant politikere som tar sin rolle som representanter svært alvorlig. Men samtidig var det interessant for oss å legge merke til at engasjementet for helse- og sosialpolitikken var relativt abstrakt, til tross for at det (med unntak av Lindås) dreier seg om svært små kommuner. Med dette mener vi ikke et fravær av engasjement, men en innfallsvinkel som knapt synes å bli vesentlig berørt selv av illevarslende signaler. I en oppsummerende budsjettdiskusjon i en av kommunene tok gruppelederen i et av de største partiene ordet mot slutten av debatten og understreket at partiet var svært tilfreds – til tross for erkjennelsen av at mange brukere får dårligere tjenester enn de har krav på, og at en av institusjonene i kommunen er i så dårlig stand at beboerne fryser når vinteren er på sitt kaldeste. Å gjøre noe med dette ville være ønskelig, men det vil kunne ta fra 7 til 9 år. Ingen andre i kommunestyret kommenterte dette, og det så ut til at alle kunne slutte seg til vurderingen.

Vi er ikke her opptatt av at uttalelsens moralske gehalt, men fester oss ved følgende: Eksemplet viser relativt klart at kvalitetsstandarder som velferdsstaten legger til grunn for tjenesteytingen ikke forstås helt bokstavelig. Det er mulig å forholde seg fleksibelt til dem. Når folkevalgte velger en slik strategi, vet de samtidig at de overlater til tjenesteyterne å vurdere hvorvidt de skal gjøre det samme. Vi vet at det for fagfolk - med direkte ansvar for andres livskvalitet, kan være moralsk problematisk å fire på kvalitetskrav. Det er interessant merke seg at folkevalgte forholder seg så tilsynelatende avslappet til dette problemet. Det er all grunn til å tro at det er så

utbredt og godt kjent at de færreste stusser over det. Dette er i tråd med vår allmenne diagnose. Velferdsstatens kapasitetsproblem blir i all hovedsak "løst" ved å opprettholde fleksibiliteten i den største og mest kostnadskrevenne sektoren. Derfor har folkevalgte på alle nivå en tendens til å omtale for eksempel nedskjæringer som en dyd av nødvendighet; en måte å "se realiteten i øynene" på. En toneangivende politiker understreket svært tydelig og intenst at han var svært oppgitt over at det rettes kritikk mot kommunene på dette grunnlaget. Det er ingen ting vi kan gjøre, mente han, for det er staten som bestemmer og kommunene som har ansvaret.

Eksempel 28

I desember ble det vedtatt i kommunestyret at pleie- og omsorgssenteret skulle gjennomføre følgende innsparingstiltak:

Ett årsverk aktivitør

Ett årsverk i administrasjon

En person på dagvakt i pleie fra mandag til fredag

Integrerte tjenester med hjemmetjenesten

Pleie- og omsorgssenteret var et helt nytt senter. I årsmeldingen det samme året berettes det om et overskudd (i anførselstegn) som både skyldes manglende erfaringstall fra tidligere år, og en rekke aktive sparetiltak. Sparetiltakene gikk blant annet ut på at da aktiviteten ble borte over lengre tid ble det ikke satt inn vikar, det var innkjøpsstopp store deler av året, og de ansatte samarbeidet med hjemmetjenesten om bakvakt, med mer.

Konsekvenser av at aktiviteten ble borte

Ledelsen refererte i sin årsmelding til "forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. nov. 1982 nr.66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13.des. 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v."

§ 3; oppgave og innhold i tjenestene; Kommunene skal etablere; Et system av prosedyrer som søker å sikre at;

Sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet.

Tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter

Ledelsen mente kommunen med sitt vedtak om å ta vekk aktivitørstillingen brøt med denne forskriften, og de pekte på følgende konsekvenser:

Færre får hjelp til mating.

Få eller ingen får tilbud om turer, men de har mulighet til å sitte ute i godværsdager.

Mindre fleksibilitet i forhold til økt arbeidspress på avdelingen, kan ikke få ekstrahjelp raskt.

De sosiale møteplassene er svært viktige, og aktiviteten er initiativtaker til lesestunder, erindringsutveksling, den gode samtalen og trimaktiviteter. Dette blir et stort savn for våre pasienter.

I juni året etter var aktiviteten sagt opp, og pasientene og personalet merket det konkret i det daglige ved at det ikke lenger var noe aktivitetstilbud. Tidligere hadde aktiviteten arrangert lesestunder, sosial samlinger og trim, som ga de eldre et innhold i dagliglivet. For de ansatte var det veldig merkbart, fordi de selv ikke hadde mulighet til å kompensere for den manglende funksjonen, og pasientene ble nå sittende uten å foreta seg noe annet enn å se på TV eller å se ut i luften mye av dagen.

Konsekvenser av ett redusert årsverk på dagtid

De ansatte var svært fornøyde med å ha kommet i nytt hus, og de uttrykte stor tillit til at deres nærmeste ledelse skulle ivareta dem på best mulig måte, selv under kommende nedskjæringer. Det årsverket som skulle reduseres på dagtid ville ramme den funksjonen som dreier seg om å "gå imellom" to og to avdelinger for å hjelpe til der det til enhver tid er mest behov for det. Da vi snakket med de ansatte om den forestående reduksjonen, var de overraskende trygge på at omleggingen ville gå fint. De knyttet det til den forestående integreringen med hjemmetjenestene som skulle innebære at de fikk hjelp fra hjemmetjenesten når disse har tid til overs. Integrerte tjenester vil også si at ansatte fra PO-senteret kunne bidra i hjemmetjenesten dersom de ønsket det. Fra kommunestyrets side var dette en måte å spare penger ved å utnytte ressursene fleksibelt og maksimalt. Det er interessant at de ansatte ikke uttrykte noen skepsis, men nesten tvert i mot tillit og spenning til denne omorganiseringen. Ledelsen derimot var mer bekymret. De skrev i sin årsmelding at det var knyttet stor usikkerhet til hvorvidt hjemmetjenesten ville være i stand til å fungere som en ressurs for PO-senteret. Dette var fordi oppgavene i hjemmetjenestene varierte veldig, og at det derfor var knyttet stor grad av uforutsigbarhet til deres innstas "inne". Også her knyttet de sin argumentasjon til offentlige dokumenter, denne gangen "Kvalitetsreformen":

Viser igjen til kvalitetsreformen som sier at beboerne og deres pårørende har rett til å:

Opplive respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet. Følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold.

Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett).

En verdig avslutning i trygge og rolige omgivelser.

Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand.

Tilpasset hjelp ved måltider og nok ro til å spise.

Ledelsen skrev i årsmeldingen at de ville følge nøye med, og melde dersom forholdene ble uforsvarlige.

Konsekvenser av ett redusert årsverk i administrasjonen

Det er den assisterende avdelingssykepleieren som skulle tas vekk i denne sammenhengen. Ledelsen pekte på følgende konsekvenser av den reduksjonen:

- Ustabil lederstruktur.
- Manglende kontinuerlig vurdering av bemanningssituasjonen.
- Manglende koordinering av personale og hjelpebehov. Dette kan igjen føre til at institusjonen ikke fremstår som en samlet og effektiv enhet.
- Dårligere turnus og ferieplanlegging kan føre til dårligere økonomistyring.
- Får ikke mulighet til medarbeidersamtaler.
- Dårligere oppfølging av sykemeldte og nyansatte.

- Kvalitetssikringsarbeid blir dårligere, en har ikke mulighet til å skrive nye eller reviderte prosedyrer.
- Vi er redde for at manglende lederstruktur kan føre til dårligere arbeidsmiljø. Dette kan igjen føre til høyere sykefravær.
- Manglende kontroll av eget budsjett.
- Sårbare i ferieperioder, og mindre mulighet til å delta på møter, kurs og lignende.
- Større fravær på leder.
- Mindre mulighet til å være pådriver for ulike prosjekt som kommunen mener bør settes i verk.

De understreket at de var klar over at oppgaver måtte delegeres videre nedover, men at situasjonen med ett redusert årsverk i pleie ville gjøre belastningen større også der.

Konsekvenser av omlegging til integrerte tjenester

Ledelsen hadde i juni året etter ikke ferdig planlagt hvordan omleggingen til integrerte tjenester skulle foregå. Det vi vet fra andre kommuner som har gjennomført liknende omlegginger (eks. Drangedal og Larvik), er for det første at selve omleggingsprosessen er ganske krevende. Det må etableres nye rutiner, nye samarbeidsformer og nye personer å samarbeide med – i tillegg til nye arbeidesoppgaver og nye pasienter. De kommunene hvor vi har undersøkt denne overgangen tidligere, viser at flere av de ansatte opplever alle disse faktorene som stressende (se Bakken, Haukelien og Vike 2004). Hensikten med omleggingen er å utnytte personalressursene maksimalt. Både på pleie- og omsorgssenter og (særlig) i hjemmesykepleien, kan arbeidsintensiteten variere ganske mye – både i løpet av en vakt og sett over lengre perioder. Noen perioder kan være svært utmattende for personalet, men de forteller at de takler det mye fordi de vet at det kommer roligere perioder hvor de får tatt seg inn igjen. Ved integrerte tjenester med pleie- og omsorgssenteret vil de måtte tilby sin hjelp der i rolige perioder, og dermed miste muligheten til å gjenvinne overskudd gjennom naturlig variasjon.

Ledelsen uttrykte i årsmeldingen bekymring for det høye sykefraværet på pleie- og omsorgssenteret, og de mente det ville kunne øke ytterligere som følge av nedskjæringene. Vi kjenner ikke til sykefraværet i hjemmesykepleien på tidspunktet før integrering, men det er ikke usannsynlig at det ble påvirket av sammenslåingen med PO-senteret.

Integrerte tjenester krever en større grad av koordinering enn når tjenestene er organisert hver for seg. Det er flere pasienter som skal ha pleie og behandling, og de ansatte har mindre forutsigbar arbeidsforhold. I den sammenhengen er det bekymringsfullt med reduksjonen av tiden til rapport og felles refleksjon.

Samtidig med at ledelsen skulle gjennomføre disse nedskjæringene, skulle de innføre et nytt system for pasientrapportering og et system for standardisering av brukerinformasjon (IPLoS). Det digitale rapportsystem for pasientene krevde opplæring av 120 medarbeidere før det kunne tas i bruk. Svært mange av disse medarbeiderne hadde liten erfaring med å bruke IT-verktøy fra tidligere, og vegret seg for å ta det i bruk.

Da vi snakket med leder og nestleder rett før ferien, var de temmelig oppgitt over alt det som ble forventet gjennomført på en gang. På begynnelsen av året hadde de satt i gang undervisning i bruk av det digitale pasientregistreringsverktøyet. Samtidig fikk de kommunestyrets vedtak om nedskjæringer presentert, og de måtte iverksette planlegging av dette. Siden de nettopp hadde innført en ny turnus, krevde

planleggingen av ferieavviklingen også mye arbeid. Dermed klarte de ikke å opprettholde en kontinuerlig progresjon i innføring av det digitale pasientregistreringsverktøyet. De regnet derfor med at det meste av undervisningen ville være glemt når høsten kom.

Kommunestyremøtene vi har fulgt bærer alle preg av at folkevalgte ser ut til å ha et sterkt velferdspolitisk engasjement. Men det var slående for oss å registrere at selv i disse kommunene, hvor relasjonene mellom representerte og representanter åpenbart er tett, og hvor kommuneorganisasjonen ikke er spesielt stor og uoversiktlig, var den virkeligheten vi opplevde blant tjenesteyterne nærmest helt fraværende i den lokalpolitiske debatten. Vi har gode grunner til å tro at den ikke er ukjent, og at lokale folkevalgte i stedet velger å diskutere velferdspolitikken på et annet og mer abstrakt nivå. Den store fordelen med dette er at man slipper kontinuerlige og potensielt ufruktbare konfrontasjoner mellom ”sektorpolitikere” og sektorsjefer på den ene siden, og de som må tenke på kommunen som helhet på den andre. Ulempen er at velferdspolitiske debatter gradvis risikerer å miste tilgang til vesentlige erfaringer om tjenestenes kvalitet og de forhold som gjør kvalitet mulig. I små kommuner er det etter vår erfaring begrenset hvor langt slike negative prosesser kan utvikle seg (fordi tette lokale nettverk sikrer god informasjonsflyt og sterke forpliktelser), men det er likevel illevarslende nok at korrigeringsmekanismene synes å ha blitt vesentlig svekket.

5. Post EVUK

På den siste intervjurunden ønsket vi å innhente kunnskap om EVUK-studentenes erfaringer en stund etter avslutningen av prosjektet. Hvilke endringer kunne spores i anvendelse og organisering av kompetanse på individuelt, kollektivt og organisatorisk nivå? Vi stilte spørsmål om EVUK's betydning for motivasjon til å bli i jobben og motivasjon i det daglige arbeidet, om hvordan kompetansen ble tatt i bruk. Vi var spesielt interessert i kunnskap om ledernes rolle i anvendelse og organisering av kompetanse, og i spørsmålet om hvorvidt det var etablert nye rammer, prosedyrer og arenaer for å sette det faglige arbeidet i sentrum, og som grunnlag for å gjennomføre prioriteringer og strategisk planlegging.

Hovedkonklusjonen er klar: det er på det individuelle og motivasjonsmessige planet de største endringene har skjedd. Intervjuene rommer mange historier om hjelpepleiere, sykepleiere, omsorgsarbeidere og vernepleiere som har opplevd EVUK som svært betydningsfull som motivasjonskaper i det daglige arbeidet. Følgende uttalelse er karakteristisk:

Jeg gir bedre tjenester, og har fått andre tanker og vinklinger. Du blir aldri ferdig med å utvikle deg. Det er blitt hele meg. Det løfter meg som person, blir sikrere på meg sjøl, er blitt mer frimodig, sterkere og tryggere.

Jeg har bedre kunnskap, gjør en bedre jobb og er mer bevisst.

Har ikke fått nye oppgaver, men gjort ting sjøl.

Vi føler at det har blitt mer faglig prat.

Jeg har fått bedre selvtillit. Jeg trur at jeg vet noe. Det er ikke bare alle andre som vet.

Vi har fått mer fokus på faglighet. Vi ser muligheter og søker informasjon. Jeg hadde ikke holdt det ut uten. Det har hatt alt å si å få økt kompetanse.

Flere forteller om endret praksis og at de har tatt initiativ til å gjennomføre tiltak og prosjekter som de tidligere ikke hadde kunnskap eller mot til å prøve seg på. Men like klar er tendensen til at endringene de refererer til ikke støtter seg på en solid infrastruktur der faglighet og bruk av kompetanse er satt i sentrum og utformet som bevisst politikk hele veien fra de folkevalgte via ledere til de faglig ansatte. Eventuelle nye oppgaver er en følge av de ansattes eget initiativ og er sjelden lederinitiert. Ofte gjennomføres de ved hjelp av en stor porsjon frivillig innsats. Flere tidligere EVUK-studenter gir uttrykk for at EVUK i stor grad har vært deres egen ”greie”, og at ledelsen ikke har hatt eierskap til prosjektet.

Det har ikke skjedd noe på systemnivå – bare individuelle tiltak og individuell læring.

På min arbeidsplass er EVUK glemt. Vi går i den samme tralten. Ikke noe forandring.

Min nærmeste leder vet ikke hva EVUK er. Det kan ikke være opp til meg aleine.

5.1 Nye forventninger

Et særlig viktig resultat av EVUK er at spesielt hjelpepleiere og omsorgsarbeidere har fått styrket tillit og respekt for egen kompetanse. Gjennom EVUK-utdannelsen har de måttet presse seg selv langt ut over det de tidligere har vært med på når det gjelder å stå fram for forsamlinger og formidle kunnskap til kollegaer og andre EVUK-studenter. Mange forteller at det har kostet både svette og tårer – og mye fritidsarbeid – men at gleden over å overvinne sin egen frykt er desto større. Det at EVUK har involvert den øverste faglig ledelsen, blant annet gjennom deltakelse i styringsgruppa, har bidratt til å øke forventninger til hva som skal skje i ettertid. EVUK er et så stort løft for de involverte kommunene at det har skapt en tro på at den kunnskapen EVUK-studentene har tilegnet seg, er verdifull for kommunen. Det ville fremstå som irrasjonelt av de fire kommunene å satse så stort på EVUK gjennom flere år, dersom ikke så var tilfelle. Derfor forventet deltakerne at EVUK skulle skape endringer både på det individuelle plan i form av nye oppgaver, større spe-

sialisering, større vekt på kompetanse, lønnskompensasjon og på det mer overgripende planet mer planmessig tilrettelegging og systematisk etterspørsel etter utvikling.

En overveiende del av de vi har intervjuet er misfornøyd med det de har fått i lønnstillegg og med den betalingen de får for å formidle til andre avdelinger i kommunen. Flere forteller om betydelig innsats på frivillig basis for å gjennomføre egeninitierte prosjekter. Som vi skal se, har det oppstått forventninger både om å bli satt pris på bokstavelig talt i form av lønnstillegg og betaling for undervisning. Men forventningene rettes også til den faglige ledelsen om at kompetanse skal etterspørres og få konsekvenser for struktur og organisering. På den måten kan vi si at EVUK har bidratt til kulturelle endringer gjennom å skape forventninger om høyt kompetansenivå som en normaltilstand. Toleransen for inkompetanse og stillstand er blitt langt mindre. Der hvor flere på samme arbeidssted har gjennomgått kompetanseheving er denne effekten sterkest til stede. Det er en positiv effekt av EVUK. Samtidig er det en fare for at dersom forventningene ikke innfris, vil det resultere i skuffelse og svekket motivasjon.

5.2 Individuelle initiativ

Ideene til forbedringer og prosjekter som kan øke kvaliteten på tjenestene er mange blant EVUK-studentene. Utfordringen er å få midler til å gjennomføre, samt å få frikjøpt tid slik at det ikke baseres på frivillighet, men blir en del av kommunens satsing. Det er en problemstilling som gjelder alle kommunene. Her er noen eksempler.

Vi er tre stykker som søkte om midler til å utvikle fagbibliotek. Vi fikk 5000,-. Vi har kjøpt inn filmer og praktbøker. Vi ønsker å lage filmkvelder. Vi har snakket med ledelsen om å få lønn for det. Nå er tiden inne for å si at vi vil ha kompensasjon. Ikke drive dugnad lenger.

En forteller at hun har fordypet seg i musikkterapi, og at hun har søkt midler om å sette i gang en gruppe for eldre mennesker hvor hun kan bruke sin nye kompetanse. Hun forteller at hun under utdannelsen hadde en gruppe med brukere både fra sykehjemmet og sonen rundt og hun var stolt over seg selv som hadde gjennomført dette helt alene.

Det som ser ut til å være gjennomført flest steder, er internundervisning. I Austevoll forteller studentene at det er kjøpt inn projektor som skal brukes til disse samlingene, og det er satt opp en plan for undervisningen. De som kommer på fritiden får avspasert. Det er også planer om sette gang veiledningsgrupper.

En av studentene utdannet seg innen palliativ pleie. Hun søkte midler fra Sosial- og helsedirektoratet (via Fylkesmannen i Hordaland) og fikk 610 000,- til oppbygging av et rom for palliativ omsorg. Dette vil være tilbud til døende pasienter som istedenfor å reise til sykehuset kan tilbringe den siste tiden i hjemkommunen og med spesielt kompetent hjelp. Forutsetningen for å få disse midlene var at kommunen gikk inn med en egenandel. Utdanningen hun har fått er svært aktuell, og hun håper på at kommunen vil opprette en kreftsykepleierstilling. I en av de andre kommunene har sykepleierne som har spesialisert innen palliativ pleie fått en eksplisitt, negativ respons på sin forespørsel om å få en spesialfunksjon innen feltet.

En annen student har utdannet seg til diabetessykepleier. Hun opplever at det er stort behov for kunnskapen hennes, og at hun får mange henvendelser. Men hun forteller at det visstnok ikke er mulig å opprette en slik stilling i kommunen.

EVUK-studentene i Austevoll har også sammen med elever fra kokkelinja på fiskeriskolen arrangert julefest for de eldre i bygda flere år på rad. Sist kom det 125 stykker. De forteller at de har søkt det lokale næringslivet om midler, men at det også har vært mye dugnadsinnsats. De forteller at i år skal de skrive timer.

Hovedinntrykket fra Austevoll er altså at eventuelle nye oppgaver kommer som følge av ansattes egne initiativ. De opplever at ledelsen er positiv og ønsker å fremme faglighet, men det er ikke satt i system. Samtidig erfares hverdagen stadig mer presset. De har det travlere og travlere på jobb i tillegg til en veldig stram tur- nus med mange korte vakter. Det gjør det vanskelig å skape rom for faglige initia- tiv. Den vanskelige situasjonen bekreftes gjennom intervju med mellomledere i kommunen. De bekrefter at EVUK-studentene har vokst personlig og faglig. Det betyr at de også er mer kritiske og stiller krav til kvalitet. Felles for alle kommune- ne er at det er minimale muligheter til å frikjøpe ansatte fra de daglige forpliktel- sene for å utvikle faglige prosjekter som kan løfte kvaliteten.

Vi har bare "må-oppgaver". Det er ikke rom for "kan-oppgaver".

Det er ingen tid til fagutvikling. Vi har ingen fagutviklingsfora. Vi får til akkurat det vi skal.

Vi har verdens dårligste turnus. Hvert kvarter er sett på. Hvor seint kan de begynne? Hvor kort kan vi ha dagen? Det betyr at de faste ikke kan ta ekstraavakter fordi de er her hver dag. Vi har ingen slakk. Vi er ikke stolte av det!

Vi har muligheter til å arrangere fagsamlinger hver sjettede uke – i en time.

Også fra Kvam fortelles det om personlige initiativ fra tidligere EVUK-studenter som har blitt fulgt opp av arbeidsgiveren. En sjukepleier som har fordypet seg i bruk av tvang ovenfor demente, har kjøpt inn utstyr til studiesirkel som hun planlegger å sette i gang hvis hun får kompensasjon. En sykepleier som har utdannet seg til diabetessykepleier har flere ganger blitt invitert til å undervise utenbys.

Har jeg tid til overs bruker jeg det til å søke på fag på internett. Det gjorde jeg aldri før.

Flere forteller at det har blitt mer vanlig å diskutere faglige og etiske problemer kollegaene imellom. Men ikke alle erfarer at det har skjedd noen endring i miljøet etter EVUK. Hvorvidt kompetansen blir etterspurt av kollegaer og ledere ser ut til å variere svært og svært avhengig av nærmeste ledernivå. Noen opplever at *leders hjerte ikke banker for EVUK*, mens andre kan oppleve å bli etterspurt for kompetansen sin og at det forventes at kunnskapen skal deles.

Den store variasjonen viser et relativt fravær av systematiske forventninger om bruk av kompetanse og utvikling av faglig kvalitet. I alle de fire kommunene har arbeidspresset stadig blitt større, blant annet som følge av omorganiseringer som gir helse- og omsorgsansatte oppgaver knyttet til kjøkkendrift og klesvask.

Alt går fordi vi strekker oss. Jeg går hjem med tunga på knea og gråten i halsen.

Lederne vil så gjerne – de er opptatt av det – men det er noe med å takle stormen når den kommer. Det er ikke nok folk i systemet.

Alt seiler sin egen sjø. Med ny rådmann og ny organisering gikk ting i oppløsning. Omorganisering ble det viktigste. Det ble nedskjæringer hele veien, spesielt på ledersiden.

Det kan se ut til at skuffelsen over å ikke oppleve mer systematiske endringer i hverdagen er lettere å bære der hvor ledelsen har et bevisst forhold til kompetansens betydning og dermed sørger for å holde diskusjonen varm på tross av begrensninger i rammene. Vi er ikke opptatt av å rangere kommunene, men det bør likevel understrekes at Kvam skiller seg relativt klart ut når det gjelder å kommunisere vilje/evne til å følge opp EVUK-prosjektet.

Av konkrete planer fortalte en gruppe EVUK-studenter om en fagdag der de skulle presentere sine fordypingsprosjekter. Kompetansekatalogen ble også nevnt, men de fleste vi intervjuet hadde lite kunnskap om hva som sto i den katalogen eller hvor de kunne finne den. Noen kjente til at det forelå planer om å bruke kompetansebanken til å utveksle kompetanse på tvers av enheter og soner, men det var ikke kommet i gang ennå. Enhetslederne vi intervjuet hadde ikke klart for seg hvordan eventuell bruk av vikarer i forbindelse med kompetanseutveksling skulle organiseres eller lønnes.

Også på Tysnes dominerer de individuelle initiativene, men de ser ut til å mangle sitt motstykke i en gjennomgripende ledelsesinitiert satsing på kvalitet i kjølvannet av EVUK. Det finnes likevel eksempler på at studentenes initiativ er blitt løftet opp og på systemnivå. To av EVUK-studentene fortalte at de hadde hatt prosjekt om munnstell og om inkontinens. Gjennom prosjektet utviklet de retningslinjer og standarder som var tilpasset avdelingene de jobber på. Disse ble så formulert som retningslinjer i kvalitetssikringssystemet ved avdelingen. Enkelte forteller at på deres enhet har det blitt mye mer faglige diskusjoner etter EVUK, mens andre erfarer at EVUK ikke har gjort noen forskjell utover den personlige kompetanse- og motivasjonshevende effekten.

6. Kvalitet i andre rekke?

Erfaringene med EVUK, slik det ser ut vel et år etter at det ble avsluttet, tyder altså på at mange EVUK-studenter har lært å stole på seg selv og sin egen kunnskap. De har fått erfaring med å søke midler og gjennomføre gode ideer. De er trolig i større grad enn tidligere blitt aktører som handler på tvers av og på tross av begrensninger. Men eksemplene viser også at kvaliteten de forsøker å fremme hele tiden gjøres relativ til pengene som trengs for å gjennomføre dem. Fra alle fire kommunene fortelles det om et hardere press i den daglige arbeidssituasjonen år for år.

Arbeidspresset har økt og økt for hvert år. Nå er det helt på grensen.

Hvis du kommer med noe – et forslag – så får du høre at de ikke har penger.

Jeg sendte en mail til lederen for å spørre om jeg kunne være med på den kulturelle spaserstokken. Pleie- og omsorgssjefen syntes det var en god ide. Men jeg har ikke fått noe svar. Jeg vet ikke om jeg gidder å ta noe initiativ mer. Jeg foreslo for eksempel å vise bilder for de gamle på stor skjerm. Men nei, det var for vanskelig (sa lederen).

Det er ikke utarbeidet noe system for å gjøre bruk av kompetansen som jeg vet. Har det skjedd noen endring? Ikke som jeg ser. Ingen samlingspunkter er opprettet. Jeg ser ingen spor av EVUK. Ingen ledere etterspør noe nå. EVUK er et avsluttet kapittel. Etter en stund er kanskje all ting glemt.

Den øverste ledelsen vet ikke hva kompetanse betyr. Det er et flott ord, men hvis det koster penger, så er det ikke så farlig.

I alle kommunene var det bekymringsfullt mange studenter som underveis i utdanningen strålte av entusiasme og giv, men som i det siste intervjuet fremsto som desillusjonerte og skuffede. En student som sto for et av de større og mye omtalte pro-

sjektene, og som hadde lagt ned mange dugnadstimer og fått mye støtte underveis sier dette:

Jeg har fått kompetanse som jeg ikke får brukt. Det er urettferdig. Vi har ikke tid til (å følge opp prosjektet). Det må gjøres på fritiden. Men det er ikke legalisert. Jeg mister gnisten. Vi har ikke tid til aktivitet i det daglige. Vi søkte om midler som vi ikke fikk. Det er ikke mye å gjøre med det. Når det ikke er penger så...

Det er stor enighet blant ledere på alle nivåer om at EVUK har skapt positive endringer i den faglige kulturen. En PO-leder sier dette:

Vi ser hvordan de har hevet seg. Blitt stolte. Tidligere var det de ufaglærte som definerte standarden. Det er bedret nå. Jeg opplever at de tenker mer faglig, og det er mer refleksjon. Det forteller lederne. Lederne er nøkkelen – at de ser betydningen av dette.

En mellomleder i en annen kommune forteller at det er blitt mer legitimt å fokusere på kvalitet og faglighet. Likevel:

Det som hemmer oss er at vi er for få. Vi har hele tiden faglig utvikling. EVUK-studentene er katalysatorer. De er redningsbøyer. Det er blitt økt fokus på faglighet. Men etterspørselen er større enn vi kan imøtekomme.

Da vi intervjuet denne lederen virket hun mindre optimistisk enn hun hadde gjort underveis i prosjektperioden. Hun opplevde at det var vanskelig å selge budskapet videre til de som tar de økonomiske beslutningene.

Vi er ikke flinke nok til å selge budskapet ut og opp....at det koster masse penger. Det handler hele tida om bunnlinja – om hvor mange hender. Vi har mange personer uten helsefagutdanning. Vi har mange sykepleiere som går i mindre stillinger enn de ønsker.

7. Oppsummering

Et av hovedmålene ved EVUK var å stimulere til økt faglig kompetanse og engasjement, og på den måten bidra til å øke attraktiviteten ved å jobbe i pleie- og omsorgssektoren. Å få flere til å bli i stillingen og i kommunen var et viktig mål for EVUK og en viktig motivasjon bak kommunenes engasjement og satsing. I tillegg til kompetansehevende tiltak ovenfor en stor gruppe førstelinjeansatte, ble mellomledere invitert på skolebenken og helse- og omsorgsledere invitert med som sentrale samarbeidspartnere gjennom hele prosessen. Dette grepet skulle øke sannsynligheten for at sektoren som helhet kunne bruke resultatet fra EVUK som argument inn i den politiske prosessen.

Forventningene til EVUK dreier seg derfor om at det skulle skapes systematiske endringer hele veien fra den enkelte omsorgsgiver til politiske prioriteringsdebatter. Det har skjedd i langt mindre grad enn deltakerne hadde forventet. I Kvam synes det likevel å være mer optimisme enn i de andre kommunene knyttet til fremtidige budsjettprosesser og mulighet for å benytte kompetansekatalogen til å spre kompetansen på tvers av enheter.

Vi ser at de største effektene har vært på det individuelle plan. Det er ingen tvil om at EVUK har gitt ny kunnskap, inspirasjon og entreprenørskapsånd blant de ansatte i helse- og omsorgstjenestene i disse kommunene. Det har gitt grobunn for mange faglig gode initiativ – enkeltvis og i samarbeid med andre studenter. Disse bidrar utvilsomt til høyere kvalitet på tjenestene. I tillegg sier de aller fleste at de bruker den nyervervede kompetansen i det daglige arbeidet.

Bærekraftigheten i disse gode resultatene er likevel høyst usikker. Det har sammenheng med at de kontekstuelle betingelsene ikke er gjort forutsigbare på en slik måte at kvalitetskravene defineres og garanteres for uavhengig av budsjettutsikter. Flere av våre samtalepartnere forteller at betingelsene for å produsere kvalitet stadig blir dårligere. Kvalitetshevingen som EVUK-studentene står for er derfor under konstant trussel om å bli langsomt tynt eller plutselig ofret på budsjettets alter. Ikke sjelden er årsaken ytre forhold som slår inn i sektoren som ”uheldige omstendigheter”, slik det stadig strammere arbeidsmarkedet har gjort de siste årene. I de avslut-

tende intervjuene hørte vi derfor mye om hvordan personell- og kompetansemangelen får omfattende konsekvenser for kvaliteten i arbeidet, og for arbeidspresset. Flere vikarer leies inn ved vakante stillinger, og flere utenlandske sykepleiere rekrutteres. Siden det ikke gis særlig romslige rammer for å drive systematisk opplæring, kreves det av den faste staben at den driver utstrakt veiledning og kontroll i tillegg til det øvrige arbeidet.

Den enkeltfaktoren som ser ut til å ha størst betydning for de ansattes motivasjon og ”guts” til å stå på, er ledere som selv er opptatt av kvalitet og som har evne til å håndtere den vanskelige balansen mellom ressurskontroll og kvalitet. EVUK-prosjektet har utvilsomt bidratt til å øke ledernes bevissthet og motivasjon for å håndtere denne balansen, men inntrykket er likevel at de fleste finner det svært vanskelig å bidra avgjørende til at kvaliteten heves og gjøres mer stabil, og at deres ansatte gis betingelser som gir mulighet for kontinuerlig faglig vekst. Slikt krever ressurser og ikke minst større kapasitet til å drive aktiv ledelse, men realiteten er at deres kapasitet gradvis reduseres – i hovedsak nettopp fordi de har hovedansvaret for kommunens arbeid med å spare inn på ressursene.

Erfaringene fra og med EVUK-prosjektet er - som vi har gjort rede for i denne rapporten, til dels svært positive. Det er for det første ingen tvil om at kompetanseheving nytter, ei heller om at kompetanseheving representerer den eneste farbare veien mot høyere kvalitet og større stabilitet i helse- og omsorgstjeneste. Økt kompetanse gir mye bedre ansatte med mye mer motivasjon. Dette bidrar til at kvalitet tvinger seg fram som et tema i arbeidet og i relasjonene mellom de ansatte – mellom de ansatte og deres ledere, og begynner å spille rollen som en drivkraft som kan skape positiv endring. For det andre er det etter vår vurdering svært viktig og positivt at EVUK-prosjektet ble så omfattende og så godt organisert og ledet – i samarbeidet mellom Høgskolen i Bergen og representanter for de fire kommunene – at det faktisk ble mulig å påvise at det utgjør en forskjell. Svært få av de involverte aktørene er i tvil om at prosjektet var svært vellykket og viktig. Det skapte økt kompetanse for alle deltakerne, og det satte kompetanse på dagsorden. Det ble dessuten ledet og organisert med en kompetanse, ambisjon, entusiasme og glød som smittet over på nær sagt alle, og som gjorde at prosjektet holdt det det lovet. Dette er en stor prestasjon.

Til tross for dette er resultatet av EVUK, samlet sett, i hovedsak nedslående. Selv om de fire kommunene er tilført mye ny kompetanse og motivasjon, og på den må-

ten har fått på plass den vesentligste byggesteinen i arbeidet med å heve kvaliteten og forutsigbarheten i tjenestene, er det lite som tyder på at de har hatt evnen til å gjøre systematisk bruk av den, langt mindre å bygge den ut. I så måte er ikke Kvam, Tysnes, Austevoll og Lindås unike; de er utvilsomt i all hovedsak representative for situasjonen i de fleste norske kommuner. Problemet er derfor ikke først og fremst lokalt. Grunnen til at de fire kommunene ikke evner å skape en faglig infrastruktur som gjør kvalitet i helse- og omsorgstjenestene til en like selvsagt og sentral og absolutt målestokk som i andre former for produksjons- og servicevirksomhet i det moderne samfunnet, er ikke at de ikke har organisert seg godt nok eller prioriterer helt feil. Selv om vi er kritiske til det vi oppfatter som en manglende lokalpolitisk vilje til å håndtere problemet med det alvor det fortjener, er problemet først og fremst at kommunene har et omfattende kapasitetsproblem. Når vi bruker uttrykket ”det moderne samfunnet”, som ellers kan virke svulstig og lite presist, gjør vi det for å rette oppmerksomheten mot et grunnleggende problem i den norske velferdsstaten, som de kommunale helse- og omsorgstjeneste illustrerer og lider under, mer enn noen annen virksomhet. De er i en viss forstand ennå ikke modernisert. Vi har redegjort i detalj for denne konklusjonen, og skal ikke gjenta resonnementet her.

Vi vil likevel avslutningsvis peke på fire forhold som i dette lyset fortjener ekstra oppmerksomhet. Helse- og omsorgstjenestenes kjønnete karakter er det første.

7.1 En kjønnet arena

All erfaring viser at manndominerte virksomheter skaper langt mer robuste mekanismer for å sikre kvalitet (eller sikkerhet, som er en viktig referanse i mange av dem) enn disse tjenestene, og årsakene til det er ikke tilfeldige. Likevel reises spørsmålet om hvorfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene er så mangelfulle og krisepregede igjen og igjen. Årsakene er selvsagt uløselig knyttet til tjenestenes kvinnedominans, og de har utvilsomt svært mye å gjøre med at det har blitt vanlig å anta at kvinnelig arbeidskraft er annerledes enn mannlig, og at den må behandles deretter. Problemet er altså neppe først og fremst at selve arbeidet er så forskjellig, eller at kjønnsforskjellene kan forklare det, men at forestillingene om at de er det, har festet seg så sterkt. Dessuten er disse forestillingene hensiktsmessige. Dersom kvalitet skulle tas på alvor på lik linje med det som er vanlig i det moderne og

kompetanseintensive arbeidslivet, ville flere avgjørende grep måtte gjøres, og de vil være svært krevende så vel i økonomisk som politisk forstand.

Om helse- og omsorgstjenestenes kjønnede karakter har vi sagt svært mye, og vi velger derfor å rette blikket mot tre andre sentrale forhold. Vi velger å kalle disse *de-spesialisering*, *privatisering* og *uforutsigbarhet*. Sammen gir disse begrepene en meningsfull diagnose av situasjonen og problemet.

7.2 De-spesialisering

Helse- og omsorgstjenestene kjennetegnes av kompetanseintensivt og mye spesialisert arbeid, men organiseringen av kompetansen motvirker spesialisering. De er i så måte en slående kontrast til spesialisthelsetjenesten, til tross for at utviklingen i svært lang tid har gått i retning av mer komplekse arbeidsoppgaver. I spesialisthelsetjenestene, som i det kompetanseintensive arbeidslivet for øvrig (medisinen er kanskje det beste eksemplet, og nært i slekt med sykepleien), er det selvsagt at økende spesialisering er et grunnleggende vilkår for utvikling og framgang. Men i kommunene har det alltid vært en sterk motvilje til å følge en slik vei, og konsekvensen er at kvaliteten blir skadelidende. Motviljen mot å stimulere spesialisering har sannsynligvis mange årsaker, hvorav mange er dårlige (for eksempel paternalisme og kjønnsstereotyper), men den viktigste er trolig ”banal”: behovet for streng kostnadskontroll. Vår hypotese er videre at ”de-spesialiseringseffekten” i betydelig grad *forsterkes* av det vi har omtalt som egalitarianisme og ”dugnadslogikk”.

For de fleste kommuner vil det være økonomisk uforsvarlig å påta seg kostnadene dette vil medføre, og konsekvensen er en hevdvunnen strategi for å forholde seg til ansatte i sektoren som en form for generell arbeidskraft. Selv om de mange spesialistutdannende ansatte med høgskolebakgrunn kunne ha blitt organisert på en måte som kunne gjort tjenestene lang bedre, er tendensen at kommunene ikke følger en slik erkjennelse aktivt opp. Hvordan dette faktisk er mulig, kan man ha god grunn til å spørre om, men det er ikke vårt tema her. Vårt hovedpoeng er at den erklærte ambisjonen om at høyere kvalitet i disse tjenestene har en viktig prioritet, virker svært lite seriøs. En hovedkonklusjon i EVUK - prosjektet, som viser seg klart i lys av tiden som er gått etter at det ble avsluttet, er at kommunene ikke kan eller vil tillate den spesialiseringen som den økte kompetansen gjorde naturlig og rimelig. En måte å formulere dette på, er å si at kommunene ikke har maktet å *organisere*

kompetansen. Dette skaper en viss resignasjon (og dermed motivasjonstap), en manglende evne til å løse oppgaver og skape kvalitet som kommunene faktisk har kompetanse til, og endelig en underminering av mekanismer som styrker det vi kaller den faglige infrastrukturen i tjenestene. Individuell kompetanse blir ikke gjort kollektiv med mindre tilfeldige ildsjeler i arbeidsmiljøet sørger for det.

7.3 Privatisering

Vi har omtalt dette fenomenet i forbindelse med vår diskusjon om hvorfor det synes så vanskelig å begrepsfeste kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Det er også berørt i sammenheng med analysen av hvordan det velferdspolitiske ansvaret for tjenester det strengt tatt knapt er ressurser til å yte, har en tendens til å bli desentralisert og personliggjort. Ikke på noe annet område i dagens arbeidsliv er tjenestene så relasjonelle, så personlige, så individuelle og så vanskelig avgrensbare som i disse tjenestene. Derfor er både tjenestene og utøverne svært sårbare. Som vi har understreket i dette og en rekke andre arbeider, kommer denne sårbarheten tydeligst til uttrykk når politiske ambisjoner og faktisk kapasitet kommer i utakt med hverandre. Mens de fleste andre yrkesgrupper råder over virkemidler som gjør det mulig å flytte konsekvensene over til en tredje part (for eksempel til pasienter som må vente lenger i kø), har helse- og omsorgspersonell få slike muligheter. Man kan overlate ansvaret for pleietrengende gamle mennesker som man selv ikke har kapasitet til å bistå, til sine kollegaer, til pårørende eller til seg selv, men slik kan vanskelig gjøres med mindre man er en smule kynisk eller undergraver sin egen moralske integritet. Ingen av beslutningstakerne som er involvert i å definere ansvaret på vegne av tjenesteyterne befinner seg i et tilsvarende dilemma. Derfor er det ytterst problematisk at disse aktørene – fra den sentrale stat til lokale folkevalgte og kommunenes administrative ledelse, foretar seg så lite for å løsrive definisjonen av kvalitet fra de ansattes personlige integritet. Det er neppe noen som er i tvil om at de tjenesteyterne om nødvendig vil strekke seg langt for å gjøre tjenestene mindre dårlige enn absolutt nødvendig, ikke nødvendigvis fordi de har spesielt høy moral, men uansett fordi (a) de kommer i en så tett relasjon til brukerne, fordi (b) det som oftest ikke finnes noen andre de kan overføre ansvaret til, og endelig fordi (c) det framstår som umoralsk å ta konsekvensen av manglende ressurser og å plassere brukerne i kø.

Disse mekanismene er godt kjent. De skaper en ytterst fleksibel arbeidskraft som under endrede rammevilkår er i stand til å yte mer når det kreves. Når viljen til å etablere standarder for kvalitet - som ikke kan eller skal brukes som et redskap for å så tvil om tjenesteytneres troverdighet er så fraværende, forblir relasjonen mellom velferdsstatens politiske ansvar og den enkeltes ansattes moralske integritet for alle praktiske formål uatskillelige størrelser. Dette får store konsekvenser for de ansattes muligheter til å framstå som profesjonelle, og å skille vurderingen av sin egen person og eget arbeid fra tjenestandarden de forholder seg til. Profesjonelle roller i arbeidslivet er avhengig av et slikt skille. Konsekvensen av at det ikke er etablert, er at arbeidet blir ”privatisert”, at tjenestestandarder blir umulig å gripe politisk, at diskusjoner om kvalitet så lett forfaller til å bli et spørsmål om innsatsen til ”de flinke jentene”, men framfor alt at det politiske ansvaret nærmest uten begrensning kan overføres til de ansatte og transformeres til private samvittighetsdilemmaer. I tillegg blir det altså svært vanskelig for de ansatte å arbeide for endring ved å kritisere nivået på tjenestene, både fordi de dermed sår tvil om seg selv og fordi de selv blir ansvarlig for å dokumentere at nivået er lavere enn beslutningstakerne har garantert. Vi vet svært mye om hvordan kvalitet kunne blitt gjort til en håndterbar størrelse og om hvordan det kan bli mulig å organisere den, slik at den tilfredstiller politiske myndigheters intensjoner og ikke minst befolkningens rettmessige krav på kunnskap om hvordan situasjonen faktisk er. Så lang har det, så vidt vi kan se, ikke vært tegn på at det finnes politisk vilje til å ta hensyn til dette. En av våre viktigste konklusjoner i arbeidet med EVUK er at de ansatte har svært få muligheter til å nå fram med sine erfaringer om kvalitet.

7.4 Uforutsigbarhet

Helse- og omsorgstjenestene kjennetegnes av radikal uforutsigbarhet. Den universelle velferdsambisjonen foreskriver bistand til alle som har behov for det, og behovene vokser svært raskt. Selv om det åpenbart hender at kommunene bruker mer ressurser enn strengt tatt ”nødvendig” på enkelte brukere, og på den måten selv er ansvarlige for at kostnadene blir deretter, er hovedtendensen at kommunene mangler kapasitet til å yte det den sentrale stat har garantert brukerne. Verdighetsgarantien som ble diskutert og vedtatt i Stortinget høsten 2007 var direkte motivert av medieoppslag som bevitnet at situasjonen var langt verre enn det Stortingets folke-

valgte til da hadde innsett. Men uforutsigbarheten kommer også fra motsatt hold. Helse- og omsorgstjenestene er ikke bare kommunenes største utgiftspost; de er også det desidert viktigste redskapet for å redusere misforhold mellom samlede utgifter og tilgjengelige ressurser. Kontinuerlig omorganisering er derfor ikke sjelden. Vi er opptatt av dette i denne sammenhengen fordi den utfordringen dette skaper, synes å være undervurdert. Vi har lagt vekt på å beskrive, så grundig som plassen tillater, vilkårene for å utvikle en robust faglig infrastruktur som kan gjøre stabil kvalitet mulig. En av grunnene til det er at det er så mange faktorer som undergraver muligheten til å organisere økt kompetanse på hensiktsmessige måter. Den viktigste er, i generell forstand, at i det daglige arbeidet er faktisk ikke høyest mulig kvalitet den viktigste referansen. ”Å få jobben gjort” – i betydningen å yte et minimum av nødvendige tjenester til alle, omtrent på det rette tidspunktet – er langt viktigere. Dette krever langt mer enn man gjerne antar, for det er snakk om arbeidsmiljøer som knapt har arenaer som gjør det mulig å organisere arbeidet planmessig og kommunikativt; realiseringen av det felles ansvaret skjer ofte spontant og via etablerte normer for gjensidig forpliktelse.

Når helse- og omsorgstjenestene ofte omtales som en verden preget av relativ stillstand og fravær av utvikling, refererer det - etter vår vurdering, til et snev av sannhet, men først og fremst en grov feilvurdering. Vi har påpekt at EVUK har vist oss at de fire kommunene har et betydelig ubrukt potensial for mer effektive, målrettede og bedre tjenester. Dersom de hadde tatt investeringskostnadene ved å sette den økte kompetansen i målrettet og mer spesialisert arbeid, ville de etter all sannsynlighet raskt oppnå store gevinster. Grunnene til at dette ikke gjøres, er ikke mangel på innsikt. Bruken av de ansatte som generell arbeidskraft med et diffust, men samtidig ofte altomfattende ansvar, og som samtidig forventes å absorbere uforutsigbarhet, gjør den ekstremt fleksibel men relativt lite faglig dynamisk og utviklende. Den sterke egalitarianismen som utvikler seg som en respons på dette, bidrar til å forsterke tendensen til at vedlikehold (av relasjoner og normer) prioriteres på bekostning av risikovillig eksperimentering med ny kunnskap.

Vi ønsker, så tydelig som mulig, å få fram at den særegne kombinasjonen av fleksibilitet og stabilitet vi ofte finner og helse- og omsorgstjenestene spiller en vesentlig rolle for kommunenes evne til å strekke til. Den relative stabiliteten, som altså lett kan forveksles med relativ stillstand, er produktet av en vesentlig kollektiv innsats for å minimalisere effektene av radikal uforutsigbarhet. Den er i så måte en vesent-

lig styrke snarere enn en svakhet. Som vi har forsøkt å vise, skaper dette spesielle betingelser for hvordan økt kompetanse kan komme til anvendelse. I de fire kommunene vi har undersøkt i denne sammenhengen, har det dessverre vært gjort lite for å gjøre noe med disse betingelsene. De ansatte og deres ledere har riktig nok bidratt svært mye, sammen med en del andre ildsjeler lenger opp i det kommunale hierarkiet, men innsatsen har vært langt fra tilstrekkelig til at noe avgjørende nytt har blitt skapt. Men dette er på ingen måte særegent for Tysnes, Kvam, Lindås og Austevoll. De kommunale helse- og omsorgstjenestene utgjør etter alt å dømme den norske velferdsstatens største, uløste problem. Dette problemet venter tålmodig på handling fra de som har myndighet til å løse det, men som foreløpig dessverre ikke har sterk interesse av å gjøre det. I helse- og omsorgstjenestene er det ingen køer.

8. Litteratur

- Andenæs, K. 2006. Om maktens rettsliggjøring og rettsliggjøringens maktpotensial, i *Tidsskrift for samfunnsforskning* nr. 4/47. Oslo: Universitetsforlaget.
- Andersen, R. K. og Eidset, I. 2003: *Arbeidsmiljø i hjemmetjenesten: Nullpunktundersøkelse i forbindelse med kampanjen Rett Hjem*. Oslo: Opinion.
- Andreson, E.N. 1996. *Ecologies of the Heart*. Oxford: Oxford University Press.
- Aronsson, P. 1998. Local Politics – The Invisible Political Culture, i Sørensen, Ø & B. Strådt (eds.). *The Cultural Construction of Norden*. Oslo: Universitetsforlaget (172-205).
- Bakken, R. 2001. *Modermordet: om sykepleie, kjønn og kultur*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bakken, R. Haukelien, H. , Løyland & Vike, H.. 2004. *Kvinnelig bemanning. Om vilkår for fagutøvelse og kvalitet i pleie- og omsorgsyrkene*. Rapport, Norsk Sykepleierforbund.
- Baldersheim, H., J.F. Bernt, T. Kleven og J. Rattsø 1997. *Kommunalt selvstyre i velferdsstaten*. Tano Aschehoug.
- Baldock, J. 1999. Social Services and Contrary Cultures. I: Chamberlayne, P., Cooper, A., Freeman. R & Rustin; M. (eds): *Welfare and Culture in Europe*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bateson, G. 1972. Toward a Theory of Schizophrenia, in *Steps to an Ecology of Mind*. New York: Ballantine Books.
- Bergmark, Å., Parker, M.G., Thorslund, M. 2000: Priorities in care and services for elderly people: a path without guidelines? *Journal of Medical Ethics*; 26:312-318.
- Bernt, J.F. 1997. Statlig kontroll med kommunene – en trussel mot eller en forutsetning for det kommunale folkestyrets legitimitet?, i Baldersheim, H. 1997. *Kommunalt selvstyre i velferdsstaten*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Bjerke, P. og E. Kvamme 2002. *Pleierne. Oppgaver, yrker og kompetanse i pleie- og omsorgstjenesten*. Oslo: DeFacto. Kunnskapsenteret for fagorganiserte.

- Breivik, I. 2007. "Der tida star stille". *Utvikling og status i Oslos eldreomsorg. En sammenliknende analyse*. Oslo: NIBR, Rapport nr. 15.
- Chambliss, D.F. 1996. *Beyond Caring. Hospitals, Nurses, and the Social Organization of Ethics*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Dale, R. & Thorsen K. (red) 2004. *Velferdstjenester i endring. Når politikk blir praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Den norske lægeforening 2001. *Statusrapport om situasjonen i helsetjenesten*.
- Ellingsæter, A., L. & J. Solheim. 2002. *Den usynlige hånd: Kjønnsmakt og moderne arbeidsliv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eriksen, E.O. 2002. *Demokratiets sorte hull – om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Erlandsen, E. 1998. Effektivitet, kvalitet og organisering I pleie- og omsorgssektoren I norske kommuner, i *Sosialøkonomen* nr 8:18-26.
- Ersdal, I. A. 1999. *Det komplekse omsorgsarbeidet. Omsorgsprosesser i et sykehjem*. Hovedoppgave. Sosialantropologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Esping-Andersen, G. 1998. *Welfare States in Transition: National Adaptations in Global Economies*. London: Sage Publications.
- Esping-Andersen, G. 1999. *Social Foundations of Postindustrial Economies*. New York: Oxford University Press.
- Esping-Andersen 2002. *Why We Need A New Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.
- Fimreite, A. L. 2003. *Der hvor intet er, har selv keiseren tapt sin rett!: Om lokalt folkestyre og rettigheter..* Bergen: Rokkansenteret, Rapport nr. 8.
- Graeber, D. 2001. *Toward an Anthropological Theory of Value. The False Coin of Our Dreams*. New York: Palgrave.
- Halvorsen, T., T. Harsvik, L. Nygård og B. Paulsen 2004. *Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem*. Oslo: Sintef Helsetjenesteforskning.
- Hamran, T. 1987. *Den tause kunnskapen. Utviklingstendenser i sykepleiefaget i et vitenskapsteoretisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Haukelien, H. 2000. *Kall og byråkrati. Omsorgsideologier og omsorgspraksiser blant sykepleiere*. Oslo: Cand.polit.-oppgave, Sosialantropologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2006. St.meld. 25. *Mestring, muligheter og mening. Fremtidas omsorgsutfordringer*.
- Helsetilsynet 2003. *Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren. Tilsynserfaringer 1998 – 2003*. Oktober 2003.
- Henningsen, E. og H. Vike. 1998. Folkelig elitisme? Om offentlighetens kultur i Norge, i *Norsk antropologisk tidsskrift*. Nr. 2, Oslo: Universitetsforlaget (150-167).
- Hillestad, Adelheid Hummelvoll 2000: "Tiden går så alt for fort, men timene er så lange". *Om å bo på sykehjem. En komparativ studie av to sykehjem – Oslo og Spania*. Hovedoppgave. Sosialantropologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Hofseth, C. og R. Norvoll 2003. *Kommunehelsetjenesten. Gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien*. Oslo: Sintef Helstjenesteforskning.
- Hvalvik, S. 2002. *Bergljot Larsson og den moderne sykepleien*. Dr.politavhandling, Oslo: Institutt for Sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.
- Jacobsen, F.F. 2004: Sykehjem - et hjem for deg og en arbeidsplass for meg? In Jon V.
- Jacobsen, F. F. 2005. *Cultural Discontinuity as an Organizational resource: Nursing in a Norwegian Nursing Home*. Bergen: NLA-forlaget, No.3.
- Kingfisher, C. 2002. Neoliberalism: Discourses on Personhood and Welfare Reform, in Kingfisher, C.(ed.): *Western Welfare in Decline. Globalization and Women's Poverty*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Kleven, T. 1997. Kommunen som lokalpolitisk arena – inn i solnedgangen?, i Kleven, T. m.fl. (red.): *Kommunalt selvstyre i velferdsstaten*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Kleven, T. m fl. 1997. *Kommunalt selvstyre i velferdsstaten*. Oslo: Tano Aschehoug.

- Kringen, J. 2009: *Culture and Control. Regulation of Risk in the Norwegian Petroleum Industry*. Dr.polit-avhandling, Oslo: Senter for teknologi, innovasjon og kultur, Universitetet i Oslo.
- Kronenfeld, D. & Vike, H. 2002. Collective Representations and Social praxis: Local Politics in the Norwegian Welfare State, in *The Journal of the Royal Anthropological Institute*. Vol. 8., No. 4. London: Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland.
- Kuhnle, S. & Kildal, N. (eds.) 2005: *Normative foundations of the welfare state: the Nordic experience*. London: Routledge.
- Kvande, E. 1998. Konstruksjon av maskulinitet i organisasjoner under endring, i *Sosiologi i dag* nr. 3, årgang 28. Oslo: Novus Forlag.
- Kvande, E. 2002. Kvinnelige mellomledere i grådige organisasjoner. I: Ellingsæter, Anne L. og J. Solheim (red.). *Den usynlige hånd: Kjønnsmakt og moderne arbeidsliv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kvande, E. og B, Rasmussen 1996. *Nye kvinneliv: Kvinner i menns organisasjoner*. Oslo: ad Notam Gyldendal.
- Kvande, E. og B, Rasmussen. 1997. Omorganisering av helse- og omsorgsarbeid: nye muligheter for kvinnelig ledelse?, i Byrkjeflot, H (red.), *Fra styring til ledelse*. Oslo: fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke (373-391).
- Levis, J. 1998. *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*, Aldershot: Ashgate.
- Lipsky, M. 1980. *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Malmedal, W. 1998. "Noen må følge bedre med". *Om overgrep i sykehjem*. Hovedfagsoppgave i Helsefag. NTNU: Psykologisk institutt.
- Martin, G. P., Phelps, K. & Katbamna, S. 2004. Human Motivation and Professional Practice: of Knights, Knaves and Social Workers, in *Social Policy & Administration*. Vol. 38, No. 5.
- Martinsen, K. 2000. *Øyet og kallet*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Mathisen, J. 2006: *Sykepleiehistorie: ideer - mennesker - muligheter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Mekki, T.E. og Tollefsen, S. 2008. *EVUK: Samarbeid om etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten*. Høgskolen i Bergen, Fagrapport nr. 1.
- Nortvedt, P. 1998. *Sykepleiens grunnlag. Historie, fag og etikk*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Næss, S. 2003. *Ikke helt etter planen. Dokumentasjonsrapport om hjelpetrengende eldres erfaringer før og etter Handlingsplan for eldreomsorgen*. Rapport nr. 1. Bergen: Rokkansenteret.
- Næss, S. 2003. *I tøffeste laget? Dokumentasjonsrapport om arbeidssituasjonen til ansatte i pleie- og omsorgstjenesten*. Rapport nr. 9. Bergen: Rokkansenteret.
- Ressurssenter for omstilling i kommunene 2004. *Ledertetthet i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste sammenlignet med skolesektoren*. Stjørdal: Rapport.
- Rostgaard, T. & J. Lehto 2001: *Health and Social Care Systems: How different is the Nordic Model?*, i Kautto, M., J. FRitzell, B. Hvinden, J. Kvist & H. Uusitalo: *Nordic Welfare States in the European Context*. London/New York: Routledge.
- Rothstein, B.1998. *Just Institutions Matter. The Moral Political Logic of the Universal Welfare State*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ryggvik, H. 2008: *Adferd, sikkerhet og system: en sikkerhetshistorie*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Rønning, R. 2004. *Omsorg som vare? Kampen om omsorgens sjel i norske kommuner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rønning, R., Batt-Rawden, K.B. og Solheim, L. 2009. *Skrøpelige eldre og sjuke hjelpere – om sjukefravær ved Lillehammer sjukehem*. Lillehammer: Østlandsforskning, Notat nr. 1.
- Sejersted, F. 1993. *Demokratisk kapitalisme*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sejersted, F. 2005. *Sosialdemokratiets tidsalder. Norge og Sverige i det 20. århundre*. Oslo: Pax.
- Selle, P. 2008. Forståinga av sivilsamfunnet. Er det berre opp til auga som ser? Kommentar til Lars Trägårdh, i *Tidsskrift for samfunnsforskning* nr.4. (613-629).

- Shore, C. & Wright, S.. 2000. Coercive accountability: the rise of audit culture in higher education, i M. Strathern (ed.). *Audit Cultures: Anthropological studies in accountability, ethics and the academy*. London: Routledge.
- Slagsvold, B. 1995: *Mål eller mening. Om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner*. Doktoravhandling, NGI-rapport 95:1, Oslo Norsk gerontologisk institutt.
- Simonen, L. & Kovalainen, A. (1998): Paradoxes of Social Care Restructuring: The Finnish Case”, in Levis, J. (ed.) 1998: *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*, Aldershot : Ashgate.
- Solheim, J. 1998. *Den åpne kroppen: om kjønnsymbolikk i moderne kultur*. Oslo: Pax forlag.
- Socialstyrelsen 2004. Konkurransetsetning och entreprenader inom äldreomsorgen. Utveclingsläget 2003, Stockholm.Socialstyrelsen.
- Sosial- og helsedepartementet (1997) *Rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*. I-13/97
- Szebehely, M. (red.) 2003. *Hemhjälp i Norden – Illustrasjoner og refleksjoner*. Lund: Studentlitteratur.
- Szebehely, M. (1998): “Changing Divisions of Carework: Caring for Children and Frail elderly People in Sweden”, in Lewis, J. (red): *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*. Aldershot : Ashgate.
- Shore, C. og S, Wright. 2000. Coercive accountability: the rise of audit culture in higher education, i M. Strathern (ed.). *Audit Cultures: Anthropological studies in accountability, ethics and the academy*. London: Routledge.
- Sørensen, Ø. og B, Strådt. 1998. *The Cultural Construction of Norden*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thorsen, K. 2003. Kjønn, makt og avmakt i omsorgstjenestene. Med perspektiv på brukerne, i Isaksen, L.S. (red.). *Omsorgens pris. Kjønn, makt og marked i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Trägårdh, L. 1998. Statist Individualism: On the Culturality of the Nordic Welfare State, i Sørensen, Ø. & B. Strådt (eds.): *The Cultural Construction of Norden*. Oslo: Universitetsforlaget (253-285).

- Trägårdh, L. 2008. Det civila samhällets karrär som vetenskapligt och politisk begrepp i Sverige, i *Tidsskrift for samfunnsforskning* nr.4 (575-595)
- Trydegård, G.B., Thorslund, M. 2001. Inequality in the welfare state? Local variation in care of the elderly – the case of Sweden. *International Journal of Social Welfare*, 10: 174-184
- Vabø, M. 2003. Forbrukermakt i omsorgstjenesten – til hjelp for de svakeste?, i Isaksen, L.W. (red.). *Omsorgens pris. Kjønn, makt og marked i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vabø, M. 2007. *Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Rapport 22/07
- Vareide, P. K., C. Hofseth, R. Norvoll, K. Røhme 2001. *Stykkevis og helt. Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus*. Rapport STF78 A012406. Oslo: Sintef Unimed.
- Vike, H. 1996. *Conquering the Unreal. Politics and Bureaucracy in a Norwegian Town*. Dr.polit-avhandling, Oslo: Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.
- Vike, H. 2002. Culminations of Complexity, in *Anthropological Theory*, Vol. 2. London: Sage Publications (57-75).
- Vike, H., Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H. og Kroken, R. 2002. *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vike, H. 2004. *Velferd uten grenser. Den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Oslo: Akribe.
- Watson, J. 2006. Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *Nursing Administrative and clinical practices*, 30(1), 48-55.
- Wærness, K.1999. Omsorg, omsorgsarbeid og omsorgsrasjonalitet - refleksjoner over en sosialpolitisk diskusjon, i Thorsen, K & Wærness, K.: *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Oslo. Ad Notam Gyldendal.
- Østerud, Ø., Engelstad, F. og Selle, P. 2003. *Makten og demokratiet. En sluttbok fra Makt- og demokratiutredningen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

DEL II

Evaluering av EVUK som etterutdanningsprogram

Runar Bakken

Høgskolen i Telemark, Avdeling for helse- og sosialfag

1. Innledning

Et grunnspørsmål i pedagogikken er ”Hvordan lærer vi?”. I utdanningssammenheng er kanskje spørsmålet hvorfor vi *ikke* lærer langt mer fremtredende. I etter- og videreutdanning av profesjonsutøvere, for eksempel innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester, er spørsmålet om hva som fremmer og hemmer læring spesielt sammensatte. Grunnen er enkel: utdanningen skal bidra til å endre *praksis*. Studentene skal ikke bare tilegne seg nye kunnskaper – kognitivt – men også oversette og tilpasse disse til en konkret handlingssammenheng, med det mål at pasientene/brukerne skal få best mulige tjenester. Lakmustesten på om etter- og videreutdanninger innenfor dette feltet fører til at kvaliteten på tjenestene bedres, er altså ikke bare om studentprestasjonene – skriftlig og muntlig – er gode, men at praksis forbedres.

1.1 Pedagogiske overveielser

Innenfor pedagogikken synes det stort sett å herske enighet om hvilken betydning forholdet mellom teori og praksis spiller i etter- og videreutdanning av helse- og sosialprofesjonsutøvere. Men når det gjelder hvordan sammenhengen mellom teori og praksis konkret skal komme til uttrykk i organiseringen av det faglige planverket, finnes det grovt sett to grunnposisjoner som vi skal komme nærmere tilbake til. Men uansett er det selvsagt ikke en kausal sammenheng mellom valg av grunnposisjon og god eller dårlig læring. Ingen kjenner fullt ut svaret på hvordan vi lærer. Forholdet mellom teori og praksis er, på samme måte som forholdet mellom kart og terreng, ikke 1:1. Dette innebærer at det alltid vil være en viss usikkerhet, og med det en diskusjon om hvordan man best kan organisere og gi substans til en etter- og videreutdanning som skal fremme læring, altså å bidra til en merkbar og vedvarende endring av praksis innenfor de konkrete virksomhetene.

Å kvalifisere profesjonsutøvere atskiller seg fra kvalifisering innenfor rene akademiske utdanninger. Helse- og sosialfaglig kvalifisering kjennetegnes blant annet ved at programmene er sammensatt av fag fra ulike fagdisipliner som hver for seg er omfattende fag- og forskningsfelt, og som innbyrdes er svært ulike. Dette stiller

store krav til at det pedagogiske planverket legger til rette for faglig fordypelse innenfor de ulike fagdisipliner, og samtidig bidrar til integrasjon av de ulike fagkunnskapene, relatert til den profesjonsutøvelse som utdanningene skal kvalifisere for.

Men best mulige kunnskaper innenfor de ulike fagdisiplinene, og integrasjonen av disse, er likevel bare en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for kunnskapsbasert profesjonsutøvelse. Å kvalitetssikre profesjonsutdanningene, innebærer å sikre de beste læringsbetingelser i skolekonteksten, men fremfor alt innenfor de praksisfelt som studentene/elevne er knyttet til som del av kvalifiseringen. Dette er krevende fordi de ulike praksisarenaer sorterer under andre departementer enn utdanningene, og rammesettes og styres økonomisk av stat og kommune på en måte som ikke nødvendigvis gir de beste betingelser for læring.

1.2 Kompetanseheving av helse- og sosialprofesjoner

På denne bakgrunnen aktualiserer evaluering av det arbeidsrelaterte kompetansehevingsprosjektet EVUK behovet for noen analytiske perspektiver – et språk med et sett av begreper som kan fange inn hvordan profesjonskompetanse utvikles og kommer til anvendelse innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester. Vårt omfattende empiriske materiale indikerer at det å etablere og gjennomføre et kompetansehevingsprosjekt som EVUK, ikke nødvendigvis betyr at de samlede kunnskaper og ferdigheter som hver av deltakerne har arbeidet med innenfor skolske¹ læringsaktiviteter, kommer til anvendelse innenfor en lokal kommunal sammenheng. Det er åpenbart ikke nok å sørge for at personer fra ulike arbeidssammenhenger setter seg på skolebenken, tilegner seg nye kunnskaper og ferdigheter og så anta den lokale praksis endres automatisk. Dette er særlig relevant i denne sammenhengen, for det er grunn til å anta at helse- og omsorgstjenestene står overfor spesielt store krav til implementering av ny kunnskap. Dette skyldes en rekke forhold som vi har berørt i hovedrapporten vår, blant annet sektorens betydelige kompleksitet og den dominans som individualiserte arbeidspraksiser har her.

¹ Begrepet Skolske er lånt og hentet fra Kristin Heggens doktorgradsavhandling ”Sykehuset som klasserom” og omfatter de læringsaktiviteter innenfor ”akademia” – til atskillelse fra innenfor det kliniske felt. Det dreier seg om; undervisning, pensumstudier, prosjektarbeid, skriftlige og muntlige besvarelse av studiekrav.

Selve kompetanseutviklingsprosessen kan illustreres på følgende måte:

Sett at en profesjonsutøver setter seg på skolebenken og erverver seg ny kunnskap ved å følge undervisning, lese pensumlitteratur og besvare studiekrav. Denne generelle kunnskapen må, når den møter den lokale virkelighet, oversettes. Det innebærer at den må tilpasses komplekse og sammensatte praksissituasjoner som alltid er preget av en viss *handlingstvang*. Å oversette generell kunnskap til praktisk utøvelse fordrer for det første at pasientsituasjonen(e) gjøres til gjenstand *vurdering*. En må lære seg å spørre og vurdere spørsmål av typen ”hva er relevant kunnskap i denne situasjonen?” Vurderingskompetanse må utvikles både innenfor undervisningsprogrammene, i den fagteoretiske verden, og innenfor det lokale fagpraktiserende verden – hvor nettopp de levende pasientsituasjonene befinner seg (Fagermoen 1993). På bakgrunn av faglige vurderinger, settes det i gang handlingstiltak for å endre eller stabilisere pasientsituasjonen(e). Dette fordrer at utøveren har *anvendelseskompetanse* – en kompetanse som er utviklet delvis på bakgrunn av tidligere utdanning, men videreutviklet innenfor etter- og videreutdanningsprogrammet. Denne anvendelseskompetanse kan utvikles på kognitivt og emosjonelt nivå innenfor kvalifiseringsprogrammene, men må i tillegg omfattes av en *kroppsliggjøring* gjennom trening/øvelse innenfor den lokale konteksten. Konvertering av vurderingskompetanse og anvendelseskompetanse til konkrete og sammensatte pasientsituasjoner, krever videre at de ulike kunnskapselementene er integrert i den personen som skal utøve. Å komme ”på innsiden” av kunnskap – å gjøre den til sin egen – går under forskjellige typer betegnelser: *personlig kompetanse* (Kirkevold 2002), *helhetlig kompetanse* (Guldbransen 1993, 1997) eller *førstepersonkompetanse* (Dale 1993). Med små variasjoner handler dette om et kompetansenivå som kan vokse frem over tid nettopp gjennom refleksjon og erfaring over gammel og ny praksis. Dette betyr at arenaen for utvikling av vurderings-, anvendelses- og førstepersonkompetanse, er avhengig av at det innenfor de lokale kontekster legges til rette for at – i dette tilfellet EVUK-studentene – systematisk kan øve inn ny praksis og gjøre den til sin egen kompetanse. Siden verken vurderingskompetanse, anvendelseskompetanse eller førstepersonkompetanse skjer som en nødvendig følge av tilegnelse av skolske og generelle kunnskaper (Schön 1983,1987), vil ethvert forsøk på å heve kompetansen til de ulike profesjonene innenfor kommunale omsorgstjenester, være avhengig av at en rekke kontekstuelle betingelser er tilstede og tilrettelagt – at det parallelt med de ulike kvalifiseringsprogrammene utvikles robuste or-

ganisatoriske strukturer. Dersom ikke studentene gis anledning til å øve og trene på å utvikle vurderings-, anvendelses-, og førstepersonkompetanse, står vi overfor et fenomen i pedagogikken som kalles *patologisk undervisning* (Dale 1993).

Overført til kompetanseheving/utvikling i kommunal sektor kan patologisk undervisning knyttes til det forhold at mulighetene for å oversette skolske kunnskaper til vurderings-, anvendelses-, og 1.personkompetanse – ikke er til stede.

Det kan være mange grunner til at muligheten for å oversette kunnskap ikke gis. Det kan skyldes at ingen, inkludert lederne, ser eller forstår betydningen av det, og/eller at det faktisk ikke er tilstrekkelige interne eller eksterne ressurser til å etablere slike organisatoriske strukturer. Som vi har vist i hovedrapporten, er det i tillegg en rekke andre mulige barrierer knyttet til den organisatoriske dynamikken, ikke minst de uformelle aspektene ved den. Opplevelsen av å arbeide i en sammenheng hvor ressurser oppleves som svært knappe, og hvor stabiliteten er lav, kan nye måter å gjøre ting på framstå som risikabelt. Ny kunnskap vil i slike tilfeller støte mot en etablert konservatisme der gjensidig lojalitet til en standard for felles innsats er avgjørende. Nye måter å utøve faget på vil ofte, i det minste i en overgangsperiode, krever mer tid, med den konsekvens at andre deler av virksomheten kan komme til å lide. Med andre ord: å eksperimentere med ny kunnskap for å *søke* å skape forbedring, vil ofte tre direkte inn og påvirke sårbare og ofte pressede relasjoner mellom kolleger. Så selv om en kvalitativ forbedring av den faglige utøvelse på sikt kan bidra til å redusere merarbeidet ved at pasientsituasjonen forbedres, vil mulige sanksjoner fra kolleger innebære at den nye praksisen avvikles før den er etablert – både hos den enkelte og som kollektiv praksis.

På dette viset veves den fagteoretiske og fagpraktiserende – de skolske EVUK-programmene og den enkelte EVUK-students kliniske hverdag innenfor den lokale kontekst – sammen. Dette forholdet leder vår evalueringsstrategi i to retninger: (1) til selve kompetansehevingsprosjektet som undervisningsprosjekt, og (2) til den kommunale lokale arbeidskonteksten. I hovedsak vil denne delen av rapporten omhandle det første – selve kompetansehevingsprosjektet EVUK, men med referanse til den øvrige rapporten, der vi utdyper de mekanismer som påvirker anvendelsen av økt kompetanse i de kommunale helse- og sosialtjenestene.

1.3 Begrunnelse for evalueringens struktur

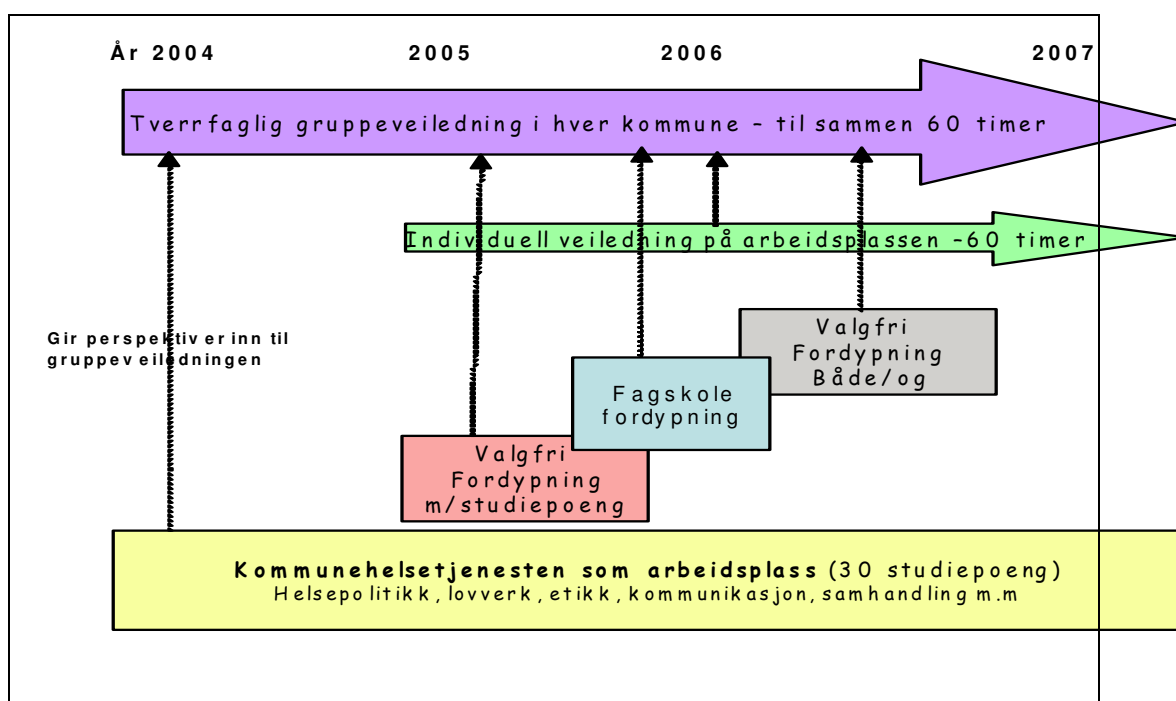
Utdanningsprogrammet til EVUK består av en rekke elementer: Fagplaner og studieplaner med hver seg innlagte arbeidskrav og arbeidsformer, målformuleringer, innholdskomponenter, og fellesundervisning samt valgfrie fordypninger for studenter med ulik bakgrunn. Samlet er det en stor mengde dokumenter som dannet grunnlag for styring og gjennomføring av prosjektet.

Vi vil i hovedsak konsentrere oss om vurdering av selve *undervisningsmodellen* og dens ulike elementer, spesielt knyttet til problemstillinger vedrørende oversettelse av skolske kunnskaper inn i den lokale hverdagssammenheng. Vi vil omtale og typifisere fagplanene/studieplanene som utgjør det faglige innholdet i EVUK, men ikke gi en særskilt vurdering av de ulike bestanddelene, bortsett fra lederutdanningen. Grunnen er at vi vurderer det slik at de ulike fagplanene/studieplanene; målformuleringene, de tematiske innholdskomponenter, arbeidsformer og evalueringsformer, er vel egnet til å kvalifisere profesjonsutøvere innen helse- og sosialsektoren. Kvalitetssikringen av disse planene er dessuten knyttet til formell godkjenning innenfor de ulike institusjonene som tilbød utdanningene.

2. Undervisningsmodell for EVUK

Undervisningsmodellen er todelt. Del I omfatter *lederutdanning* med fokus på strategisk kompetansestyring, kommunaløkonomi, jus og forvaltning (30 studiepoeng). Lederutdanningen ble gjennomført før del II.

Del II ble utformet og gjennomført for sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.



(Tone E. Mekki, Sissel Tollefsen 2007)

Programmet for helsepersonellet omfattet 3- års utdanning, og ble utformet for å kombinere utdanning og full stilling. Utdanningen ga uttelling i studiepoeng for helsepersonell med høyskoleutdanning, og NOKUT - godkjent fagskoleutdanning for helsepersonell med videregående opplæring.

Programmet ble utformet i samarbeid mellom Høgskolen i Bergen, representanter fra administrativ ledelse i Austevoll, Kvam, Lindås og Tysnes kommuner samt representanter fra Norsk Sykepleierforbund og Fagforbundet.

Innholdet i utdanningen tok utgangspunkt både i kommunenes behov for kompetanse og den enkelte helsearbeiders ønske om å styrke sin kompetanse i forhold til erfarte utfordringer i egen arbeidssituasjon.

Som det fremgår av skissen kombinerte undervisningsmodellen for del II fellesundervisning for alle gruppene (sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere), tverrfaglige veiledningsgrupper og fagspesifikke (individuelle) valgfrie fordypningsområder.

Studietilbudet ble organisert ut fra hva som skulle være felles for de fire faggruppene og hva som skulle være atskilt. Alle fag-/studieplaner var formelt godkjente.

EVUK programmet ble tilrettelagt over tre år. Fellesmodulen Kommunehelsetjenesten som arbeidsplass og tverrfaglige veiledning var gjennomgående i alle tre årene. Sykepleierne og vernepleierne kunne velge enten spesialisering tilrettelagt som videreutdanning med studiepoeng, eller faglig fordypning uten å avlegge eksamen. Tre sykepleiere valgte siste variant, slik at de totalt oppnådde 30 studiepoeng i EVUK -studiet. De øvrige avla eksamener tilsvarende totalt 60 studiepoeng i løpet av de tre årene. Valg av område for fordypning ble gjort i samråd med lederne slik at kommunen sikret at de totalt sett fikk økt kompetanse på de områdene hvor kompetansekartleggingen hadde avdekket de største behovene.

2.1 Individuell veiledning

Den grønne pilen viser at det i tillegg ble søkt tilrettelagt faglig veiledning knyttet til den kliniske utøvelsen, og da med særlig fokus på valgt spesialisering eller fordypning. Dette tiltaket viste seg å være problematisk å realisere i noen kommuner. I de tilfeller kommunene greide å organisere det, ble det ikke knyttet til klinisk veiledning, men til veiledning av enkelte deltagers fordypningsoppgave. Dette gjaldt spesielt for høgskolegruppen. For hjelpepleiere og omsorgsarbeidere ble det knyttet kliniske veiledere til deres hospiteringsopphold.

2.2 Fellesmodul på 30 studiepoeng i ”Kommunehelsetjenesten som arbeidsplass”

På bakgrunn av kompetansekartlegging i de ulike kommunene (lederutdanningen), ble det utarbeidet egen studieplan for denne utdanningen, bestående av 6 moduler.

Det ble vedtatt å avsette 8 dager pr. år til fellessamlinger i Høgskolens lokaler. Kommunene forpliktet seg til å kjøpe inn vikarer dersom deltakerne skulle ha vært på jobb disse dagene. Fellesundervisning som falt på fridager ble ikke kompensert. Innholdet i fellesmodulen hadde kommunehelsetjenesten som arbeidsplass som ramme. Et viktig mål var å gjøre deltakerne kjent med lover og regler som styrte virksomheten. ”Å bli kjent med” betydde at de skulle kjenne sine rettigheter og plikter innenfor regelverket, og ikke minst få øvelse i å se hvilket handlingsrom de har. I forlengelsen av forelesningene fikk de arbeidsoppgaver hvor de for eksempel skulle anvende kvalitetsforskriftene på egen arbeidsplass. Ved å ta i bruk praksisnære studieoppgaver fikk deltakerne øvelse i å sortere elementene i et praksisproblem, og å anvende ny kunnskap til å løse utfordringer de møter i sin arbeidshverdag.

2.3 Internettbasert kommunikasjon

Alle deltakerne fikk tilgang til IKT-støtte gjennom programmet It`s learning, og det ble stilt betingelse om at alle måtte ha tilgang til internett og PC for å kunne starte på utdanningen. En kartlegging ved oppstart av studiet viste svært store variasjoner i deltakernes dataferdigheter. Flere deltakere oppga at de aldri hadde forholdt seg til en datamaskin. Disse fikk tilbud om spesiell opplæring. All informasjon om utdanningen, alle forelesninger og studieoppgaver måtte hentes via internett. Oppdragelsen i å se hvilke muligheter som lå i en bedre bruk av internett, ble antatt å styrke de ansattes mulighet til å holde seg faglig oppdatert også etter at EVUK ble avsluttet.

2.4 Tverrfaglig gruppeveiledning

Tverrfaglig gruppeveiledning utgjorde undervisningsmodellens bærende element. Her møttes veiledere og ansatte tre timer hver måned ute i kommunene, til felles refleksjon med utgangspunkt i deltakernes erfaringer fra yrkeshverdagen og undervisning som EVUK ga.

Ved prosjektets oppstart uttrykte kommunenes ledelse sterkt ønske om mest mulig tverrfaglig samarbeid. Flere var opptatt av at all undervisning skulle være felles ut fra en antakelse om at dette ville bidra til bedre samhandling og oppgaveløsning i det daglige arbeidet. Etablering av tverrfaglige veiledningsgrupper bestående av 6 – 10 personer ble en måte å imøtekomme dette på. Gruppene ble sammensatt tverrfaglig ut fra geografi og arbeidssted. Her var fokus at de som helsearbeidere skulle løse oppgaver i fellesskap med hver sine ulike, men likeverdige faglige bidrag. Veiledningsgruppene gikk gjennom hele studiet og utgjorde kontinuiteten, også etter at de valgte sine fagspesifikke fordypningsområder. Det var avsatt til sammen 60 veiledningstimer fordelt på 3 studieår.

Det ble lagt vekt på at alle veiledere skulle ha formell godkjent veilederkompetanse. Dette sikret at deltakerne kunne søke sine respektive fagforbund om å få godkjent veiledningstimene som en del av grunnlaget for å søke om godkjenning som klinisk spesialist.

Veiledning som begrep og fenomen var ukjent for mange. I og med dette skulle være det bærende element, og fordi nivå og erfaring var så vidt forskjellig, ble det valgt å starte første halvår med læringsgrupper. Målet for gruppesamlingene var å bli kjent med hverandre og opparbeide trygghet i gruppen, samt å utforske mulighetene som lå i å samarbeide på tvers av kompetansenivå om å løse oppgaver med utgangspunkt i konkrete og felles utfordringer på arbeidsplassen. Parallelt tok alle studentene et innføringskurs i kollegabasert veiledningsteori og metode tilsvarende 6 studiepoeng. Slik ble det sikret at alle hadde et felles forståelsesgrunnlag som utgangspunkt for veiledningen.

2.5 Valgfri fordypning

Kompetansekartleggingen viste at det var behov for fordypning innen områdene aldersdemens, hjerte- lungesykdommer, palliativ omsorg, kollegaveiledning, miljøarbeid i andres hjem. Med totalt 34 studenter med høgskolebakgrunn ville det være både dyrt og uhensiktsmessig å lage egne studieplaner innenfor hvert av disse områdene. Samtidig ville det være meningsløst for kommunene å få utdannet 10 sykepleiere med samme kompetanse. Videre ville verken kommunenes behov eller deltakernes ønsker bli støttet dersom det ble tilrettelagt en felles utdanning basert på et minste felles multiplum av fagspesifikk kompetanse. Løsningen ble å kjøpe plasser på eksisterende studier der det lot seg gjøre, og utvikle egne studieplaner basert på eksisterende videreutdanninger. Det ble kjøpt studieplasser på videreutdanning i palliativ omsorg og diabetessykepleie. I samarbeid med Nasjonal kompetansesenter for Aldersdemens og Høgskolen i Vestfold ble det tilpasset studieopplegg ”på bredbånd” for 5 studenter.

Tre eksisterende studieplaner for henholdsvis miljøarbeid, lungesykepleie og kardiologisk sykepleie ble omarbeidet og tilpasset til spesifikke behov i kommunehelse-tjenesten. Studieplan for fagutvikling og prosjektarbeid ble justert og tilpasset utfordringer med å etablere dagsenter for demente som en oppfølging av studiet i Aldersdemens.

3. Fagplankonstruksjoner i EVUK

Innledningsvis ble det påpekt at det finnes ulike typer fagplaner/studieplaner som alle på forskjellig vis hviler på relasjonen mellom teori og praksis og på hvordan arbeidsformer, undervisningsformer, vurderingsformer best kan bidra til å nå læringsmålene.

Det eksisterer tre typer fagplankonstruksjoner knyttet til kvalifisering av helse- og sosialprofesjoner: de disiplinbaserte, de yrkesbaserte og de modulbaserte. Den *disiplinbaserte* fagplan kjennetegnes ved at strukturen baserer seg på at disiplinene og fagene utgjør grunnlaget for utdanningen. Innholdet sentrerer derfor om disiplin-kunnskap – med disiplinenes egenlogikk som utgangspunkt. Arbeids- og vurderingsformene reflekterer forestillingen om teori-for-praksis (Fagermoen 1993), et perspektiv og en forståelse som vil bli nærmere omtalt senere.

Strukturen i den *yrkes- eller profesjonsbaserte* fagplan beskriver ofte et enhetlig utdanningsløp, hvor innholdet beskriver et flerfaglig kunnskapsgrunnlag. Fagplanen er profesjons- og yrkesorientert, og nærheten mellom teori og praksis understrekes og beskrives, uten at de gjennom arbeids- og vurderingsformer nødvendigvis er konsistente i forhold teori/praksis - dimensjonen. *De poeng- og modulbaserte* fagplanene er flerfaglige, gjerne med integrerte temaer fra ulike disipliner. De er utpregede studentbaserte i den forstand at de legger opp til studentaktive læringsformer. De er videre relasjonsorienterte i den forstand at de ikke legger vekt på en autoritær struktur i forhold mellom lærer og student. De er ofte teknologiorienterte. Langt mer kan sies om de ulike typer fagplaner/studieplanene som danner det faglige grunnlaget i EVUK, men hovedpoenget er at de ulike faglige planverkene i EVUK - prosjektet har elementer fra alle disse tre typer konstruksjoner. Likevel må det sies det planverk som styrer den faglige virksomheten i EVUK i hovedsak er en blanding av de to sistnevnte type konstruksjoner. Det interessante ved det er at alle fagplanene og studieplanene til EVUK reflekterer 1) et tydeliggjort forhold til forholdet teori og praksis, 2) at den overordnede hensikten er kompetanseheving – i

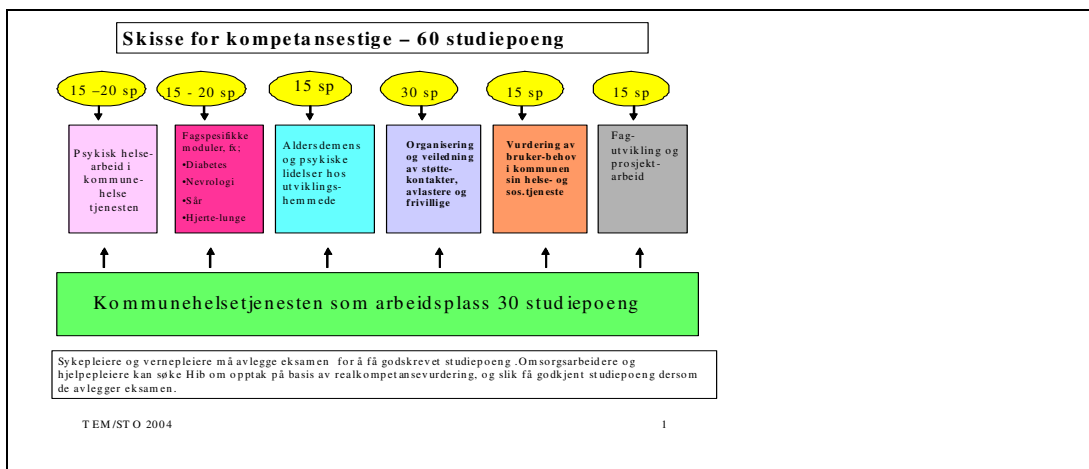
betydning endret praksis og 3) at dette kommer til uttrykk gjennom, og støttes opp av, forholdet til arbeidsmetoder og vurderingsformer.

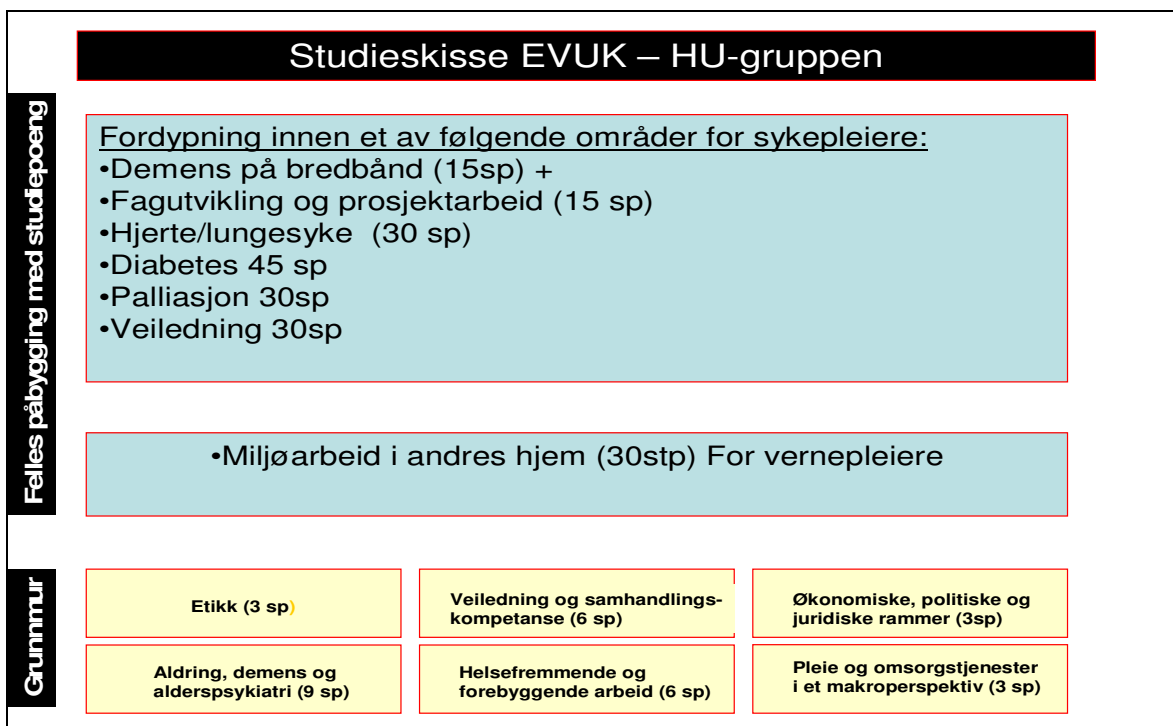
Siden alle fag- og studieplanene er godkjente plandokumenter samt i seg selv og sammen er vel egnet til å fremme læring – i betydning endrer og forbedret praksis, vil ikke denne evalueringen gå spesifikt inn i disse dokumentene, men mer fremheve sider ved disse planene i sammenheng med den mer overordnede evalueringsstrategi: undersøke oversettelsesproblematikken mellom de skolske læringsaktiviteter og klinisk kompetanseutvikling.

Oversikt over fordypningsstudier for sykepleiere og vernepleiere i EVUK

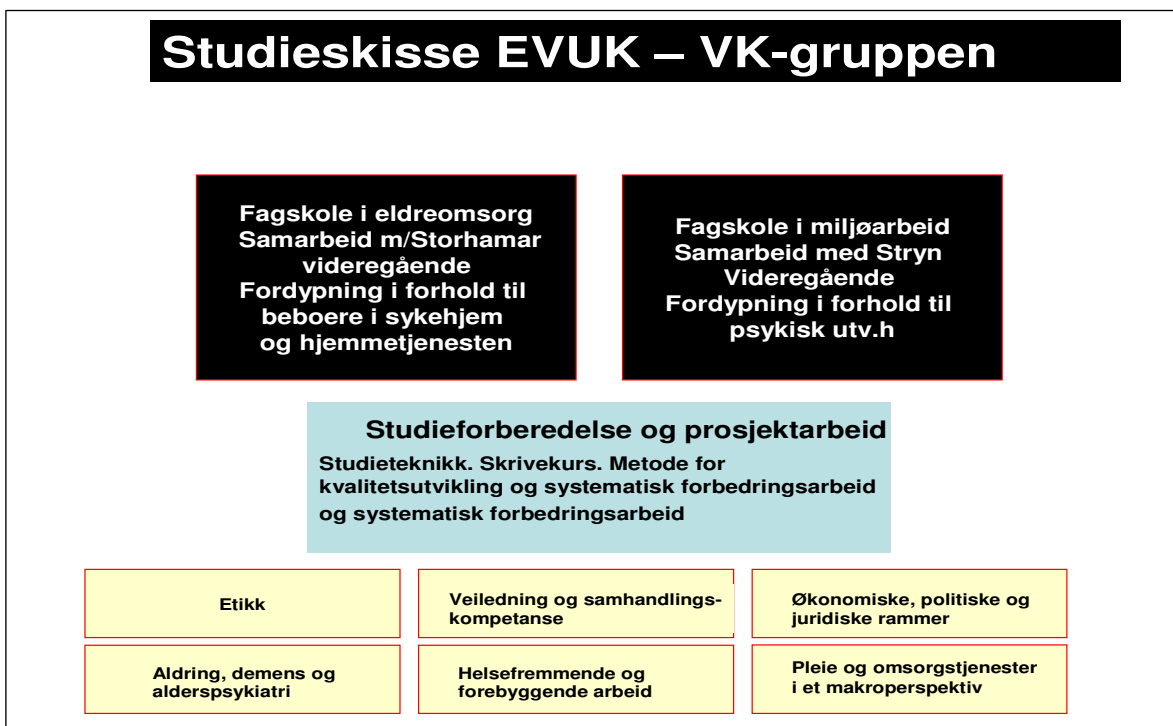
Videreutdanning	Studiepoeng	Austevoll	Kvam	Lindås	Tysnes
Hjerte-lungesykd.	30	1	2	7	
Diabetessykepleie	45	1	1	1	
Palliativ omsorg	30	2		1	
Aldersdemens	15		2	2	1
Fagutvikl og pro- sjektarbeid	15		2	2	1
Miljøarbeid i andres hjem – vpl	30		1	4	1
Faglig veiledning	30	1			

Skisse for kompetansestige – 60 studiepoeng





(Mekki T.,Tollefsen S. 2008)



(Mekki T.,Tollefsen S. 2008)

Som det fremgår av denne oversikten, er EVUK et meget omfattende kompetansehevingsprosjekt. Strukturen i det kan likevel sies å være enkel: Lederne i de fire kommunene – sammen med kommuneledelsen innenfor denne sektoren, satte seg mål med hensyn til hvor de ville med prosjektet og hvilke type kompetanse de mente var nødvendig å utvikle. Lederne gjennomførte så en lederutdanning. Der- nest deltok i alt 85 studenter med ulik fagbakgrunn i 1) fellesundervisning som gikk over tre år, og 2) grupper med ulik fagbakgrunn fordypet seg i fagområder som både dekket individuelle og kommunenes behov for kompetanse. Til denne kvalifiseringen var det etablert noen pedagogiske læringstiltak: Tverrfaglige veiledningsgrupper, individuell veiledning og IKT-støttet undervisning, veiledning, informasjon.

For å nå de overordnede målene (økt rekruttering og å beholde helsepersonell), samlet EVUK innsatsen i ett strategisk tiltak: økt kompetanse. Økt kompetanse for ledere/fagansatte var selvsagt nært forbundet med det som legitimerer strategien: bedret tjenestekvalitet for brukerne av kommunale helse- og sosialtjenester.

I begrunnelsen for undervisningsmodellen uttrykkes to forhold som vi anser som avgjørende:

Studier viser at økt kompetanse fører til ønske om å endre praksis, samtidig som tilfredshet med etter- og videreutdanning henger sammen med muligheter for å få bruke nyervervet kompetanse (Bjork 2006).

Presisert uttrykkes hindrende rammefaktorer slik:

De hindrende faktorene ble beskrevet som knapphet på tid, økonomi, mangel på informasjon, forståelse og oppmerksomhet, personalmangel, stor arbeidsbelastning, familieforpliktelser og mangel på oppmuntring fra leder. (Mekki T., Tollefsen S. 2008)

Samlet og forstått i lys av målsettinger fra de ulike fagplaner/studieplaner for både ledere og fagtilsatte, og de metodiske tilnærminger og overveielser som var beskrevet i selve organiseringen, tydeliggjøres forståelsen av, og begrunnelsen for hvordan kompetanse kan utvikles og betingelsene for at den skal kunne føre til endret praksis. Dette kommer vi nærmere tilbake senere.

3.1 Analytiske perspektiver på kompetanseutvikling innenfor kommunal omsorgstjeneste

På bakgrunn av EVUK's undervisningsmodell, og de begrunnelser som denne modellen er tuftet på, er det mulig å utvikle et sett begreper og perspektiver som vil være fruktbare i for å evaluere EVUKs kompetansehevingsprosjekt.

I sluttrapporten fra EVUK (2007) tydeliggjøres innholdet i kompetansebegrepet, noe som samtidig har vært styrende for prosjektet:

Kompetanse handler om evnen til å mestre en oppgave eller et yrke i møte med komplekse krav, situasjoner og utfordringer. Å være yrkesutøver er en måte å være menneske på (Gulbrandsen 1993; Gulbrandsen 1997; Gulbrandsen 2000). Derfor vil det å utvikle seg som yrkesutøver også måtte innebære å utvikle seg som menneske. Yrkesfaglig kompetanse forstås som helheten av kunnskaper, holdninger og ferdigheter som kommer til uttrykk gjennom utførelse av arbeidet. Kompetansen omfatter yrkesutøvers totale og relevante forutsetninger for å utøve yrket. Det totale uttrykker at helsearbeideren i tillegg til kunnskap, holdninger og ferdigheter også tar med seg sine egenskaper som menneske inn i yrkesutøvelsen, og at disse innvirker på hvordan de praktiserer sitt yrke. Gjennom sin egen historie og sine livserfaringer har de ulike tilleggsforutsetninger for å utøve sine respektive yrker. Sagt med Gulbrandsen: "...at forutsetningene for min praksis er en helhet av kunnskap, og viljemessige, og følelsesmessige, og personlighetsmessige aspekter. Disse samlede forutsetningene for min praksis – hos meg - kaller jeg mine kompetanser" (Gulbrandsen 2000).

Den forståelse av kompetanse som kommer til uttrykk her, indikerer blant annet at kompetanse er noe som skal komme til uttrykk i praksis – i den kliniske virkelighet. I tillegg vektlegges betydningen av personlig kompetanse – at så å si utøverne fremstår som mennesker i møte med pasienter/brukere, ikke bare kunnskapsutøvere. Gulbrandsen (2000) oppsummerer følgende kjennetegn på utdanninger og opplæring som er bygget på en helhetlig forståelse av kompetanser – tidligere her benevnt som utvikling av personlig kompetanse eller førstepersonkompetanse. I begrunnelser for valg av undervisningsmodell har disse kjennetegn vært styrende og retningsgivende for utforming av EVUK programmet:

- Økt vekt på formulering av, og refleksjon over hensiktene i utdanningen, av hva slags sider ved de yrkesrelevante kompetanser (og relasjoner) som skal utvikles.
- Økt fokus på utvikling av de allmenne kompetanser hos deltakerne i utdanningen/opplæringen, som element i de yrkesrelevante kompetanser. Det vil si økt vekt på utvikling av personen som yrkesutøver.
- Økt fokus på selve yrkesutøvelsen og helheten i denne, og på læring gjennom praksis og refleksjon over praksis.
- Økt fokus på deltakernes læring og på bistand underveis i læreprosessen (til erstatning for det tradisjonelle fokus på "undervisning").
- Økt bruk av helhetsspråklige og gruppeorienterte arbeidsformer, som verktøy også for utvikling av menneskelighet og allmenne kompetanser, og av kreativitet og skaperevne hos deltakerne i utdanningen.
- Økt fokus på kvalitet i yrkesutøvelsen etter endt utdanning (Mekki T., Tollefsen S. 2008)

I underlagsmaterialet som undervisningsmodellen bygger på, og i de faglige planverkene til hvert enkelt undervisningsprogram, kommer overstående begrepsmessige avklaring av kompetansebegrepet til uttrykk. Dette gir grunnlag for å hevde at prosjektet eksplisitt er tuftet på en forståelse av kompetansebegrepet som griper over forholdet mellom kvalifisering innenfor det skolske og det kliniske feltet. På den annen side er det ikke like tydelig hvilke elementer i modellen som skal ivareta denne oversettelsen mellom den fagteoretiske og den fagpraktiserende verden. Eksempelvis "... (...) Økt fokus på *kvalitet* i yrkesutøvelsen etter endt utdanning" og "... (...) Økt fokus på selve *yrkesutøvelsen* og helheten i denne, og på læring gjennom *praksis* og *refleksjon* over praksis", er åpenbare gode intensjoner knyttet til profesjonskvalifisering, men nøyaktig hvilke elementer i undervisningsmodellen som skal ivareta denne ambisjonen, er ikke like tydelig. Spørsmålene om hvordan operasjonalisere intensjonene i begreper som ivaretar oversettelsen og som videre gjenfinnes i konkrete pedagogiske strukturer, egnet til å ivareta oversettelsen, synes noe vag. En mulig tydeliggjøring av dette forholdet ville være å innføring av de begrepene vi allerede har introdusert; *vurderingskompetanse*, *anvendelseskompetanse* og *førstepersonkompetanse*.

På den annen side – og i denne sammenheng som et eksempel, fremheves det i begrunnelsen for fellesmodulen(30 stp) at:

I forlengelsen av forelesningene fikk de arbeidsoppgaver hvor de for eksempel skulle anvende kvalitetsforskriftene på egen arbeidsplass. Ved å ta i

bruk praksisnære studieoppgaver fikk deltakerne øvelse i å sortere elementene i et praksisproblem, og å anvende ny kunnskap til å løse utfordringer de møter i sin arbeidshverdag.

Og i begrunnelsen for tverrfaglig veiledning:

Målet for gruppesamlingene var å bli kjent med hverandre og opparbeide trygghet i gruppen, samt å utforske mulighetene som lå i å samarbeide på tvers av kompetansenivå om å løse oppgaver med utgangspunkt i konkrete, felles utfordringer på arbeidsplassen.

Samlet sett kan dette indikere at EVUK's undervisningsmodell i sum har ivarett og bidratt til at studentene har utviklet vurderingskompetanse, anvendelseskompetanse og førstepersonkompetanse. Likevel kan det innvendes at å legge inn arbeidskrav hvor studentene skal "(...) sortere elementene i et praksisproblem, og å anvende ny kunnskap til å løse utfordringer de møter i sin arbeidshverdag" primært angår kompetanseutviklingen på et kognitivt nivå, og ikke nødvendigvis på et praktisk konkret nivå. Å oppøve vurderingskompetanse – å "tørrtrene" i forhold til situasjonen som er løftet ut av den bevegelige og konkrete arbeidssituasjonen – er en nødvendig, men muligens ikke tilstrekkelig for å vurdere praktiske og lokalt forankrede problemer.

Med dette mener vi å ha konsentrert oppmerksomheten om det sentrale i undervisningsmodellen til EVUK: Vurdering av de elementer i undervisningsmodellen som skal bidra til oversettelsen mellom og utviklingen av skolske kunnskaper og klinisk kompetanse, forstått som utvikling av vurderings- anvendelses og førstepersonkompetanse.

I det videre vil blikket være rettet mot denne oversettelsesproblematikken. Samtidig vil vi understreke at undervisningsmodellen består av mange viktige elementer som ikke nødvendigvis lar seg avlese direkte gjennom praktiske anvendelsen eventuelt ledet til, men som utvilsomt har hatt stor betydning for det totale læringsutbytte. Deltakerne rapporterer nærmest unisont at inspirasjonen de har fått gjennom EVUK er veldig stor. Kontakten de har etablert med kolleger fra andre kommuner har også betydd svært mye. Veiledningsgruppene de har deltatt i oppleves av en overveldende majoritet som en uvurderlig vitamininnspøytning og kilde til relevant kunnskap. Studentenes gjensidige støtte når de har forsøkt på å ta kunnskapen i bruk på arbeidsplassen har også vært uhyre viktig for dem.

En rekke uformelle – og gjerne ikke-tilsiktete læringsarenaer som oppstod som følge av organiseringen, men som ikke omtales i undervisningsmodellen – blir fremhevet som betydningsfulle.

3.2 Ulike dimensjoner ved kompetansebegrepet

For å etablere og utvikle et mulig tydeligere og mer nyansert begrepsinnhold knyttet til denne oversettelsesproblematikken, kan det være fruktbart å utdype en mulig fortolkning av det kompetansebegrepet som EVUK hviler på.

Kompetansebegrepet er nært knyttet til begrepet ferdighet eller evne til å utføre handlinger. Kompetanse betyr ”evne til å gjøre noe”, og med det kan ikke kompetanse forstås atskilt fra oppgaven som skal utføres, situasjonen utøveren befinner seg i og selve utføreren (Sternberg 1990). Kompetanse er ikke en uforanderlig egenskap, men derimot en evne som utvikler seg og som involverer kognitive, sosiale og atferdsmessige aspekter (Bandura 1990).

Kompetanse innebærer å ha kunnskap og ferdigheter, men framfor alt å besitte evnen til å bruke disse kunnskaper i konkrete situasjoner.

I følge etablert teori knyttet til profesjonskvalifisering, fordrer utvikling av vurderingskompetanse og anvendelseskompetanse *øvelse*, der kunnskap og isolerte ferdigheter blir integrert gjennom gjentatte målrettede handlinger i konkrete situasjoner. (Dewey 1916,1938, Schön 1983,1987). Gjennom ulike skolske undervisningsstrategier; forelesning, pensumstudier, skriftlig arbeid med besvarelser, kan studentene utvikle *kunnskaper om noe*, i beste tilfeller oppnå kunnskaper om hva vurderingskompetanse, anvendelseskompetanse og førstepersonkompetanse er og innebærer. Oppgavene studentene arbeidet med kan, som for EVUK-studentene, være hentet fra konkrete praksissituasjoner, hvor studentene får anledning til å ”løse” komplekse pasientsituasjoner på kognitivt nivå. Men det er *i praksis* – innenfor det kliniske feltet – at vurderings-, anvendelses-, og førstepersonkompetanse kan utvikles og bli en del av den faglige profesjonsutøver. Sider av den kompetanse profesjonsutøvere skal lære, læres gjennom øvelse og utøvelse – helst i forlengelse av skolske kunnskaper. For å si det fritt etter Skjervheim; ”Man lærer ikke å svømme ved å praktisere sokratiske dialoger *om svømming* ved bredden.” Man lærer å

svømme ved å forsøke å svømme, øve og trene på å svømme under kyndig veiledning.

Å ha kompetanse innebærer således at en kan handle på en fleksibel måte og tilpasse sine handlinger ut fra hva situasjonen krever (Benner 1984, Benner, Tanner og Chesla 1996).

I redegjørelsen for det kompetansebegrep som ligger til grunn for undervisningsmodellen i EVUK, heter det blant annet:

- *Økt fokus på utvikling av de allmenne kompetanser hos deltakerne i utdanningen/opplæringen, som element i de yrkesrelevante kompetanser. Det vil si økt vekt på utvikling av personen som yrkesutøver.*
- *Økt fokus på selve yrkesutøvelsen og helheten i denne, og på læring gjennom praksis og refleksjon over praksis.*
- *Økt fokus på deltakernes læring og på bistand underveis i læreprosessen (til erstatning for det tradisjonelle fokus på "undervisning")*

I disse tre punktene ligger det en forståelse av kompetansebegrepet som synes å kunne samsvare med hva vi forstår med utvikling av vurderings-, anvendelses-, og førstepersonkompetanse. Hvis vi utdyper disse begrepene ytterligere, kan oversettelsesproblematikken muligens tre tydelige frem. *Vurderingskompetanse* har vi når vi kan tilegne oss og forstå ny kunnskap, kunne kritisk vurdere dens betydning og relevans for profesjonsutøvelse. Vurderingskompetanse kan utvikles når en tilegner seg skolske kunnskapene, for eksempel i sammenheng med hva kyndig lærer vurderer som relevant og av klinisk betydning i forhold til det studenter presenterer i seminarer, grupper, besvarelser. Vurderingskriteriene for denne kompetansen kan nettopp være om studentene viser forståelse for praksisnære problemstillinger, om det har et potensial til å utgjøre en positiv forskjell i forhold til anvendelse innenfor en konkret klinisk sammenheng. Vurderingskompetanse er en nødvendig forutsetning for utvikling av anvendelseskompetanse.

Til forskjell fra utvikling av vurderingskompetanse, er utvikling av *anvendelseskompetanse* delvis eller helt knyttet til det kliniske feltet. Anvendelseskompetanse handler om å øve og trene under kyndig veiledning på det å velge relevant kunnskap i forhold til foreliggende situasjon, tolke situasjonen opp mot kunnskap og teori, utforme handlinger/tilnæringsmåter med utgangspunkt i den utvalgte kunnskap og teori. *Utvikling av anvendelseskompetanse handler om å la kunnskap av ulike karakter (vitenskapelig kunnskap, etisk kunnskap, praktisk kunnskap, erfa-*

ringskunnskap) få innflytelse på praksisutøvelsen. Å oversette generell kunnskap til konkrete pasientsituasjoner handler om å relatere det generelle til det spesielle, det universelle til det partikulære. Molander(1993) omtaler denne oversettelsen for ”handlingens dialektikk”.

Å fornye, videreutvikle ens praksis på bakgrunn av økt kunnskapstilfang innebærer nærhet i situasjonen og avstand gjennom refleksjon over hva situasjonen krever. Det dreier seg om å a) danne seg et første inntrykk av situasjonen, b) velge seg ut relevant kunnskap for situasjonen, c) se situasjonen i lys av teori og d) danne seg et endelig inntrykk av situasjonen. Når dette er gjort, gjenstår valg av handlinger, eller tiltak; å handle på grunnlag av foregående vurdering og i forhold til det som skjer fortløpende når situasjonen utfolder seg. Dette kan synes enkelt, men det er i denne anvendelsen at ”mesterskapet står”. Det er i utvikling av individuell kompetanse knyttet til direkte utøvelse overfor pasienter/brukere kilden ligger til å utvikle andre kompetanseformer innenfor det kliniske feltet som er avgjørende for utvikling av *den kollektive* kompetanse.

Denne grunnforståelsen av hva utvikling av anvendelseskompetanse innebærer, forstås vi som en rimelig utdypning og fortolkning av den begrunnelse EVUK selv baserer sin undervisningsmodell på ”(...) *selve yrkesutøvelsen og helheten i denne, og på læring gjennom praksis og refleksjon over praksis*”. Med dette har vi etablert begrepene *vurderings- og anvendelseskompetanse* i forlengelse av EVUKs egen forståelseshorisont.

3.3 Kompetanseutvikling på ulike nivå: K-1, K-2 og K-3

Til denne oversettelsesproblematikken knytter det seg også andre forhold. Slik vi har vektlagt betingelsene for utvikling av vurderings-, anvendelses-, og førstepersonkompetanse, er dette relatert til den individuelle kompetanseutvikling. Det er i seg selv avgjørende, men siden ikke alle fagansatte ved de ulike virksomhetene deltok i EVUK, samtidig som målsettingen med EVUK var kompetanseutvikling i den hensikt å øke rekrutteringen, beholde personalet og forbedre tjenestekvaliteten, ligger det implisitt i en slik ambisjon at kompetanseutviklingen skulle/måtte gjøres *kollektiv*. Dette innebærer at kilden til kollektivisering av kompetansen, ligger i den direkte pasientrettede kompetanseutøvelse (vurderings- og anvendelseskompetanse).

Denne direkte pasientrettede kompetanseutøvelse, kan vi omtale som kompetanseutøvelse på førstenivå; K-1-nivået (Dale 1993) Kompetanse på dette nivået handler om den enkelte utøvers evne, mulighet, kunnskaper, vilje til å utvikle og anvende nyervervet kompetanse i konkrete situasjoner overfor pasienter/brukere. Utøvelse av anvendelseskompetanse på dette nivået, handler om konkrete kliniske situasjoner, der pasientsituasjoner er i fokus.

Men det finnes en annen side ved anvendelseskompetanse som er av like stor betydning å utvikle, for at mange enkeltsituasjoner skal kunne danne utgangspunkt for kollektiv kompetanseutvikling innenfor virksomhetene. Dette henspeiler på ikke-pasientrettede situasjoner, hvor det er snakk om å utvikle standarder og prosedyrer av høy kvalitet som skal gjelde for mange situasjoner. Det å utvikle kompetansen til å gå ut av situasjoner, men likevel holde fast ved det sentrale i situasjoner rent verbalspråklig, kan omtales som kompetanse på et annet nivå; K-2-nivået. K-2-nivået dreier seg om en vurderings- og anvendelseskompetanse på kognitivt, begrepsmessig nivå. Det handler om å kunne utvikle et språk – et *felles* språk. Det er snakk om et kompetansenivå hvor den enkelte deltaker har kunnskap, evne og mulighet – *sammen med kolleger* – til kunnskapsbasert anvendelse (demonstrasjon) og, eller verbalspråklig å faglig drøfte fastsettelse av eksempelvis prosedyre- og kvalitetsstandarder.

Med referanse til vårt empiriske materiale og midtevalueringen (EVUK) ble det påpekt at betingelsene for utvikling av kompetanse på det vi her kaller K-1- og K-2 -nivået, ikke var tilstrekkelig. Dette forholdet aktualiserer et tredje kompetansenivå.

Den kompetanse som blant annet lederne/virksomhetslederne/avdelingslederne må utvikle, er knyttet til hvordan kompetanse i egen virksomhet utvikles/styrkes/økes. Brennpunktet for en slik kompetanseutvikling ligger spesielt i lederutdanningens tematiske område; *strategisk kompetansestyring* og *lærende organisasjoner* - altså forståelse av hvordan eksterne og interne betingelsene kan hemme/fremme kompetanseutvikling i virksomhetene. Denne kompetansen vi kan knytte til den faglige ledelsen, kan omtales som kompetanse på K-3 -nivået. K-3 - nivået omhandler den *policy*, den faglige ledelsen må arbeide på bakgrunn av. Fastsettelse av policy skjer i et samspill mellom interne og eksterne aktører. Det synes svært betydningsfullt at fagtilsatte og lederne sammen fastsetter den policy lederen skal arbeide for internt og eksternt for å sikre K-1 og K-2.

Forutsetningen for at de skolske læringsaktiviteter skal kunne resultere i førstepersonkompetanse, er at vurderings-, og anvendelseskompetanse er gitt organiserte betingelser. Dette innebærer konkret at utvikling av kompetanse på K-1, og K-2-nivået fordrer tid og rom (ressurser), kyndig veiledning fra lærer eller ”mentor” og kritisk refleksjon over læringserfaringene. Over tid utvikles på dette grunnlaget førstepersonkompetanse. På denne måten veves del I og del II i EVUK’s kvalifiseringsmodell sammen.

4. Vurdering av kompetansestrategien i EVUK

På bakgrunn av EVUKs undervisningsmodell – inkludert de faglige planverk (fagplaner, studieplaner), evalueringsresultater (midt- og sluttevaluering), fokusgruppeintervjuer, vår egen empiri (intervjuer, feltobservasjoner og fokusgruppeintervjuer), er det ulike sider av oversettelsen mellom kvalifiseringstiltak utgått fra HiB og den kliniske lokale sammenhengen vi vil konsentrere oppmerksomheten om. I denne delen av evalueringen retter vi blikket mot de forhold i kompetansestrategien til EVUK som er tenkt og etablert i den hensikt å fungere som bindeledd mellom skolske læringsaktiviteter og kompetanseanvendelse i den lokale kliniske virkelighet.

4.1 Undervisningsmodellen – som modell for ivaretagelse av oversettelsen

Undervisningsmodellen legger ikke opp til at lærere fra høgsolen eller andre kyn-dige veiledere – mentorer – følger med helt inn i den kliniske virkelighet. Det nær-meste veiledere kommer det kliniske feltet er de tverrfaglige veiledningsgruppene. Intensjonen med *den grønne pilen* – 20 timers individuell veiledning pr. år innenfor hver kommune – var opprinnelig tenkt å være klinisk (K-1), men ble ikke realisert etter den opprinnelige intensjonen. Både fellesmodulen (30 stp) og de ulike fagpla-nene knyttet til forskjellige valgfrie faglige fordypningene, vektlegger det forhold at kompetansehevingen skal være arbeidsrelatert:

Ved å ta i bruk praksisnære studieoppgaver fikk deltakerne øvelse i å sorte-re elementene i et praksisproblem, og å anvende ny kunnskap til å løse ut-fordringer de møter i sin arbeidshverdag.

Det er åpenbart at den type skriftlige oppgaver i forlengelse av forelesning kan bidra til oversettelse mellom undervisning og klinikk på et kognitivt nivå, noe som er en nødvendig, men muligens ikke tilstrekkelig forutsetning for oversettelse og utvikling av skolske læringsaktiviteter til klinisk anvendelseskompetanse. Som nevnt valgte deltagerne fordypningsområder knyttet til egen interesse og virksomhetens behov for kompetanse. De ulike fordypningsområdene har i sine fagplaner/studieplaner innlagt ulik lengde av hospitering/klinisk praksis. I dette forholdet ligger det muligheter for at kunnskapene kan utvikles til vurderings- og anvendelseskompetanse, men dette er avhengig av klinisk veiledning, lengde og kvalitet på hospiteringspraksis og av at det finnes organisatoriske strukturer innenfor egen kliniske arena som er egnet til å ta opp i seg ny kunnskap, videreutvikle den til kompetanse og gjøre denne *kollektiv*. Med det siste mener vi spesielt utvikling av kompetanse i å bygge opp robuste organisatoriske strukturer egnet for å ta imot, videreutvikling og gjøre kollektiv den strøm av ny kompetanse som tilflyter den lokale kliniske virkelighet i prosjektperioden og etter.

4.1.1 ”Den grønne pilen”

Den individuelle veiledningen – 20 timer pr. år i hver kommune – var i utgangspunktet ment knyttet til studentenes egne arbeids- og ansvarsområder. Kommunene hadde ansvar for å legge til rette for denne individuelle veiledningen gjennom å benytte eksisterende kompetanse i kommunene. For høgskolegruppene ble ikke 60 timers klinisk veiledning realisert, men noe av denne tiden ble knyttet til individuell veiledning i forbindelse med avsluttende eksamen (valgte fordypningsområdet). For hjelpepleiere og omsorgarbeidere ble klinisk veiledning realisert som en del av hospiteringsoppholdet på Løvåsen undervisningssykehjem, Olaviken kompetansesenter og Røde Kors sykehjem.

Vi kan undersøke endringene av det opprinnelige innholdet til dette pedagogiske tiltaket i undervisningsmodellen ut fra to ulike synsvinkler: 1) som uttrykk for en mer eller mindre bevisst endring av ideologisk karakter, eller 2) som uttrykk for tilfeldigheter eller ressursknapphet. Poenget er ikke å gi et endelig svar, men problematisere mulige konsekvenser. I begrunnelsene for undervisningsmodellen markeres et premiss for kvalifisering av profesjonsutøvere:

Studier viser at økt kompetanse fører til ønske om å endre praksis, samtidig som tilfredshet med etter- og videreutdanning henger sammen med muligheter for å få bruke nyervervet kompetanse (Bjork 2006).

Første del av dette premisset rommer en mulig grunnforståelse av kvalifisering av profesjonsutøvere som kan betegnes som en av de to tidligere nevnte grunnposisjoner. To syn står opp mot hverandre i spørsmålet om betydningen av kyndig klinisk veiledning blant utdannede profesjonsutøvere (Kirkevold 2002:119). Det ene synet tar utgangspunkt i at ”hvis man har kunnskap, så bruker man den”(ibid:119). ”*Studier viser at økt kompetanse fører til ønske om å endre praksis...(...)*”. Dette synet baserer seg på den forestilling at generelle kunnskaper ganske enkelt lar seg oversette som et sett kunnskaper og ferdigheter til de spesielle og sammensatte og ulike pasientsituasjonene. Forutseningen er ”*..(...)*For det første at lederne etterspør og foretar nødvendige kulturelle og strukturelle grep for å anvende ny og oppdatert kompetanse” (Mekki T.,Tollefsen S. 2008).

Det andre synet baserer seg på at alle skolske kunnskaper må integreres som en del av utøverens profesjonelle kompetanse, at prosessen i prinsippet både er konseptuell og instrumentell, og at den utvikles i en kontinuerlig ”dialektisk bevegelse” (Molander 1993) mellom kunnskap og handling under kyndig veiledning. Dette betyr at visse kunnskapstyper – eksempelvis visse sårbehandlingsprosedyrer, behandling av diabetespasienter, mer eller mindre direkte kan overføres til praktiske situasjoner, og på den måten bidra til å endre de praktiske handlingene (instrumentelt). Men det finnes også annen abstrakt og generell kunnskap som ikke lar seg direkte overføre, men som krever en tilpasning ut fra situasjonen – noe som innebærer en langt mer kompleks prosess. Men med øvelse under kyndig veiledning og jevnlig bruk av kunnskapen, vil denne prosessen bli en del av den kompetanse på linje med annen kompetanse utøveren besitter (Kirkevold 2002:117). Det er denne type kunnskapsoversettelse som må gå veien om og som fordrer utvikling av vurderings-, anvendelses-, og førstepersonkompetanse.

Disse to grunnposisjonene kan forstås i lys av en problematisering av forholdet mellom teori-for-praksis på den ene siden, og teori-i-praksis på den andre (Fagermoen 1993). I rendyrket form handler teori-for-praksis om at teori har forrang for praksis. Teorien gir direktiver for hvordan praksis skal være og på den måte kan dette karakteriseres som en deduktiv og instrumentell tilnærming. Problemer i praksis finner sin løsning i teorien, og kunnskapen forstås som ferdig. Å lære faget

dreier seg derfor om å tilegne seg nødvendig teori og de nødvendige metodene for å anvende teori i praksis. Viktige spørsmål i konstruksjoner av undervisningsmodeller/fagplaner/studieplaner blir da: Hva er den nødvendige kunnskapen? Hva er de nødvendige ferdighetene og hvordan lære å anvende disse i praksis?

Teori-i-praksis er – i idealtypisk tapning, kjennetegnet ved at teori og praksis er komplementære. Denne grunnposisjonen betrakter teoretisk kunnskap som ikke aktualisert kunnskap. Kompetanse bygges og konstrueres for den enkelte når den læres og anvendes i den lokale sammenheng og sammen med andre. Pensum betraktes som uferdig. Kunnskapen blir først levende og meningsfull når den arbeides med i den lokale praksissammenheng. Å praktisere betyr i en slik sammenheng at det ikke bare er snakk om å anvende teori, men å forholde seg aktivt til det en vet og de erfaringer en gjør. Gjennom praksis og ulike typer refleksjon (faglig og personlig refleksjon) skapes kompetansen.

Det sentrale spørsmålet i forbindelse med ”den grønne pilen” er om endringen reduserte mulighetene for å utvikle vurderings- og anvendelseskompetanse. Det er grunn til å anta at mulighetene for oversettelse av generell kunnskap til den lokale sammenheng reduseres når klinisk veiledning mer eller mindre faller bort. Selvsom ”...(...) lederne etterspør og foretar nødvendige kulturelle og strukturelle grep for å anvende ny og oppdatert kompetanse”, er det vanskelig å sikre at kompetansen kommer til anvendelse *hvis ikke anvendelseskompetanse er utviklet*.

Kompetansen må utvikles og anvendes under kyndig veiledning. Det er med andre ord ikke nok å etterspørre ny kompetanse og gjøre *strukturelle grep*. På den annen side *kan* det være tilstrekkelig å etterspørre og legge forholdene til rette for anvendelse av ny kunnskap, spesielt dersom denne kunnskapen er av en mer instrumentell art, for eksempel nye sårbehandlingsprosedyrer.

Hvorvidt endringen som angår ”den grønne pilen” er av læringsideologisk karakter eller tilfeldig knyttet til generell ressursknapphet, er ikke spesielt sentralt i denne sammenheng. Det avgjørende – dersom en legger til grunn teori-i-praksis- forståelsen som best egnet i spørsmålet om oversettelse mellom de skolske kunnskaper og det kliniske feltet, er at ansvaret for ”...(...) selve yrkesutøvelsen og helheten i denne, og på læring gjennom praksis og refleksjon over praksis”, forskyves og legges på lederne ved de ulike virksomheter og på hospiteringspraksisoppholdet.

4.1.2 De tverrfaglige veiledningsgruppene

Som tidligere beskrevet representerer de tverrfaglige veiledningsgruppene en udelte positiv erfaring for EVUK-deltakerne med hensyn til muligheter for utvikling av tverrfaglig forståelse, refleksjon over ulike situasjoner i praksis.

Deltakerne brakte med seg utfordringer fra egen arbeidshverdag, og refleksjon skjedde på bakgrunn av oppdagelser og handlingsalternativ til den enkeltes yrkesgruppes ansvars- og arbeidsoppgaver (Mekki T., Tollefsen S. 2008).

Målet for gruppesamlingene var å bli kjent med hverandre og opparbeide trygghet i gruppen, samt å utforske mulighetene som lå i å samarbeide på tvers av kompetansenivå om å løse oppgaver med utgangspunkt i konkrete, felles utfordringer på arbeidsplassen (ibid.).

På bakgrunn midt- og sluttevaluering og fokusgruppeintervjuer (Sluttrapport 2007:35-47) og vårt empiriske materiale, er det ingen tvil om at de tverrfaglige veiledningsgruppene hatt stor betydning for utviklingen av kompetanse. Det er imidlertid ikke nødvendigvis slik at de tverrfaglige veiledningsgruppene kan ha bidratt til utvikling av anvendelseskompetanse på K-1-nivået. Det som imidlertid er åpenbart, er at de tverrfaglige veiledningsgruppene har hatt avgjørende betydning for utvikling av vurderingskompetanse på K-2-nivået og for utvikling av førstepersonkompetanse.

4.1.3 Vurderingskompetanse på K-2-nivået

Med utgangspunkt i erfarte og arbeidsrelaterte problemstillinger fra deltakernes arbeidshverdag, har veiledningsgruppene tematisert og vurdert gjennom felles diskusjon. Denne form for indirekte kompetanseutøvelse knytter seg til to forhold. For det første stimulerer den evnen til å språkliggjøre arbeidet, inkluderer faglige begrunnelser og overveielser. For det andre knytter dette kompetansenivået seg til erkjennelsen av at relevant kunnskap innenfor dette feltet ikke kan sies å representere en objektiv størrelse. Den bestemmes intersubjektivt. Dette betyr at de ulike kunnskapsformene som danner grunnlag for kompetanseutøvelse, er kunnskaper

som kolleger seg i mellom kan enes om er relevant, betydningsfull og holdbar – gjennom *felles*, faglige begrunnelser.

Det er noen sentrale trekk ved tverrfaglig veiledning som er verdt å fremheve. I relasjon til oversettelsesproblematikken som ble diskutert ovenfor, kan det se ut som EVUK – gjennom tverrfagligheten og i relasjonen til arbeidsvirkeligheten kan ha bidratt avgjørende til utvikling av vurderingskompetanse på K-2-nivået. Å løfte arbeidsvirkeligheten ut av en situasjon preget av handlingstvang, åpner i seg selv mulighetene for at deltagerne kan åpne seg for nye måter å tenke og forstå det som drøftes. Ikke minst er dette av stor betydning knyttet til det forhold at veiledningsgruppene bestod av mennesker med ulik faglig bakgrunn og utdanningsnivå. Når en trer ut av en situasjon med handlingstvang, åpner det mulighetene for korreksjon, og evnen til å se nye muligheter. Dette åpner igjen for erkjennelsen av at for eksempel pasientsituasjoner er forskjellige, til tross for at pasienter/brukere kan ha samme diagnose. Muligheten for utvikling av K-2 - kompetanse – skape enighet om felles prosedyrer for utøvelse – er til stede. Kirkevolds (2002) perspektiv gir et bakteppe for denne innsikten. Hun kategoriserer pasientsituasjoner som fagpersonalet må regne med å stå overfor på denne måten: *akuttsituasjoner* (hjertestans, respirasjonsstans), *problematiske situasjoner* (mange og ulike lidelser som virker sammen og gjør hvert enkelttiltak i forhold til en diagnose problematisk, fordi det kan forverre totalsituasjonen), *ikke-problematiske situasjoner*, og *problemidentifiserende situasjoner*. Denne typologien viser at ikke alle praksissituasjoner ganske enkelt dreier seg om instrumentell oversettelse fra kunnskap til handling. Pasientsituasjoner dreier seg om ulike typer situasjoner med ulik type faglige utfordringer og ulik krav i oversettelsen. Det er empirisk belegg for å kunne hevde at de tverrfaglige veiledningsgruppene har fungert nettopp som læringsarena for utvikling av vurderingskompetanse på K-2-nivået.

4.1.4 Utvikling av 1.personkompetanse

Personlig kompetanse, eller førstepersonkompetanse er en forutsetning for kunnskapsanvendelse i konkrete pasientsituasjoner.

Betydningen av dette fremheves i begrunnelsen til undervisningsmodellen:

Økt fokus på utvikling av de allmenne kompetanser hos deltakerne i utdanningen/opplæringen, som element i de yrkesrelevante kompetanser. Det vil si økt vekt på utvikling av personen som yrkesutøver (Mekki T., Tollefsen S. 2008).

Førstepersonkompetanse er like mye et utdanningsmål som et dannelsesmål. Med det menes at utøverne blir i stand til å handle på egne vegne, og ikke på andres – som rene *utførere* i forhold til og i forlengelse av andres pålegg og vurderinger. Dette stiller igjen krav til fordeling av arbeidsoppgaver i forhold til ulike kompetansebakgrunn, slik at det å stå ansvarlig for de handlinger som utøves er tilpasset kompetansenivå. Å *handle på egne vegne* innebærer at utøveren har et *innvendig* forhold til ulike typer kunnskap og er i stand til å vurdere og anvende disse i konkrete situasjoner (K-1), og å kunne løfte disse situasjoner frem for kollegial drøfting (K-2). Her er det igjen de ulike pasientsituasjonene som så å si fordrer førstepersonkompetanse. *Det er først når en har førstepersonkompetanse at utøveren lar ulike typer kunnskap innvirke på ens anvendelse i konkrete pasientsituasjoner* (Dale 1993). En kan si at denne kompetansen både er et utdannings- og dannelsesmål hvor teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap, etisk kunnskap og erfaringskunnskaper utvikles over tid til førstepersonkompetanse – delvis innenfor de formaliserte skoleske læringsaktiviteter og delvis gjennom øvelse innenfor det kliniske feltet. Personlig kompetanse er et utdannings- og dannelsesmål hvor de ulike kunnskapsformene veves sammen og utvikles i en vekselvirkning mellom de erfaringer som ligger i feltet, de erfaringer en gjør i utøvelse av kunnskapsbasert praksis og refleksjon over denne. Skal en stå ansvarlig for tjenestetilbudet, må en, så langt det lar seg gjøre, vite hva en gjør og hvorfor.

Det er vanskelig å klart bestemme arenaer for utvikling av førstepersonkompetanse. Det er så å si en kompetanseutvikling som kan bygges opp på alle arenaer, ikke minst knyttet til erfaring av å mestre i forhold til pasientsituasjoner. På mange måter kan en si at førstepersonkompetanse er et ønsket sluttprodukt. Det er likevel tydelig for oss at de tverrfaglige veiledningsgruppene var av stor betydning som arena for *igangsetting* av denne prosessen. I våre intervjuer, og ikke minst i fokusgruppeintervjuene som ble gjort et halvt år etter prosjektet ble avsluttet, uttrykker EVUK - deltakerne svært ofte sin begeistring for de tverrfaglige veiledningsgruppene. Med hensyn til den personlige betydningen, var det ikke sjeldent å høre følgende:

Men i veiledningen har jeg også lært meg selv å kjenne, og det har vært det viktigste for meg. At jeg ser meg selv i situasjonene, og det var en oppdagelse som egentlig var ganske utrolig, Det å analysere og liksom kjenne meg selv har lært og utviklet meg mye.

I dette ligger et potensial for utøveren til å flytte oppmerksomheten fra det å administrativt bli styrt av ytre forhold (eksempelvis kvalitetsforskrifter), til en indre faglig og personlig selvbestemmelse i utøvelsen. Dette kommer kanskje tydeligere til uttrykk når en tenker på de relativt høye kvalitetsmål som skal sikres innenfor denne sektoren med utstrakt bruk av ufaglært arbeidskraft. Det er som kvalitetskriterier/forskrifter i seg selv skal sikre kvalitet – uavhengig av den kompetanse utøveren er i besittelse av. Det er i en slik sammenheng at kompetanse og kompetanseutvikling innenfor denne sektoren viser sin store betydning, ikke alene for å sikre høy kvalitet på tjenestetilbudet, men også som ledd i rekruttering og bevaring av arbeidstakere innenfor denne sektoren. Førstepersonkompetanse kan bidra til at de fagtilsatte kan gjenerobre den faglige autonomien som må være til stede for å vurdere å handle i komplekse pasientsituasjoner. Svært mange av våre informanter uttrykker både glede og stolthet over å ha funnet tilbake til sin faglige autonomi. Dette uttrykkes som oftest som ”å være tryggere på seg selv”.

Faglig forankret glede og stolthet henger i denne sektoren nært sammen med *kjønn* (Vike m.fl. 2002, Bakken 2001, 2004). Ett slående kjennetegn er at sektoren nærmest utelukkende består av kvinnelig arbeidskraft. Dette henger ikke tilfeldig sammen med at muligheten for å avgrense seg overfor mer eller mindre uavgrenset etterspørsel etter tjenester er langt mindre her enn i andre deler av velferdsstatens førstelinjenivå. Det kan synes som det ligger organisatoriske forventninger til at kvinner er og skal være responsive overfor sine omgivelser. Denne forventede *annen-orientering*, altså at noe utenfor en selv definerer ens faglige og personlige rom, har vi tidligere beskrevet som en *invadering* av rommet for faglig og personlig selvforvaltning (Vike, Haukelien og Bakken 2004). Utvikling av førstepersonkompetanse innebærer en utvikling henimot *selvorientering* – i betydning ivaretagelse av egen faglige og personlige autonomi – noe som synes avgjørende for muligheten til å bevare arbeidskraften innenfor denne sektoren. Det er mulig å hevde at denne subjektstatus kan utløse denne gleden over å ha (gjen)erobret seg selv – personlig og faglig.

Bilturene fra Norheimsund til Bergen alene oss damene. Finne veien, et sted å parkere. Ordne opp. Data. Hadde ikke tatt i en PC-maskin tidligere. Bare det å ta ordet, legge frem det vi jobbet med faglig for andre. Alt sammen kunne vi ta opp i veiledningsgruppene og få støtte...

Mye tyder på at veiledningsgruppene var en sentral arena hvor erfaringer fra ulike deler av EVUK's kvalifiseringsprogram bidro til utvikling av førstepersonkompetanse. Denne uformelle læringen som følge av deltakelse i EVUK, er det selvsagt vanskelig å dokumentere betydningen av, men samtidig er det tydelig at den har hatt sin betydningsfulle virkning.

Et siste forhold vurdert i forhold til de tverrfaglige veiledningsgruppene er det faktum at alle deltakerne tok innføringskurs i kollegabasert veiledningsteori og metode (6 studiepoeng.). Dette innebar at alle hadde en felles forståelse av den faglige veiledning i gruppene. Det kan synes som om dette faglige grunnlaget også hadde kunnet egnet seg i forhold til det å bevege veiledningen inn i den kliniske virkelighet. Som vi antydte innledningsvis, representerte de tverrfaglige veiledningsgruppene det nærmeste EVUK kom den kliniske virkeligheten, siden "den grønne pilen" ble omdefinert, eller delvis falt ut av undervisningsmodellen. Siden deltagerne fikk dette innføringskurset, åpnet dette for at de selv kunne bidratt inn i den kliniske virkelighet ved sine respektive virksomheter, dersom lederne hadde sett seg i stand til å gjøre de "... nødvendige kulturelle og strukturelle grep for å anvende ny og oppdatert kompetanse." Dette forholdet kommer vi tilbake til.

5. Vurdering av lederutdanningen

Med referanse til vårt empiriske materiale, midtevalueringen (EVUK) inkludert, ble det påpekt at betingelsene for utvikling av kompetanse på det vi her kaller K-1, og K-2-nivået, ikke var tilstrekkelig.

(...) lederne gir oss fri når vi skal noe, men de spør ikke hvordan vi har det og de oppmuntrer oss ikke opp underveis..(...).

Hvordan vil min lærdom bli respektert og hørt, og hvordan skal jeg formidle den slik at den blir respektert..., ja, det går mer på hvordan min kunnskap skal bli brukt. De kan gjerne høre på det jeg sier, men hvordan skal kunnskapen min få gjennomslag i praksis.

Dette forholdet aktualiserer blant annet den kompetanse som lederne og virksomhetslederne/avdelingslederne skulle utvikle; forståelsen av og for hvordan kompetanse i ”eget hus” utvikles/styrkes/økes. Brennpunktet for en slik kompetanseutvikling ligger spesielt i lederutdanningens tematiske område: *strategisk kompetansestyring og lærende organisasjoner*, og videre forståelsen av hvordan eksterne og interne betingelsene kan hemme/fremme den generelle kompetanseutvikling i virksomheten. Denne kompetansen har vi tidligere omtalt som kompetanse på K-3-nivået. K-3-nivået omhandler den policy som skal sikre kompetanseutvikling på K-1- og K-2-nivået.

Forutsetningen for at de skolske læringsaktiviteter skal kunne resultere i førstepersonkompetanse, er at organiserte betingelser utvikles parallelt i relasjon til de behov kompetanseøkningen skaper. EVUK prioriterte denne sammenhengen svært høyt.

5.1 Organisering og gjennomføring av lederutdanningen

Lederutdanningen rettet seg mot ledere i helse- og sosialsektoren. Organiseringen av utdanningen tok hensyn til behovet for tid og ressurser til vikarer. Hovedaktiviteten i studiet ble derfor lagt i geografisk nærhet til arbeidsstedet, og innholdet i arbeidskrav og studiefordypning tok utgangspunkt i problemstillinger knyttet til ledernes daglige virke.

Studiet vekslet mellom fellessamlinger, kollegaveiledning i nettverksgrupper, studiekrav knyttet til problemstillinger på egen arbeidsplass, forelesninger på videokonferanse, nettbaserte kommunikasjon og hospitering på hverandres arbeidsplass. Deltakerne måtte ha tilgang til internett.

Totalt ble det arrangert 5 samlinger i høgskolens lokaler (HiB). Oppstartsamling ble gjennomført over 3 dager, mens de øvrige 4 samlingene ble fordelt på 2 dager. Det ble gjennomført 10 ressursforelesninger à 3 timer, 5 i hver modul.

Det ble arrangert 10 gruppeveiledninger à 2 veiledningstimer på arbeidsplassen, fordelt på begge modulene. Problemstillinger fra egen arbeidsplass var fokus for veiledningen, og gruppene ble satt sammen ut fra geografiske hensyn. Det var obligatorisk deltakelse i veiledningsgruppene. Det ble skrevet 4 refleksjonsnotater, to i hver modul.

Studentene fikk tilgang det internettbaserte systemet *It's learning*. Dette ga studentene mulighet til å kommunisere og gjennomføre nettbaserte kollokviégrupper før og etter forelesninger. Systemet ga også tilgang til verdifulle læringsressurser som læringsportaler, websider, notater og sammendrag fra forelesninger. Det ble gjennomført et hospiteringsbesøk hos en medstudent i løpet av studiet. Dokumentasjon for deltakelse i minimum 18 timer i veiledningsgruppe, gjennomført hospiteringsbesøk og 4 godkjente refleksjonsnotater forelå før eksamen i modul 2 ble avlagt.

Det ble utarbeidet en individuell prosjektoppgave, der deltakerne gjennomførte en kompetansekartlegging og en plan for kompetanseutvikling på egen arbeidsplass. Prosjektoppgaven ble evaluert til godkjent / ikke godkjent. Alle fikk godkjent og var med det klar for eksamen i modul 2.

I modul 2 ble det utarbeidet en individuell prosjektoppgave, knyttet til å vurdere/drøfte budsjettprosessen/arbeidet knyttet til kommunal omsorg i egen kommune.

På grunnlag av bestått prosjektoppgave ble det avholdt individuell muntlig eksamen. Alle fikk godkjent karakter.

Målsettingen med lederutdanningen var:

- *Å bidra til at lederne blir bevisst egen atferd og kan anvende ulike ledelsesverktøy.*

Som utfyllende beskrivelse til dette målet, gis følgende målbeskrivelse:

- *Hovedfokus i denne modulen vil forankres i teorier omkring lærende organisasjoner. Ulike ledelsesverktøy vil bli presentert i forhold til egen lederrolle, medarbeideren/team og organisasjonsmessige faktorer for å bli bedre i stand til å takle utfordringer og omstillinger i kommunehelsetjenesten.*
- *Kompetansestyring som læringsverktøy vil være et sentralt tema i modulen.*

Det er ingen åpenbare motsetninger mellom den overordnede målsetting og målsettingen for lederopplæringen. Innenfor ledelsesteori finnes det ulike posisjoner som vektlegger ulike sider ved det å kvalifisere ledere; ledelse som fag i seg selv, og faglig ledelse som knytter de spesifikke fagområdene relatert til den virksomhet lederne skal lede.

Innholdet i lederutdanningen skal bidra til å realisere målene. Innholdskomponentene er organisert i to moduler – hver på 15 studiepoeng og tematiserer organisasjonsinterne- og eksterne forhold av betydning for faglig lederskap.

Tema innenfor modul I:

- Bevisstgjøring av egen lederrolle
- Ulike leder- og veilederroller
- Relasjonsledelse og team utvikling
- Lærende organisasjoner, herunder fokus på lederen som navigatør og designer
- Organisasjonsdesign
- Organisasjonskultur, prosessforbedring og kvalitetssikring
- Visjonen som verktøy
- Kompetansekartlegging og kompetansestyring

Tema innenfor modul II:

- Samfunnsmessige rammebetingelser i endring
- Grunnleggende innføring i kommunal budsjettering og regnskap
- Regnskapssystemer/økonomiske styringssystemer i kommunene

- Sentrale juridiske problemstillinger innenfor kommunalrett, forvaltningsrett og kommunehelsetjenesteloven
- Aktuelle emner knyttet til bedre utnyttning av økonomiske ressurser (Benchmarking, Bestiller-utførermodellen mv.)
- Brukermedvirkning - brukerstyring
- Internkontroll

Som det fremgår av forholdet mellom mål og innhold, er disse nærmest sammenfallende. Det er ingenting ved lederutdanningens mål, innhold, arbeidsmetoder, vurderingsformer som skulle tilsi at lederne ikke skulle ha mulighet til å utvikle kompetanse på K-3-nivå.

Likevel rangeres ledernes betydning for læringsutbyttet blant de øvrige deltakerne lavt. Det kan være at lederutdanningen burde vært avsluttet før del II ble påbegynt. Det kan også være at lederutdanningen ikke vektla betydningen av faglig ledelse tungt nok – i den forstand at lederne ikke fikk god nok forståelse for betydningen av å bygge opp robuste organisatoriske strukturer som kunne ivareta den kunnskap som tilfløt virksomheten. Det kan også være av betydning at ikke alle lederne deltok i EVUK's lederutdanning og at disse ikke ble fulgt opp med faglig veiledning etter endt kvalifisering i hvordan anvende kunnskapen i egen virksomhet. Videre kan det være et poeng å fremheve at det faktisk var et fåtall av de fagtilsatte innenfor hver virksomhet som deltok i EVUK. De utgjorde ingen majoritet. Ledelsens fokus gjennom tre år kan synes å ha vært orientert om å "få endene til å møtes". Det er vanskelig å peke på en enkeltfaktor, og kanskje er det i summen av faktorer hvor svaret finnes. Etter midtevalueringen av prosjektet ble det fra EVUK's ledelse besluttet å iverksette "*aksjonslæring med fokus på etterspørsel og bruk av kompetanse*" (Mekki T., Tollefsen S. 2008).

Forholdet ble drøftet på EVUK's styrings- og prosjektmøte, og det ble besluttet å sette søkelys på hvordan lederne forvaltet sitt faglige lederansvar. Aksjonslæringsmøtene ble arrangert ca. en gang i måneden med deltakelse fra helse og sosialsjef, alle ansatte ledere med EVUK tilknytning og prosjektledelsen. Tiltaket ble vurdert svært positivt av alle – ikke minst at blikket ble rettet mot *faglig ledelse*, og ikke bare økonomiske og administrative utfordringer. Grunner til hva som forhindret etterspørsel av ny kompetanse ble kartlagt, og lederne drøftet videre hva som kunne gjøres. Sluttevalueringen fra de fagtilsatte EVUK - deltakerne indikerer at dette

tiltaket hadde vært av betydning, siden de rangerte ledernes betydning for læringsutbytte høyere enn ved midtevalueringen.

5.2 Forholdet mellom K-1, K-2 og K-3

På bakgrunn av våre fokusgruppeintervjuer et halvt år etter at prosjektet ble avsluttet, tyder mye på at ledernes tiltak ved sine respektive virksomheter ikke har blitt oppfattet som tilstrekkelige. Dette er i tråd med vårt inntrykk. Vi kan ikke identifisere tydelige og etablerte strukturer som er tiltenkt oppgaven med å ivareta, kollektivisere og videreutvikle den kunnskap og kompetanse som EVUK initierte. Det er svært beklagelig at ikke lederne gjennom sin lederutdanning i tilstrekkelig grad fikk utviklet egen forståelse og kompetanse til å ”...(...) foreta nødvendige kulturelle og strukturelle grep for å anvende ny og oppdatert kompetanse.”

De fagtilsatte deltakerne i EVUK fikk i langt mindre grad enn det som hadde vært mulig, utviklet sin kompetanse på arbeidstedet. Så lenge arbeidstedet ikke i kvalifiseringssammenheng er blitt betraktet som en praksisarena for oversettelse av kunnskap til individuell og kollektiv kompetanse – med tilhørende krav om strukturelle betingelser for den kvalifiseringen fra begynnelsen av, kan det synes som om det heller ikke vært maktpåliggende for lederne å foreta nødvendige grep. Selv om det neppe er tvil om at ambisjonen om å gjøre mer har vært til stede, har EVUK i praksis blitt fulgt opp av en strategi av typen ”har du kunnskap, bruker du den”. Aksjonslæringsstrategiens fokus var ”aksjonslæring med fokus på etterspørsel og bruk av kompetanse”, og hadde som mål å gjøre noe med denne bristen, som ble synlig underveis i prosjektet, men lyktes bare i svært begrenset grad.

Å etterspørre ny kompetanse og legge til rette for fremlegg av studiekraav (besvarelse), for eksempel på personalmøter, og sette i gang enkelttiltak, er udelt positivt for alle i en virksomhet, men dersom det fremstår som enkeltstående hendelser, kan det ha begrenset læringsverdi – spesielt i relasjon til det presserende behovet for å realisere det vi har kalt kollektiv kompetanseoppbygging. Slike tiltak kan også sies å ha betydning i den forstand at personlige og organisatoriske barrierer mot faglig selv fremstilling ble forsøkt brutt ned. Dette kan være av betydning som enkeltstående elementer i utvikling av førstepersonkompetanse. Men ambisjonen om å *etterspørre kunnskap* er relativt moderat, og endog passiv.

Den opprinnelig intensjon i EVUK uttrykkes slik:

”Økt fokus på selve *yrkesutøvelsen* og helheten i denne, og på læring gjennom *praksis* og *refleksjon* over praksis.” (Mekki T., Tollefsen S. 2008).

Intensjonen med undervisningsmodellen kan med dette *ikke* å sies å representere et instrumentelt syn på forholdet mellom skolske læringsaktiviteter og læring i det kliniske felt, snarere tvert imot. Men samtidig ble gradvis intensjonen med den kliniske veiledningen omdefinert til å gjelde veiledning i forhold til spesielt fordypningsoppgavene til EVUK-deltakerne. Resultatet av dette kan på bakgrunn av de gode studentprestasjoner på skriftlige oppgaver, være at de på kognitivt nivå utviklet vurderingskompetanse, men i forhold til anvendelseskompetanse ble deltakerne mer overlatt til seg selv innenfor det kliniske feltet. Vårt empiriske materialet viser at det ikke var etablerte systemer for klinisk veiledning i utprøving og øvelse i anvendelse av ny kompetanse. Enkelte unntak finnes – så som avgrensede *spesialavdelinger* med relativ bedre ressurstilgang både faglig og personellmessig. Hovedinntrykket er likevel at det innenfor den kliniske hverdagen gis lite eller ingen anledning for å utvikle vurderings-, anvendelses- og førstepersonkompetanse.

Til diskusjonen om ulik type grunnforståelse i hva det vil si å kvalifisere innenfor profesjonsyrker, hører som allerede nevnt spørsmålet om *type* kunnskap som skal oversettes – settes i arbeid. Det er typer av veldokumenterte naturvitenskapelige kunnskaper som ved første blick synes enkelt å oversette. Gjennom både fellesmodulen (30 stp.) og de valgfrie fordypningene fikk både sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, anledning til å tilegne seg økt forståelse for sin egen plass i de kommunale omsorgstjenester samt spesifikk, relevant kunnskap knyttet egen interesse og arbeidsplassens behov. Hvis en tilegner seg ny kunnskap om kronisk obstruktiv lungelidelse (Kols) – og at et generelt trekk er at lidelsen ledsages av angst, spesielt ved anfall – er mulighetene til stede for en utøver med tidligere utdanning og erfaring å *endre* enkelte sider ved sin utøvelse i forhold den type pasienter og i forlengelse av den nye kunnskapen. Det er grunn til å anta at den type skolske og generelle kunnskaper kan bidra til at studenter, i møte med den type pasienter, alene kan øve på endre sin praksis slik at ikke angstopplevelsen til pasienten forsterkes, men kan reduseres og med det redusere anfallets styrke. På samme måte med forskningsbasert kunnskap som nedfeller seg i mer eller fastlagte prosedyrer som skal følges. For en med tidligere utdanning og erfaring, kan nye ”oppskrifter” for utførelse av ulik type sårbehandling, følges. Med andre ord; det

er en rekke kunnskapstyper av mer eller mindre instrumentell karakter, som lettere enn andre typer kunnskap lar seg oversette, dersom det blir lagt til rette for det.

Men;

Hvordan vil min lærdom bli respektert og hørt, og hvordan skal jeg formidle den slik at den blir respektert....ja, det går mer på hvordan min kunnskap skal bli brukt. De kan gjerne høre på det jeg sier, men hvordan skal kunnskapen min få gjennomslag i praksis.

Utsagnet representerer og aktualiserer noen forhold knyttet til den faglige ledelsen. Vår empiri tilsier at lederne ikke hadde tilstrekkelig oversikt over og kjennskap til hva studentene faktisk lærte. For den faglige ledelse er det av betydning å vite hvilken type kunnskap som deltakerne utvikler. Ikke bare i forhold til å *etterspørre*, men for konkret å legge til rette rent praktisk. Men det er andre typer kunnskap enn den mer instrumentelle kunnskapstypen som det er langt mer krevende å tilrettelegge for. For å holde oss til lungelidelser som eksempel: I det daglige virke med sterk eller svak handlingstvang, kan det være andre typer luftveisproblemer som oppstår i pasientsituasjoner, og man vet ikke nødvendigvis om kunnskapen en har fått undervisning i eller lest om er den relevante. Pasienten kan for eksempel ha astma eller bare være sterkt forkjølet. På skolen og i bøkene står det at begge deler kan ledsages av en bestemt form for hveselyd – eller pipelyd. Det skal et trent øre til å differensiere astmasymptomer fra forkjølelse. Poenget er at selv den type kunnskap som på generelt grunnlag angir mulige handlingstiltak, ikke lar seg direkte oversette instrumentelt. Medisinsk kunnskap, diagnostisk kunnskap – sykdomslære med generelle foreskrevne behandlingsprosedyrer, legger generelle føringer for hva omsorgspersonalet skal ta hensyn til i sin daglige tilrettelegging av dagliglivet til pasientene, men tilpasningen – oversettelsen til den spesifikke pasient, må man ha anledning til å øve på. Det er denne oversettelsen gjennom vurdering og anvendelse, som krever øving/trening under kyndig veiledning. Ikke bare ”...(...) *strukturelle grep for å anvende ny og oppdatert kompetanse*”, men strukturelle grep for *utvikling* av, og siden anvendelse av ny og oppdatert kompetanse. I følge den mer konseptuelle og instrumentelle grunnforståelsen av kompetanseutvikling av profesjonsutøvere, kreves det organisatoriske strukturer som utvikles før og parallelt med at fagtilsatte begynner sin kompetanseoppbygging.

Kommunikasjon er en annen vesentlig form for kunnskap. En av våre informanter uttrykker at hun gjennom spesialutdanningen og etter lang trening var i stand til å

få en aggressiv senil dement opp av sengen og i klær bare ved å bruke sin oppøvde kommunikasjonskompetanse. Andre som ikke hadde den kompetansen måtte ty til tvang. En kan lese og skrive oppgaver om kommunikasjon med demente, men det er en type kompetanse som man lærer ved å praktisere det under kyndig veiledning. Man lærer den type kompetanse ved å gjøre det, ikke ene og alene ved å samtale eller skrive om det. Kommunikasjonskompetanse er ett eksempel på en kompetansetype hvor en i større grad enn andre typer er avhengig av ”å få et utvendig blikk på seg selv” – veilederens blikk – for på den bakgrunn foreta en faglig refleksjon som del av kompetanseutviklingen. Dette reiser selvsagt spørsmålet om forvaltning og prioritering av ressurser både internt og eksternt innenfor den enkelte virksomhet, i kommunen og i EVUK.

Materialet viser at deltakerne utviklet kompetanse på en rekke vesentlige områder. Studentene var motiverte, de ønsket faglig oppdatering, pc- og internett - tilknytning var av stor betydning med hensyn til å fremme læring, det personlige og det faglige utbytte ved deltagelsen var stor, kompetansen kommer til uttrykk i arbeid med pasienter/bruker og i veiledning av andre – og ikke minst hadde den valgfrie fordypning stor betydning for læringsutbyttet. Vi har ikke et empirisk grunnlag for å trekke dette læringsutbytte i tvil. Studentprestasjonene gir også støtte til den konklusjon at det samlede og totale læringsutbytte er markert.

I sum forteller dette at om ikke lederne innenfor de respektive virksomheter la tilstrekkelig til rette for utvikling av deltakernes kompetanse (vurderings- og anvendelseskompetanse), og heller ikke i tilstrekkelig grad har bidratt til etablering av en robust strukturell organisering for utvikling og kollektivisering av kompetanse, tyder det meste på at deltakerne har utviklet en samlet kompetanse som representerer et høyere nivå enn da de startet. Dette forteller igjen at ingen undervisningsmodell tuftet på det ene eller andre grunnsynet i seg selv kan garantere kompetanseutvikling innenfor den kommunale omsorgssektoren. Til det er denne sektoren omsluttet og omfattet av så vidt komplekse forhold som kan hemme og fremme kompetanseutvikling at undervisningsmodell alene, ikke er det eneste avgjørende. De fleste av oss har også den erfaring at vi har lært, eller ikke-lært – like mye på grunn av, som på tross av den undervisningsmodell vi var en del av. Allikevel vil vi fremheve betydning av en grundig gjennomtenkning av hvilken betydning; 1) klinisk veiledning innenfor de ulike virksomhetene kan ha for utvikling av vurderingskompetanse og anvendelseskompetanse, og hvilken betydning 2) robuste organisatoriske strukturer

kan ha for utvikling og kollektivisering av ny kompetansen som den type prosjekter som EVUK representerer.

5.3 Ulike forhold av betydning med hensyn til læring

Denne vurderingen av EVUK har hovedsakelig omhandlet oversettelsesproblematikken knyttet til kompetanseutvikling av helse- og sosialprofesjonsutøvere. Grunnen er at vi vurderer det som det mest avgjørende i forhold til om denne type prosjekter skal kunne trekke ut mest mulig kompetanse i forhold til hva det koster å gjennomføre prosjekter av denne type i kommunal sektor.

I dette valget ligger det implisitt at andre sider ved prosjektet med åpenbare betydning for læring trer i bakgrunnen for vår oppmerksomhet. I et prosjekt som går over fire år og som omfatter fire kommuner, er det åpenbart ulike elementer med betydning for læring kan og bør trekkes frem. Kanskje spesielt gjelder dette hvordan den enkeltes motivasjon ble påvirket av prosjektet, og hvordan grupper av deltakere erfarte at de ikke i tilstrekkelig grad ble ivaretatt på bestemte tidspunkt underveis.

Svært ofte ble uttrykket ”veien blir til mens vi går” brukt av de ansvarlige for EVUK når studentene uttrykte sin misnøye med at en del forhold ikke var nok gjennomtenkt og klarlagt. Det kunne dreie seg om at oppnådde studiepoeng til formelt godkjent kompetanse etter avlagt eksamen knyttet til fordypningsområdet med tilhørende krav, eller uklarhet knyttet til muligheter for beskyttede stillingsbetegnelser og lønnsøkning. Det kunne videre dreie seg om at vernepleierne mente seg tilsidesatt på bekostning av sykepleierne i forhold til faglig fokusering, eller at studentene av og til ikke helt forsto hva de var med på og at de faglige forventningene ikke ble imøtekommet. Det kunne også være knyttet til motivasjonsproblemer som følge av at alle faggruppene skulle ha samme undervisning – hvor noen hadde utbytte, mens andre for eksempel syntes at nivået ble for lavt.

Det hører med til gjennomføringen av et pilotprosjekt av denne typen at ikke alle forhold som kan oppstå er gjennomtenkte, eller avklarte, men de aller fleste av disse problemene ble løst – underveis. Ikke alle med fordypningskompetanse har fått den stillingsbetegnelse eller den lønnsuttelling som rimelig er, men dette arbeides det med i de ulike forbund, og noen kommuner har gjort noe med disse forholdene.

5.3.1 Det tverrfaglige

Fra midten på 1990-tallet vokste det frem en forståelse innenfor helse- og sosialprofesjonene at 1) profesjonsgruppene ble stadig flere, og 2) at noen av koordineringsproblemene mellom de ulike profesjonsgruppene handlet om at de ikke hadde et felles språk og forståelse av grunnleggende trekk ved velferdsstatens profesjoner. I utdanningsammenheng ble ofte fagidentitet knyttet til og bygget opp innenfor hver av profesjonene og i opposisjon til hverandre. På samme tid, og i den praktiske virkelighet, skulle disse gruppene ofte forholde seg til de samme pasienter/brukere. På midten av 1990-tallet ble det derfor etablert felles 10 vekttall. (30studiepoeng) for UH-gruppene. Formålet med dette tiltaket var nettopp å sørge for at disse utdanningsgruppene både fikk et felles språk og et felles innhold knyttet til sentrale begreper. Helse- og sosialprofesjonene innenfor velferdsstaten er statlig styrte profesjoner gjennom rammeplener og er i hovedsak omfattet av det samme lovverk, de samme forskrifter, etiske retningslinjer og andre helsepolitiske føringer. Et grunnkjennetegn ved disse profesjonene er at de står overfor spesielt store samhandlings- og kommunikasjonsutfordringer. Disse utgjør grunnstrukturen for UH-gruppenes felles 30 studiepoeng i dag. Det er også dette som utgjør grunnmuren i fellesmodulen i EVUK-prosjektet. Det er av stor betydning at de ulike profesjonsgrupper har en felles grunnforståelse av de forhold ved profesjonsutøvelsen som er like. I dette åpner det seg muligheter for samhandling som vi vurderer som spesielt betydningsfullt. Samtidig er denne kompetanseutviklingsstrategien krevende, fordi grupper med ulik fagbakgrunn samlet skal ha utbytte. Det forhold at ulike profesjonsgrupper og med ulik fagbakgrunn etter forelesninger skulle arbeide sammen om oppgaver med praksisnære problemstillinger, virker som både en fruktbar og god måte å forholde seg til ulikheter på. Fordi dette i stor grad kan sammenlignes med hvordan gruppene innenfor de ulike virksomhetene i hverdagen må forholde seg til problemstillinger, kan denne strategien være med på å løse problemstillingene knyttet til nivå, og samtidig bidra til utvikling av felles forståelse (vurderingskompetanse på K-2 - nivået)

5.3.2 Brudd på forventninger

Våre informanter uttrykte i oppstarten av EVUK - prosjektet noe frustrasjon over ikke å få innfridd sine faglige forventninger. Dette synspunktet knyttet seg spesielt til det forhold at de hadde umiddelbare forventninger til å få kunnskaper som kunne bidra til å endre og forbedre deres praksis i arbeidshverdagen mer eller mindre umiddelbart. Ikke sjelden omtales denne kunnskapen som ”matnyttig” kunnskap – en type kunnskap som mer eller mindre direkte lar seg oversette til arbeidsvirkeligheten. Motivasjonen for å ønske å være med på EVUK - prosjektet var i stor grad knyttet til det å erverve seg kunnskap som utgjorde en forskjell – en relativ umiddelbar forskjell. Forventningsbruddet refererte til det forhold at de måtte arbeide med; kommunikasjon, etikk, verdier – altså mer abstrakt kunnskap som tidligere omtalt ikke like enkelt lar seg oversette, men krever øvelse og trening under kyndig veiledning. Resultatet var at dette forholdet for mange tærte på motivasjonen.

Innenfor de fleste profesjonsutdanninger er det en lang tradisjon for at fagplanene starter opp med nettopp vitenskapsteori, metode, verdier, kommunikasjon, og ikke sprøytesetting, sykdomslære – ofte det studenter/elever har forventninger og forestillinger om hva profesjonene omfatter og med det hva de forventer å lære. Dette forventningsbruddet kan man pedagogisk drøftes i lys av motivasjonsteori hva en eventuelt vinner eller taper på å starte opp på den ene eller den andre måten. Det er åpenbart at man skaper en spenning knyttet til ikke å innfri umiddelbart forventningene til en utdanning, samtidig som en risikerer å redusere motivasjonen for å lære de felles begrepene og perspektivene som fellesmodulen representerte. Spørsmålet som en kan vurdere – spesielt i forhold til arbeidsrelaterte kompetansehevingprosjekter som går over tre år, er om en ikke kan være tjent med å forsterke motivasjonen for kompetanseutvikling ved å gi studentene det de forventer, for senere å knytte dette faginnholdet til de dimensjoner ved fagene som binder dem sammen – etikk, kommunikasjon, helsepolitikk etc. Kort og godt: gå fra det kjente og forventede til det mer ukjente og abstrakte. Det å bygge opp kompetanse nedefra – dvs. fra det som i arbeidsvirkeligheten erfares som umiddelbart prekært – kan utløse læringsenergier som kan være av stor betydning når en skal knytte denne kompetansen til kunnskapselementer som kommunikasjon og etikk, som er mindre håndfaste kunnskapsfelt. Det skal også sies at denne frustrasjonen avtok betraktelig

og var ikke noe studentene la vekt på etter de hadde startet opp sine valgfrie fordypninger.

5.4 Oppsummering av vurderingen av EVUK

Hvis en legger til grunn at skolske undervisningsaktiviteter må oversettes, og denne oversettelsen krever øvelse under kyndig veiledning for at vurderings-, og anvendelseskompetanse skal kunne utvikles, representerer EVUKS undervisningsmodell – en modell som:

- 1) Har alle de sentrale elementer, er pedagogisk organisert med tiltak (eks. tverrfaglige veiledningsgrupper) for å lykkes i forhold til kompetanseutvikling. Evalueringsresultatene og fokusgruppeintervjuene bekrefter dette.

Men:

- 2) For bedre å sikre denne kompetanseutvikling, kunne prosjektet lagt større vekt på å at den kunnskap som de skolske læringsaktiviteter la opp til, ble fulgt opp med klinisk veiledning innenfor den enkeltes arbeidsvirkelighet. Grunnene til at dette ikke i tilstrekkelig grad ble sikret, kan være flere. De faglige begrunnelse gitt i grunnlagsdokumenter til undervisningsmodellen opererer ikke med begreper som vurderings- og anvendelseskompetanse, hvilket kan tolkes i retning av at prosjektet ikke i tilstrekkelig grad har vært seg bevisst betydningen av dette, eller at de bevisst og reflektert har valgt å basere seg på en annen grunnforståelse av hvordan kompetanse innenfor dette feltet bygges og utvikles. Dette forholdet kan også henge sammen med at de kontekstuelle betingelser i det kliniske feltet ikke ga rom for dette, eller at prosjektet rett og slett ikke hadde kapasitet til å gjennomføre det. Det kan også henge sammen med at lederutdanningen i seg selv ikke vektla betydningen av faglig ledelse i stor nok grad – at deltakerne ikke utviklet kompetanse til parallelt å ivareta hverdagens mer rutinepregede, men nødvendige arbeidsoppgaver og faglige utviklingsprosesser hos EVUK-deltakerne og kollektivisering av denne.

- 3) Som følge av dette bør det vurderes om kompetanseutviklingsprosjekter av denne typen, bør legge mer vekt på etablering av robuste organisatoriske strukturer innenfor virksomhetene som både er egnet til å utvikle kompetanse på K-1- og K-2 - nivå hos de fagtilsatte, mens de er under kvalifisering, og ikke minst etter at kvalifiseringsprosjektet er gjennomført med tanke på ytterligere spredning og kollektivisering av kompetansen. Betydningen av dette synes åpenbar spesielt i lys av våre fokusgruppeintervjuer et halvt år etter at prosjektet var avsluttet. Det kan virke som om kompetansen deltagerne har utviklet, i stor grad er forblitt individuell.

Den lekker ut og spres i konkrete pasientsituasjoner, men det er ikke noe system på det.

eller

Vi har kompetanse på ernæring vi, men vi må ha folk nok til å få maten over leppene på pasientene.

Slik vi vurderer disse utsagnene fra fokusgruppeintervjuene, representerer de en allmenn situasjon ved de fleste virksomheter i de fire kommunene. I sluttrapporten fremheves både betydningen av og mulighetene for etablering av selvstyrte arbeidsgrupper rundt utvalgte temaer (sluttrapport 2007:17) Vi kan ikke se at dette i noen stor utstrekning ble realisert, bortsett fra gjennomføring av obligatoriske tiltak av forskjellig type i forlengelse av utdanningsprogrammene, spesielt fordypningsprogrammene. Dette representerer noe åpenbart positivt, men vurdert i ettertid, står disse tiltakene i fare for å smuldre hen som følge av at det ikke er bygget opp robuste organisatoriske strukturer som ivaretar og videreutvikler den kompetanse som EVUK - deltakerne har utviklet.

- 4) I spørsmålet om disponering av de ressurser som inngikk i det å realisere EVUK - prosjektet, bør det vurderes å overføre ressurser fra undervisning til veiledning i tråd med; ”(...) Økt fokus på deltakernes læring og på bistand underveis i læreprosessen (til erstatning for det tradisjonelle fokus på ”undervisning”). Det vi har i tankene er endringene av ”den grønne pilen” – forstått som klinisk veiledning innenfor de virksomheter hvor deltakerne

har sitt daglige virke. Det lå muligheter i EVUK - modellen knyttet til å forskyve faglige ressurser i retning av den kliniske hverdagen til EVUK-deltakerne. Mulighetene lå i også å bevege de tverrfaglige veiledningsgruppene inn i den kliniske virksomheten med et økende ansvar for kollektiviseringen av kompetanse på K-1- og K-2-nivået. Det ble i liten grad gjort – systematisk. Grunnene til det kan være mange; 1) at det ikke var tenkt slik, 2) at handlingstvungen i den kliniske hverdagen var for omfattende, 3) at det ikke var, eller ble utviklet en arbeidskultur hvor intern kompetanseutvikling og spredning helt selvfølgelig ble en del av det moderne, kompetanseintensive arbeidslivet.

6. Litteratur

- Bandura, A. 1990. *Conclusion: Reflections on Nonability Determinants of Competence*, i Sternberg, R. J. & Kollegian, J., (eds.). *Competence Considered*. New Haven: Yale University Press.
- Benner, P. 1984 *From Novice to Expert*. Melano Park, CA: Addison Wesley.
- Bjørk, I.T., Samdal, G. B., Hansen, B. S., Tørsdal S., & Hamilton G. 2006 Job satisfaction i Norwegian population of nurses: A questionnaire survey, i *International journal of Nursing Studies*, Article in press.
- Dale E. L. 1993. *Den profesjonelle skole*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Dewey J. 1938. *Experience and Education*. New York: McMillan.
- Dewey J. 1916. *Democracy and Education*. New York: The Free Press.
- Fagermoen M. S. 1993. *Sykepleie i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gulbrandsen, A. 1993. *Utdanning for arbeid med mennesker*. Bergen: Sigma forlag AS.
- Gulbrandsen, A. 1997. *Praksis først – hva ellers?*, i Bergland A (red) *Praksis – velferdsyrkenes praksisgrunnlag*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Gulbrandsen, A 2000. *Helhetlig læring – et kroppslig og menneskelig perspektiv*. I Raaheim A. og Raaheim K (red.) *Læring hos voksne*. Bergen Sigma forlag AS.
- Kirkevold, M. 2002. *Vitenskap for praksis?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mekki, T. E., Tollefsen, S. 2008 *EVUK – samarbeid om etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten*. Skriftsserien nr. 1, Høgskolen i Bergen.
- Molander B. 1993. *Kunnskap i handling*. Gøteborg: Daidalos.
- Schön, D. 1987. *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco. Jossey Bass.
- Schön, D. 1983. *The Reflective Practitioner*. New York: Basic Books.
- Stenberg R.J. & Kolligan J. 1990 (eds.). *Competance Considered*. New Haven: Yale University Press.

Tanner, C. A., Benner, P., Chesla C., & Gordon, D. R., 1993. The Phenomenology of knowing the Patient, in *Image*, 25(4):273:80.

Vedlegg

1. Nøkkeltall for Austevoll, Kvam, Lindås og Tysnes

Geir Møller, Telemarksforskning

Tallene er hentet fra KOSTRA og omfatter indikatorer for kommunenes *prioriteringer, bemanning, dekningsgrad og produktivitet*. De fire indikatorene sammenlignes både i tid og rom. Langs tidsdimensjonen sammenligner vi kommunene i 2002, 2004, 2007 og 2008. Vi har valgt å ta med både 2007 og 2008 dels for å unngå at tilfeldige årsvariasjoner slår ut, og dels fordi det mangler noe data for 2008. På noen av indikatorene har vi kun data fra 2007 og 2008. Den romlige dimensjonen omfatter (1) forholdet mellom de fire kommunene, (2) de fire kommunene i relasjon til Hordaland fylke og (3) til landet for øvrig.

1.1 Kommunenes prioriteringer

Kommunenes prioriteringer måles her som netto driftsutgifter til helse- og omsorgstjenester i prosent av kommunens totale netto driftsutgifter. En høy andel av kommunene netto driftsutgifter indikerer således at sektoren prioriteres høyt sammenlignet med andre sektorer. Indikatoren sier imidlertid ikke noe om hvorvidt denne prioriteringen reflekterer reelle politiske prioriteringer eller om det reflekterer at behovet er større. En høy andel utgifter til helse og omsorg kan skyldes at kommunen har en spesielt stor andel eldre. Dette må vi derfor ta hensyn til når vi sammenligner tallene som indikerer prioriteringer.

Tabell 1: Andelen av befolkningen som er eldre enn 67 år og 80 år

	Andel 67 år og over	Andel 80 år og over
Tysnes	19,2	8,0
Kvam	16,9	7,1
Austevoll	13,0	5,0
Lindås	11,6	4,2
HORDALAND	12,6	4,5
NORGE	12,8	4,6

Tabell 1 viser andelen av befolkningen som er eldre enn 67 år og 80 år i de fire kommunene samt for Hordaland og landet som helhet. Vi ser at det spesielt i Tysnes og Kvam er en forholdsvis stor andel eldre. Siden helse- og omsorgssektoren i hovedsak retter seg mot den eldre delen av befolkningen, er det derfor også rimelig å anta at behovet for slike tjenester er større i disse to kommunene.

Tabell 2: Netto driftsutgifter til helse- og omsorgssektoren

	2002	2004	2007	2008
Tysnes	36,9	36,5	34,5	33,9
Kvam	37	35,6	39,2	
Austevoll	36	37,3	37,7	38,4
Lindås	37,9	36,5	36	37
Gj.snitt Hordaland	35,8	36	36	36,5
Gj.snitt Norge	34	34,2	35,2	35,7

Tabell 2 viser at tre av de fire kommunene gjennomgående har høyre andel netto driftsutgifter til helse- og omsorgssektoren enn landet som helhet. Andelen ressurser til sektoren har holdt seg forholdsvis konstant, bortsett fra i Kvam der den øker en del fra 2004 til 2007. Ellers ser vi at andelen utgifter til helse og omsorg har en svak nedgang i Tysnes. Denne utviklingen ender med at Tysnes i 2008 hadde en lavere andel enn landsgjennomsnittet.

Tabell 3: Netto driftsutgifter per innbygger i kroner til helse og omsorg

	2002	2004	2007	2008
Tysnes	12 339	12 677	13 694	14 521
Kvam	11 521	12 300	15 308	
Austevoll	10 979	12 172	13 308	14 852
Lindås	11 235	11 210	12 046	13 246
Gj.snitt Hordaland	9 560	9 964	11 621	12 753
Gj.snitt Norge	8 950	9 514	11 397	12 325

Tabell 3 viser netto driftsutgifter per innbygger i kroner til helse og omsorg. Her finner vi, som forventet, en generell økning i utgiftene (tallene er ikke prisjustert). Samtidig ser vi at de fire kommunene ligger godt over landsgjennomsnittet og fylkesgjennomsnittet. Av de fire kommunene er det i 2007-2008 Lindås som har lavest utgifter per innbygger.

I forhold til begge indikatorene over – andelen av budsjettet og utgiftene per innbygger – tyder på at helse og omsorg prioriteres høyt i de fire kommunene. Det er også godt samsvar mellom de to indikatorene, bortsett fra i Tysnes som bruker en noe mindre andel av sitt budsjett til helse og omsorg.

Tysnes og Kvam har en forholdsvis stor andel eldre, noe som tilsier at behovet for denne typen tjenester er større enn i de to øvrige kommunene. I Austevoll og Lindås er det ikke spesielt høyere andel eldre, hvilket betyr at utgiftene kan skyldes flere forhold enn behovenes relative mengde og omfang alene. Det er mulig at andelen eldre i de to kommunene forklarer en relativt mindre andel av de samlede behovene enn i de to øvrige (for eksempel andelen funksjonshemmede).

Tabell 3b: Netto driftsutgifter, institusjon per innbygger 80 år og over

	2002	2004	2007	2008
Tysnes	88 925	91 107	86 402	92 257
Kvam	88 168	92 582	99 910	..
Austevoll	133 966	147 111	122 931	129 978
Lindås	120 596	118 874	137 503	160 184
Gj.snitt Hordaland	109 274	111 626	121 873	139 970
Gj.snitt Norge	98 884	99 390	114 075	126 196

I tabell 3b har vi også tatt med netto driftsutgifter per institusjonsplass per innbygger som er 80 år og over. Dette gir en indikasjon på prioriteringen av institusjonsplasser i kommunene. Tallene for 2007 og 2008 viser her at Hordaland har relativt høye utgifter sammenlignet med landet som helhet. Samtidig ser vi at Tysnes og Kvam skiller seg fra Austevoll og Lindås ved at de to førstnevnte har mindre driftsutgifter til institusjonsplasser enn de to sistnevnte. Spesielt ser vi at Lindås i 2008 har store utgifter til institusjonsplasser.

Vi ser ellers at både i Hordaland og i landet ellers øker netto driftsutgifter øker fra 2004 til 2007/2008 (tallene er ikke prisjustert). En tilsvarende økning ser vi også i Lindås, men ikke i de øvrige kommunene. Både Kvam og Tysnes har en jevnere utvikling, men ligger samtidig under kostnadsnivået for fylket og landet. Austevoll har derimot hatt forholdsvis høye driftsutgifter til institusjoner, men disse er redusert i løpet av de to siste årgangene.

Sammenlikner vi tallene i 3a og 3b, finner vi følgende karakteristika for de fire kommunene:

Tysnes: Høy ressursinnsats til sektor, men lav prioritering av institusjonsplasser.

Kvam: Høy ressursinnsats til sektor, men lav prioritering av institusjonsplasser.

Austevoll: Høy ressursinnsats til sektor og høy/økende prioritering av institusjonsplasser.

Lindås: Lav ressursinnsats til sektor, men høy prioritering av institusjonsplasser.

Dette kan tyde på at Tysnes og Kvam har løst sin utfordring med en relativt høy andel eldre ved å satse mindre ressurser på institusjonsplasser.

1.2 ”Bemanning” av sektoren

Nedenfor har vi tatt for oss bemanningen av helse- og omsorgssektoren, sett i forhold til kompetansenivået i sektoren.

Tabell 4: Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning

	2003	2004	2007	2008
Tysnes	60	62	66	65
Kvam	56	68	63	68
Austevoll	65	72	77	83
Lindås	80	82	82	83
Gj.snitt Hordaland	63	66	68	69
Gj.snitt Norge	66	68	72	72

Tabell 4 viser andelen årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning. For landet som helhet har andelen økt fra 66% i 2003 til 72% i 2007 og 2008. Vi finner en tilsvarende økning i Hordaland. Av de fire kommunene skiller Austevoll og Lindås seg fra de øvrige ved at en relativt stor andel av årsverkene har fagutdanning (83%). Mens Lindås har hatt en høy andel i hele perioden, ser vi at andelen i Austevoll har økt betydelig fra 2003. I Tysnes ligger andelen med fagutdanning noe lavere enn i fylket for øvrig, mens i Kvam er andelen omtrent som på fylkesnivå. I begge disse kommunene – spesielt i Kvam – har imidlertid andelen med fagutdanning økt en god del fra 2003 og frem til 2007/2008.

Det er mulig at institusjonsplasser skaper et større behov for fagutdanning, mens hjemmetjenestene – som det har vært satset på i Tysnes og Kvam – åpenbart kan fungere med en større andel ufaglært arbeidskraft.

Tabell 5: Andelen årsverk uten helsefaglig utdanning, med videregående utdanning og utdanning på høyskole-/universitetsnivå. 2007.

2007	Årsverk for personell uten helsefaglig ut- danning	Andel årsverk med helsefaglig utd, videregå- ende	Andel årsverk med helsefaglig utd, høysk/univ
Tysnes	35,5	31,5	33,1
Kvam	35,3	34,3	30,7
Austevoll	30,7	36,6	32,7
Lindås	21,7	38,3	39,9
Hordaland	34,7	29,9	35,4
Norge (utenom Oslo)	31,5	34,1	34,4

Tabell 5 viser fordelingen av personell uten helsefaglig utdanning, med helsefaglig utdanning fra videregående og med helsefaglig utdanning fra høyskole eller universitet. For landet som helhet er det i overkant av 1/3 som har utdanning fra videregående og 1/3 fra høyskole/univ. Det betyr at i underkant av 1/3 ikke har utdanning. I Hordaland er bildet omtrent det samme, bortsett fra at det er noe mindre med utdanning fra videregående og en tilsvarende større ande uten helsefaglig utdanning. Av de fire kommunene er det Lindås som skiller seg ut i den forstand at de har relativt sett mange med helsefaglig utdanning. Her har 40% høyskole/universitetsutdannelse og tilsvarende andel videregående. Lavest utdanningsnivå finner vi i Kvam. Her er det om lag 30% med utdanning fra høyskole/universitet og 34% med utdanning fra videregående. De resterende 35% har ingen helsefaglig utdanning.

Tabell 6: Andel av helse- og sosialpersonell for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere (årsverk)

	2004	2005	2006	2007
Tysnes	27,7	31,0	31,3	29,0
Kvam	29,3	31,2	26,5	31,4
Austevoll	38,6	41,4	35,9	35,3
Lindås	36,3	36,7	38,2	36,4
Hordaland	26,0	27,2	27,8	27,5
Norge (utenom Oslo)	28,6	30,3	31,5	31,3

Tabell 6 viser hvor stor andel av årsverkene til helse- og sosialpersonell som er avsatt til hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. For landet som helhet er andelen i overkant av 30%, og i Hordaland i underkant av 30%. Både Austevoll og Lindås ligger her godt over både fylkesnivået og nasjonalt nivå. De to øvrige kommunene – Tysnes og Kvam – ligger omtrent på nasjonalt nivå.

Tabell 7: Årsverk leger pr 1000 plasser i institusjon

	2002	2004	2007	2008
Tysnes	5,2	5,2	5,1	-
Kvam	8,9	8	9	11,7
Austevoll	-	3,6	7,3	-
Lindås	9,4	10,5	8	8,1
Hordaland	-	5,8	9,5	10,6
Norge (utenom Oslo)	-	6,5	7,7	8,3

Tabell 7 viser antall legeårsverk i kommunenes helse- og omsorgssektor per 1000 institusjonsplasser. Kommunene i Hordaland har her en høyere andel enn i landet som helhet, samtidig som vi ser at fylker har hatt en positiv utvikling de senere årene. Andelen har økt fra 5,8 per 1000 institusjonsplasser i 2004 til 10,6 i 2008. Selv

om tallmaterialet her er litt mangelfullt, ser vi likevel at det er forskjeller mellom de fire kommunene. På den ene siden finner vi Tysnes som ligger forholdsvis lavt med omtrent 5 legeårsverk per 1000 institusjonsplasser. På den andre siden har vi Kvam som har nesten 12 legeårsverk per 1000 institusjonsplasser (2008). Kommunene Lindås og Austevoll ligger mellom disse ytterpunktene og omtrent på nivå med landet for øvrig.

1.3 Dekningsgrad

I dette avsnittet har vi tatt for oss to indikatorer på kommunenes dekningsgrad i henholdsvis helse- og omsorgsinstitusjoner og hjemmetjenesten.

Tabell 8: Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år over

	2003	2004	2007	2008
Tysnes	22,5	16,7	17,8	17,6
Kvam	20,5	13	12,8	12,7
Austevoll	13,4	20,1	18,5	17,9
Lindås	20	20,4	20,2	21,3
Gj.snitt Hordaland	21,6	20,6	19,9	20,3
Gj.snitt Norge	20,1	19,1	18,5	18,5

Tabell 8 viser at det ikke er store forskjeller mellom kommunene i dekningsgraden av institusjonsplasser. For landet som helhet er dekningsgraden på 20%, mens den er 19% i Hordaland. Både Tysnes og Lindås ligger nært opp til dekningsgraden for fylket og Lindås noe i overkant. Kvam avviker imidlertid fra de tre øvrige kommunene ved å ha en klart lavere dekningsgrad. Dette gjelder for hele perioden fra 2004 og frem til 2008, men ikke i 2003.

Tabell 9: Mottakere av kjernetjenester til hjemmeboende pr. 1000 innbyggere og pr 1000 innbygger over 80 år.

	Pr 1000 innbygger		Per 1000 innbygger over 80 år	
	2007	2008	2007	2008
Tysnes	74	83	411	459
Kvam	37	40	316	330
Austevoll	32	42	347	417
Lindås	35	38	339	364
Gj.snitt Hordaland	36	37	358	365
Gj.snitt Norge	37	38	348	352

Tabell 9 viser at det på landsbasis og i Hordaland er i underkant av 40 personer per 1000 innbygger som mottar såkalte kjernetjenester til hjemmeboende. De tre kommunene Lindås Austevoll og Kvam ligger omtrent på samme nivå eller en anelse høyere. Tysnes skiller seg en god del fra de øvrige kommunene ved at hele 80 av 1000 personer mottar slike hjemmetjenester (dette bør ses i sammenheng med at Tysnes satser forholdsvis lite på institusjonstjenester).

I de to siste kolonnene i tabell 9 har vi også tatt med antallet som mottar kjernetjenester av den befolkningen over 80 år. Her ser vi at Tysnes også ligger høyt sammenlignet med Hordaland og nivået på landsbasis. Tilsvarende finner vi at Austevoll har en relativt høy dekningsgrad. På den andre siden ser vi at Kvam ligger lavere enn både Hordaland og nivået på landsbasis.

1.4 Produktivitet

Her har vi målt produktiviteten som forholdstallet mellom utgifter og produksjon. Vi har tatt for oss tre typer utgifter: samlede utgifter til helse- og omsorgstjenester, utgifter til hjemmetjenesten og utgifter til institusjonstjenestene. Produksjonsmålet er antall mottakere av helse- og omsorgstjenester, mottakere av hjemmetjenester og institusjonsplasser.

Tabell 10: Korrigerte brutto driftsutgifter pr. mottaker av kommunale helse- og omsorgstjenester

	2007	2008
Tysnes	197 302	198 170
Kvam	370 067	..
Austevoll	356 757	313 385
Lindås	333 712	357 185
Gj.snitt Hordaland	267 848	295 103
Gj.snitt Norge	277 654	299 321

Tabell 10 viser brutto driftsutgifter per mottaker av kommunal helse- og omsorgstjenester. Både Hordaland og landet som helhet ligger i 2008 på omtrent 300 000 kroner i utgifter per mottaker av helse- og omsorgstjenester. Sammenligner vi de fire kommunene med dette nivået, finner vi at Tysnes ligger godt under, mens Lindås ligger godt over. Tallene fra 2007 viser også at Kvam har høye driftsutgifter per mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Tabell 11: Korrigerte brutto driftsutg pr. mottaker av kjernetjenester til hjemmeboende (i kroner)

	2007	2008
Tysnes	109 146	112 069
Kvam	226 495	..
Austevoll	232 638	196 591
Lindås	199 054	217 834
Gj.snitt Hordaland	158 852	178 497
Gj.snitt Norge	161 341	174 841

Tabell 11 viser brutto driftsutgifter per mottaker av kjernetjenester til hjemmeboende. Hordaland med sine 178 000 kroner ligger omtrent på nivå med landet for øvrig. Samtidig ser vi av 2008-tallene at Tysnes også her ligger lavt, mens Lindås

har forholdsvis høye utgifter. Tallene for 2007 viser også at Kvam bruker forholdsvis mye penger per mottaker av hjemmetjenester.

Tabell 12: Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass

	2002	2004	2007	2008
Tysnes	484 961	515 333	582 103	622 103
Kvam	524 966	561 717	792 976	
Austevoll		603 404	775 975	832850
Lindås	682 678	698 904	771 376	841156
Gj.snitt Hordaland	592 906	656 646	729 513	800 334
Gj.snitt Norge	565 947	609 209	713 372	785 125

Tabell 12 viser brutto driftsutgifter per kommunal institusjonsplass. Som det fremgår av tabellen har Hordaland i 2008 omtrent 800 000 kroner i utgifter per institusjonsplass. Landet for øvrig ligger noe i underkant av dette. Som tabellene over viser, er det også her slik at Tysnes har forholdsvis lave utgifter per plass, mens de tre øvrige kommunene har relativt høye utgifter (sammenlignet med fylket og landet). Utgiftsøkningen per plass ser ut til å ha vært størst i Kvam. I Kvam økte driftsutgiftene per plass med 230 000 kroner fra 2004 til 2007. Til sammenligning økt utgiftene per plass på landsbasis med 104 000 kroner.

2. Metodiske strategier

De første møtene med ledelsen ved de fire kommunene fant sted høsten 2005. Forskergruppa på tre besøkte alle de fire kommunene, presenterte oppdraget og hadde samtaler med ledere i helse- og omsorgssektoren. Interessen for prosjektet og villigheten til å delta i evalueringsarbeidet var stor i alle de fire kommunene. Kommunene bisto aktivt med tilretteleggingen av intervjuene og feltarbeidet.

Vårt metodiske opplegg er utformet i tråd med erfaringer fra velferdsforskningen i Norge. Den viser at det er et betydelig behov for å studere sammenhengen mellom ulike deler av velferdsstatens beslutningshierarki, og å undersøke sammenhengene mellom tjenesteyting og institusjonelle forhold. Framfor alt er det behov for forskning som dokumenterer tjenesteyting, styring og politikk som praksis. Dette gir sterke argumenter for en større vekt på deltakende observasjon og intervjuer med aktører på ulike nivå, selvsagt som supplement til andre metodiske strategier. Dette har gitt grunnlag for tykke beskrivelser av betingelsene for kvalitet og kompetanse i pleie- og omsorgssektor i de fire kommunene.

Det var viktig å etablere en baseline så raskt som mulig, så den første runden med intervjuer ble gjennomført på slutten av 2005 og begynnelsen av 2006. Vi intervjuet tilnærmet lik alle vernepleiere, hjelpepleiere, sykepleiere og omsorgsarbeidere som deltok i undervisningen knyttet til klinisk stige, til sammen ca. 60, i tillegg til deltakerne EVUK's lederutdanningskomponent. Deltakerne ble intervjuet enkeltvis, og hvert intervju hadde en varighet på ca halvannen time. I omtrent halvparten av intervjuene ble det kun tatt notater, mens den andre halvparten ble tapet, og opp-takene ble brukt som tilleggsopplysninger til notatene, spesielt med tanke på å do-kumentere sitatene nøyaktig.

I løpet av høsten 2006 og våren 2007 gjennomførte vi åtte ukers feltarbeid.¹ I for-kant av hvert feltarbeid ble det sendt en informasjonsbrosjyre hvor vi fortalte om prosjektet og hva som var fokus for undersøkelsen (se vedlegg). Disse ble distribu-ert til avdelingene.

¹ Heidi Haukelien gjennomførte alle feltarbeidene. Materialet som er samlet

Feltarbeidet fordelte seg slik: fire uker på sykehjem, tre uker i hjemmetjenesten og en uke i en PU-bolig. Alle feltarbeidene var godt tilrettelagt fra kommunenes side, og utbyttet av feltarbeidene var stort. Heidi Haukelien er sykepleier (og antropolog) og har tidligere arbeidet i eldreomsorgen. Hun som gjennomførte alle feltarbeidene. Hun ble tatt svært godt i mot, og deltok sammen med de ansatte på deres besøk til hjemmeboende brukere, og hjalp til med stell, gulvvask og andre arbeidsoppgaver. Hun var også med på møter og rapporter i hjemmetjenesten. Det var viktig å få med seg et bredt inntrykk i løpet av kort tid, og det ble derfor lagt opp til å veksle på å være med ansatte av ulike type bakgrunn og utdannelse, ulike pasienter, og å så med seg så vel dag- som kveldsvakter. I institusjonene var hun hovedsakelig knyttet til en avdeling, men gjorde også noen besøk til andre deler av sykehjemmene eller PU-institusjonen, for eksempel dagavdeling, arbeidstrening, skjermet enhet. Her også var hun ”en del av bemanningen”, var med på rapporter, møter, stell, medisindeling og måltider for å observere samhandling.

Fokus for feltarbeidene var å få mer inngående kjennskap til enkeltteksempler for å se etter variasjoner i faglige, kulturelle, økonomiske, organisatoriske og politiske mønstre i ulike kommuner og ulike soner. Et av spørsmålene vi ønsket å få dypere kjennskap til gjennom feltarbeid var sammenhengen mellom variasjoner i de nevnte variablene og kommunenes/institusjonenes evne til å realisere og systematisere den økte kompetansen som ble tilført gjennom EVUK. Fokus for feltarbeidene var dermed først og fremst å studere variasjon i vilkårene for bruk av kompetanse. Hva kjennetegner sammenhenger der kompetanse ble fremelsket og satt i system, og hva kjennetegner arbeidsforhold der kompetansen ikke får spille noen vesentlig rolle? For å finne frem til slike mønstre, har vi studert både

- a) de formelle og strukturelle sidene ved virksomheten, slik som antall ansatte pr. beboere, antall ledere, turnuser, type dataregistreringsverktøy,
- b) hvordan de formelle og strukturelle rammene legger føringer for arbeidet (eks. hvordan dataregistreringsverktøyet faktisk ble brukt, hvordan de ulike rubrikkene faktisk føres, hva som føres inn, hvordan verktøyet passer til det som skal dokumenteres, ledelsens tilstedeværelse, kjennetegn ved turnuser, rapporteringsrutiner, etc.),
- c) hvordan sosiale og kulturelle mønstre skapes og endres i samspill med slike strukturelle faktorer (eks. hvordan bruk av dataregistreringsverktøy skaper end-

ringer i rapportrutiner, og språkliggjøringen av fag, uformelt lederskap, prestisjesystemer).

Gjennom feltarbeidet får vi et mer komplekst bilde av samspillet mellom disse ulike nivåene enn intervjumateriale gir muligheter for. Feltarbeidene gir også mulighet til se på sammenhengen mellom våre samtalepartneres egne fortellinger og observasjoner av hva de faktisk gjør i ulike situasjoner. Slike data gir en ulik styrke, ikke fordi vi undersøker om de snakker sant, men fordi de gir innsikt i ulike deler av den samme virkeligheten. Videre gir samhandlingsmateriale muligheten til å studere helse- og omsorgstjenestene som en prosess i utvikling og endring. Det blir for eksempel mulig å vinne innsikt i forhold som skaper uuntenderte konsekvenser av den typen som for de involverte aktørene selv er vanskelig å overskue, og spesielt hvorfor de oppstår og utvikler seg som de gjør – og hva disse faktisk fører til og hvordan de forstås.

Etter hvert feltarbeid har den aktuelle institusjonen fått tilsendt en liten tilbakemelding om våre observasjoner knyttet til spørsmål med relevans for EVUK-prosjektet, som alle er knyttet til kompetanse og bruken av den.

Feltarbeidetsmateriale er blitt anonymisert ved at navn og andre direkte identifiserbare opplysninger er tatt bort eller byttet ut med fiktive navn. Rapporten inneholder flere beskrivelser av samhandlingssituasjoner som involverer mottakere av tjenester. For å anonymisere mest mulig, er ved flere tilfeller både kjønn, alder, sykdom, med mer byttet ut og endret på. For å styrke anonymiseringseffekten har vi i rapporten være svært varsomme med å angi hvilken avdeling og hvilken kommune vi beskriver i hvert enkelt tilfelle. Dette går åpenbart på bekostning av muligheten til å foreta nennsomme sammenlikninger, men vår erfaring er at prisen er verdt å betale. Det skal være mulig for alle å lese rapporten uten at informasjon skal kunne tilbakeføres til enkeltpersoner- eller miljøer, og det er ønskelig at den leses uten at leserne oppmuntres til å finne fram til hvem som beskrives.

Forskergruppa har også vært til stede ved flere politiske møter i de fire kommunene. Som et ledd i en aksjonsforskningsstrategi ble det våren 2007 gjennomført en møterunde med ledere og EVUK-studenter i de fire kommunene. Med på disse møtene var både prosjektledelsen i EVUK og forskergruppa. Intensjonen var å initiere refleksjon, planlegging og tiltak for bruk av kompetansen når EVUK gikk mot slutten, samt å dokumentere hva som faktisk skjedde i de fire kommunene. Forsker-

gruppa har også vært til stede ved enkelte av møtene i EVUK's styringsgruppe. I tillegg til dette har vi deltatt i kommunestyrene i alle de fire kommunene.

Mot slutten av prosjektperioden kom det flere signaler fra prosjektledelsen i EVUK og deltakerne at det var vanskelig for kommunene å gjennomføre implementering og systematisk bruk av den nye kompetansen. For å fange opp endringer som måtte komme etter at kommunene hadde fått litt mer tid på seg til å organisere bruk av den hevede kompetansen, besluttet vi derfor å utsette de siste intervjurundene til ca et halvt til et år etter prosjektets avslutning. Vi gjennomførte en serie fokusgruppeintervjuer og enkelte individuelle intervjuer med til sammen omkring 35 deltakere i EVUK. Lindås kommune gjennomførte store organisatoriske endringer (uavhengig av EVUK) i løpet av prosjektperioden. Det skapte en del uro i organisasjonen, og som trolig påvirket kommunens evne til på kort sikt å ta i bruk erfaringene og kompetansen fra EVUK. Vi har derfor ventet noe lenger med de avsluttende intervjurundene i Lindås. De ble gjennomført i august 2008.